

BOLETÍN DE ADHESIÓN DEL SEGURO DE INDEMNIZACIÓN

N.º Póliza/familia Fecha de efecto solicitada

TOMADOR DEL SEGURO C.I.F.

ASEGURADO

Nombre Apellidos

Sexo E. Civil Fecha de nacimiento N.I.F./N.I.E./P.T.E. /

Profesión/Detalle de su actividad laboral

GRUPO FAMILIAR ¿El asegurado es titular del grupo de familiar? Sí No

Titular del depende: Parentesco con el titular:

DOMICILIO PARTICULAR DEL ASEGURADO

Domicilio Localidad C.P.

Provincia País

Teléfono particular Teléfono de trabajo

DOMICILIO DE COBRO DE RECIBOS

Titular de la cuenta

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual C.D. Banco C.D. Oficina D.C. Num de cuenta

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Titular de la cuenta

C.D. Banco C.D. Oficina D.C. Num de cuenta

DATOS LABORALES DEL ASEGURADO (Sólo si contrata la garantía de Incapacidad Temporal Total)

Domicilio de trabajo Loc. Prov. Télf.

¿Trabaja manualmente? Sí NO ¿Trabaja en su domicilio particular? Sí NO En caso de causar baja por enfermedad o accidente ¿tendrá disminución de ingresos? Sí NO

¿Cotiza a la Seguridad Social? NO / AUTÓNOMO / RÉGIMEN GENERAL / AGRARIO/OTROS (Detallar) ¿Cotiza por Incapacidad Laboral Temporal? Sí NO

CONTESTAR ADICIONALMENTE, SI desea una indemnización SUPERIOR A 30 €/DÍA en la garantía de INCAPACIDAD TEMPORAL TOTAL:

Si trabaja por Cuenta Ajena indicar tipo de contrato: FIJO / DE OBRA Y SERVICIO / TEMPORAL RENOVABLE / OTROS (Detallar)

¿Cuánto tiempo lleva en éste trabajo? ¿Tiene empleados a su cargo? Sí (indique número) / NO

Ingresos netos anuales aproximados que percibe ¿Cuál es su disminución de ingresos anual en caso de baja laboral?

Base de cotización mensual a la Seguridad Social ¿Tiene otras fuentes de remuneración además de la citada? Sí (Detallar) / NO

CUESTIONARIO DE SALUD (Conteste Sí/NO)

1. ¿Tiene alguna póliza similar a las coberturas solicitadas? Sí No. En caso afirmativo, indicar: Compañía, fecha de alta, garantías aseguradas y si van a continuar en vigor (Si no continúa en vigor es necesario aportar copia de las condiciones particulares de la póliza contratada y del último recibo abonado para respetar carencias)

2. ¿Practica algún deporte? ¿Alguno de forma profesional?

3. Peso (Kg) Estatura (cm) 4. ¿Ha estado ingresado en algún Hospital, clínica o sanatorio y/o ha sido intervenido?

5. ¿Tiene prevista alguna intervención quirúrgica? 6. ¿Se encuentra de baja laboral en la actualidad?

7. ¿Ha permanecido de baja laboral por un plazo superior a 15 días?

8. ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? Conteste si o no

a) ¿Enfermedades del aparato respiratorio, oído, esófago, laringe, ojos y/o nariz? b) ¿Enfermedades neurológicas, psiquiátricas y/o trastornos psicológicos?

c) ¿Enfermedades óseas, musculares, articulares, reumatológicas, de columna vertebral (dolores de espalda)? d) ¿Enfermedades renales y/o urológicas?

e) ¿Enfermedades gastrointestinales, hepatobiliares y/o páncreas? f) ¿Enfermedades del corazón, sistema circulatorio (varices) o hipertensión arterial?

g) ¿Trastornos endocrinos y/o del metabolismo? h) ¿Enfermedades de la sangre y/u oncológicas?

i) ¿Enfermedades de la piel y/o infecciosas? j) ¿Enfermedades de mama?

k) ¿Enfermedades ginecológicas?

9. ¿Se encuentra bajo tratamiento o control médico?

10. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad, o se ha realizado pruebas diagnósticas especiales por algún padecimiento no recogidos anteriormente?

Amplíe información sobre las preguntas contestadas afirmativamente (evolución, fecha, situación actual, tratamiento médico, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En a de de

Firma del Asegurado

GARANTÍAS

Indemnización diaria: I.T.T. Días Franquicia Categoría P. Indemn. H.C.C. H.I.Q.

Sobreprimas: Profesión Enfermedad En caso de sustitución / póliza anterior

Notas

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONTROL DE
CONTRATACIÓN

EXTRACTO DE LAS CLÁUSULAS LIMITATIVAS Y DE EXCLUSIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS ASEGURADOS DEL SEGURO DE INDEMNIZACIÓN

En este extracto figuran las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados, que han sido leídas y aceptadas expresamente por el Tomador, lo que acredita mediante su firma en el presente documento.

ARTÍCULO 2º.- OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Las coberturas de la póliza, excepto la garantía de incapacidad temporal total, son válidas en todo el mundo, siempre que el domicilio habitual de residencia del Asegurado se encuentre en España.

ARTÍCULO 3º.- RIESGOS EXCLUIDOS

- Enfermedades contraídas y manifestadas antes de la entrada en vigor de la póliza o durante los períodos de carencia estipulados, las secuelas producidas por ellas, así como los defectos de nacimiento y las enfermedades congénitas salvo que hubieran sido aceptadas expresamente por el Asegurador en las Condiciones Particulares.
- Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza.
- Las esterilizaciones para ambos sexos, la fecundación in vitro, la inseminación artificial y el estudio o tratamiento de la esterilidad.
- Los tratamientos para adelgazar, las curas de sueño o reposo y los tratamientos psicológicos.
- La participación del Asegurado en apuestas, desafíos y riñas, salvo que en este último caso hubiese actuado en legítima defensa.
- El suicidio y sus tentativas, así como la autolesión.
- Los actos de guerra (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radiactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario.
- Las enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos que no requieran ingreso hospitalario.
- El SIDA y/o enfermedades asociadas al virus HIV; el consumo por parte del Asegurado de estupefacientes no prescritos médicamente, la ingestión de bebidas alcohólicas, la toxicomanía y el alcoholismo.
- Las extracciones, empastes endodoncias y demás tratamientos odontológicos.
- La cirugía de refracción (corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc) y cirugía de la presbicia.
- Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, salvo si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- Epidemias oficialmente declaradas.
- La utilización como pasajero o tripulante de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para el transporte público de viajeros.
- La práctica como profesional de cualquier deporte y la práctica como profesional o aficionado de actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos, incluidos los entrenamientos, espeleología, trote, encierro de reses bravas y cualquier otro deporte de alto riesgo.
- La interrupción del embarazo que no tenga su origen en causas médicas de acuerdo con lo dispuesto en las Condiciones Generales.

Estas exclusiones comprenden la enfermedad, accidente o hecho que se señala, sus secuelas, complicaciones, reagudizaciones, tratamientos específicos y demás consecuencias, así como los siniestros causados por o a consecuencia de todo lo anterior.

ARTÍCULO 5º.- PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL SEGURO

5. En cualquier caso, el seguro se extinguirá cesando automáticamente sus coberturas:

- Al finalizar la anualidad en la que el Asegurado cumpla los 65 años de edad.
- Cuando el Asegurado traslade su domicilio fuera de España.

Respecto a la garantía de incapacidad temporal total, además de los casos indicados, cesarán automáticamente sus coberturas cuando el Asegurado:

- Cese en su actividad laboral o profesional.
 - Perciba una pensión de jubilación o invalidez.
 - Perciba una prestación o subsidio por desempleo.
- La extinción del contrato surtirá efectos desde la fecha en que se haya producido el hecho que dé lugar a la misma. El Asegurado deberá comunicar inmediatamente al Asegurador la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias expresadas, salvo la relativa a la edad, al objeto de proceder al extorno de la prima que, en su caso, corresponda efectuar. En el supuesto de que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya efectuado dicha comunicación y sobreviniera un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación.

ARTÍCULO 6º.- PLAZOS DE CARENCIA

a) En caso de enfermedad que requiera intervención quirúrgica, los primeros síntomas de la misma deben producirse una vez transcurridos tres meses desde la fecha de efecto de la póliza, salvo intervención quirúrgica de carácter urgente.

b) Para las restantes enfermedades, los primeros síntomas deben presentarse una vez transcurridos seis meses desde la fecha de efecto de la póliza.

c) Para el riesgo de parto deben haber transcurrido 8 meses desde la fecha de efecto del alta, del Asegurado en la póliza.

ARTÍCULO 8º.- MODIFICACIONES EN EL RIESGO

Se consideran modificaciones del riesgo que deben comunicarse inmediatamente al Asegurador las siguientes:

- Modificación del puesto de trabajo, de la actividad laboral o del centro de trabajo declarados al contratar el seguro.
- Disminución notable o desaparición de los ingresos declarados al Asegurador, que fueron considerados para acordar el valor de la pérdida económica sufrida por el Asegurado y, en consecuencia, del cálculo de la indemnización.
- Cambio o modificación del régimen de cotización a la Seguridad Social declarado.
- Práctica habitual de deportes no declarados al contratar la póliza.
- La celebración de cualquier otro seguro sobre el mismo riesgo.

ARTÍCULO 13º.- PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. Una vez obtenida el ALTA por el Asegurado y recibida de conformidad por el Asegurador la documentación requerida que se especifica en las presentes Condiciones, el Asegurador abonará al Asegurado la indemnización que corresponda.

2. El cálculo de la indemnización que corresponda, se realizará tomando como base la cuantía asegurada a la fecha en la que haya iniciado la incapacidad u hospitalización del Asegurado. No se tomarán en consideración para el cálculo, las revalorizaciones anuales de las sumas aseguradas o mejora de coberturas que se produzcan con posterioridad a dicha fecha.

El importe máximo de indemnización diaria que abonará el Asegurador será el señalado en las Condiciones Particulares, aún en el caso de que el Asegurado sufra varias enfermedades simultáneas y durante el periodo máximo establecido en las mismas, menos los días de franquicia en su caso de convenidos.

ARTÍCULO 14º.- OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA DE INCAPACIDAD TEMPORAL TOTAL
A los efectos de esta garantía, se entenderá por INCAPACIDAD TEMPORAL TOTAL el periodo durante el cual el Asegurado se encuentra totalmente incapacitado para realizar su actividad profesional como consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza que, por prescripción de un médico y bajo continua asistencia médica, le exija permanecer ingresado en un hospital o guardar reposo en su domicilio, salvo que la ausencia de este último sea por motivos directamente relacionados con el tratamiento médico a que esté sometido.

Esta garantía tiene por objeto cubrir la pérdida económica que para el Asegurado supone no poder ejercer su trabajo, por lo que el Asegurado continuará ejerciendo su trabajo, aunque fuera parcialmente, no se devengará indemnización alguna.

La presente garantía es independiente de la baja de la Seguridad Social, así como de cualquier incapacidad temporal reconocida por Mutuas u otras entidades, por lo que el periodo de incapacidad indemnizable no tiene por qué coincidir con el reconocido por aquellas, pudiendo incluso finalizar sin que el Asegurado haya recibido el alta de cualesquiera otras entidades.

A los solo efectos del seguro, los Servicios Médicos Colaboradores del Asegurador comprobarán la veracidad de la lesión alegada, así como el efectivo estado de incapacidad temporal total en

relación con las actividades profesionales, laborales o empresariales declaradas, y otorgarán el alta al Asegurado cuando, como consecuencia de las exploraciones físicas realizadas y/o a la vista de la documentación médica aportada, así lo consideren conveniente.

1.- Devengo de la indemnización:

a) Con carácter general, a partir del día siguiente al que finalice el periodo de franquicia establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, y durante el tiempo que el Asegurado permanezca totalmente incapacitado conforme ha quedado expuesto anteriormente.

b) En caso de que el Asegurado precise para su curación una intervención quirúrgica, la indemnización se devengará a partir de la fecha en que el Asegurado sea ingresado en el hospital para llevar a cabo dicha intervención quirúrgica, no aplicándose el periodo de franquicia establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

2.- Finalización del devengo de la indemnización:

1. Cuando el Asegurado pueda reanudar sus actividades laborales, aún cuando no tenga una total recuperación, con independencia de que haya o no recibido el alta de la Seguridad Social, así como de cualesquiera otras Mutuas o entidades.

2. Si se trata de un enfermo traumatizado o politraumatizado, 15 días después de la fecha en la que hayan sido retiradas las férulas, yesos u otros medios de fijación externa.

3. Cuando se agote el periodo máximo por el que se puede devengar la indemnización.

4. Cuando se produzca cualquiera de los hechos señalados en el artículo 5º, los cuales conllevan la extinción de la garantía.

5. Cuando el Asegurado incumpla las obligaciones estipuladas en las presentes Condiciones Generales.

3.- Periodo máximo indemnizable:

El periodo máximo indemnizable será el establecido en las Condiciones Particulares, menos los días de franquicia convenidos, computados desde la fecha de la baja, o desde la fecha del ingreso hospitalario en caso de que el Asegurado requiera intervención quirúrgica para su curación. En caso de haberse abonado alguna indemnización por la presente garantía, si el Asegurado sufre una nueva incapacidad temporal por la misma causa o por causas directamente relacionadas con la anterior, el nuevo periodo de incapacidad se considerará, a todos los efectos, continuación del anterior, y la suma de ambos plazos no podrá superar los máximos establecidos a efectos de indemnización (periodo indemnizable, menos los días de franquicia). No se aplicará esta cláusula si entre un periodo de incapacidad y otro han transcurrido doce meses consecutivos, durante los cuales el Asegurado realizara o hubiera podido realizar su trabajo o profesión habitual.

4.- Supuestos especiales: por las siguientes causas el periodo máximo indemnizable por siniestro, Asegurado y anualidad, será:

- Enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos que conlleven ingreso hospitalario: máximo 20 días.

- Lesiones por sobreesfuerzo producidas o manifestadas dentro de los plazos de carencia estipulados: máximo 30 días.

ARTÍCULO 16º.- BONIFICACIÓN POR BAREMO

La presente bonificación no será de aplicación para los supuestos especiales señalados en el artículo 14º punto 4.

ARTÍCULO 18º.- OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA DE HOSPITALIZACIÓN

La indemnización se devengará durante el tiempo que el Asegurado figure como paciente interno del hospital con un máximo de 365 días por siniestro, Asegurado y anualidad, salvo los siguientes supuestos especiales:

- Enfermedades psiquiátricas y trastornos psicológicos.....máximo 20 días.
Si dentro del periodo de doce meses siguientes a una hospitalización por la cual se hubiera abonado indemnizaciones por esta cobertura, el Asegurado tuviera que ser ingresado nuevamente en un hospital por la misma causa o por causas relacionadas con el anterior internamiento, el segundo internamiento será considerado a todos los efectos prolongación del anterior. Si el periodo transcurrido entre ambos internamientos es superior a doce meses, el segundo internamiento será considerado como nuevo periodo de hospitalización.

CLÁUSULA GENERAL DE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El asegurado titular autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y durante la vigencia del contrato, la actualización de los mismos y los que se obtengan mediante grabación de conversaciones telefónicas con motivo del desarrollo del contrato, para: • El cumplimiento del propio contrato de seguro. • La realización de estudios estadísticos y control de calidad. • Remitirle información, incluso por vía electrónica, sobre productos y servicios, ofertas, promociones, obsequios y campañas de fidelización de MAPFRE FAMILIAR y de las distintas entidades del Grupo MAPFRE (www.mapfre.com), incluso una vez extinguida la relación contractual existente. • Remitirle información sobre sistemas de seguridad. • Realizar análisis de siniestralidad. • Prevenir el fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso aunque no se formalice el contrato de seguro, así como, en su caso, una vez extinguida la relación contractual. • Gestión de otras solicitudes o contratos de seguro de cualquiera de las distintas entidades del Grupo MAPFRE (www.mapfre.com). Asimismo, acepta que sus datos, excludos los de salud, puedan ser comunicados entre el tomador del seguro y la aseguradora para el cumplimiento de todas las finalidades indicadas anteriormente. Y acepta que la aseguradora comunique los referidos datos exclusivamente para las finalidades anteriores, a otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, financieras, inmobiliarias o de prestación de servicios de reparaciones domiciliarias, de automoción o de atención a personas del Grupo MAPFRE (www.mapfre.com), filiales y participadas, así como a otras personas físicas o jurídicas que, asimismo, desarrollen cualesquiera de las referidas actividades y con las que las distintas entidades del Grupo MAPFRE concluyan acuerdos de colaboración, incluso cuando la cesión suponga una transferencia internacional de datos, todo ello tanto si se formalizase o no operación alguna como, en su caso, una vez extinguida la relación contractual existente; y, a que sus datos, incluidos los de salud, puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación garantizada en el contrato, solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones, y, en su caso, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios. Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados. El fichero de datos personales está ubicado en la Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE FAMILIAR, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita dirigida a Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid) o a cualquier oficina de MAPFRE. Vd. Puede marcar esta casilla en caso de oponerse al tratamiento y comunicación de los datos de carácter personal para las finalidades indicadas anteriormente distintas del cumplimiento de la relación contractual. En caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del asegurado titular, éste deberá, con carácter previo a su inclusión en el presente documento, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.

Recibí un ejemplar de las Condiciones Generales del seguro, así como copia del presente documento, que he leído y acepto en su integridad.

PÓLIZA N°

Nombre y Apellidos del Tomador / Asegurado Titular

Firma.

INFORMACION SOBRE EL MEDIADOR

Póliza intermediada por Aon Gil y Carvajal,S.A. Correduría de Seguros, Sociedad Unipersonal, con domicilio en C/ Rosario Pino nº 14 – 16, 28020 Madrid, inscrita en el Rº Mercantil de Madrid, Hoja M-19857, Tomo 15321, Folio 133, N.I.F. A-28109247.Inscrita en el Registro Especial de Sociedades de Correduría de Seguros con la clave J-107. Capacidad financiera y Seguro de Responsabilidad Civil concertado según lo previsto en la Ley 26/2006, de 17 de Julio.

PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Los datos solicitados a través de este formulario, serán incorporados a ficheros automatizados de Aon Gil y Carvajal,S.A. Correduría de Seguros, Sociedad Unipersonal, Correduría de Seguros y serán objeto de tratamiento automatizado con la finalidad de valorar y determinar el riesgo asegurado y la gestión de la póliza que se suscriba, así como la prestación, mantenimiento, administración, ampliación, mejora y estudio de los servicios en los que usted decida darse de alta, contratar o solicitar información.

En cualquier caso, Aon Gil y Carvajal,S.A. Correduría de Seguros, Sociedad Unipersonal, garantiza la confidencialidad y el tratamiento seguro de los datos personales facilitados de conformidad con la vigente normativa sobre protección de datos. La finalidad de la

recogida y tratamiento automatizado de los datos personales incluye igualmente el envío, por medios tradicionales y electrónicos, de información operativa y comercial acerca de productos y servicios, ofrecidos por Aon Gil y Carvajal,S.A. Correduría de Seguros, Sociedad Unipersonal, Correduría de Seguros.

El titular autoriza a Aon Gil y Carvajal,S.A. Correduría de Seguros, Sociedad Unipersonal, Correduría de Seguros a incluir sus datos personales en su ficheros, así cómo para su utilización y tratamiento, automatizado o no, para los citados fines. Así mismo, Aon Gil y Carvajal, S.A. Correduría de Seguros, Sociedad Unipersonal, podrá comunicar los datos a las empresas del Grupo Empresarial al que pertenece con los mismos fines precitados con anterioridad, considerándose el titular informado de esta cesión a través de la presente cláusula. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal usted podrá en cualquier momento denegar el consentimiento facilitado y ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recogidos en el Fichero, dirigiéndose Aon Gil y Carvajal,S.A. Correduría de Seguros, Sociedad Unipersonal, Correduría de Seguros - Rosario Pino, 14 y 16 - 9ª Planta 28020-Madrid (Att. Servicio Jurídico).

Nombre y Apellidos del Tomador/Asegurado Titular del Seguro:

Firma:

Fecha: