



**CORREDURÍA DE SEGUROS**  
Medicos - Dentistas - Grandes Colectivos

**UNITECO**  
PROFESIONAL

www.unitecoprofesional.es

**INDEMNIZACIÓN DIARIA POR BAJA LABORAL TRANSITORIA**

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.

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

**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: \_\_\_\_\_ N° de colegiado: \_\_\_\_\_

Otra dirección de correspondencia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

**II. Declaración de Salud**

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

**III. Indemnización que deseo contratar**

Subsidio diario por incapacidad temporal: \_\_\_\_\_ €

Franquicia:  0 DIAS  3 DIAS  4 DIAS  7 DIAS  10 DIAS  15 DIAS  20 DIAS  30 DIAS  60 DIAS

Periodo máximo indemnización:  365 DIAS  545 DIAS

Subsidio diario por hospitalización: \_\_\_\_\_ €

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

**IV. Datos bancarios. Condición obligatoria**

Código Cuenta Cliente (C.C.C.) Entidad: | \_\_\_\_\_ | Oficina: | \_\_\_\_\_ | D.C.: | \_\_\_\_\_ | N° de cuenta: | \_\_\_\_\_ |

**V. Firma de la solicitud**

EL ABAJO FIRMANTE DECLARA QUE SUS CONTESTACIONES A LAS PREGUNTAS QUE PRECEDEN SON VERDÍICAS.

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. 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, Cia Aseguradora y tomador.

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.

La presente solicitud de seguro se firma en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Colaborador: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_