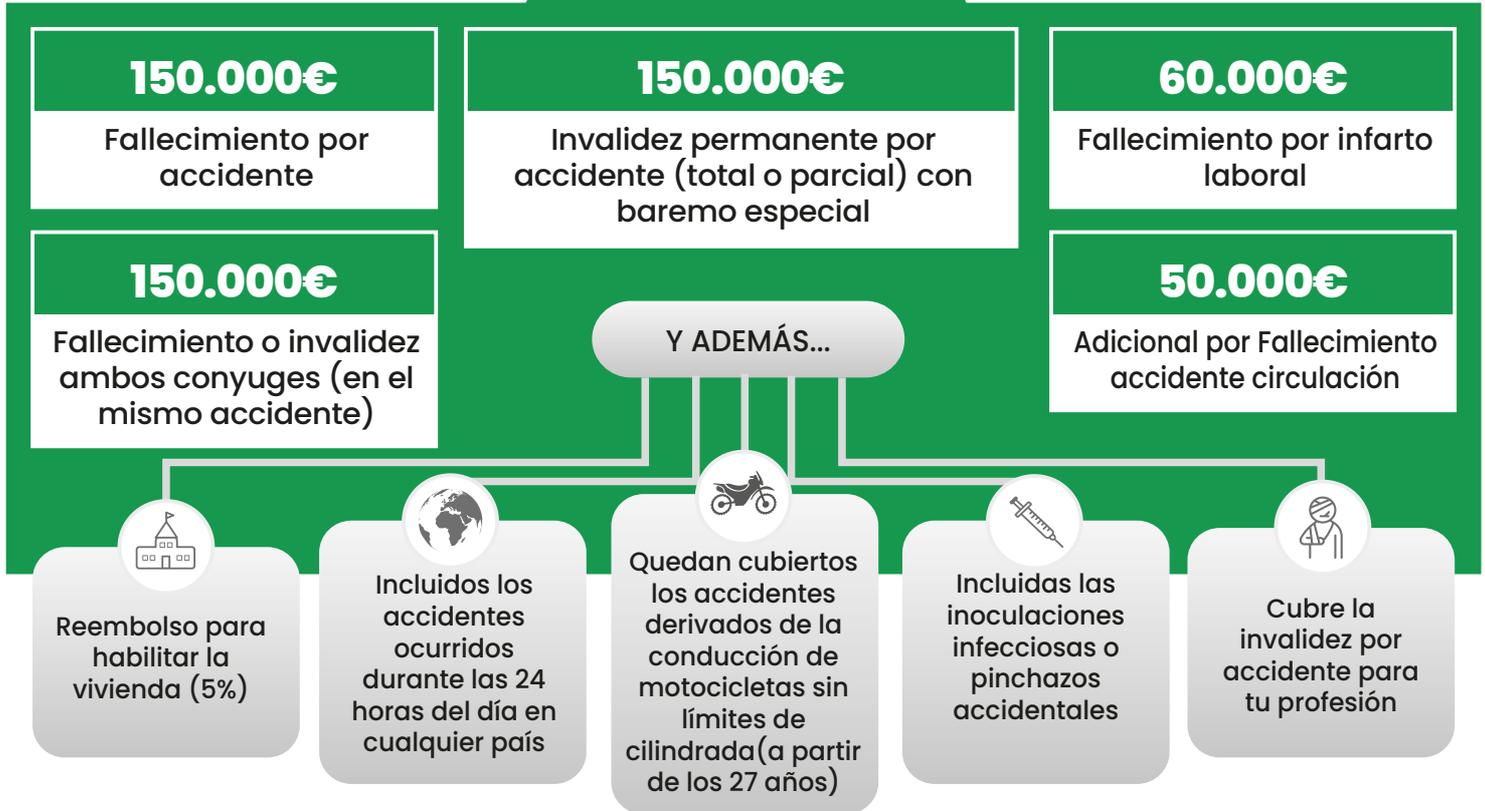




COBERTURAS



Tipo de incapacidad parcial	Porcentaje
Pérdida total de un brazo, de una mano, de una pierna o de un pie	100%
Pérdida total del movimiento del hombro, del codo o de la muñeca	100%
Ceguera absoluta o pérdida total de un ojo	100%
Reducción de la mitad de la visión binocular	100%
Pérdida total de la capacidad del habla	100%
Sordera completa de ambos oídos	100%
Enajenación mental incurable	100%

Pérdida o inutilización total	Derecho	Izquierdo
Del dedo pulgar o índice	100%	80%
Del dedo medio	90%	70%
Del dedo anular o meñique	25%	25%
De la última falange del dedo pulgar o índice	40%	30%

Extracto del baremo especial para enfermeros/as y fisioterapeutas afiliados a SATSE. En caso de que el asegurado sea zurdo los porcentajes se invierten. El baremo completo forma parte de las Condiciones Generales del Seguro



Datos del tomador asegurado

Número de afiliado	NIF	Fecha de Efecto	Teléfono
Nombre y Apellidos	Fecha de nacimiento	Mujer	Hombre
Dirección			
C. Postal	Localidad	Provincia	Email
Profesión	Especialidad	Tipo de actividad (autónomo o cuenta ajena)	
Beneficiarios			

Indemnización por Fallecimiento por Accidente	150.000€
Indemnización por fallecimiento por infarto laboral	60.000€
Indemnización por invalidez permanente por accidente (total o parcial) con baremo especial hasta	150.000€
Indemnización por fallecimiento o invalidez ambos cónyuges (en el mismo accidente)	150.000€
Indemnización adicional por fallecimiento accidente de circulación	50.000€

PRIMA TOTAL ANUAL: 79,83 €

El asegurado con su firma declara: (*)

- Que en los últimos 5 años no ha padecido ninguna de las siguientes enfermedades: Enajenación mental, apoplejia, hemiplejia, paraplejia, cuadriplejia, alcoholismo, diabetes, de la médula espinal, encefalitis, epilepsia, hepatitis o coronarias
- Que en los últimos 5 años no ha sufrido ningún accidente del que se hayan derivado secuelas permanentes

(*) En caso contrario, detalle en hoja aparte (fecha de diagnóstico, tratamiento, tipología, secuelas, etc)

Domiciliación bancaria

Método de pago: **Anual**

Número de cuenta - IBAN

FECHA Y FIRMA:

En conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el cliente queda informado y acepta, mediante este documento, la incorporación de sus datos a los ficheros existentes en esta Correduría de Seguros, que se conservarán en la misma con carácter condencial, sin perjuicio de las remisiones de obligado cumplimiento que estipula la Ley; su validez es la redacción del presente documento, su facturación y posterior seguimiento, así como las funciones propias de la actividad de mediador de seguros, incluyendo la cesión de a otras compañías aseguradoras para dar cobertura de los riesgos que sean necesarios a instancia del cliente. Asimismo autoriza las comunicaciones de Andalbrot Correduría de Seguros SL, con la finalidad de hacerle llegar ofertas que puedan ser de su interés y la cesión de sus datos a las compañías de seguros para la tarificación de sus riesgos. El cliente tiene derecho, en conformidad con el artículo 5 de la citada ley, a acceder en todo momento a sus datos de carácter personal que constan en las bases de datos de la correduría de seguros, así como rectificar, cancelar o incluso oponerse a la existencia de los datos en los ficheros de las corredurías.

- Contrata la póliza desde la plataforma de contratación online accediendo desde el código QR o a través de la web www.andalbrok.es/satse/accidentes
- Si lo prefieres puedes enviarnos la solicitud cumplimentada y firmada a comunicacion@andalbrok.es o a través de whatsapp **663 878 882**



Más Información y contratación