



Desde 1969 **UNITECO PROFESIONAL** tiene como objetivo el Asesoramiento, Gestión y Contratación de Seguros para sus clientes, siendo Correduría de Seguros líder en el sector sanitario.

Usted, Profesional de la Medicina, sabe cómo un accidente imprevisto puede cambiar su ritmo de vida. **ESTE SEGURO DE ACCIDENTES**, garantiza<sup>1</sup> la tranquilidad económica a su familia y la de Ud., además de disponer de una indemnización en caso de Invalidez Absoluta. Este SEGURO DE ACCIDENTES le otorga un baremo de Invalideces Parciales especialmente diseñado para Usted como profesional de la Medicina. A modo de ejemplo: la pérdida del dedo índice de la mano derecha significa una indemnización de 300.000 € (Opción E) en caso de ser diestro.

<sup>1</sup>De acuerdo a las condiciones generales, particulares y especiales de la póliza

**¿Por qué éste seguro a través de UNITECO PROFESIONAL?**

- |   |  |
|---|--|
| • Hasta 930.000 € por fallecimiento   | • Cubre accidentes en motocicleta      |
| • Este donde esté, las 24h del día en cualquier parte del mundo                                       | • Alto baremo en invalideces parciales |
| • Cubre los accidentes en estado de embriaguez siempre que no se padezca la enfermedad de alcoholismo |  |

**UNITECO PROFESIONAL** cuenta con un importante equipo de profesionales especializados al servicio del cliente, el cuál es atendido personalmente por línea telefónica, correo electrónico, en sus oficinas y por visitas concertadas con sus comerciales.

**UNITECO PROFESIONAL, CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L.** tiene un Departamento de Atención al Cliente sito en la calle Pez Volador, 22, 28007-Madrid, al cual se puede dirigir de forma telemática en la dirección [defensadelcliente@unitecoprofesional.es](mailto:defensadelcliente@unitecoprofesional.es).

**UNITECO PROFESIONAL**, es una correduría de seguros independiente de toda entidad aseguradora o reaseguradora, que realiza asesoramiento imparcial y análisis objetivo de los contratos ofertados, no cobrando en ningún caso honorarios a los clientes, puesto que sus servicios son pagados por comisiones de las entidades aseguradoras.

El cliente puede comprobar la veracidad de los datos de registro de **UNITECO PROFESIONAL S.L.** en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones que tiene su domicilio en el Paseo de la Castellana, 44, 28046-Madrid y con página web [www.dgsfp.mineco.es](http://www.dgsfp.mineco.es).

**I. Datos personales**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Nif.: \_\_\_\_\_ F. Nac.: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono profesional: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Ámbito de trabajo:  Público  Privado  Mixto      ¿Tiene sociedad médica?  Si  No  
 Lugar en el que trabaja (Nombre): Público: \_\_\_\_\_ Privado: \_\_\_\_\_  
 Colegio al que pertenece: \_\_\_\_\_ Nº de colegiado: \_\_\_\_\_  
 Otra dirección de correspondencia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

**II. Firma de la LOPD**

Autorizo expresamente a UNITECO PROFESIONAL, CORREDURÍA DE SEGUROS S.L. y a UNIMEDI S.L., para que sometan a tratamiento informático mis datos personales y todos aquellos que en su momento pueda facilitar por cualquier medio, en los archivos manuales y / o automatizados de que disponen, con independencia de que se llegue a formalizar o no un contrato de seguro, o posteriormente se mantenga o no el mismo en vigor, a efectos estadísticos y de remisión de propaganda y publicidad de nuevos productos aseguradores y otros de carácter financiero o inversor. El solicitante puede en cualquier momento ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición reconocidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y revocar el consentimiento de cesión de datos prestados.

Firma: \_\_\_\_\_

**Uniteco Profesional S.L. - Oficina Central: C/ Pez Volador, 22, 28007 Madrid. Tel.: 91 504 55 16 / Fax: 91 504 15 66. [vida@unitecoprofesional.es](mailto:vida@unitecoprofesional.es)**

Correduría de Seguros inscrita en el Registro Especial Administrativo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número J-664. y tiene concertado el seguro de responsabilidad civil establecido en el artículo 27.1 e) de la Ley 26/2006 de 17 de julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados .Registro Mercantil de Madrid Libro de Sociedades Hoja nº 14.986, Folio 142, Tomo 10.111.Sección 4ª.C.I.F. B 79325395.

GARANTÍAS	A	B	C	D	E
Muerte por Accidente (+ Renta Mensual)	65.000€*	135.000€*	270.000€*	150.000€	300.000€
Muerte en Accidente simultáneo de ambos cónyuges (+ Renta Mensual)	130.000€*	270.000€*	540.000€*	150.000€	300.000€
Muerte Accidental en el Extranjero (+ Renta Mensual)	130.000€*	270.000€*	540.000€*	150.000€	300.000€
Renta Mensual por Muerte en Accidente (durante 60 meses)	1.000€	1.500€	2.000€	0€	0€
Importe máximo a percibir por el beneficiario en caso de Muerte por Accidente en el Extranjero y en el que fallecieran ambos cónyuges	255.000€	495.000€	930.000€	150.000€	300.000€
Muerte por infarto de Miocardio (dictaminado como Accidente Laboral)	18.000€	18.000€	30.000€	30.000€	30.000€
Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente	65.000€	135.000€	270.000€	150.000€	300.000€
Indemnización por Invalidez Parcial por Accidente, según baremo	65.000€	135.000€	270.000€	150.000€	300.000€
Asistencia Sanitaria por Accidente en Centros de Libre Elección	5.000€	5.000€	5.000€	5.000€	5.000€
PRIMA ANUAL (Incluido Impuestos)	98,58€	179,97 €	329,16€	133,97€	254,14€

\*A esta cantidad hay que sumarle una Renta Mensual (durante 60 meses) a la opción contratada.

EJEMPLOS DE INVALIDEZ PARCIAL	Se indemniza con el % del Capital contratado	
Perdida de:	Derecho	Izquierdo
Una pierna, un brazo, una mano o la vista de un ojo.....	100 %.....	100 %.....
Ambos oídos.....	100 %.....	100 %
Dedo pulgar.....	100 %.....	80 %
Dedo índice.....	100 %.....	80 %
Dedo medio.....	90 %.....	70 %

### SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PARA MÉDICOS Y DENTISTAS

#### II. Declaración de Salud

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Nif.: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad? Si  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido algún accidente? Si  No  Indique si le ha quedado alguna secuela: \_\_\_\_\_

*En el caso de haber respondido afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, rogamos adjunten fotocopia de informes médicos recientes. A la vista de la declaración de salud y / o de los informes médicos, la Compañía de Seguros podrá solicitar nuevos informes médicos, ampliación a los presentes o reconocimiento médico, para fijar las condiciones de asegurabilidad.*

#### III. Beneficiarios (indíquese el nombre y el parentesco)

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Salvo designación expresa, en caso de muerte serán considerados por orden preferente y excluyente: 1º Cónyuge – 2º Hijos – 3º Padres del Asegurado – 4º Herederos Legales

#### IV. Opción que desea contratar \*

Opción A – 98,58 €     Opción B - 179,97 €     Opción C – 329,16 €     Opción D - 133,97 €     Opción E – 254,14 €

\* Edad máxima de contratación 69 años

#### V. Datos bancarios. Condición obligatoria

Código Cuenta Cliente (C.C.C.) Entidad: | \_\_\_\_\_ | Oficina: | \_\_\_\_\_ | D.C.: | \_\_\_\_\_ | N° de cuenta: | \_\_\_\_\_ |

#### VI. Firma de la solicitud

EL ABAJO FIRMANTE DECLARA QUE SUS CONTESTACIONES A LAS PREGUNTAS QUE PRECEDEN SON VERÍDICAS.

Autorizo el cargo correspondiente a la cuenta de domiciliación arriba expresada, de aquellos recibos mediados por UNITECO PROFESIONAL S.L., cuyo tomador es UNIMEDI S.L. y la aseguradora es la que ha elegido el asegurado. El tomador / asegurado elige esta opción de entre las 3 presentadas por UNITECO PROFESIONAL S.L. . En todo caso doy mi autorización a la Correduría según su buen saber y leal entender, para que realice las actuaciones jurídicas necesarias en orden a la plenitud de efectos de las coberturas contratadas, reservándome el derecho de arrepentimiento en el supuesto de cambio de póliza y / o compañía y que las nuevas coberturas superen en precio a lo contratado anteriormente. Nota importante: NO se tramitará ninguna solicitud de seguro si no está completa, debidamente rellena y firmada. El solicitante declara haber sido ampliamente informado de todas las condiciones del contrato, póliza de seguro, Cía Aseguradora y tomador.

La presente solicitud de seguro se firma en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_ del \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Fecha de efecto: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Colaborador: \_\_\_\_\_

Uniteco Profesional S.L. - Oficina Central: C/ Pez Volador, 22, 28007 Madrid. Tel.: 91 504 55 16 / Fax: 91 504 15 66. vida@unitecoprofesional.es

Correduría de Seguros inscrita en el Registro Especial Administrativo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número J-664. y tiene concertado el seguro de responsabilidad civil establecido en el artículo 27.1 e) de la Ley 26/2006 de 17 de julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados .Registro Mercantil de Madrid Libro de Sociedades Hoja nº 14.986, Folio 142, Tomo 10.111.Sección 4ª.C.I.F. B 79325395.