

# SEGURO DE SALUD



PARA NUEVOS  
ASEGURADOS  
DE ASEFA



DE 0 A 65 AÑOS  
36€ POR ASEGURADO  
Y MES



## Cobertura nacional

- Asistencia en Viaje en el Extranjero
- Cobertura Dental Incluida
- Sin Carencias
- Sin copagos
- Sin preexistencia hasta el 01/01/2018) **(Sin cuestionario de salud)**
- Sin recargo por fraccionamiento

## Resumen de coberturas

- Medicina Primaria
- Urgencias
- **Especialidades Médicas y Quirúrgicas con una selección de consultas con Especialistas de Primera Línea**
- Medicina Preventiva , chequeos y revisiones en los principales aspectos de la salud , sesiones de psicología clínica
- Medios Diagnósticos, los principales y más avanzados del mercado
- **Tratamientos , los tratamientos más eficaces, INCLUYE logopedia y foniatría para los menores de 16 años en el trastorno de la lectura, escritura y dislexia**
- Hospitalización médica y quirúrgica
- **Otros Servicios: podología, asistencia médica que exija el tratamiento de accidentes laborales, profesionales, deportivos y los de tráfico amparados o no por el S.O.V.**
- Servicios Adicionales , servicio telefónico de orientación médica , segunda opinión médica internacional, etc.

## Dental

Las más altas prestaciones odontológicas del mercado, con un ahorro para el asegurado con respecto a los precios privados desde un 25% a un 60%. Sin coste radiografía periapical, ortopantomografía, telerradiografía

lateral frontal de cráneo, obturación provisional, retención radicular, espigas en dentina, periodoncia (el diagnóstico, tallado selectivo, y análisis oclusal), extracciones sin cirugía, implantología (la férula quirúrgica y radiológica).

**asefa**  
seguros

**GRUPO**  
**PACC**  
Correduría de Seguros

Para la contratación de familiares el asegurado debe de constar como asegurado.

[www.asefasalud.es](http://www.asefasalud.es)

# SEGURO DE SALUD



## Formulario de contratación

Nombre

DNI

Fecha de nacimiento

Dirección

Localidad

Provincia

CP

Teléfono

E-mail

Indique su condición con el titular

**cónyuge** **hijo**



Nombre

DNI

Fecha de nacimiento

Dirección

Localidad

Provincia

CP

Teléfono

E-mail

Indique su condición con el titular

**cónyuge** **hijo**



Nombre

DNI

Fecha de nacimiento

Dirección

Localidad

Provincia

CP

Teléfono

E-mail

Indique su condición con el titular

**cónyuge** **hijo**



Nombre

DNI

Fecha de nacimiento

Dirección

Localidad

Provincia

CP

Teléfono

E-mail

Indique su condición con el titular

**cónyuge** **hijo**

