



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.

Con el seguro de vida de **Uniteco Profesional**, además de cubrirle el Fallecimiento por cualquier causa, la Compañía Aseguradora le garantiza la INCAPACIDAD PROFESIONAL PERMANENTE, es decir, el pago del capital asegurado cuando Ud. no pueda desarrollar SU ACTIVIDAD PROFESIONAL por cualquier causa.

¿Por qué éste seguro a través de UNITECO PROFESIONAL?

• Nuestras pólizas se adaptan a sus necesidades como médico.	• Por precio (primas colectivas).
• En caso de siniestro nuestros intereses son los suyos.	• Hasta 180.000 € sin reconocimiento médico.
• Atención personalizada, usted no es un número para nosotros.	

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 sociedad médica que preste servicios? 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: _____

SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA UNIMEDI S.L.

III. Declaración de Salud

Nombre y apellidos: _____ Nif.: _____

Profesión: _____ Especialidad: _____

¿Ha sido internado en algún Hospital, Clínica o Sanatorio? Si No

Motivo, fecha, diagnóstico y estado actual _____

¿Le han diagnosticado alguna enfermedad en los últimos 10 años? Si No ¿Cuál? _____

Fecha, diagnóstico y estado actual _____

¿Tiene alguna limitación física (sordera, cojera, mudez, pérdida de miembros, miopía superior a 7 dioptrías, etc)? Si No ¿Cuál? _____

_____ Fecha, diagnóstico y estado actual _____

¿Está pendiente de algún estudio o intervención quirúrgica? Si No ¿Cuál? _____

Fecha y motivo: _____

Peso: _____ Talla: _____

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.

IV. 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

V. Capital que desea contratar

Capital Asegurado: 90.000 € 120.000 € 180.000 € _____ € (Capital que desee. Hasta 180.000 € sin reconocimiento médico)

VI. Datos bancarios. Condición obligatoria

Código Cuenta Cliente (C.C.C.) Entidad: | _____ | Oficina: | _____ | D.C.: | _____ | N° 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 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.