



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 de Sociedades es un seguro diseñado específicamente para las sociedades de Médicos y Dentistas buscando las mejores garantías y servicios 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.

COBERTURAS INCLUIDAS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA SOCIEDADES SUSCRITA CON ESTRELLA SEGUROS



- 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.

Las anteriores coberturas tienen sus correspondientes sumas aseguradas para cada apartado específico, 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.

I. Datos generales

Nombre sociedad asegurada: _____ Cif.: _____

Dirección: _____ C.P.: _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfono profesional: _____ Teléfono móvil: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Persona de contacto: _____ Teléfono particular: _____

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 del administrador o gerente de la sociedad: _____

SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA SOCIEDADES

III. Características particulares del riesgo

Actividad médica de la sociedad (Especialidad): _____
 Observaciones: _____

Volumen de facturación año anterior: _____ € Previsto año en curso: _____ €

Nota: Es obligación del asegurado, comunicar a Uniteco Profesional S.L. durante el mes de Enero el volumen de facturación del año natural al cierre.

Nº Médicos por especialidad:

Especialidad	Número	Especialidad	Número	Especialidad	Número

Nº ATS / DUE: _____ Personal no sanitario: _____ Nº de camas: _____ Edificios: en propiedad: _____ en alquiler: _____

¿Dispone actualmente de seguro de Responsabilidad Civil Profesional de Sociedad? Sí No

(En caso afirmativo, adjuntar fotocopia ya que puede influir positivamente en el cálculo de la prima y en la gestión de siniestros)

¿Ha sido la empresa objeto de reclamaciones, denuncias y / o sanciones por parte de la seguridad social u otro organismo oficial? Sí No

En caso afirmativo indicar Nº: _____ Causa: _____

Importe pagado: _____ €

¿Ha sido la empresa objeto de reclamaciones por errores profesionales en los tres últimos años? Sí No

En caso afirmativo indicar Nº siniestros: _____ Causa: _____ Importe pagado: _____ €

- **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:** ¿Realiza cirugía refractiva? Sí No

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

IV. Requisitos contratación

El asegurado declara que todos los médicos tienen contratada una póliza de Responsabilidad Civil Profesional a título individual por cuantía mínima por siniestro de 600.000 €. Así mismo declara que dichas pólizas recogen cualquier tipo de reclamación que implique judicial o extrajudicialmente a título individual a los facultativos independientemente de cuando se realizara el acto médico. Así mismo el resto del personal sanitario debe tener suscrito un seguro de Responsabilidad Civil Profesional a título individual. **MUY IMPORTANTE: QUEDA EXCLUIDA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIRECTA DE LOS MÉDICOS.**

V. Cobertura solicitada

Suma asegurada: 600.000,00 € 1.200.000,00 € Fecha efecto: / / [Fecha 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).

VI. Datos bancarios. Condición obligatoria

Código Cuenta Cliente (C.C.C.) Entidad: | |_| |_| |_| Oficina: | |_| |_| |_| D.C.: | |_| Nº de cuenta: | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

VII. 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 ESTRELLA SEGUROS. 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 ___ de _____ de _____

Firma del administrador o gerente de la sociedad: _____

Colaborador: _____

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.