



# Servicio Médico Colegial

## ADESLAS

Los servicios médicos que el Ilustre Colegio de Abogados de Sevilla ofrece tanto a los/as Colegiados/as pertenecientes al mismo, como a sus familiares (cónyuge o pareja de hecho debidamente formalizada en Registro, e hijos/as y nietos/as recién nacidos/as que convivan en el domicilio del/la colegiado/a), constan de dos pólizas; una denominada Póliza Classic y la otra Póliza Premium, ambas contratadas con la Compañía Adeslas SegurCaixa. La contratación de dichas pólizas es de carácter voluntario.

En el momento en el que el/la titular pierda su condición de persona asegurada tanto él/ella como su unidad familiar dejarán de estar asegurados/as en las presentes pólizas.

---

### **PÓLIZA CLASSIC (Ámbito: Sevilla)**

El contrato de esta póliza implica el pago, durante el año 2024, de 25,15 € mensuales por beneficiario y el compromiso de permanecer en la misma hasta final de año, renovándose anualmente, salvo comunicación en contrario.

Para la contratación de esta póliza deben enviar a este Colegio la correspondiente ficha cumplimentada indicando en nombre de colectivo – “CLASSIC”

En esta Póliza el colegiado/a tiene la posibilidad, pagando una cuota supletoria mensual (19,45 €), de contratar los Servicios de Asistencia Domiciliaria que incluyen médico de cabecera, puericultor de zona y practicante.

#### **CONDICIONES ESPECIALES**

- Eliminación de los periodos de carencia para los tratamientos y hospitalizaciones en los servicios cubiertos por la póliza.
- No es necesaria la cumplimentación de Declaración o Cuestionario de Salud.
- No se aplicará copago a cargo del Asegurado/a en ninguno de los servicios cubiertos por la póliza.

Nota: la póliza básica no incluye ningún tipo de prótesis, ni quimioterapia

---

### **PÓLIZA PREMIUM (Ámbito: Nacional)**

El contrato de esta póliza implica el pago de una cuota por persona y mes para el año 2024 de 59,55 € para menores de 65 años y de 100,73€ para mayores de 65 años y el compromiso de permanecer en la misma hasta final de año, renovándose anualmente, salvo comunicación en contrario. Esta póliza incluye la cobertura Adeslas Plus Dental.

Para la contratación de esta póliza deben enviar la correspondiente ficha cumplimentada indicando en nombre de colectivo – “PREMIUM”

#### **CONDICIONES ESPECIALES**

- Eliminación de los periodos de carencia para los tratamientos y hospitalizaciones, excepto las prótesis (10 meses) y los tratamientos de quimioterapia (12 meses).
- No es necesaria la cumplimentación de Declaración o Cuestionario de Salud.
- No se aplicará copago a cargo del Asegurado/a en ninguno de los servicios cubiertos por la póliza.

Solicitud de adhesión

Adeslas

Nombre del Colectivo

Número de solicitud

☐ Alta☐ Baja☐ Modificación

Delegación

Efecto

Clave Mediador 1

Nº Póliza

Nº Certificado

Envío de documentación

☐ Empresa☐ KAM☐ Cliente

Clave Mediador 2

Datos del Titular

Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio: Tipo de Vía

Nombre de Vía

Número

Piso

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Estado Civil

Sexo

☐ Hombre☐ Mujer

Nº de empleado

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Desea que el Titular sea Asegurado de la Póliza?

☐ Si☐ No

¿Solicita Exención de Carencias?

☐ Si☐ No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas?

Nº de Póliza

Forma de pago

☐ Mensual☐ Trimestral☐ Anual

☐ Bimestral☐ Semestral

IBAN

Producto

Complementos adicionales

Datos Asegurados

1)

Número de Asegurados

Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Sexo

☐ Hombre☐ Mujer

Parentesco

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas?

Nº de Póliza

¿Solicita Exención de Carencias?

☐ Si☐ No

Producto

Complementos adicionales

2)

Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Sexo

☐ Hombre☐ Mujer

Parentesco

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas?

Nº de Póliza

¿Solicita Exención de Carencias?

☐ Si☐ No

Producto

Complementos adicionales

3)

Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Sexo

☐ Hombre☐ Mujer

Parentesco

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas?

Nº de Póliza

¿Solicita Exención de Carencias?

☐ Si☐ No

Producto

Complementos adicionales

OBSERVACIONES

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 éstas no hubiesen sido resueltas a su favor por la oficina o servicio objeto de las mismas.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE

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

FINALIDAD

Mantenimiento de la relación contractual.

Ponernos 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 que los productos o servicios que podamos ofrecerle se ajusten lo máximo posible 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.

☐ No 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](http://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.

☐ SI☐ NO

Fecha

Firma