



Adeslas

ADESLAS COMPLETA +DENTAL PLUS

ADESLAS COMPLETA



SIN PERIODOS DE CARENCIA

Excepto embarazo y parto (10 meses de carencia)



SIN CUESTIONARIO DE SALUD

Excepto enfermedades graves descritas en la solicitud



SIN COPAGOS

Sin costes adicionales por el uso de los servicios sanitarios del cuadro médico



CON DENTAL INCLUIDO

Cobertura dental incluida en el precio de la póliza



COBERTURA COMPLETA

Hospitalizaciones, urgencias, pruebas diagnósticas...



AMPLIO CUADRO MÉDICO

Contamos con 40.000 especialistas y más de 11.500 centros de salud

Condiciones exclusivas para veterinarios colegiados y sus familiares directos*

PRECIOS POR ASEGURADO/MES

48,97€

De 0 a 54 años

52,75€

De 55 a 60 años

66,09€

De 61 a 65 años

- Precios válidos hasta 31/12/2025.
- Oferta no aplicable a Asturias, País Vasco y Navarra.
- Oferta válida solo para nuevos asegurados en Adeslas.

*Familiares a los que la póliza aplica la promoción: Cónyuge o pareja de hecho, e hijos que convivan en el mismo domicilio.


AndalBrok
Correduría de Seguros

MÁS INFORMACIÓN



918 283 444



663 878 882



comunicacion@andalbrok.es

CONTRÁTALO EN:

www.andalbrok.es/veterinarios
o escanea el siguiente QR



Solicitud de adhesión

Adeslas

Veterinarios SUBCOLECTIVO 2020

Nombre del Colectivo

Número de solicitud

Nº Póliza

6 6 6 0 1 5 0 8 6

Alta Baja Modificación

No olvidar indicar fecha efecto

Nº Certificado

Delegación

Efecto 0 1

Envío de documentación Empresa KAM Cliente

Clave Mediador 1

Clave Mediador 2

Datos del Titular

Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio: Tipode Vía

Nombre de Vía

Número Piso

Código Postal

Población

Fecha denacimiento

Estado Civil

Sexo

Hombre

Mujer

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

Nº de afiliado

¿Desea que el Titular sea Asegurado de la Póliza?

Sí No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza

¿Solicita Exención de Carencias? Sí No

Forma de pago Mensual Trimestral Anual Bimestral Semestral

IBAN

Producto

Complementos adicionales

Datos Asegurados (Encaso de tratarse de menor de edad o incapacitado, se cuestionario se cumplimentará por el representante legal)

La persona a asegurar declara, bajo su responsabilidad, que a la fecha de firma de esta declaración de salud no ha sido diagnosticado de: **Enfermedades oncológicas:** no estás obligado a declarar que has padecido cáncer una vez hayan transcurrido 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior · **Enfermedades del sistema nervioso:** esclerosis múltiple, párkinson, alzhéimer, epilepsia, paroplejias, distrofias musculares, secuelas graves de traumatismos o infecciones del sistema nervioso central, esclerosis lateral amiotrófica · **Enfermedades del sistema endocrino:** diabetes mellitus, obesidad mórbida, enfermedades graves, enfermedad de Cushing, hiperparatiroidismo · **Enfermedades congénitas:** espina bífida, fibrosis quística, cardiopatías congénitas · **Enfermedades del sistema circulatorio:** cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares y enfermedad vascular hipertensiva, enfermedades de las válvulas cardíacas, marcapasos, arritmias, aneurisma aórtico, insuficiencia cardíaca · **Enfermedades del aparato respiratorio:** fibrosis pulmonar, EPOC, apneas del sueño, hipertensión pulmonar, insuficiencia respiratoria · **Enfermedades del aparato digestivo:** hepatopatías crónicas, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, pancreatitis crónica · **Enfermedades del aparato genitourinario:** insuficiencia renal crónica · **Enfermedades mentales:** esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis · **Enfermedades reumatológicas y del tejido conectivo:** artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, lupus sistémico, dermatomiositis, vasculitis, psoriasis · **Enfermedades de la sangre:** hemofilia, anemia falciforme, linfomas, leucemias · **Enfermedades del aparato locomotor:** trastornos degenerativos y traumáticos en grandes articulaciones · **Otras:** trasplantes, virus de la hepatitis B o C.

Apellidos y Nombre

Domicilio

Código Postal

NIF/NIE

Fecha de nacimiento

Sexo

Hombre

Mujer

Parentesco

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza

Complementos adicionales

¿Solicita Exención de Carencias? Sí No

Apellidos y Nombre

Domicilio

Código Postal

NIF/NIE

Fecha de nacimiento

Sexo

Hombre

Mujer

Parentesco

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza

Complementos adicionales

¿Solicita Exención de Carencias? Sí No

Apellidos y Nombre

Domicilio

Código Postal

NIF/NIE

Fecha de nacimiento

Sexo

Hombre

Mujer

Parentesco

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza

Complementos adicionales

¿Solicita Exención de Carencias? Sí No

OBSERVACIONES: SUBCOLECTIVOS

Resolución Solicitud: ACEPTADA RECHAZADA EXCLUSIONES

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE

En cumplimiento de lo dispuesto en la vigente Ley de Ordenación, Solvencia y Supervisión de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, se informa al solicitante que la entidad aseguradora es SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros con NIF: A-28011864 y domicilio social en Madrid Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid (España). Inscrita en el R.M. de Madrid, tomo 36.733, folio 213, hoja M-658265 y que la legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española.

1. Asimismo se le informa que, sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el Tomador del seguro, el Asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro. A tal fin y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre esta materia, SEGURCAIXA ADESLAS dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse para presentar sus quejas y reclamaciones, cuando estas no hubiesen sido resueltas a su favor por la oficina o servicio objeto de las mismas.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PARA EL TITULAR

RESPONSABLE

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros.

FINALIDAD

Mantenimiento de la relación contractual.

Ponemos en contacto con usted para informarle sobre productos o servicios ofrecidos por SegurCaixa Adeslas que puedan ser de su interés. Para el desarrollo de esta finalidad sus datos serán tratados para aplicar técnicas de perfilado/segmentación que permitan ofrecer productos o servicios que podamos ofrecerle de acuerdo a sus intereses y necesidades. Si no desea que nos pongamos en contacto con usted con esta finalidad puede indicarlo marcando la casilla que encontrará a continuación.

Sí deseo que se pongan en contacto conmigo para informarme sobre productos o servicios ofrecidos por SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros.

LEGITIMACIÓN

Para la gestión del contrato de seguro: ejecución de un contrato.

Para informar sobre productos o servicios de SegurCaixa Adeslas: interés legítimo del responsable.

DESTINATARIOS

No se cederán los datos facilitados a terceros, salvo obligación legal.

No obstante, caso de que preste su consentimiento mediante la marcación de la casilla que encontrará a continuación, sus datos podrán ser comunicados a CaixaBank, S.A. y a las empresas del Grupo "la Caixa" con la finalidad de que puedan ponerse en contacto con usted para informarle sobre sus productos o servicios.

DERECHOS

Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Puede consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, incluida la forma de retirar el consentimiento, en las Condiciones Generales de las pólizas de seguro y/o en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos.

Consiente que sus datos personales sean comunicados a CaixaBank, S.A. y a las empresas del Grupo "la Caixa" con la finalidad de que puedan ponerse en contacto con usted para informarle sobre sus productos o servicios. SÍ NO

Fecha: _____

Firma: _____