

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"/>	abdomen	<input type="checkbox"/>	Implantes faciales
<input type="checkbox"/>	párpados	<input type="checkbox"/>	Cirugía del láser
<input type="checkbox"/>	mamas	<input type="checkbox"/>	Peeling químico
<input type="checkbox"/>	nariz	<input type="checkbox"/>	Inyecciones de silicona
<input type="checkbox"/>	orejas	<input type="checkbox"/>	Electrolisis
<input type="checkbox"/>	mentón	<input type="checkbox"/>	Cirugía oftalmológica
<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
 1000.000
 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 EUROPE AG 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 EUROPE AG 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 EUROPE AG 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. Política de privacidad de Berkley España

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 26 de julio de 2018

Ponemos a su disposición nuestra Política de Privacidad para proporcionarle toda la información relativa a los datos personales que podemos recoger y el uso que daremos a dicha información y para garantizar el puntual cumplimiento de la legislación en materia de protección de datos personales.

Es importante que lea esta Política de Privacidad atentamente. Por favor, en caso de duda contacte con nosotros mediante correo postal o electrónico en las direcciones que figuran más abajo.

¿Quién trata sus datos?

El Responsable del tratamiento de sus datos es W.R. BERKLEY EUROPE AG, SUCURSAL EN ESPAÑA (en adelante BERKLEY).

Hemos nombrado a una persona encargada de salvaguardar su privacidad en nuestra entidad (el Delegado de Protección de Datos o "DPD"), ante quien podrá ejercer sus derechos, presentar cualquier reclamación o solicitar la aclaración de cualquier duda, mediante correo postal dirigido a la dirección Paseo de la Castellana 149, 28046, Madrid o en el correo electrónico GDPRinfo@wrberkley.com

¿Para qué finalidades se tratan sus datos?

Los datos personales que recogemos dependerán de su relación con nosotros. Recogeremos distintas categorías de datos personales dependiendo de si Usted es un tomador, asegurado o potencial asegurado, un beneficiario de una póliza de seguro de BERKLEY, un perjudicado o reclamante, un testigo, un corredor, otro tipo de mediador de seguros y/o reaseguros, representantes designados u otro tercero –socio comercial, prestador de servicios en relación con un contrato de seguro, etc.

Así, podremos utilizar sus datos personales para:

- Valorar una solicitud de seguro, analizar y evaluar el riesgo y, de conformidad con las condiciones aplicables, poder ofrecerle un seguro. Dentro del proceso de suscripción puede existir la elaboración de perfiles, donde se recurre a procesos automatizados. Una vez que le hayamos proporcionado su póliza, utilizaremos sus datos personales para administrar su póliza, tratar sus consultas y gestionar el proceso de renovación.

- Prestar servicios relacionados con el seguro, las reclamaciones y la asistencia, así como otros productos y servicios que nosotros facilitemos, incluyendo la evaluación, administración y resolución de siniestros y reclamaciones, así como la solución de conflictos relacionados con estos.
- Prevenir, detectar e investigar delitos, incluyendo el fraude y el blanqueo de capitales, así como para analizar y gestionar otros riesgos comerciales.
- Ofrecer información de marketing, de conformidad con las preferencias que usted nos haya comunicado (la información de marketing puede ser acerca de productos y servicios que terceros en tanto socios nuestros le ofrezcan, en virtud de las preferencias que usted haya mencionado). Es posible que llevemos a cabo actividades de marketing por medio del correo electrónico, SMS y demás servicios de mensaje de texto, correo postal y teléfono.
- Cumplir con la legislación aplicable y con las obligaciones de las autoridades reguladoras (incluyendo aquellas leyes y regulaciones de fuera del país donde resida); por ejemplo, aquellas leyes y regulaciones relacionadas con las medidas frente al blanqueo de capitales, las sanciones y el antiterrorismo; para cumplir con procedimientos judiciales y resoluciones judiciales; y para responder a solicitudes de autoridades públicas y gubernamentales (incluyendo aquellas de fuera de su país de residencia).

Antes de recoger y/o tratar datos personales sensibles, nos aseguraremos de contar con una de las siguientes bases de legitimación:

- Usted haya prestado su consentimiento explícito;
- Necesitemos usar dichos datos personales para formular, ejercitar o defender reclamaciones; o
- Necesitemos usar sus datos personales por razón de un interés público esencial, como podría ser el tratamiento de sus datos personales sensibles para el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro cuando las leyes nacionales o la normativa europea directamente aplicable contemplasen específicamente esta posibilidad.

No obstante lo anterior, en ciertas circunstancias, necesitaremos su consentimiento explícito para tratar datos personales sensibles (por ejemplo, si no existiese una base de legitimación más adecuada, podríamos necesitar recabar su consentimiento explícito para tratar datos personales sobre salud). En los casos en los que no exista una base de legitimación más adecuada y tengamos que recabar su consentimiento explícito, es posible que, sin este consentimiento, no podamos proporcionarle una póliza o tramitar sus reclamaciones. En todo caso, siempre le explicaremos por qué el consentimiento es necesario y cuáles son las consecuencias de no prestarlo o de retirarlo –pues tendrá derecho a ello en todo momento.

¿Por qué se tratan sus datos?

Los tratamientos necesarios lo son para cumplir el ordenamiento jurídico y sus contratos, o solicitudes. Los adicionales, si es Usted cliente o acepta nuestra política de protección de datos, están basados en su consentimiento, que siempre puede revocar sin detrimento alguno, o en el interés legítimo, ponderado con el derecho a su privacidad. Esta ponderación se ha realizado de acuerdo con la normativa y los criterios comunicados por las autoridades en materia de protección de datos, siempre pensando que con ello podemos mejorar la calidad de nuestros productos y servicios para atenderle de manera más personalizada y comunicarle nuestras ofertas.

¿Quiénes podrán ver sus datos?

Trabajamos con un gran número de terceros para ayudar a gestionar nuestro negocio y prestar servicios. Estos terceros pueden ocasionalmente tener acceso a sus datos personales. Entre estos terceros podrán figurar:

- Mediadores, otros aseguradores / reaseguradores y TPAs que trabajen con nosotros para ayudar a gestionar el proceso de suscripción, administrar nuestras pólizas, prestar asistencia o gestionar siniestros.
- Proveedores de servicios, que ayudan a gestionar nuestros sistemas de Marketing, TI y back office.
- Otras compañías pertenecientes a W.R. Berkley Corporation.
- Organismos oficiales.

Podemos estar obligados legalmente a comunicar sus datos personales a tribunales, reguladores, autoridades policiales o, en determinados casos, a otras aseguradoras o reaseguradoras. En el caso de operaciones societarias, podríamos transferir sus datos personales a las diferentes partes involucradas.

¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos?

El período de tiempo exacto durante el cual conservemos sus datos personales, dependerá de su relación con nosotros y del tipo de datos personales que poseamos. En este sentido, conservaremos sus datos personales durante el tiempo que sea razonablemente necesario para los fines enumerados en el apartado segundo.

Debe tener en cuenta que, entre las finalidades establecidas para el tratamiento de sus datos personales, se encuentra el cumplimiento de nuestras obligaciones legales y regulatorias. Por tanto, en circunstancias específicas, también podremos conservar sus datos personales durante períodos de tiempo más prolongados para tener un registro preciso de las gestiones que ha realizado con nosotros en caso de reclamaciones o impugnaciones, o si consideramos razonablemente que existe la posibilidad de un litigio en relación con sus datos personales o gestiones.

¿Cuáles son sus derechos?

Podrá acceder, rectificar, suprimir sus datos, oponerse al uso de los mismos, revocar sus consentimientos, así como otros derechos reconocidos por la normativa como el derecho de portabilidad, limitación del tratamiento, o presentar reclamación ante la Agencia de Protección de Datos, o a nuestro Delegado de Protección de Datos.

Además, si se tomaran decisiones automatizadas que le afecten, siempre puede solicitar intervención humana para revisarlas, y siempre puede oponerse a cualquier tratamiento, o revocar el consentimiento sin ningún perjuicio para Usted.

Puede ejercitar sus derechos remitiéndonos una carta adjuntando copia de su DNI, o documento oficial equivalente, con el asunto "PROTECCIÓN DE DATOS" en la siguiente dirección: Paseo de la Castellana 149, 28046 Madrid, o a través del correo electrónico GDPRinfo@wrberkley.com.

10. 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 Berkley España y el solicitante. El asegurado o tomador se compromete a informar a Berkley España de una posible modificación de cualquier información declarada en este cuestionario, ocurrida antes o durante la vigencia de la póliza de seguro.

(Por favor, firme aquí)

Firmado (nombre y apellidos): _____

Cargo: _____

Fecha: _____