



CORREDURÍA DE SEGUROS
Medicos - Dentistas - Grandes Colectivos

UNITECO
PROFESIONAL

www.unitecoprofesional.es

SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SEGURO COLECTIVO DE SALUD PARA MÉDICOS Y DENTISTAS

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 **Vitalicio Salud Seguro de protección médica** le garantiza asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria a través de centros concertados con la aseguradora. Con más de 15.000 profesionales y 220 centros sanitarios a su servicio, ponen a su disposición los medios de diagnóstico y procedimientos terapéuticos más avanzados.

El seguro **Vitalicio Salud Elección 300**, le permite la libre elección de médico y hospital en cualquier lugar del mundo. Garantiza el reembolso del 90% de los gastos, abonados por el Asegurado, a consecuencia de una enfermedad o accidente, necesarios para su restablecimiento con un límite máximo por Asegurado y año de 300.000 €. A partir de los 65 años el reembolso de gastos será del 90% en España y 80% en el extranjero. Si acude a los servicios recomendados la cobertura es del 100%, además, no tendrá que anticipar el gasto médico.

- Sin periodos de carencia salvo parto (10 meses).

- Sin copagos, es decir, sin participación del asegurado en el coste de los servicios. (En centros concertados)

- Edad de contratación de 0 a 65 años. Para personas entre 65 y 70 años consultar.

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.

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Nombre y apellidos: _____ NIF: _____ F. Nac.: _____
 Dirección: _____ C.P.: _____ Población: _____
 Provincia: _____ Profesión: _____ Especialidad: _____
 Teléfono: _____ Movil: _____ Teléfono profesional: _____
 E-mail: _____
 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.: _____

DATOS DE LOS ASEGURADOS

	Asegurado Titular	Asegurado 2	Asegurado 3	Asegurado 4
Nombre				
1er Apellido				
2º Apellido				
Fecha de Nac. / Sexo				
Estado civil / Parentesco				
Tipo y Nº de documento Nif, Pte, Nie				
Profesión				

DOMICILIO DE ASISTENCIA

Dirección: _____ C.P.: _____ Población: _____
 Provincia: _____ Teléfono: _____ Movil: _____ Tfno. profesional: _____

PRODUCTOS Y GARANTÍAS (Seleccione marcando con una cruz en su recuadro el producto que desea contratar)

<input type="checkbox"/> Producto Vitalicio Salud Seguro de Protección Médica	<input type="checkbox"/> Producto Vitalicio Salud Elección 300
<input type="checkbox"/> Garantía Bucodental (Garantía Opcional en cualquiera de los dos productos)	

DATOS BANCARIOS. CONDICIÓN OBLIGATORIA

Código Cuenta Cliente (C.C.C) Entidad: _____ Oficina: _____ DC.: _____ Nº de cuenta: _____
 Forma de Pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Firma del Solicitante: _____

Firma Asegurado Titular: _____

CUESTIONARIO DE SALUD

	Aseg. Tit.	Aseg. 2	Aseg. 3	Aseg. 4
¿Practica algún deporte? Si responde afirmativamente, especifique si es aficionado o profesional y actividad deportiva que practica				
Peso (Kg.) y estatura (Cm.)				

A continuación se formulan una serie de cuestiones acerca del estado de salud de todos y cada uno de los Asegurados, debiendo contestarse cada una de ellas con un sí o con un no, y, en caso de respuesta afirmativa, deberá indicarse en Aclaraciones del Cuestionario de Salud, nombre de la persona afectada, enfermedad, intervención quirúrgica, tratamiento o medicación de que se trate; fecha de los mismos y situación actual.

1. ¿Alguno de los asegurados padece o ha padecido alguna enfermedad, lesión, defecto o síntoma que altere su estado de salud? Sí No
 - 1.1 Aparato Respiratorio Sí No
 - 1.2 Aparato Cardiocirculatorio Sí No
 - 1.3 Aparato Digestivo Sí No
 - 1.4 Sistema Nervioso Sí No
 - 1.5 Vista y oído Sí No
 - 1.6 Piel Sí No
 - 1.7 Aparato Locomotor Sí No
 - 1.8 Enfermedades infecciosas Sí No
 - 1.9 Sistema Genito-Urinario Sí No
 - 1.10 Enfermedades de la sangre Sí No
 - 1.11 Enfermedades del Metabolismo Sí No
 - 1.12 Enfermedad Congénita Sí No
 - 1.13 Enfermedad Ginecológica o del pecho Sí No
 - 1.14 Otras no mencionadas Sí No
2. ¿Alguno de los asegurados ha sido hospitalizado, intervenido quirúrgicamente, ha sufrido un accidente o tiene pendiente/aconsejada una intervención quirúrgica? Sí No
 - 2.1 ¿Alguno de los asegurados ha padecido alguna hospitalización o intervención quirúrgica? Sí No
 - 2.2 ¿Alguno de los asegurados tiene aconsejada o pendiente alguna intervención quirúrgica? Sí No
 - 2.3 ¿Alguno de los asegurados tiene antecedentes traumatológicos (fracturas, accidentes)? Sí No
3. ¿Alguno de los asegurados está tomando algún medicamento o recibe o ha recibido tratamiento prescrito por el médico en el último año? Sí No
 - 3.1 Medicación Sí No
 - 3.2 Tratamiento (ondas cortas; diálisis; radioterapia; anticoagulantes; fisioterapia; insulina; quimioterapia; u otro similar) Sí No
4. ¿Alguno de los asegurados padece o ha padecido drogadicción o dependencia del alcohol? Sí No

ACLARACIONES DEL CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre del Asegurado	Núm.de la pregunta afirmativa	Descripción de la patología, fecha de los mismos y situación actual

¿Tiene alguna Póliza similar a las coberturas contratadas? Sí No. En caso afirmativo indicar: Compañía. Fecha de alta, garantías aseguradas y si van a continuar en vigor (si no va a continuar en vigor es necesario aportar copia de las condiciones particulares de la póliza contratada, así como el último recibo abonado)

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 presentados o reconocimiento médico, para fijar las condiciones de asegurabilidad, o, en su caso, no aceptación de la solicitud

ESTIPULACIONES CONTRACTUALES

Los abajo firmantes declaran que son exactas y verídicas las contestaciones que anteceden y que no han ocultado u omitido hechos o circunstancia alguna que pueda influir en la apreciación del riesgo y, que los datos contenidos en el presente cuestionario han sido voluntariamente facilitados por el Solicitante del Seguro, e incorporados al mismo con su expreso consentimiento, informado que ha sido de su derecho a no prestarlo, a fin de que puedan ser objeto de tratamiento automatizado, como necesarios, imprescindibles y pertinentes para el conocimiento, seguimiento y mantenimiento de la relación contractual derivada de la suscripción del contrato de seguro.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás disposiciones concordantes y complementarias de aplicación, las personas a asegurar autorizan expresamente a cualquier médico o centro hospitalario que les hubiere asistido o reconocido, a proporcionar confidencialmente, a la Compañía Aseguradora todos los datos y antecedentes patológicos que pudieran tener, o de los que hubiera tenido conocimiento al prestar sus servicios para que la Compañía Aseguradora los trate con la finalidad de evaluar el riesgo y, en su caso, aceptar la solicitud y emitir la póliza y tramitar el siniestro si procediera.

Además, se pone en conocimiento de los interesados quienes expresamente consienten:

a) Que sus datos de carácter personal que constan en esta solicitud, así como los que puedan generarse en caso de siniestro, incluidos los de salud, sean incorporados y tratados en los ficheros automatizados de que es titular Banco Vitalicio de España, Compañía Anónima de Seguros y Reaseguros, Compañía destinataria de los mismos.

b) Que los datos personales que se recogen en esta solicitud son de obligado suministro al ser indispensables para la valoración del riesgo y para el mantenimiento y efectividad de la relación contractual. Si se emitiera la póliza y se celebrase el contrato, y siempre que los datos sean adecuados y pertinentes a las finalidades que más adelante se citan, serán cedidos a las siguientes entidades encargadas del tratamiento: (a) las compañías coaseguradoras y reaseguradoras, para cumplir sus relaciones legítimas de coaseguro y reaseguro; (b) Grupo Generali España A.I.E. entidad domiciliada en la calle Orense número 2 de Madrid, para que tramite, gestione y liquide los siniestros, actividades que constituyen su propio objeto social; (c) los arrendadores de los servicios contratados en la presente póliza, para prestar aquéllos que exija el cumplimiento del contrato de seguro; (d) las compañías especializadas en la gestión de cobro de los recibos de prima con esa finalidad; considerándose informados de estas cesiones en virtud de la presente cláusula.

c) Que en el caso de que la póliza se emitiera y se perfeccionara el contrato de seguro, y salvo siempre su indicación en contrario notificada a la Compañía Aseguradora, sus datos de carácter personal de nivel básico y medio sean también tratados para segmentar y realizar perfiles de los clientes, con la finalidad de promover acciones comerciales, incluso de venta cruzada, e incluso mediante la cesión de la información resultante de estos procesos informáticos a sus mediadores de seguros, y de remitir el propio asegurador o terceros por su cuenta, cualesquiera informaciones o prospecciones comerciales, personalizadas o no, sobre toda clase de servicios bancarios y financieros y productos de seguros propios o de terceros.

d) Que los titulares de los datos podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los datos en el domicilio social de la Compañía situado en el Paseo de Gracia número 11 de Barcelona.

El contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre.

El Tomador del Seguro, asegurados y beneficiarios podrán formular sus reclamaciones al Departamento de Atención al Cliente del Asegurador, mediante escrito dirigido al Asegurador en el que se expondrá el motivo de la queja.

El Tomador del Seguro, asegurados y beneficiarios podrán someter sus divergencias al Sistema Arbitral de Consumo al que se refiere el artículo 31 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, y por el R.D. 636/1993, de 3 de mayo, por el que se regula el Sistema Arbitral de Consumo, en los términos contenidos en la oferta pública de sometimiento al Sistema Arbitral de Consumo presentado por el asegurador.

El Tomador del Seguro, asegurado, beneficiario o derechohabientes de cualesquiera de ellos podrán formular reclamaciones ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, como órgano de control del Asegurador, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda, en orden a la defensa de los derechos derivados del contrato de Seguro.

Los conflictos que puedan surgir entre tomadores del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de ellos con entidades aseguradoras se resolverán por los jueces y tribunales competentes.

Asimismo, los abajo firmantes, reconocen que el Asegurador no contrae ninguna obligación en virtud a la presente solicitud y que se reserva el derecho de aceptación o rechazo total o parcial de la misma.

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.

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 Banco Vitalicio de España, Compañía Anónima de Seguros y Reaseguros.

El tomador / asegurado elige esta opción de entre las 3 presentadas por UNITECO PROFESIONAL S.L. . Así mismo doy mi autorización a la Correduría Uniteco Profesional S.L. y a UNIMEDI S.L. 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: _____

Colaborador: _____

Firma del Solicitante: _____

Firma Asegurado Titular: _____