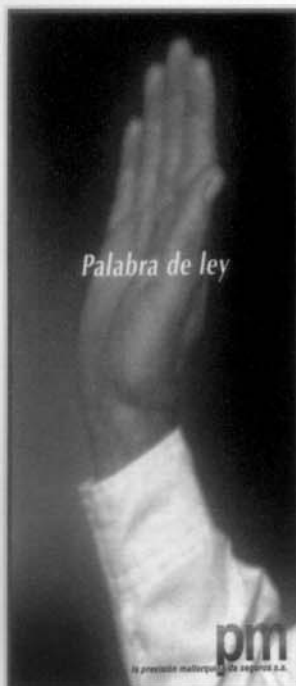


# COLEGIO DE ABOGADOS DE ZARAGOZA



Su economía se sentirá mucho más protegida si está respaldada por una cobertura que le garantice una indemnización diaria en el supuesto de que se halle incapacitado temporalmente para desarrollar su actividad profesional, como consecuencia de una enfermedad o accidente.

Para ello, y pensando en las necesidades del colectivo, el COLEGIO DE ABOGADOS DE ZARAGOZA, a través de la Correduría de Seguros de JOAQUIN MONE, ha diseñado una póliza colectiva que le permitirá disfrutar de una cobertura en el momento en que más lo puede necesitar, es decir, cuando una enfermedad o accidente le impida desarrollar su actividad como abogado.

## CARACTERÍSTICAS DE LA PÓLIZA

- Indemnización diaria de 30 €.
- Franquicia de 30 días.
- Sin periodos de carencia ni en enfermedad ni en accidente. Efecto inmediato.
- Cobertura en todo el mundo.
- Totalmente compatible con la Seguridad Social o con cualquier otro seguro privado.
- Coste anual: 72,76 €.
- Incluye una indemnización única por maternidad de 1.200 € por Asegurada y año, y una carencia o periodo de tiempo en que dicha cobertura no tendrá vigencia de DOCE MESES.

Para pasar a formar parte del colectivo, simplemente deberá cumplimentar la solicitud adjunta al dorso de esta página y remitirla por fax, por correo o entregar en mano a Colegio de Abogados.

Si desea una ampliación sobre lo expuesto, o bien desea tener una mayor cobertura, deberá ponerse en contacto directo con la Correduría (976.23.86.18) y recibirá un estudio personalizado.



Joaquín Moné Foz

CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L.



**pm**  
la previsión mallorquina de seguros

**INDEMNIZACIÓN DIARIA POR ENFERMEDAD Y / O ACCIDENTE  
ADHESIÓN A LA POLIZA DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE ZARAGOZA**

En el caso de ser aceptada por el Asegurador la presente Solicitud de Seguro, el futuro contrato de seguro quedará sometido a la Ley española, y las instancias de reclamación, en caso de litigio, serán la jurisdicción española, el servicio de atención al cliente del Asegurador, y el organismo administrativo de control, de acuerdo con los procedimientos legalmente establecidos.

SOLICITUD DE SEGURO

<b>Efecto Póliza solicitado:</b> Desde / /	<b>Nº Póliza</b> 361.702	<b>Código mediador</b> 1000634	<b>Vº Selección:</b>
<b>Datos del Declarante / Asegurado</b>			
<b>Nombre y Apellidos</b>			
<b>Domicilio</b>			
<b>Localidad</b>	<b>C.P.</b>	<b>Provincia</b>	
<b>Tfno.</b>	<b>NIF/CIF</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>Empresa</b>	Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Por cuenta ajena <input type="checkbox"/>		
<b>Domicilio de trabajo</b>			
<b>Localidad</b>	<b>C.P.</b>	<b>Tfno.</b>	
<b>Indicar Régimen de la S.S. en el que se encuentra inscrito:</b> general <input type="checkbox"/> autónomo <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>			

<b>Antecedentes sobre Seguros:</b>	- ¿Tiene contratado o solicitado otro seguro de indemnización?    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- ¿En qué Compañía? :	- Indique la indemnización asegurada:

**Declaración del estado de salud de la persona que se desea asegurar: ( Indicar con X en las casillas Si / No)**

1. Fuma: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No - ¿Cantidad diaria?	19. Enfermedades genitourinarias (renales y sus vías, ginecológicas, órganos genitales, etc.) - Si es Mujer indicar número de embarazos:	Si	No	
2. ¿ Es Hipertenso ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	20. Enfermedades de la piel (quiste, eccema, etc.)	Si	No	
3. Altura:                    cm                    4. Peso:                    kg.	21. Enfermedades de nariz, oído y/o laringe	Si	No	
5. Bebidas alcohólicas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No - Cantidad diaria:	22. Enfermedades oculares. - Detalle Motivo y Graduación	Si	No	
6. ¿ Ha precisado de alguna baja laboral de más de 15 días? ¿Por qué?	23. Alguna afección todavía no nombrada	Si	No	
7. ¿ Desarrolla al mismo tiempo otras actividades laborales?	24. ¿ Ha sido intervenido quirúrgicamente? - Detalle Motivo y Fecha	Si	No	
8. ¿ Practica algún deporte? - Detalle de qué tipo y con qué frecuencia	25. En los últimos años, ¿ha sido sometido a pruebas de diagnóstico, tales como: ecocardiografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografías, scanner o Tac, Doppler, resonancia magnética, mamografías, endoscopias, analíticas, etc.	Si	No	
9. ¿ Tiene alguna deformación, anomalía congénita o adquirida?	26. ¿ Ha sufrido lesiones óseas, musculares, articulares, ligamentos y o tendinosas? ¿Enfermedades reumáticas? ¿Ha realizado algún tratamiento de rehabilitación o fisioterapia?	Si	No	
<b>Antecedentes patológicos: ¿Padece o ha padecido?</b>		27. ¿ Ha tenido algún accidente?- Detalle de que naturaleza y fecha.	Si	No
10. Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, anorrectales.	28. Detalle Lesiones. 29. Detalle Secuelas.	Si	No	
11. Enfermedades cardíacas o del aparato circulatorio.	30. ¿ Está en la actualidad bajo control médico o tratamiento? - Detalle Motivo y tratamiento.	Si	No	
12. Enfermedades respiratorias ( pulmón, pleura, bronquios, etc.)				
13. Procesos infecciosos o parasitarios, S.I.D.A.				
14. Afecciones en la espalda y/o en la columna vertebral ( lumbalgias, hernias discales, cervicalgias, etc.)				
15. Procesos endocrinos y metabólicos ( diabetes, trastornos glandulares, hipercolesterolemia, etc.)				
16. Alteraciones del sistema nervioso				
17. Alteraciones de la sangre y sistema linfático				
18. Alteraciones psiquiátricas				

En caso de respuesta positiva 'Si', indíquese tipo de proceso, fecha en que lo padeció y estado actual.

El Solicitante y/o la persona que se desea asegurar, autoriza expresamente a LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS S.A., a la inclusión en sus ficheros y tratamiento de todos los datos de carácter personal que le fueran facilitados para el mantenimiento de la futura relación contractual, la elaboración de estudios estadístico-actuariales, prevención del fraude y el envío de información comercial propia. Así mismo, autoriza expresamente a los profesionales que presten sus servicios al Asegurador para que puedan comunicar a éste todos los datos personales generados con las mismas finalidades. Dichos datos permanecerán en los ficheros de la Compañía aún en el caso de que no se formalice la Póliza y estarán sujetos, mediante solicitud escrita del interesado dirigida a LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A., c/ Aribau 168-170, Entl. 1º, Barcelona, 08036, a la atención de Asesoría Jurídica, a los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de acuerdo con la legislación vigente.

El Solicitante y/o la persona que se desea asegurar manifiestan que, las declaraciones contenidas en esta Solicitud, que ha de servir de base para la valoración del riesgo por el Asegurador, son en un todo EXACTAS y VERACES, y conocen que su omisión o falta de veracidad puede dar lugar a la pérdida de la prestación y a la rescisión del contrato de acuerdo con lo dispuesto en la Ley. Asimismo autorizan a cualquier médico o institución que le haya asistido o reconocido en sus dolencias a revelar a la Compañía la información que ésta considere necesaria.

FECHA

FIRMA DEL DECLARANTE / ASEGURADO