

FEBRERO 2010



SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

CAJA SALUD FAMILIAR

Oferta exclusiva para empleados
de la Universidad Rey Juan Carlos

www.mapfre.com



CAJA SALUD FAMILIAR

Es el Seguro de Asistencia Sanitaria que te ofrece MAPFRE, que te garantiza asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria a través de nuestros servicios concertados, más de 32.000 profesionales y 400 centros sanitarios, que puedes consultar en www.mapfre.com

Ponemos a tu disposición los medios de diagnóstico y procedimientos terapéuticos más avanzados.

COMPRUEBA TÚ MISMO LAS GARANTÍAS A LAS QUE PODRÁS ACCEDER:

- Asistencia primaria.
- Asistencia especializada.
- Asistencia hospitalaria.
- Segundo diagnóstico y acceso a la red hospitalaria de EE.UU.
- Once programas de medicina preventiva y rehabilitadora.
- Reproducción asistida*.
- Podología.
- Trasplante de órganos.
- Prótesis e implantes*.
- Tratamiento de la psicoterapia.
- Cirugía refractiva de la miopía, astigmatismo y de la hipermetropía según sistema de franquicia.
- Conservación de las células madre del cordón umbilical (SCU).
- Adopción nacional e internacional.
- Osteopatía.

ADEMÁS TE OFRECEMOS:

- **Garantía bucodental.** Asistencia odontológica completa gratuita, salvo ortodoncia, para menores de 15 años. Franquicias reducidas y servicios básicos gratuitos (consultas, Rx, limpieza de boca y extracciones simples) para mayores de 15 años.
- Seguro de accidentes.
- Asistencia urgente en el extranjero y traslados en el territorio nacional.
- Orientación telefónica 24h.

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.

* Según condiciones generales.

OFERTA EXCLUSIVA PARA EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS



PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO (garantía bucodental opcional incluida) de 0 a 65 años

Primer recibo	41,45€
Sucesivos	40,72€
Total	489,37€

- Prima calculada independientemente del sexo y edad.
- Importe mensual por la garantía bucodental: 2,80€.
- Sin participación del asegurado en el coste de los servicios (copago).
- Incluidos los impuestos legalmente establecidos. Válida hasta 31/12/2010.
- Con posibilidad de pago anual, semestral, trimestral, bimestral o mensual, sin recargo.
- **Promoción hasta 15/03/2010**, sin carencias, salvo lo relativo a Reproducción Asistida, asistencia al Embarazo y Parto y Adopción.
- Imprescindible identificación de pertenencia al colectivo.

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN Y ENVÍO:

Si deseas solicitar la contratación del Seguro Caja Salud Familiar, cumplimenta los datos de la solicitud de contratación adjunta conforme a las siguientes instrucciones:

- 1** Detalla los datos del tomador del seguro. Indicanos 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, así como tu código de Proveedor.
- 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 pueden dirigirse a la oficina de MAPFRE en Coslada (Madrid) en la C/ Argentina, 18, en el teléfono: 91 674 67 22 o contactar con Sonia Tomeo González a través del e-mail: tomeos@mapfre.com

CD10

BOLETÍN DE ADHESIÓN - SEGURO COLECTIVO N°: 4679593

Nº de Póliza/Familia Fecha Efecto

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre N.I.F. _ / P.T.E. _

Fecha de Nacimiento Sexo Estado Civil

Domicilio

Localidad C.P.

Provincia Teléfono Nº Empleado e-mail

Domiciliación de recibos

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Bimestral Mensual

2. DATOS DE LOS ASEGURADOS

ASEGURADO TITULAR

ASEGURADO 2

ASEGURADO 3

ASEGURADO 4

Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

Sexo/Fecha de Nacimiento

N.I.F. P.T.E.

Profesión

3. CUESTIONARIO DE SALUD (Contestar "SI" o "NO")

Titular

Aseg. 2

Aseg. 3

Aseg. 4

Peso (kg.) y Estatura (cm.)..... / / / /

1. ¿Padeces o has padecido alguna enfermedad crónica o has padecido 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.)

.....

4. GARANTÍAS (marcar Garantía Bucodental si desea contratar esta cobertura)

Asistencia Sanitaria Garantía Bucodental

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.

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

Firma del ASEGURADO TITULAR

Clave de Intervención

Oficina

Notas

Sobreprimas: Profesión _____ Enfermedad _____

Control de Contratación

