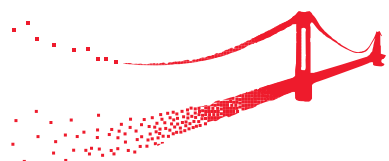


AGOSTO 2009

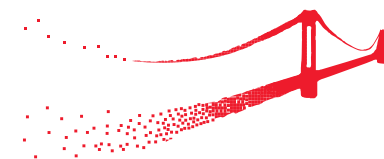


SEGURO DE REEMBOLSO
DE GASTOS MÉDICOS

MEDISALUD

Oferta exclusiva para miembros del Colegio Oficial
de Aparejadores y Arquitectos Técnicos de Alicante

Teléfono de información general: 902 20 40 60
www.mapfre.com



MAPFRE CUBRE TUS NECESIDADES Y TE OFRECE LAS MEJORES VENTAJAS DE LA SANIDAD PRIVADA

MEDISALUD

El seguro de Reembolso de Gastos Médicos que le permite la libre elección de médico y hospital en cualquier lugar del mundo. Garantiza el reembolso del 90% de los gastos hospitalarios y el 80% de los extrahospitalarios, abonados por el asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente y necesarios para su restablecimiento, con un límite máximo por asegurado y año de 105.347,90€[*]. Si acude a los servicios recomendados, la cobertura es del 100%. Además, no tendrá que anticipar el gasto médico.

[*] Límites fijados en Condiciones Particulares.

GARANTÍAS Y SERVICIOS:

- Asistencia primaria.
- Asistencia especializada.
- Asistencia hospitalaria.
- Once programas de medicina preventiva y rehabilitadora.
- Trasplante de órganos.
- Reproducción asistida.
- Podología.
- Garantía bucodental.
- Tratamiento de la psicoterapia.
- Cirugía refractiva de la miopía, astigmatismo y de la hipermetropía según sistema de franquicias.
- Segundo diagnóstico y acceso a la red hospitalaria de EE.UU.
- Conservación de las células madre del cordón umbilical.
- Adopción nacional e internacional.
- Gran cobertura, por la que se amplía el límite de reembolso por asegurado hasta 514.166,38€, que podrá consumirse en uno o varios años e, igualmente, por una o diferentes causas durante la vigencia de la garantía. Además, le permite el acceso a nuestros servicios concertados en EE.UU. para la hospitalización, previa autorización de la compañía.
- Osteopatía.

VENTAJAS ADICIONALES:

Por ser asegurado, descuentos y precios especiales en:

- Medicina Estética, Balnearios y Tratamientos Termales.
- Estudio del perfil genético de la obesidad.
- Servicios específicos para mayores a través de MAPFRE QUAVITAE.

OFERTA EXCLUSIVA PARA MIEMBROS DEL COAATA



PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO (incluida garantía bucodental):	de 0 a 65 años
Primer recibo	52,85€
Sucesivos	51,01€

- Esta prima se ha calculado independientemente del sexo y edad.
- La prima soporta los impuestos legalmente establecidos. Válida hasta el 31/12/2009.
- Sin participación del asegurado en el coste de los servicios.

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN Y ENVÍO:

Si deseas solicitar la contratación del seguro, cumplimenta los datos de la solicitud de contratación adjunta conforme a las siguientes instrucciones:

- 1 Detalla los datos del tomador/asegurado titular del seguro. Indícanos la fecha de efecto solicitada, como fecha de entrada en vigor del seguro.
- 2 Rellena los datos de los asegurados a incluir en la póliza, indicando el tipo de documento de identificación personal (NIF, PASAPORTE o NIE) y el número del mismo.
- 3 Indica el domicilio de asistencia, que deberá ser el mismo para toda la unidad familiar.
- 4 Cumplimenta los datos de la entidad bancaria y el código de cuenta (20 dígitos) para la domiciliación del cobro de los recibos. Elige la forma de pago.
- 5 Responde SI/NO a todas las preguntas incluidas en el cuestionario. Para la debida tramitación de esta solicitud, es imprescindible que se conteste a la totalidad de las preguntas.
- 6 En caso de que alguna de las respuestas se haya realizado en sentido afirmativo, amplía la misma en el apartado incluido para ello.

IMPRESINDIBLE FIRMAR LA SOLICITUD Y EXTRACTO

Para contratar la póliza o ampliar información contacte con el COAATA, diríjase a los teléfonos 96 598 44 79 ó 96 592 48 40. Teléfono general 902 20 40 60.

Clave de intervención

 Oficina

CD10

SOLICITUD DE CONTRATACIÓN

1. DATOS DEL SOLICITANTE		Nº de Póliza/Familia	Fecha Efecto Solicitada
Nombre	CIF/NIF/PTE		
Domicilio	Teléfono	E-mail	
Localidad	C.P.	Provincia	
Fecha de Nacimiento	Sexo	Profesión	Estado Civil

2. DATOS DE LOS ASEGURADOS	ASEGURADO TITULAR	ASEGURADO 2	ASEGURADO 3	ASEGURADO 4
Nombre				
Primer Apellido				
Segundo Apellido				
Fecha de Nacimiento/Sexo	/	/	/	/
Estado civil/Parentesco	/	/	/	/
Tipo y nº de documento NIF, PTE, NIE	/	/	/	/
Profesión				

DATOS DE LOS ASEGURADOS	ASEGURADO 5	ASEGURADO 6	ASEGURADO 7	ASEGURADO 8
Nombre				
Primer Apellido				
Segundo Apellido				
Fecha de Nacimiento/Sexo	/	/	/	/
Estado civil/Parentesco	/	/	/	/
Tipo y nº de documento NIF, PTE, NIE	/	/	/	/
Profesión				

3. DOMICILIO DE ASISTENCIA				
Domicilio:		Localidad:		
Provincia:	Cod. Postal:	Tel. Particular:	Tel. Trabajo:	

4. GARANTÍAS POR PRODUCTOS				
<input type="checkbox"/> Reembolso	<input checked="" type="checkbox"/> Gastos Completos	<input checked="" type="checkbox"/> Garantía Gran Cobertura	<input checked="" type="checkbox"/> Garantía Bucodental	

5. COBRO DE RECIBOS	Entidad Bancaria:	Sucursal:	D.C.:	C.C.:
Forma de pago:	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual

6. CUESTIONARIO	Aseg. Titular	Aseg. 2	Aseg. 3	Aseg. 4	Aseg. 5	Aseg. 6	Aseg. 7	Aseg. 8
Peso (kg) y Estatura (cm).....	/	/	/	/	/	/	/	/
1. ¿Padeces o has padecido alguna enfermedad crónica o alguna dolencia que te haya mantenido incapacitado más de 15 días?.....								
2. ¿Has sido o vas a ser intervenido quirúrgicamente / tratado en un centro sanitario?								
3. ¿Te encuentras bajo tratamiento o control médico?.....								
4. ¿Te has realizado algún estudio y/o sometido a algún tratamiento para la esterilidad?								
5. ¿Tienes alguna póliza similar a las coberturas solicitadas? (En caso afirmativo, aportar condiciones particulares y último recibo abonado).....								

En caso afirmativo, ampliar información (evolución, fechas, situación actual, tratamiento médico, etc.)

.....

.....

.....

Esta solicitud no obliga a la Entidad a formalizar el contrato de Seguro ni da derecho a utilizar sus prestaciones hasta el momento en que MAPFRE FAMILIAR acepte la solicitud emitiendo la póliza correspondiente y siempre que, salvo pacto expreso en contrario, se haga efectiva la primera prima del seguro.

En caso de que el asegurado carezca de número de Identificación de Extranjeros, se compromete a aportarlo a MAPFRE FAMILIAR una vez lo tenga en su poder.

Firma del ASEGURADO TITULAR

En.....a.....de.....de.....

EXTRACTO DE CLÁUSULAS GENERALES, LIMITATIVAS Y EXCLUSIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS ASEGURADOS DEL SEGURO MEDISALUD

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

MEDISALUD

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO (Art. 2º)

Las coberturas de la póliza son válidas en todo el mundo, siempre que el domicilio habitual de residencia del Asegurado se encuentre en España. Si éste trasladara su domicilio fuera de España, se extinguirán automáticamente. No son asegurables las personas mayores de 65 años. No obstante, los Asegurados que alcancen esta edad, durante la vigencia, tendrán derecho a prorrogarlo hasta que cumplan 70 años.

CONDICIONES GENERALES DE CADA GARANTÍA

GASTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS Y GASTOS HOSPITALARIOS CUBIERTOS: Hasta el porcentaje y límite máximo de indemnización fijado en Condiciones Particulares. En todo caso, se entenderá como un ingreso referido a una misma dolencia aquel que se deba a una misma causa o causas relacionadas con el ingreso anterior, incluyendo sus complicaciones. A estos efectos será considerado como continuación del anterior y no como nueva dolencia. **GASTOS EXTRAHOSPITALARIOS CUBIERTOS:** Hasta el porcentaje y límite máximo de indemnización fijado en Condiciones Particulares. Se excluyen los productos farmacéuticos. No se cubren los gastos ocasionados por servicios médicos prestados a recién nacidos, salvo Art. 7.7 de las Condiciones Generales. En los tratamientos de hemodiálisis o diálisis peritoneal, el Asegurador se hará cargo del coste del tratamiento en las unidades especiales que correspondan durante el período máximo de 1 año a contar desde la primera sesión; en procedimientos de rehabilitación en servicios no recomendados con el límite de 30 sesiones por año.

EXCLUSIONES GENERALES (Art. 3º)

Las 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 de la póliza- Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza. - Los trastornos psicológicos, salvo los de base psiquiátrica y siempre que los tratamientos psicoterapéuticos sean prescritos por un psiquiatra, y realizados previa autorización de la Entidad en los Servicios Concertados a éste fin. El SIDA y/o enfermedades asociadas al Virus HIV positivo; toxicomanía y alcoholismo. - El consumo por parte del Asegurado, de estupefacientes no prescritos médicamente o por la ingestión de bebidas alcohólicas. - Congelación/descongelación de embriones/esperma, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma. - Los tratamientos para adelgazar, la cirugía de la obesidad, las curas de sueño o reposo y psicoanálisis, hipnosis, narcolepsia ambulatoria, sofrología, test psicológicos, así como la rehabilitación psicossocial o neuropsicológica. - Costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos, salvo implantes cocleares y audífonos incluidos en el Programa de Detección precoz y Tratamiento de la Sordera en niños menores de 7 años y hasta el límite fijado en el Catálogo de Prótesis. - Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas en general, y el tratamiento de la esclerosis venosa. - Chequeos, o exámenes médicos generales y estudios genéticos de carácter preventivo. - Aerosoles, oxigenoterapia, ventiloterapia y rayos PUVA salvo que se utilicen los servicios recomendados, así como CPAP, BIPAP, monitores de apnea, vacunas y tratamientos farmacológicos. - Injertos osteoinductores y osteoconductores, injertos celulares; las piezas anatómicas ortopédicas y material ortopédico. - Las prótesis e implantes, excepto las recogidas en el Catálogo de Prótesis e Implantes del Anexo I de las Condiciones Generales y hasta el límite de reembolso fijado en dicho Anexo. - La participación del Asegurado en apuestas, desafíos y riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa. También los que se deriven de suicidios y sus tentativas, así como la autolesión. - 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 a motor incluidos los entrenamientos, espeleología, troteo, encierro de reses y cualquier otra actividad o deporte de riesgo análogo. - Actos de guerra (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, terremotos, huracanes, erupciones volcánicas, consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radioactiva y otros hechos que sean declarados de carácter catastrófico o extraordinario, así como las epidemias declaradas oficialmente. - La educación para el lenguaje, salvo cuando haya patología orgánica de base, la ecuación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos, así como la terapia de mantenimiento y ocupacional. - Las siguientes coberturas, salvo en los términos y condiciones del artículo 16º de las Condiciones Generales: las enfermedades psiquiátricas; tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal, previa autorización de la Compañía, siempre debe estar prescrito por un psiquiatra y como tratamiento complementario a patologías psiquiátricas, con un máximo de 20 sesiones/año/asegurado. Existirá una franquicia a cargo del Asegurado que se recoge en el Anexo 1 de éstas Condiciones Generales. Dicho coste se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales; los tratamientos de podología; los empastes, endodoncias y demás tratamientos odontológicos; consulta/tratamiento de osteopatía; las esterilizaciones para ambos sexos, la fecundación "in vitro", la inseminación artificial; el estudio o tratamiento de la esterilidad/infertilidad; programas de medicina preventiva (Detección Precoz y Tratamiento de la Sordera en Niños menores de 7 años y siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 10 meses, con un máximo de 20 sesiones/año de logopedia. El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional iniciado con anterioridad a la fecha de efecto de esta garantía.

PERÍODOS DE CARENCIA (Art. 5º)

Para determinadas prestaciones/reembolsos, será necesario que los primeros síntomas se produzcan una vez transcurridos los siguientes periodos de carencia: En caso de enfermedad que requiera intervención quirúrgica y/o tratamiento de radioterapia, quimioterapia, hemodiálisis y litotricia, los primeros síntomas deben producirse una vez transcurridos 6 meses desde la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza, salvo urgencia extrema o vital. Los gastos generados por embarazo, parto, aborto, los cariotipos, genotipos y amniocentesis,

se cubrirán una vez transcurridos 8 meses desde la fecha de alta en la póliza. Los servicios de: isótopos radioactivos, medicina nuclear, hemodinámica, polisomnografía, PET, resonancia nuclear magnética y rehabilitación, Consulta/tratamientos de osteopatía, Consulta/Tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal, así como la preparación al parto se cubrirán una vez transcurridos 6 meses desde la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza. El estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida se cubrirán una vez transcurridos 48 meses desde el alta más reciente de los miembros de la pareja, sino han contratado en la misma fecha. Para el reembolso por Adopción nacional e internacional el inicio de los trámites de adopción debe haberse solicitado 24 meses después de la fecha de alta del Asegurado en la póliza.

PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

Para el caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los períodos sucesivos será la que resulte de aplicar las tarifas de primas fundamentadas en los cálculos técnico-actuariales realizados para actualizar los costes de los servicios asistenciales, la frecuencia de la utilización de tales servicios y, en su caso, la incorporación a la póliza de las innovaciones tecnológicas de nueva aparición. Además, en cada año la prima se actualizará de acuerdo con los factores de riesgo que el Asegurador tenga establecidos a la fecha de renovación. Si se produjera un siniestro durante el transcurso del período de gracia, el Asegurador podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el período en curso. No serán indemnizables los siniestros que se produzcan cuando las coberturas se encuentren suspendidas. Si durante la vigencia del seguro se produjera la desaparición del interés asegurado, la Entidad tendrá el derecho de hacer suya la prima no consumida.

CLÁUSULA GENERAL DE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El tomador/asegurado titular del seguro 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: o El cumplimiento del propio contrato de seguro. o La realización de estudios estadísticos y control de calidad. o 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. o Realizar análisis de siniestralidad. o La prevención del fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros. o 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 puedan ser cedidos, exclusivamente para las finalidades indicadas anteriormente, a otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, financieras, inmobiliarias o sanitarias 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 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 a los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria, el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguro, solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones 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 creado está ubicado en Edificio Mapfre 3-Carretera de Pozuelo nº 50, 28220, 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 52, 28220, 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 tomador, 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 del Seguro

Firma: