

Ahora podrá recuperarse  
con tranquilidad

Tranquilidad en su negocio es igual a tener todo bien controlado.

Mantenga su nivel de ingresos aunque enferme o tenga un accidente que le impida trabajar temporalmente.

## Seguro de Subsidio

En época de crisis, ¿una póliza a eliminar?  
NO. En los tiempos que vivimos con esta cobertura estará más tranquilo y, sobre todo, seguirá manteniendo su nivel de ingresos en caso de una enfermedad o accidente que no le permita desarrollar su actividad veterinaria.

Sus gastos fijos (cargas de estructura, gastos de personal, gastos financieros...) seguirán siendo los mismos esté de baja o trabajando. Por ello, le presentamos esta póliza que seguro será de su interés.

Sin plazos de carencia, excepto para embarazo y parto que es de 12 meses.

## Tabla de primas

### SUBSIDIO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Edad	Sin Franquicia	Franquicia 7 días	Franquicia 15 días	Franquicia 30 días
hasta 45 años	124,01 €	96,78 €	69,46 €	43,05 €
48 años	149,72 €	116,66 €	83,50 €	51,52 €
51 años	167,59 €	130,50 €	93,32 €	57,46 €
54 años	187,61 €	145,99 €	104,29 €	64,08 €
57 años	210,00 €	163,31 €	116,53 €	71,48 €
60 años	235,08 €	182,70 €	130,22 €	79,72 €
63 años	263,14 €	204,37 €	145,52 €	88,92 €

Prima total anual por cada 10 euros de indemnización diaria

En Kalibo le aportamos soluciones aseguradoras para usted, su familia, su negocio y empleados.

Asegure sus ingresos diarios en caso de baja laboral tanto por enfermedad como por accidente.

No lo dude.  
Le cotizamos sin compromiso

con un  
**10%**  
descuento  
sobre tarifa

ya aplicado en los ejemplos

enfermedad · accidente

Confíe todas sus pólizas a Kalibo. Ahorrará tiempo en sus gestiones, minimizará problemas en los siniestros y se aprovechará de nuestras tarifas y promociones. Si desea recibir un proyecto personalizado, rogamos nos devuelva rellenado el cuestionario adjunto.



# Cuestionario Subsidio



## Datos del Tomador / Asegurado

Nombre / Razón Social	Primer Apellido	Segundo Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NIF/CIF	Domicilio	Nº <input type="text"/> Piso ( Otros) <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Población	C.P.	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	Sexo	Profesión
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	Email:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Otros

Régimen de Seguridad Social:	Régimen General <input type="checkbox"/>	Autónomos <input type="checkbox"/>	Mutualidad <input type="checkbox"/>
Desempeña su Actividad:	Por cuenta propia <input type="checkbox"/>	Por cuenta ajena <input type="checkbox"/>	
Domicilio del Trabajo	Código Postal	Población	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## Cuestionario de Salud

¿Fuma?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cantidad Diaria	<input type="text"/>
¿Padece Hipertensión?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Peso	<input type="text"/> kg.
Altura	<input type="text"/>	cm.	Cantidad Diaria	<input type="text"/>
¿Toma Bebidas Alcohólicas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	De qué tipo y con qué frecuencia	<input type="text"/>
¿Practica algún deporte?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
¿Padece alguna enfermedad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Que tipo de enfermedad padece?	<input type="text"/>
¿Ha sufrido algún accidente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Indicar tipo de accidente y secuelas:	<input type="text"/>
¿Ha sido sometido o tiene previsto someterse a alguna intervención quirúrgica?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Díganos el motivo de la intervención y cuando se efectuó.	<input type="text"/>

## Deseo recibir proyecto personalizado correspondiente a la opción elegida

Subsidio Diario	<input type="text"/>			
Franquicia elegida:	Sin Franquicia <input type="checkbox"/>	Franquicia 7 días <input type="checkbox"/>	Franquicia 15 días <input type="checkbox"/>	Franquicia 30 días <input type="checkbox"/>



Cumplimente el cuestionario y envíelo por fax al **976 794 467** o por correo electrónico a [veterinaria@kalibo.com](mailto:veterinaria@kalibo.com)

Estimado/a Sr./a.:

Se ha puesto en contacto con Kalibo Correduría de Seguros, S.L.. Nuestras oficinas se encuentran en Zaragoza en la Avenida Clavé, 55-57, bajos. Somos una Correduría de Seguros debidamente inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones J-861.

Fieles a nuestro compromiso, nuestra labor siempre irá dirigida a ofrecerle un asesoramiento independiente, profesional e imparcial sobre la cobertura de los riesgos a los que usted puede estar expuesto.

Conforme exige la legislación vigente al efecto, le **informamos** asimismo de los siguientes extremos:

**Primero.** Esta Correduría le prestará labor de asesoramiento en sus necesidades aseguradoras sobre la base de un análisis objetivo según la Ley 26/2006 sobre Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.

**Segundo.** Esta Correduría ha designado a D. José Luís Lucea Lafuente como Defensor del Cliente quien atenderá y resolverá las quejas y reclamaciones que se sometan a su decisión sobre sus intereses y derechos legalmente reconocidos en la Ley de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados vigente.

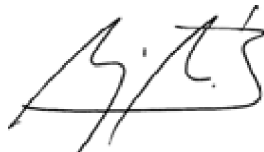
**Tercero.** Conforme a la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal y de acuerdo con los artículos 62 y 63 en concordancia con el artículo 26 de la Ley 26/2006 sobre Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, le informamos de que sus datos serán incluidos y tratados en un fichero cuyo titular es Kalibo Correduría de Seguros, S.L. y cuya existencia ha sido previamente comunicada a la Agencia de Protección de Datos.

El uso de los datos personales tendrá carácter confidencial y quedará sometido al deber de secreto profesional limitándose al ámbito de las actividades propias de la Correduría: solicitud de proyectos, información, asistencia y asesoramiento, cumplimiento y desarrollo de los contratos de seguro y productos financieros, envío de información comercial, publicitaria y promocional por cualquier medio y demás servicios vinculados a dichas actividades. Se autoriza expresamente a la Correduría a transferir datos personales a las Entidades Aseguradoras con el fin de cumplir con el deber de mediar en aquellos Contratos de Seguro en los que el interesado figure como Tomador y para la preparación de ofertas de seguro sujetas a las exigencias legalmente previstas.

A los efectos y fines indicados, el abajo firmante autoriza y otorga su consentimiento expreso para la inclusión y tratamiento de sus datos en el mencionado fichero así como su cesión para las finalidades descritas a Kalibo Correduría de Seguros, S.L. El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por escrito remitido a Kalibo Correduría de Seguros, S.L. -Departamento de Marketing- con domicilio en Avenida Clavé, 55-57, bajos, Zaragoza.

**La legislación vigente exige, en protección de sus intereses como cliente de esta Correduría, que Kalibo pueda acreditar que usted ha sido debidamente informado de todos los extremos recogidos en el presente. Con tal propósito y para que podamos llevar a cabo adecuadamente nuestra labor de mediación y podamos seguir trabajando en su interés, le rogamos nos remita el presente escrito debidamente firmado.**

Firmado la Correduría



**Miguel de las Morenas**  
**Director General**

Firmado el/la Solicitante