

PRIMAS POR PERSONA Y MES

TARIFA 2008

Descuentos por forma de pago: anual 4%



AÑO 2008	EDAD	EUROS (pers./mes)
PÓLIZA FAMILIAR	0 a 55 años	38,73
	56 a 64 años	58,24
PÓLIZA INDIVIDUAL Con derechos adquiridos de maternidad	0 a 55 años	50,00
PÓLIZA ACCIDENTES DENTAL	0 a 70 años	3,50
		5,60

Una vez cumplimentada la solicitud puede entregarla en las oficinas de Asmequiva, enviarla por correo o remitirla por fax.

Consultar cualquier duda acerca de nuestros servicios llamando a nuestras oficinas en horario:

ALICANTE

De lunes a viernes de 9 a 14 horas
C/ Pintor Baeza, 7, bajo
03010 Alicante
Tel. 96 524 18 46

CASTELLÓN

De lunes a viernes de 9 a 14 horas
C/ Enmedio, 138-1º
12001 Castellón
Tel. 96 472 38 37
Fax 96 426 12 24

VALENCIA

De lunes a viernes de 8:30 a 15 horas
Martes y jueves de 8:30 a 15 y de 17 a 20 horas
Sábados de 9 a 14 horas
(excepto de junio a septiembre)
C/ Garrigues, 8, 1º, 1ª
46001 Valencia
Tel. 96 352 37 37
Fax 96 352 37 34

info@asmequiva.com
www.asmequiva.com

IMPORTANTE

Los asegurados procedentes de otras Compañías mantendrán todos los derechos adquiridos y sin ningún tipo de carencia, a excepción de enfermedades preexistentes o embarazos en curso, que se estudiará caso por caso antes de la firma del contrato.

ASMEQUIVA
ASOCIACIÓN MÉDICO QUIRÚRGICA VALENCIANA, S.A. DE SEGUROS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE ASISTENCIA SANITARIA

La Asistencia Sanitaria Segura

ESPECIALIDADES		DIAGNÓSTICO
A.T.S. - PRACTICANTES	NEFROLOGÍA	ANÁLISIS CLÍNICOS
ALERGOLOGÍA	NEUMOLOGÍA	ANATOMÍA PATOLÓGICA
APARATO DIGESTIVO	NEUROCIRUGÍA	CITOLOGÍAS
CARDIOLOGÍA	NEUROLOGÍA	ECOCARDIOGRAMAS
CARDIOLOGÍA INFANTIL	NEUROPEDIATRÍA	ECOGRAFÍAS
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	ODONTOESTOMATOLOGÍA	ELECTROCARDIOGRAMAS
CIRUGÍA GENERAL	OFTALMOLOGÍA	ENCEFALOGRAMAS
CIRUGÍA COLO-PROCTOLÓGICA	OTORRINOLARINGOLOGÍA	ENDOSCOPIAS
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	PEDIATRÍA Y PUERICULTURA	ESPIROMETRÍAS
CIRUGÍA TORÁCICA	PODOLOGÍA	GAMMAGRAFÍAS
CIRUGÍA VASCULAR	PSIQUIATRÍA	ISÓTOPOS RADIOACTIVOS
COLOPROCTOLOGÍA	RADIODIAGNÓSTICO	METABOLISMO BASAL
DERMATOLOGÍA	REHABILITACIÓN	ORTOPANTOMOGRAFÍAS
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	REUMATOLOGÍA	RADIOLOGÍA
GERIATRÍA	LITOTRICA	RADIUMTERAPIA
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA	OXÍGENOTERAPIA	T.A.C.
UNIDAD DE MENOPAUSIA	TRAUMATOLOGÍA	RESONANCIA MAGNÉTICA
HOMEOPATÍA	UROLOGÍA	
MEDICINA GENERAL		
MEDICINA INTERNA		
MEDICINA NUCLEAR		

HOSPITALIZACIÓN



URGENCIAS
24 HORAS

A DOMICILIO
SERVICIO MÉDICO URGENTE
SERVICIO ATS URGENTE
SERVICIO DE AMBULANCIAS
SERVICIO DE OXÍGENO
en todos los centros concertados.



CONCIERTO CON LOS
SANATORIOS MÁS
PRESTIGIOSOS DE
NUESTRA COMUNIDAD



HOSPITALES NISA
Nuevas Inversiones en Servicios
Virgen del Consuelo
9 de Octubre
Valencia al Mar
Rey Don Jaime
Aguas Vivas



CLÍNICA QUIRÓN
DE VALENCIA, S.A.



Casa de Salud

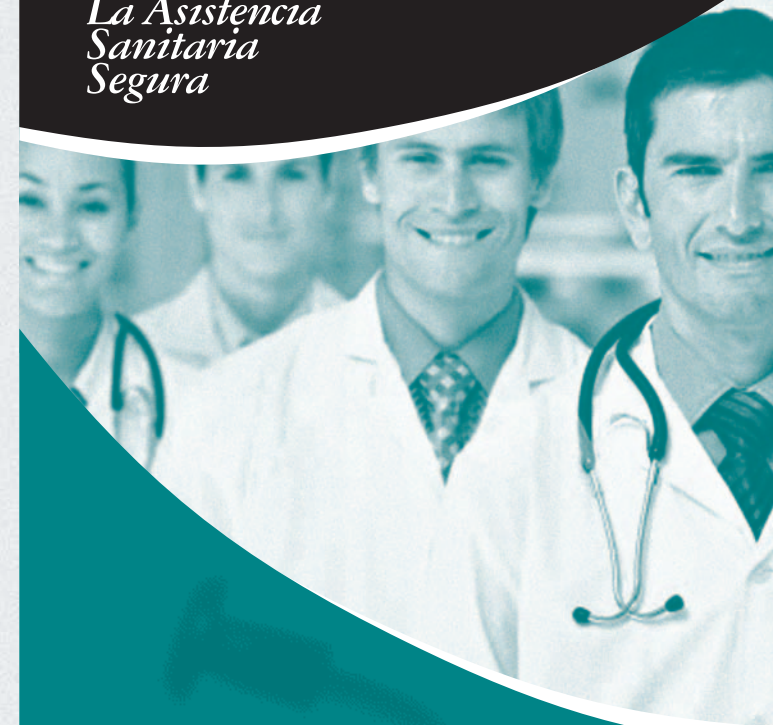


Hospital
Perpetuo Socorro

info@asmequiva.com · www.asmequiva.com

ASMEQUIVA
ASOCIACIÓN MÉDICO QUIRÚRGICA VALENCIANA, S.A. DE SEGUROS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE ASISTENCIA SANITARIA

La Asistencia Sanitaria Segura



*El mejor médico,
el especialista más cualificado,
en el hospital más prestigioso...*

Plan
Exclusivo
de Salud
2008

COLEGIO DE ECONOMISTAS DE VALENCIA

Por qué ASMEQUIVA

Por que es un SEGURO INTEGRAL DE SALUD que, a través de un amplio cuadro médico, cubre todos los niveles asistenciales: las mejores clínicas, médicos de cabecera, pediatras, ATS, especialistas, urgencias, hospitalización, cirugía, así como las pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos más avanzados.

Por que cuenta con la solidez y garantía de la 1ª entidad privada valenciana de asistencia sanitaria, con más de 50 años de experiencia.

Por que para obtener autorización en los servicios cubiertos, bastará con enviarla por fax o e-mail.

Por que las primas pagadas son un gasto deducible de hasta 500 euros/pers. y año para los autónomos y empresas.



CLÍNICAS PRIVADAS

9 de Octubre - Casa de la Salud - Clínica Quirón Virgen del Consuelo - Aguas Vivas, etc.

LIBRE ELECCIÓN DE ESPECIALISTAS

Sin pasar por el médico de cabecera.

HABITACIÓN INDIVIDUAL

Con cama y pensión completa para acompañante.

CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA. LÁSER

ANESTESIA EN PARTO

Epidural.

SERVICIO DE URGENCIAS LAS 24h

SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA LAS 24h

TRANSPORTES EN AMBULANCIA

TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN

MEDICINA PREVENTIVA

Reconocimientos, diagnósticos precoces de cáncer y prenatales.

ASISTENCIA EN VIAJES

Asistencia de urgencias en cualquier país del mundo.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DIU, vasectomía y ligadura de trompas.

PROGRAMA ESPECIAL DEL NIÑO SANO

Control y seguimientos.

SERVICIOS DENTALES MÁS HABITUALES

Consultas, limpieza dental, extracciones, etc.

SIN PERIODOS DE CARENCIA

Excepto en caso de embarazo y/o enfermedades preexistentes.

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

Nº

Datos personales del Titular/Tomador del seguro

Apellidos: _____ Nombre: _____
 Sexo: V/M Fecha de Nacimiento: Día Mes Año NIF: _____ Estado Civil: _____
 Profesión: _____ N° Colegiado _____
 Domicilio: _____ N° Esc.: Piso: Puerta:
 C.P. _____ Municipio: _____ Provincia: _____
 Tfno.: _____ Fax: _____ Móvil: _____

Frecuencia de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Suplemento: Póliza Dental SI NO Póliza Accidente SI NO

Datos personales para otros asegurados a incluir en la póliza

Nº	Apellidos y Nombre	Parentesco	Sexo		Fecha nacimiento			NIF
			V	M	Día	Mes	Año	
Titular								
2:								
3:								
4:								
5:								

Declaración a rellenar respecto a todos los asegurados

	TITULAR	2º ASEGURADO	3º ASEGURADO	4º ASEGURADO	5º ASEGURADO
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Le han dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido intervenido en alguna ocasión, o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, incapacidad o lesión congénita?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si es mujer, ¿ha tenido algún embarazo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Está actualmente embarazada?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Se encuentra bajo algún control o tratamiento médico en la actualidad?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene alguna indicación médica o intención de hacerse algún estudio o tratamiento concreto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Si han contestado afirmativamente a alguna cuestión, detalle para cada caso el tipo de dolencia, fecha de iniciación, tipo de tratamiento o intervenciones, estado actual, etc., indicando el beneficiario a quien corresponde. ES MUY IMPORTANTE INDICAR LAS FECHAS.

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, ASMEQUIVA se obliga a conservar de forma confidencial los datos facilitados por el Solicitante del Seguro. ASMEQUIVA queda expresamente autorizada para recabar, tratar automáticamente en un fichero del que es responsable y ceder a entidades colaboradoras, los datos personalizados del Solicitante y/o Asegurado, con la única finalidad de gestionar la actividad aseguradora de la Entidad. El Solicitante del Seguro y/o Asegurado podrá dirigirse a ASMEQUIVA para consultar dichos datos o para actualizarlos, rectificarlos o cancelarlos, de conformidad con lo establecido en la citada Ley Orgánica. El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a ASMEQUIVA para que realice las comprobaciones que crea necesarias sobre el origen y la evolución de las enfermedades o dolencias de las que, en su momento, se requiera asistencia al amparo de la Póliza. Autoriza a la Compañía, en caso de haber padecido alguna enfermedad, y a ponerse en contacto con los Facultativos intervinientes. ASMEQUIVA podrá resolver la Póliza en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud del declarante al cumplimentar el cuestionario, pero este derecho no podrá fundarse en el desconocimiento por la Aseguradora de los datos de la salud del Asegurado que sean ajenos a las preguntas que anteceden. Si mediante dolo o culpa grave en la cumplimentación de este cuestionario, ASMEQUIVA queda, en todo caso y desde ahora, liberada de las obligaciones que el seguro establece a su cargo (Art. 10 Ley de Contrato de Seguro).

Firma del solicitante

A de de 200...

AUTORIZACIÓN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Muy Sres. míos: Ruego a ustedes abonon, hasta nueva orden, los recibos presentados por ASMEQUIVA, S.A. de Seguros a nombre de

Don/Doña: _____ (titular de la póliza), con cargo a la cuenta que tiene en esa entidad Don/Doña: _____ (titular de la cuenta)
 Nombre del Banco: _____ N° de Banco: _____ N° de Agencia Urbana: _____ D.C. _____
 N° de Cuenta: _____ Domicilio: _____ N° _____
 Municipio: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

Firma del Titular