

Solicitud de seguro

Responsabilidad Civil Sanitaria

Berkley Centros Estética

1. Tomador

Nombre/razón social _____ NIF _____

Fecha constitución sociedad _____

Domicilio social _____ C.P. _____

Localidad y provincia _____

Teléfono _____ Fax _____

Nombre y apellido persona contacto _____

e-mail _____

2. Información general

Fecha del establecimiento o fundación: _____

Información financiera: _____

Volumen de facturación anual / ingresos por honorarios anuales: _____

2.1. ¿Es un franquiciador o franquicia? Sí NO

2.2. Número de centros a asegurar _____

Centro _____

Ubicación _____

2.3. Cualificación del titular y/o trabajadores del centro:
_____2.4. ¿Cuenta el centro con personal en período de formación? Sí NO2.5. Descripción de la actividad desarrollada, especialidades y prácticas que se realizan
_____2.6. ¿Existen consentimientos informados para los clientes? Sí NO2.7. ¿En qué actividades? detallar en qué actividades

2.8. Productos

¿Venden en el centro productos a los clientes? Sí NO¿Tienen tienda específica para la comercialización al público? Sí NO

¿En qué terapias / actividades comercializan productos? _____

¿Fabrican o desarrollan algún producto en el centro? _____

¿Está debidamente autorizado su uso por los organismos de Sanidad Competentes? Sí NO

3. Información sobre las actividades en el centro

Técnicas o prácticas de Nivel 1 (franquicia de 150 €)

<input type="checkbox"/>	Acupuntura		
<input type="checkbox"/>	Aromaterapia		
<input type="checkbox"/>	Cera		
<input type="checkbox"/>	Depilación eléctrica		
<input type="checkbox"/>	Extensiones de pestañas	¿Test de alergia?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
<input type="checkbox"/>	Electrolisis		
<input type="checkbox"/>	Electroterapia		
<input type="checkbox"/>	Endermologie - LPG		
<input type="checkbox"/>	Extensiones de uñas	¿Test de alergia?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
<input type="checkbox"/>	Hidroterapia		
<input type="checkbox"/>	Manicura y Pedicura		
<input type="checkbox"/>	Maquillaje no permanente		
<input type="checkbox"/>	Masajes linfáticos		
<input type="checkbox"/>	Masajes		
<input type="checkbox"/>	Oxigenoterapia		
<input type="checkbox"/>	Peluquería		
<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso	¿Aprobación médica?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	Piercing en orejas (no zonas genitales, lengua, ni otras partes del cuerpo)		

Tipo de productos utilizados:

<input type="checkbox"/>	Sauna de Infrarrojos		
<input type="checkbox"/>	Reflexología		
<input type="checkbox"/>	Tatuaje permanente de perfilador de cejas y labios	¿Test de alergia?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
<input type="checkbox"/>	Teñido de pestañas y sombreado de ojos	¿Test de alergia?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
<input type="checkbox"/>	Terapia Foto-termal		
<input type="checkbox"/>	Tratamientos faciales		
<input type="checkbox"/>	Tratamientos de Spa		
<input type="checkbox"/>	Terapia de Piedras		

Técnicas o prácticas de Nivel 2 (franquicia de 600 €)

<input type="checkbox"/>	Kinesiología	
<input type="checkbox"/>	Láser terapia – (categoría del Equipo no superior a 3b) Excluida su aplicación para eliminación de tatuajes ¿Se realizan tratamientos en fototipos de piel Nº 5 y Nº 6?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
<input type="checkbox"/>	Microdermoabrasión	
<input type="checkbox"/>	Peelings químicos – Concentración máxima del 30% * Los terapeutas acreditarán formación necesaria por el fabricante para la aplicación de este tipo de productos. Detallar el tipo de productos que se utilizan (queda excluido el phenol): _____	
<input type="checkbox"/>	Piercing corporal, excluyendo zonas genitales y lengua Detallar el tipo de productos que se utilizan: _____	
<input type="checkbox"/>	Tatuaje cosmético/estético	
<input type="checkbox"/>	Tratamiento no-quirúrgico de venas y rojeces	
<input type="checkbox"/>	Tratamientos IPL / VPL ¿Se realizan tratamientos en fototipos de piel Nº 5 y Nº 6? (Franquicia especial 3.000 €)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
<input type="checkbox"/>	Tratamientos de Luz ¿Se realizan tratamientos en fototipos de piel Nº 5 y Nº 6? (Franquicia especial 3.000 €)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

Técnicas o prácticas de Nivel 3 (franquicia de 4.500 €)

<input type="checkbox"/>	Restylane, Perlane, Dermalive, Newfill, Nufill, Hylaform Collagen, Zyderm, Zyplast , Botox, Dysport, Aquamid Detalle de la especialidad médica del profesional:
<input type="checkbox"/>	Odontólogos
<input type="checkbox"/>	Dermatólogos
<input type="checkbox"/>	Otra especialidad médica
<input type="checkbox"/>	Otra cualificación profesional:

Otras técnicas quirúrgicas:

<input type="checkbox"/>	Liposucción y lipoescultura	<input type="checkbox"/>	Estiramientos faciales
<input type="checkbox"/>	Cirugía estética:	<input type="checkbox"/>	Lifting de muslos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> abdomen	<input type="checkbox"/>	Implantes faciales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> párpados	<input type="checkbox"/>	Cirugía del láser
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mamas	<input type="checkbox"/>	Peeling químico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nariz	<input type="checkbox"/>	Inyecciones de silicona
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> orejas	<input type="checkbox"/>	Electrolisis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mentón	<input type="checkbox"/>	Cirugía oftalmológica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> labios		

4. Personal

Descripción	Experiencia profesional	Núm. Empleados con relación laboral	Núm. Colaboradores con relación mercantil
Personal titulado (especificar titulación):			
Personal Médico (especificar titulación):			
Personal sanitario (especificar cualificación):			
Resto de personal			

¿Se exige al personal que disponga de una póliza de Responsabilidad Civil Profesional?

Personal médico NO SÍ límites exigidos _____ €

Personal sanitario no-facultativo NO SÍ límites exigidos _____ €

5. Capital asegurado

5.1. Capital asegurado

Capital asegurado

- 300.000 €
 600.000 €
 900.000 €
 1.000.000 €
 Otro: _____ €

Coberturas

- R.C. Profesional
 R.C. Explotación
 R.C. Patronal
 Defensa Jurídica y Fianzas
 Garantía opcional para tratamientos con láser
 Garantía opcional para aplicación de infiltraciones S4

5.2. Centro o establecimiento (exclusivamente para R.C. Explotación)

Por favor, detalle a continuación todas las instalaciones que ocupa. Si entre ellas presentan características diferentes, especifíquelas en hoja adjunta.

Dirección	Utilización	Año constr.	Núm. plantas	Tipo construcción*	Sprinklers	Protección contra robo
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

Superficie (m ²)	Valor asegurado del continente	Valor asegurado del contenido	Valor asegurado de obras y reformas	Seguro de equipos y maquinaria	Edificio en propiedad o arrendado
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	

5.3. Instalaciones y/o equipos, Uso y volumen de actividad

Instalaciones y equipos / uso	Alquilados o cedidos	Descripción
Número de camillas:		
Número de quirófanos:		
Equipos técnicos y/o maquinaria (descripción): <ul style="list-style-type: none"> • equipos de láser / IPL / VPL • LPG • Infrarrojos • Otros 		

6. Seguros vigentes y anteriores

¿Ha tenido o tiene contratada una póliza que cubra a su empresa o entidad frente a este riesgo?

NO

Sí (cumplimentar los siguientes campos y adjuntar fotocopia de la última anualidad de la póliza)

Compañía aseguradora: _____

Período: _____ Fecha vencimiento: _____

Límite asegurado: _____ € Prima neta: _____ € Franquicia: _____ €

7. Reclamaciones anteriores

¿Ha sufrido en los últimos cinco años alguna reclamación o siniestro?

Sí

NO

¿Ha sufrido en los últimos tres años alguna reclamación o siniestro?

Sí

NO

¿Tiene conocimiento de cualquier hecho o acto médico que pueda dar origen a alguna reclamación o procesamiento futuro contra usted, contra su entidad o contra el personal contratado?

Sí

NO

En caso de alguna respuesta afirmativa, cumplimente por favor los siguientes campos y utilice, si lo precisa, hoja anexa con mayor detalle.

Fecha acto médico: _____ Fecha reclamación a la cía. aseguradora: _____

Nombre cía. aseguradora: _____

Causa: _____

Coste o reservas del siniestro: _____

Establecimiento sanitario donde ocurrió: _____

Situación actual: (cerrado, pendiente, abierto) _____

Garantía afectada: R.C. General R.C. Profesional R.C. Patronal

Nombre y apellidos reclamante: _____

¿Ha sido suspendido o inhabilitado de su empleo, profesión o cargo público? NO Sí

8. Domiciliación bancaria

A CUMPLIMENTAR POR EL ACREEDOR

Referencia orden de domiciliación (constará de su CIF/NIF y su número de cuenta)

Identificación acreedor: ES46633W0371455G

Nombre del acreedor: W.R. BERKLEY INSURANCE (EUROPE), LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA

Dirección del acreedor: Paseo de la Castellana, 149, 8a planta C.P. / Población / País: 28048 Madrid, España.

A CUMPLIMENTAR POR EL DEUDOR

Nombre _____

Dirección _____ C.P. _____

Población / Provincia / País de residencia _____

Número de cuenta IBAN

Swift - BIC (puede contener de 8 a 10 posiciones)

Tipo de pago Pago recurrente (renovación/fraccionamiento/ajustes) o Pago único

Lugar y fecha de la firma _____

Firma del tomador: Por favor firme aquí

Mediante la firma de esta orden de domiciliación bancaria, el deudor autoriza a (A) W.R. BERKLEY INSURANCE (EUROPE), LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de W.R. BERKLEY INSURANCE (EUROPE), LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta.

Nota: puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera. Todos los campos han de ser cumplimentados obligatoriamente. Una vez firmada esta orden de domiciliación, debe ser enviada al acreedor para su custodia. La entidad del deudor requiere autorización de éste previa al cargo en cuenta de los adeudos directos SEPA. El deudor podrá gestionar dicha autorización con los medios que su entidad ponga a su disposición.

9. Declaración

El solicitante declara que lo detallado en la presente solicitud es verdadero y que no se han declarado falsamente, tergiversado o suprimido hechos después de conocerlos. El solicitante está de acuerdo en que esta solicitud, junto con otra información adjunta, forma parte del contrato de seguro formalizado entre W.R. Berkley España y el solicitante. El asegurado o tomador se compromete a informar a W.R. Berkley España de una posible modificación de cualquier información declarada en este cuestionario, ocurrida antes o durante la vigencia de la póliza de seguro.

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Se informa al interesado que W.R. Berkley España incluirá los datos de carácter personal de las personas participantes en la póliza de seguros aportados en este documento y posteriormente que se entiendan relacionados con contrato de seguro, en un fichero de datos del que es responsable W.R. Berkley España; con el objetivo de cumplir las obligaciones establecidas en el contrato de seguro y para informar acerca de otros productos y servicios de W.R. Berkley España. El asegurado o tomador autoriza expresamente la cesión de sus datos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera o prevención del fraude. El asegurado o tomador podrá ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a W.R. Berkley España, P. de la Castellana, 149, edificio Gorbea 2, 28046 Madrid; de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. En caso de que el asegurado o tomador proporcione a W.R. Berkley España datos relativos a otras personas, el asegurado/tomador manifiestan que los titulares de esos datos han consentido que sean comunicados por el asegurado o tomador al asegurador, con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.

(Por favor, firme aquí)

Firmado (nombre y apellidos): _____

Cargo: _____

Fecha: _____