



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.

El seguro de indemnización diaria por baja laboral transitoria le garantiza¹ el pago de una indemnización diaria en el caso de que Ud. esté de baja, como consecuencia de una enfermedad o accidente, la cual lleva consigo la interrupción transitoria de su actividad profesional. Con éste seguro puede hacer frente a todos los gastos fijos que tiene (nómina de la enfermera, luz, teléfono, alquiler de consulta, etc.), así como para suplir el desequilibrio económico de las guardias que dejaría de hacer.

¹ Conforme a las condiciones generales, particulares y especiales de la póliza.

¿Por qué éste seguro a través de UNITECO PROFESIONAL?

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Nuestras pólizas se adaptan a sus necesidades como médico. En caso de parto se cobraría una única prestación de 20 días en función de la indemnización diaria contratada. Atención personalizada, usted no es un número para nosotros. Edad máxima de contratación 64 años. Para franquicias 7 y 15 días y periodo máximo de indemnización 1 año, la indemnización diaria máxima contratable es hasta 200 euros. Para otros casos consultar. | <ul style="list-style-type: none"> Por precio (primas colectivas). Pago trimestral sin recargo. En caso de siniestro nuestros intereses son los suyos. Sin reconocimiento médico Franquicia de 3, 7, 15 y 30 días. |
|--|---|

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 o en visitas concertadas con nuestros 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.

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.

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

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.

SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SEGURO COLECTIVO DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR BAJA LABORAL TRANSITORIA PARA MÉDICOS Y DENTISTAS

III. Declaración de Salud

Nombre y apellidos: _____ Nif.: _____

Profesión: _____ Especialidad: _____

Peso: _____ Talla: _____ Tensión arterial: Máx. _____ Min. _____ ¿Fuma?: Si No Cant. Diaria: _____¿Ha sufrido algún accidente? Si No ¿Cuál? _____ ¿Fecha? _____¿Dejo secuelas? Si No ¿Cuáles? _____¿Tiene algún defecto en la visión? Si No ¿Cuál? _____ Indique dioptrías: _____¿Ha padecido o padece síntomas de enfermedades óseas, articulares, reumatológicas o de columna vertebral? Si No ¿Cuál? _____¿Ha sido a va a ser intervenido quirúrgicamente o tratado en un centro sanitario? Si No ¿Por qué causa? _____¿Se encuentra bajo control médico o siguiendo algún tratamiento? Si No ¿Por qué causa? _____¿Ha padecido o padece alguna enfermedad no recogida en los apartados anteriores? Si No ¿Cuál? __________
Fechas: _____ ¿Dejo secuelas? Si No ¿Cuáles? __________
¿Se encuentra en la actualidad dado de baja laboral? Si No ¿Por qué motivo? _____

AMPLIACIÓN A LA DECLARACIÓN DE SALUD: _____

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.

¿Tiene alguna póliza similar a las coberturas solicitadas? (En caso afirmativo, indicar Compañía, garantías aseguradas y si van a continuar en vigor) _____

SOLO MUJERES: ¿Ha tenido algún trastorno ginecológico? Si No ¿Está embarazada o sospecha que puede estarlo? Si No

IV. Indemnización que desea contratar

Subsidio diario por incapacidad temporal: _____ €

Franquicia: 3 DIAS 7 DIAS 15 DIAS 30 DIASPeriodo máximo indemnización: 1 año 1,5 años 2 años

Subsidio diario por hospitalización: _____ €

(Complementario a la incapacidad temporal, sin franquicia y periodo máximo de indemnización de 365 días)

V. Datos bancarios. Condición obligatoria

Código Cuenta Cliente (C.C.C.) Entidad: | _____ | Oficina: | _____ | D.C.: | _____ | Nº 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.