

## 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 )

 Kinesiología 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? NO  SÍ Microdermoabrasión 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): \_\_\_\_\_ Piercing corporal, excluyendo zonas genitales y lengua

Detallar el tipo de productos que se utilizan: \_\_\_\_\_

 Tatuaje cosmético/estético Tratamiento no-quirúrgico de venas y rojeces Tratamientos IPL / VPL¿Se realizan tratamientos en fototipos de piel Nº 5 y Nº 6?  
(Franquicia especial 3.000 ) NO  SÍ Tratamientos de Luz¿Se realizan tratamientos en fototipos de piel Nº 5 y Nº 6?  
(Franquicia especial 3.000 ) NO  SÍ

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

 Restylane, Perlane, Dermalive, Newfill, Nufill, Hylaform Collagen, Zyderm, Zyplast , Botox, Dysport, Aquamid

Detalle de la especialidad médica del profesional:

 Odontólogos Dermatólogos Otra especialidad médica Otra cualificación profesional:

## Otras técnicas quirúrgicas:

 Liposucción y lipoescultura Cirugía estética: abdomen párpados mamas nariz orejas mentón labios Estiramientos faciales Lifting de muslos Implantes faciales Cirugía del láser Peeling químico Inyecciones de silicona Electrolisis Cirugía oftalmológica

## 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 <sup>2</sup> )	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"> <li>• equipos de láser / IPL / VPL</li> <li>• LPG</li> <li>• Infrarrojos</li> <li>• Otros</li> </ul>		

## 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. 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: \_\_\_\_\_