

CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA COLECTIVA Nº 26.100

En Madrid, a uno de enero de dos mil diecinueve.

REUNIDOS

De una parte, **Doña Montserrat Márquez Cristóbal**, mayor de edad, con N.I.F. núm.: 29.046.440-Q, quien interviene en nombre y representación de **Ayuntamiento de Isla Cristina**, entidad con domicilio social en Isla Cristina (Huelva), Avda. Gran Vía, núm.: 43, C.P.: 21410 y con N.I.F. núm. P-2104200G, en su condición de Alcaldesa de la misma y en uso de las facultades que a esta finalidad tiene conferidas.

Y de otra, [REDACTED], mayor de edad, con N.I.F. núm. [REDACTED], con domicilio a estos efectos en Madrid, Paseo de la Castellana, núm. 259 C (Torre de Cristal), C.P.: 28046, quien interviene en nombre y representación de la denominada **SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros** (en adelante **la Aseguradora**), en su condición de Apoderado de la misma, en virtud de la escritura de apoderamiento otorgada con fecha 25 de julio de 2018, ante el Notario del Ilustre Colegio Notarial de Madrid, Doña Isabel Estapé Tous, bajo el núm. 3439 de orden de su protocolo, causante de la inscripción núm. 95 en la hoja registral de la sociedad.

Reconociéndose ambas partes, mutua y recíprocamente, la capacidad legal necesaria para otorgar el presente contrato.

MANIFIESTAN

I. Que **la Aseguradora** es una entidad mercantil cuyo objeto social se centra en la realización, en todo el territorio nacional, de operaciones de seguro, entre otros, en el ramo de enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria), para lo cual se encuentra legalmente habilitada e inscrita en el *Registro Especial de Entidades Aseguradoras* de la *Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones* con el número C-0124.

Que dentro de los modelos de póliza de seguro de asistencia sanitaria que emite, se encuentra una denominada comercialmente "**Adeslas Completa**" que garantiza, en las condiciones en ella establecidas, cobertura de asistencia sanitaria general en toda España mediante cuadro médico.

II. Que **la Aseguradora** está interesada en ofrecer al personal del **Ayuntamiento de Isla Cristina** una oferta de seguro colectivo para la prestación de los servicios asistenciales correspondientes a la póliza "**Adeslas Completa**" con arreglo a las características que se especifican en el **Anexo nº 1** a este convenio y con el "**Suplemento específico**" que se incorpora como **Anexo nº 3**.

III. Que el **Ayuntamiento de Isla Cristina** no tendrá la condición de tomador de tal seguro ni cualquier otra que se derive de la legislación en materia de contrato de seguros, quedando limitada su intervención meramente a lo señalado en la estipulación segunda del presente contrato.

ACUERDAN

PRIMERA.

SegurCaixa Adeslas se compromete a ofertar al personal del **Ayuntamiento de Isla Cristina** la contratación individual para éstos del contrato de seguro para la prestación de asistencia sanitaria general con arreglo a las estipulaciones que se especifican en el **Anexo nº 1** a este convenio.

La Aseguradora no podrá negarse a ofertar dicha póliza a quienes, durante la vigencia del presente acuerdo, tuvieren la condición de personal del **Ayuntamiento de Isla Cristina**, sin perjuicio de la facultad de **la Aseguradora** de aceptar o rechazar total o parcialmente las solicitudes de seguro que se presenten y siempre por razones debidamente motivadas.

Se excluyen expresamente de la condición de personal del **Ayuntamiento de Isla Cristina** a las personas que no ocupen un puesto de trabajo de entre los relacionados en la plantilla de la Corporación en cada momento vigente. No obstante, a los efectos del presente acuerdo, se incluirán en su ámbito de aplicación a los miembros de la Corporación y al personal laboral contratado en régimen de dedicación temporal. En cambio, sus efectos no se extenderán al personal de las sociedades de capital íntegramente municipal.

SEGUNDA.

El **Ayuntamiento de Isla Cristina** se compromete a verificar la pertenencia del asegurado al colectivo de trabajadores de esta Corporación.

El pago de la prima se efectuará mediante transferencia bancaria, a la cuenta corriente de la **Aseguradora** núm.: ES43 0182 3999 3700 0014 3936, y mediante la emisión por la misma de un único recibo, de fraccionamiento mensual, que incluya la suma total de primas correspondiente a los asegurados que se encuentren de alta en el mes a que se refiera, con especificación de la identidad de los mismos y de sus beneficiarios, y cuya gestión de cobro se hará a través del **Ayuntamiento de Isla Cristina** mediante el correspondiente descuento en nómina.

Y, en prueba de conformidad, firman el presente convenio, en duplicado ejemplar, en el lugar y la fecha arriba indicados y rubrican el **Anexo nº 1** adjunto al presente documento.

POR EL AYUNTAMIENTO



Fdo.: Montserrat Márquez Cristóbal,
Alcaldesa.

POR LA ASEGURADORA



Fdo.: XXXXXXXXXX,
Director Canal Asegurador.