

Tarifas y Requisitos de Contratación

Baja Diaria por Enfermedad o Accidente

Primas por cada 10€ / día (Incrementos: 0,3% de la prima-consorcio) - CLEA

| Grupo 1 | | | | | |
|-----------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|----------|
| | Baja Diaria (ILT) | | | | Recargos |
| | Franquicia 0 días | Franquicia 7 días | Franquicia 15 días | Franquicia 30 días | Moto |
| Hasta 50 años | 117,38€ | 93,25€ | 64,18€ | 42,51€ | 15€ |
| De 51 a 65 años | 174,15€ | 131,64€ | 99,28€ | 52,10€ | 15€ |

| Grupo 2 | | | | | |
|-----------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|----------|
| | Baja Diaria (ILT) | | | | Recargos |
| | Franquicia 0 días | Franquicia 7 días | Franquicia 15 días | Franquicia 30 días | Moto |
| Hasta 50 años | 128,35€ | 104,22€ | 74,38€ | 46,62€ | 15€ |
| De 51 a 65 años | 188,55€ | 148,10€ | 108,83€ | 62,39€ | 15€ |

| Grupo 3 | | | | | |
|-----------------|-------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|----------|
| | Baja Diaria (ILT) | | | | Recargos |
| | Franquicia 0 días | Franquicia 7 días (*) | Franquicia 15 días | Franquicia 30 días | Moto |
| Hasta 50 años | 166,98€ | 117,80€ | 94,81€ | 55,89€ | 15€ |
| De 51 a 65 años | 218,35€ | 178,13€ | 137,28€ | 84,41€ | 15€ |

(*) Franquicia obligatoria a partir de 55 años

Requisitos de contratación

| | CONTRATACIÓN | | | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------|--------------------|-------------|------------|------------|
| | Capital mínimo | Capital máximo (a) | Capital máximo (b) | Edad Máxima | Edad Final | Franquicia |
| Grupo 1: Hasta 50 años | 10€ | 180€(**) | 18€ | 59 | 65 | |
| Grupo 1: De 51 a 65 años | 10€ | 180€(**) | 18€ | 59 | 65 | 7 días |
| Grupo 2: Hasta 50 años | 10€ | 90€ | 18€ | 59 | 65 | |
| Grupo 2: De 51 a 65 años | 10€ | 90€ | 18€ | 59 | 65 | 7 días |
| Grupo 3: Hasta 50 años | 10€ | 90€ | 18€ | 59 | 65 | |
| Grupo 3: De 51 a 65 años | 10€ | 90€ | 18€ | 59 | 65 | 7 días |

(a) Trabajadores autónomos (b) Trabajadores por cuenta ajena (**) Para capitales mayores, consulte Las tasas de SVRNE SALUD son netas y les será aplicable lo correspondiente a la CLEA. Edad máxima de contratación: 59 años.

Estancia en Clínica (Complementario a la Baja Diaria)

| Edad Final: 59 años | Prima por cada 10€ por noche / hospital | | |
|----------------------------|---|---------|---------|
| | Grupo 1 | Grupo 2 | Grupo 3 |
| Hospitalización Médica | 11,55€ | 14,44€ | 20,21€ |
| Hospitalización Quirúrgica | 8,40€ | 10,50€ | 14,70€ |

OBJETO DE LA COBERTURA: Indemnización diaria por cada día (pernocta) de permanencia hospitalizado como consecuencia de intervención quirúrgica o enfermedad, según modalidad contratada.

FRANQUICIA: No existe.

PERIODO MÁXIMO DE LA PRESTACIÓN: 60 días. El cómputo de los días se hará por noche pernoctada.

Cirugía (Complementario a la Baja Diaria)

| Edad Final: 59 años | Prima por módulo contratado | | |
|--------------------------------|-----------------------------|---------|---------|
| | Grupo 1 | Grupo 2 | Grupo 3 |
| Contratación Máxima 10 módulos | 13,25€ | 16,56€ | 23,19€ |

OBJETO DE LA COBERTURA: Indemnización por sufrir una intervención quirúrgica. La cantidad se fija en función del valor numérico asignado a la intervención multiplicado por el número de módulos contratados.

PARA LA TRAMITACIÓN DE LA SOLICITUD DE CUALQUIER PRODUCTO SVRNE SALUD ES NECESARIO CUMPLIMENTAR UNA DECLARACIÓN DE SALUD Y UN CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES

Solicitud de Seguro

Datos Personales

| | | | | |
|---------------------|--|------------|--|-----------|
| Nombre | | Apellido 1 | Apellido 2 | MEDIADOR: |
| DNI | AUTÓNOMO <input type="checkbox"/> POR CUENTA AJENA <input type="checkbox"/> | | Grupo de riesgo (a cumplimentar por Svrne) | |
| Fecha de Nacimiento | Profesión _____ | | Teléfono / Móvil e-mail | |
| Domicilio | | | Población y C.P. | |

Tomador (si es distinto al asegurado)

| | | |
|------------------------|--------------------|----------|
| Nombre o Razón Social: | NIF: | |
| Domicilio: | | |
| Población y C.P.: | Teléfono e-mail | F. Nac.: |

Prestación Solicitada

| PRESTACIÓN | COBERTURA DIARIA SOLICITADA | FRANQUICIA (0-7-15-30) | PRIMA ANUAL |
|---|-----------------------------|------------------------|-------------|
| INCAPACIDAD TEMPORAL (enfermedad y accidente) Periodo máximo: 1 Año <input type="checkbox"/> 1 Año y medio <input type="checkbox"/> Parto: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| INCAPACIDAD TEMPORAL (sólo enfermedad) | | | |
| HOSPITALIZACIÓN MÉDICA | | | |
| HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA | | | |
| CIRUGÍA | Nº de módulos | | |
| TOTAL: | | | € |

RECARGOS

Conduce Motos entre 125cc y 500cc SÍ NO

Requisitos Médicos

Revisión médica en función de la edad y cobertura a contratar

Declaración de salud y cuestionario de actividades

Datos para la Domiciliación Bancaria

| | | | |
|-------------------|----------------------|----------------------------|---------------------|
| BANCO (4 dígitos) | SUCURSAL (4 dígitos) | DÍGITO CONTROL (2 dígitos) | CUENTA (10 dígitos) |
| | | | |

FORMA DE PAGO

ANUAL

SEMESTRAL

TRIMESTRAL

MENSUAL

Fecha y Firma del asegurado:

Fecha

_____ de _____ de _____

Firma

Solicitud de Seguro

Datos Personales

MEDIADOR:

Nombre

Apellido 1

Apellido 2

DNI

AUTÓNOMO
POR CUENTA AJENA

Grupo de riesgo (a cumplimentar por Svrne)

Fecha de Nacimiento

Profesión _____

Teléfono / Móvil
e-mail

Domicilio

Población y C.P.

Tomador (si es distinto al asegurado)

Nombre o Razón Social:

NIF:

Domicilio:

Población y C.P.:

Teléfono
e-mail

F. Nac.:

Prestación Solicitada

| PRESTACIÓN | COBERTURA DIARIA SOLICITADA | FRANQUICIA (0-7-15-30) | PRIMA ANUAL |
|---|-----------------------------|------------------------|-------------|
| INCAPACIDAD TEMPORAL (enfermedad y accidente) Periodo máximo: 1 Año <input type="checkbox"/> 1 Año y medio <input type="checkbox"/> Parto: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| INCAPACIDAD TEMPORAL (sólo enfermedad) | | | |
| HOSPITALIZACIÓN MÉDICA | | | |
| HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA | | | |
| CIRUGÍA | Nº de módulos | | |
| TOTAL: | | | € |

RECARGOS

Conduce Motos entre 125cc y 500cc SÍ NO

Requisitos Médicos

Revisión médica en función de la edad y cobertura a contratar

Declaración de salud y cuestionario de actividades

Datos para la Domiciliación Bancaria

| BANCO (4 dígitos) | SUCURSAL (4 dígitos) | DÍGITO CONTROL (2 dígitos) | CUENTA (10 dígitos) |
|-------------------|----------------------|----------------------------|---------------------|
| | | | |

FORMA DE PAGO

ANUAL

SEMESTRAL

TRIMESTRAL

MENSUAL

Fecha y Firma del asegurado:

Fecha

_____ de _____ de _____

Firma
