

Acaip

SEGURO

2013



SEGURO INDEMNIZACIÓN

BAJA LABORAL

DÍAS NO TRABAJADOS

POR ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL

ACAIP. APARTADO DE CORREOS 7227, 28080 MADRID. Tlf.: [915175152](tel:915175152). Fax: [915178392](tel:915178392).

E-mail: acaip-madrid@wanadoo.es; oficinamadrid@acaip.info

web: www.acaip.es

Acaip

SEGUROS PROFESIONALES

CON LA GARANTÍA DE



MAPFRE

❖ Seguro Indemnización por Baja Laboral

Pagando una indemnización de

15 €/día

Por un periodo máximo indemnizable por asegurado de

20 días anuales

Cubre única y exclusivamente los días en los que el asegurado no pueda realizar sus funciones laborales por “ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL”. Por tanto, el seguro cubre por estos conceptos:

- Los días de “AUSENCIA AL TRABAJO”.
- Los días de “INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)”.

ACAIP. APARTADO DE CORREOS 7227, 28080 MADRID. Tlf.: [915175152](tel:915175152). Fax: [915178392](tel:915178392).

E-mail: acaip-madrid@wanadoo.es; oficinamadrid@acaip.info

web: www.acaip.es

Acaip

¿QUÉ TE OFRECE EL SEGURO DE ACAIP?

Acaip pone a tu disposición una nueva póliza de seguro suscrita con la compañía de seguros **MAPFRE** para garantizar tus intereses y los de tu familia ante la deducción retributiva que te apliquen en tu nómina **en caso de inasistencia al trabajo por enfermedad común o accidente no laboral**. En consecuencia se procederá a una **indemnización diaria a partir del primer día** de que no puedas realizar tus funciones laborales.

A partir, de la entrada en vigor de la póliza, con efectos 01/05/2013
TODOS LOS AFILIADOS DE ACAIP ESTÁN CUBIERTOS,

Por tanto, el único requisito para tener derecho a la cobertura de este seguro es permanecer afiliado a Acaip.



ACAIP. APARTADO DE CORREOS 7227, 28080 MADRID. Tlf.: 915175152. Fax: 915178392.

E-mail: acaip-madrid@wanadoo.es; oficinamadrid@acaip.info

web: www.acaip.es

Página 3 de 13

Acaip

■ Seguro de Indemnización por Baja Laboral.

Acaip, a través de MAPFRE, te garantiza el cobro de una indemnización para el supuesto de que te veas privado de una parte de tu salario por **“inasistencia al trabajo por enfermedad común o accidente no laboral”**, que ha producido deducción en tu nómina con motivo de la contingencia amparada por el artículo 9 del Real Decreto Ley 20/12, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, y/o de la Disposición Adicional Trigésima Octava de la Ley 17/2012, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2013 en materia de ausencias por enfermedad o accidente.

La cobertura de la póliza de seguro es la siguiente:

RIESGOS CUBIERTOS

En los que el asegurado no puede realizar sus funciones laborales

- **Inasistencia al trabajo por enfermedad común o accidente no laboral..... 15 €/día.**
(que suponga una deducción retributiva del asegurado)
- **Incapacidad temporal (IT) por enfermedad común o accidente no laboral..... 15 €/día.**
(que suponga una deducción retributiva del asegurado)

ACAIP. APARTADO DE CORREOS 7227, 28080 MADRID. Tlf.: 915175152. Fax: 915178392.

E-mail: acaip-madrid@wanadoo.es; oficinamadrid@acaip.info

web: www.acaip.es

Acaip

Las características principales de esta póliza son las siguientes:

→ **Un periodo máximo indemnizable por asegurado de:
20 días anuales.**

→ **Un capital diario de 15 euros
sin franquicia.**

Se cobra desde el primer día de ausencia laboral por enfermedad o accidente no laboral que haya generado deducción retributiva, por "inasistencia" o "incapacidad temporal (IT)".

→ **Sin periodo de carencia.**

Se pueden cobrar desde el primer día de entrada en vigor de la póliza, que tiene efectos 01/05/2013.

→ **Sin límite de edad de los asegurados.**

Cubre a todos los afiliados de **Acaip**, con independencia de su edad.

→ **Sin declaración de salud.**

→ **Sin límite de siniestros, por asegurado o póliza.**

→ **Sin límite de cuantía de indemnización total por póliza.**

ACAIP. APARTADO DE CORREOS 7227, 28080 MADRID. Tlf.: 915175152. Fax: 915178392.

E-mail: acaip-madrid@wanadoo.es; oficinamadrid@acaip.info

web: www.acaip.es

Acaip

Quedan cubiertas las enfermedades o accidentes producidos o manifestados con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza, con o sin diagnóstico definitivo, "**EXCEPTO**" en los casos de SIDA, CANCER, DIABETES INSULINODEPENDIENTE, TRASPLANTE DE ORGANOS, CARDIOPATIA ISQUIMICA, ENFERMEDADES ARTICULARES Y ENFERMEDADES DE COLUMNA VERTEBRAL, así como sus secuelas y/o complicaciones, quedando excluidos los siniestros que se produzcan a consecuencia de los defectos de nacimiento y de las enfermedades congénitas.

→ **RIESGOS NO CUBIERTOS POR LA PÓLIZA:**

No estarán cubiertas todas aquellas ausencias que no generen deducción retributiva:

- ✓ Las que deriven de contingencias profesionales;
- ✓ En los supuestos en los que los periodos de incapacidad supongan una intervención quirúrgica o una hospitalización;
- ✓ Tratamientos de radioterapia y quimioterapia;
- ✓ Bajas iniciadas en el estado de gestación, incluidos los casos de no existencia de riesgo.

→ **"RIESGOS EXCLUIDOS":**

- Las coberturas o garantías de esta póliza quedan **EXCLUIDAS**, cuando el siniestro se origine por:

- ✓ Las enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos.
- ✓ Las extracciones, empastes endodoncias y demás tratamientos odontológicos.
- ✓ La cirugía de refracción (corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.) y cirugía de la

ACAIP. APARTADO DE CORREOS 7227, 28080 MADRID. Tlf.: 915175152. Fax: 915178392.

E-mail: acaip-madrid@wanadoo.es; oficinamadrid@acaip.info

web: www.acaip.es

Acaip

- presbicia.
- ✓ Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, “salvo” si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
 - ✓ Los tratamientos para adelgazar, las curas de sueño o reposo y los tratamientos psicológicos.
 - ✓ El SIDA y/o enfermedades asociadas al virus HIV; el consumo por parte del asegurado de estupefacientes no prescritos médicamente, la ingestión de bebidas alcohólicas, la toxicomanía y el alcoholismo.
 - ✓ Epidemias oficialmente declaradas.
 - ✓ Las esterilizaciones para ambos sexos, la fecundación in vitro, la inseminación artificial y el estudio o tratamiento de la esterilidad.
 - ✓ La participación del asegurado en apuestas, desafíos y riñas, “salvo” que en este último caso hubiese actuado en legítima defensa.
 - ✓ El suicidio y sus tentativas, así como la autolesión.
 - ✓ Los actos de guerra (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radioactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario.
 - ✓ La utilización como pasajero o tripulante de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para el transporte público de viajeros.
 - ✓ La práctica como profesional de cualquier deporte y la práctica como profesional o aficionado de actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses bravas y cualquier otro deporte de alto riesgo.

ACAIP. APARTADO DE CORREOS 7227, 28080 MADRID. Tlf.: 915175152. Fax: 915178392.

E-mail: acaip-madrid@wanadoo.es; oficinamadrid@acaip.info

web: www.acaip.es

Acaip

- ✓ La interrupción del embarazo que no tenga su origen en causas médicas de acuerdo con lo dispuesto en las condiciones generales. Estas exclusiones comprenden la enfermedad, accidente o hecho que se señala, sus secuelas, complicaciones, reagudizaciones, tratamientos específicos y demás consecuencias, así como los siniestros causados o/a consecuencia de todo lo anterior.

CONCEPTO DE “ACCIDENTE NO LABORAL” Y POR “ENFERMEDAD COMÚN”

A los efectos de la presente póliza se entiende:

- Por “ACCIDENTE NO LABORAL”, todo hecho ajeno a la voluntad del asegurado, originado por una causa fortuita, espontánea, exterior y violenta que no se produzca a consecuencia de una prestación NO laboral al servicio del tomador del seguro.
- Por “ENFERMEDAD COMÚN”, aquella que, constituyendo alteraciones de la salud, no tiene la condición de accidente de trabajo no de enfermedad profesional.

“ACLARACIÓN”

No será indemnizable cualquier enfermedad común o accidente no laboral cubiertos por esta póliza y/o periodo de inasistencia al trabajo que no suponga una deducción retributiva del asegurado.

ACAIP. APARTADO DE CORREOS 7227, 28080 MADRID. Tlf.: 915175152. Fax: 915178392.

E-mail: acaip-madrid@wanadoo.es; oficinamadrid@acaip.info

web: www.acaip.es

Acaip

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL PAGO DE SINIESTROS

PROCEDIMIENTO DE TRAMITACIÓN SOLICITUDES DE INDEMNIZACIÓN

→ **DOCUMENTACIÓN NECESARIA.**

La documentación necesaria para la comunicación del siniestro es la siguiente:

- ✓ **Parte de declaración de siniestro (original) firmado por el asegurado**, en el que debe constar obligatoriamente su dirección particular y datos bancarios de los que es titular. *Este parte se colgará en la página web del Sindicato y será autorrellenable, para poder imprimirlo directamente a efectos de evitar confusiones con los tipos de escritura manual. En*

ACAIP. APARTADO DE CORREOS 7227, 28080 MADRID. Tlf.: 915175152. Fax: 915178392.

E-mail: acaip-madrid@wanadoo.es; oficinamadrid@acaip.info

web: www.acaip.es

Acaip

este parte se deberán complementar al menos los siguientes campos: nombre, apellidos DNI, CCC (Código Cuenta Corriente) y diagnóstico médico de la ausencia (en el caso de incapacidad laboral el Código CIE de la patología que viene recogido en los partes de baja)

- ✓ **Fotocopia del DNI.**
- ✓ **Nóminas (fotocopias compulsadas por el Centro Penitenciario):**

- Del mes o meses correspondientes al período de baja, en las que conste la deducción realizada al amparo del art. 9 del RDL 20/2012.
- Del mes anterior donde no se produjo descuento.

En los casos en que la cuota sindical no venga reflejada en las nóminas, deberá aportar acreditación emitida por el sindicato, que certifique su condición de afiliado y estar al día en el pago de las cuotas.

- ✓ **Certificado firmado por el Director del Centro Penitenciario (original)** que debe contener:

- Los días que el asegurado no ha asistido al trabajo con motivo de la contingencia amparada por el art. 9 del RDL 20/2012.
- Que se ha producido deducción en la nómina en base a dicho artículo.

→ **PAGO DEL SINIESTRO.**

La forma de pago es por **transferencia bancaria** directa desde la compañía de seguros MAPFRE a la cuenta del asegurado, que ha indicado previamente en el parte de declaración de siniestro. No es necesario, previo al pago, que el asegurado reciba un finiquito de la compañía a los efectos de comprobar los días de indemnización y

ACAIP. APARTADO DE CORREOS 7227, 28080 MADRID. Tlf.: 915175152. Fax: 915178392.

E-mail: acaip-madrid@wanadoo.es; oficinamadrid@acaip.info

web: www.acaip.es

Acaip

aceptar, en su caso, la cantidad resultante del siniestro como sí ocurre con otras pólizas de seguros de **Acaip**.

→ **TRAMITACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN.**

La totalidad de la documentación descrita anteriormente deberá introducirse en un sobre y entregarlo cerrado en cualquier Oficina de Mapfre del territorio nacional, a efectos de su envío al Centro de Tramitación.

En el sobre constará en su parte delantera la siguiente dirección:

MAPFRE Familiar
Departamento Prestaciones ITT
C/ Manuel Cortina 2, 1ª Planta
28010 – Madrid
Referencia: ACAIP

Se podrá solicitar un recibo de la entrega de la documentación en la oficina correspondiente.

ACAIP. APARTADO DE CORREOS 7227, 28080 MADRID. Tlf.: 915175152. Fax: 915178392.
E-mail: acaip-madrid@wanadoo.es; oficinamadrid@acaip.info

web: www.acaip.es

ACAIP

Ctra. de Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda Madrid España
T 915.81.18.28 F 915.81.52.52



SEGURO DE INDEMNIZACIÓN

PARTE DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO - SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

Datos a cumplimentar por la compañía Nº SOLICITUD FECHA RECEPCIÓN OF. TRAMITADORA

Cumplimentar por el asegurado utilizando letras mayúsculas. CD01

DATOS PERSONALES

N.º póliza: N.º subpól.: N.º certificado:
Tomador del seguro:
Asegurado: F. nacimiento:
N.I.F. Asegurado: Tel. particular:
Dirección:
Localidad: C. Postal: Provincia:
Domicilio laboral: Tel. trabajo:
Ocupación/Profesional: C.C.C.
C.D. Banco C.D. Oficina D.C. Num. de cuenta
Cotiza a la S. Social: (marca con X lo que proceda) Autónomo Régimen general No cotiza

¿Ha modificado su situación laboral respecto a la declarada al contratar la póliza?
 Sí No Ampliar información (fecha del cambio)

DATOS DEL SINIESTRO

Origen del siniestro: (marca con X lo que proceda) enfermedad común enfermedad profesional accidente laboral accidente no laboral sobre esfuerzo

Enfermedad que padece:

Descripción del accidente:

Detalle de las lesiones sufridas:

| | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Causó baja en el trabajo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Conoce el nº de días de baja previstos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le han sido realizadas pruebas complementarias? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se encuentra enyesado o con cualquier tipo de inmovilización? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido síntomas de esta dolencia con anterioridad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha estado ingresado en alguna Clínica o Sanatorio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha sido o va ser intervenido quirúrgicamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Esta usted cubierto por otro seguro de enfermedad o accidente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Indíquenos el nombre del Centro o Doctores que le han realizado la asistencia médica.

| Fecha | Dres./Centros |
|-----------|---------------|
| 1.º | |
| 2.º | |
| 3.º | |

¿Ha sido accidente de tráfico o agresión? (marca con X lo que proceda) ACCIDENTE DE TRÁFICO AGRESIÓN

Fecha de ocurrencia: Lugar:

¿Intervino alguna autoridad? (indicar cual)

Datos del responsable (domicilio, D.N.I., teléfono, etc.)

El asegurado/abajo firmante autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para el cumplimiento del propio contrato de seguro y, en concreto, valorar la enfermedad o lesión causante del siniestro, así como cuantificar y proceder al pago de la indemnización que, en su caso, pudiera corresponderle según lo dispuesto en el contrato y en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro.

Asimismo, acepta que sus datos, incluidos los de salud, puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación indemnizatoria garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones y, en su caso, recabar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados.

El fichero de datos personales está ubicado en la Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE FAMILIAR, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita dirigida a Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid) o a cualquier oficina de MAPFRE.

El abajo firmante certifica que la anterior declaración no contiene inexactitud ni ocultaciones sobre su estado de salud y que, por la presente, autoriza a todos los doctores consultados así como Clínicas, Sanitarios, etc., a que faciliten información complementaria a MAPFRE FAMILIAR, en relación con esta solicitud de indemnización.

En, a de de

D./Dña. N.I.F.

Muy importante:
Junto a la presente declaración debe adjuntar todos los informes médicos/clínicos/quirúrgicos que obren en su poder.
En caso de accidente de tráfico debe presentar diligencias judiciales o en su defecto el parte de declaración de accidente de tráfico.
En caso de accidente por riñas o disputas deben presentar diligencias judiciales.

Mod. 786.501- SALUD-EDICIÓN 02/12
(10.000 - 02/12)

ACAIP. APARTADO DE CORREOS 7227, 28080 MADRID. Tlf.: 915175152. Fax: 915178392.

E-mail: acaip-madrid@wanadoo.es; oficinamadrid@acaip.info

web: www.acaip.es

Acaip

**Acaip no deja que disminuyan tus ingresos
por enfermedad o accidente
NO LABORAL**

- **Tenemos el único seguro que cubre las
“AUSENCIAS” por enfermedad o accidente no laboral.**
- **Es el único seguro que cubre los
“DOLORES, ALERGIAS o VERTIGOS”.**
- **Somos el único sindicato que da cobertura a todos sus
afiliados y a menor coste “28,80 EUROS/AÑO”.**

**CON LA SOLVENCIA
Y GARANTIA**



ACAIP. APARTADO DE CORREOS 7227, 28080 MADRID. Tlf.: [915175152](tel:915175152). Fax: [915178392](tel:915178392).
E-mail: acaip-madrid@wanadoo.es; oficinamadrid@acaip.info

web: www.acaip.es