



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 Responsabilidad Civil Profesional es un seguro diseñado específicamente para el colectivo Médicos y Dentistas buscando las mejores garantías y servicio a la mejor prima que el producto permite.

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

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 Vd. constituida una S.L., S.A. u otro tipo de 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: _____

COBERTURAS INCLUIDAS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL SUSCRITA CON BILBAO COMPAÑÍA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.

- **Responsabilidad Civil Profesional, Explotación y Patronal**
- **Defensa y Fianzas**
- **Delimitación temporal:** La cobertura de la póliza se extiende a los daños derivados de los actos u omisiones del Asegurado que sean reclamados durante la vigencia de la póliza, con Independencia de la fecha en que dichos actos u omisiones hubiesen tenido lugar, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos: Quedan excluidas las reclamaciones y / o incidencias ya conocidas por el asegurado a la fecha de efecto de este contrato.

OTRAS COBERTURAS INCLUIDAS

Indemnización por Baja Laboral por depresión como consecuencia de amenazas, agresiones
Reclamaciones a pacientes por agresiones o amenazas

Contraataque
Superdefensa

Póliza de Asistencia: (ASITUR)

Asistencia Médica en viajes, Responsabilidad Civil privada en viajes, Servicio Asistencia Hogar, Servicio de Urgencias (Fontanería de urgencia, Electricidad de urgencia, Cerrajería de urgencia), Servicio de Información.

Las anteriores coberturas tienen sus correspondientes sumas aseguradas para cada garantía específica, así como límites de indemnización por siniestro y período de seguro, dentro de los términos, exclusiones y definiciones de cobertura de la póliza, cuya información recibirá junto con el certificado correspondiente de la póliza de Responsabilidad Civil Profesional, en el cual se hace expresamente constar a los efectos de condiciones limitativas para los asegurados, que indica la Ley.

SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA PROFESIONALES SANITARIOS

III. Datos para la adhesión

Nombre y apellidos: _____ Nif.: _____

Especialidad Ejercida: _____

- **Odontología y Estomatología:** ¿Realiza implantes? Sí No ¿Realiza Ortodoncia? Sí No
- **Obstetricia:** ¿Realiza fecundación invitro (FIV)? Sí No ¿Realiza crío conservación de embriones? Sí No
- ¿Realiza crío conservación de semen? Sí No ¿Realiza interrupción voluntaria del embarazo (IVE)? Sí No
- ¿Conserva células madre de cordón umbilical o líquido amniótico? Sí No

- **Oftalmología:** ¿Quiere cubrir la cirugía refractiva o Lasik? Sí No

¿Cuándo desea que entre en vigor el seguro? Fecha de efecto: /_____/_____/____/ Para solicitudes con efecto entre el 01/10/2009 hasta el 31/03/2010 [**Fecha de vencimiento: 01 / 10 / 2010**] y para solicitudes con efecto entre el 01/04/2010 hasta el 30/09/2010 [**Fecha de vencimiento: 01 / 04 / 2011**]

(Esta cobertura tomará efecto la fecha indicada. En caso de recibir esta solicitud a fecha posterior a la indicada, tomará efecto al día siguiente de la fecha de recepción, siempre previa aceptación por parte de la compañía aseguradora.

¿Ha tenido algún siniestro / reclamación en los últimos 5 años? Sí No (En caso afirmativo solicitar cuestionario específico).

NO se incluye la Cirugía Estética y/o Plástica

IV. Opción elegida

Producto Integral: Está pensada para aquellos médicos que quieren una cobertura global de su actividad profesional en todos los campos. Mediante esta modalidad, las coberturas de la presente póliza se extienden a toda la actividad profesional sanitaria del asegurado.

Capital que desea contratar: 602.000,00 € 1.203.000,00 €

¿Desea cubrir la actividad estética sin cirugía? Sí No (En caso afirmativo solicitar y cumplimentar anexo específico).

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 VERDICAS.

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 BILBAO COMPAÑÍA ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS. El tomador / asegurado acepta el análisis objetivo realizado por la Correduría y la adhesión a este contrato de seguro desarrollado por la Correduría. 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 ____ de _____ de _____

Colaborador: _____ Firma: _____

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