



**BOLETIN DE ADHESION
SEGURO POR BAJA LABORAL PARA EMPLEADOS PUBLICOS AFILIADOS A CSIF**

- Compañía aseguradora de reconocida solvencia y especializada en este tipo de seguros: MAPFRE.
- Cobertura del 100% del importe asegurado.
- Sin declaración de salud (se cubren las enfermedades de origen anterior a la contratación excepto preexistencias de enfermedades graves)
- Sin distinción por edades.
- Sin periodo de carencia (se pueden dar partes de baja desde el primer día de entrada en vigor de la póliza)
- Límite de indemnización de 55 días por asegurado y año.
- Se cobrará la indemnización correspondiente a la opción contratada

DATOS PERSONALES (IMPRESINDIBLE CUMPLIMENTAR TODOS LOS CAMPOS EN MAYUSCULAS)

Nombre y apellidos: _____ F. Nacimiento: _____ NIF: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 C.Postal: _____ Tlfn/móvil: _____ e-mail: _____

COBERTURA: Indemnización diaria derivada de enfermedad común y accidente no laboral (RDL 20/12 de 13 de julio)

MARQUE CON UNA X LA OPCION QUE DESEA CONTRATAR

OPCIONES SALARIO NETO	Coste total anual	Indemnización diaria del 1º al 3º día de baja	Indemnización diaria del 4º al 20º día de baja
<input type="checkbox"/> OPCION 01 – 550 €	17,56 €	10,00 €	5,00 €
<input type="checkbox"/> OPCION 02 – 600 €	17,56 €	10,00 €	5,00 €
<input type="checkbox"/> OPCION 03 – 900 €	26,33 €	15,00 €	7,50 €
<input type="checkbox"/> OPCION 04 – 1000 €	29,85 €	17,00 €	8,50 €
<input type="checkbox"/> OPCION 05 – 1.250 €	36,87 €	21,00 €	10,50 €
<input type="checkbox"/> OPCION 06 – 1.500 €	43,89 €	25,00 €	12,50 €
<input type="checkbox"/> OPCION 07 – 1.750 €	52,67 €	30,00 €	15,00 €
<input type="checkbox"/> OPCION 08 – 2.000 €	57,94 €	33,00 €	16,50 €
<input type="checkbox"/> OPCION 09 – 2.250 €	66,71 €	38,00 €	19,00 €
<input type="checkbox"/> OPCION 10 – 2.500 €	71,98 €	41,00 €	20,50 €
<input type="checkbox"/> OPCION 11 – 2.750 €	80,76 €	46,00 €	23,00 €
<input type="checkbox"/> OPCION 12 – 3.000 €	87,78 €	50,00 €	25,00 €

DATOS BANCARIOS PARA EL COBRO DE RECIBOS E INDEMNIZACIONES

IBAN Banco Oficina D.C. Número de cuenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TITULAR: _____

FECHA: _____

FIRMA: _____

Enviar a FERRERES Y SOLE, Correduría de Seguros, S.L : seguroscsif@e2000.es / Fax. 915.447.540

Para más información: Tlf: 915.436.759 / www.ferreresyssole.es

Los datos solicitados a través de este formulario, serán incorporados a ficheros automatizados de Ferreres y Solé, Correduría de Seguros, S.L. y serán objeto de tratamiento automatizado con la finalidad de valorar y determinar el riesgo asegurado y la gestión de la póliza que se suscriba, así como la prestación, mantenimiento, administración, ampliación, mejora y estudio de los servicios en los que usted decida darse de alta, contratar o solicitar información. En cualquier caso, Ferreres y Solé, garantiza la confidencialidad y el tratamiento seguro de los datos personales facilitados de conformidad con la vigente normativa de protección de datos. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. En cualquier momento podrá denegar el consentimiento facilitado y ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recogidos en el Fichero, dirigiéndose a Ferreres y Solé, Correduría de Seguros, S.L. – Calle Isaac Peral, 46, 1º D, 28040 – Madrid