

Solicitud de seguro

Responsabilidad Civil Sanitaria

Berkley Establecimientos Sanitarios

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 / ingresos por honorarios, anual _____

¿Factura la clínica intervenciones realizadas en otros centros? NO SÍ

especifique volumen de facturación / ingresos por honorarios, anual

Realiza cirugía mayor ambulatoria? NO SÍ

¿Dispone de camas para ingresos médico-quirúrgico?

 NO Sí, en caso afirmativo, cumplimentar el cuestionario "Clínicas internamiento y hospitales"

3. Responsabilidad civil y actividad

3.1. Capitales asegurados y coberturas

Capital asegurado

 150.000 € 300.000 € 600.000 € Otro: _____

Coberturas

 R.C. Explotación R.C. Patronal R.C. Profesionala) Tipología de la consulta o centro: en domicilio particular en inmueble para uso específico

b) Tipo de actividad asistencial (consulta o centro odontológico):

 odontología general odontopediatría peridonia ortodoncia endodoncia prótesis implantes cirugía maxilofacial cosmética dental radiología laboratorio dental urgencias

otra:

Número de sillones dentales: _____

Número de aparatos de RX: _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Practican medicinas alternativas (acupuntura, homeopatía, etc.)? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| 2. ¿Realizan intervenciones de cirugía menor? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| 3. ¿Realizan técnicas de cirugía estética? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| 4. ¿Realizan procedimientos invasivos? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| 5. ¿Realizan intervenciones de cirugía estética? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| 6. ¿Realizan interrupciones voluntarias de embarazos (IVES)? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| 7. ¿Realizan vasectomías y/o ligadura de trompas? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| 8. ¿Realizan técnicas de reproducción asistida? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| 9. ¿Realizan cirugía ocular refractiva (cirugía con láser)? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
| 10. ¿Dispone de servicio de urgencias? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |

En caso de respuesta a afirmativa a las preguntas 4 y/o 9, adjunten por favor los documentos de Consentimiento Informado que utilizan. Entendemos por cirugía estética, las técnicas, procedimientos e intervenciones cuyo fin exclusivo la mejora estética de una persona sana; no guardando, por tanto, relación con accidentes, enfermedades o malformaciones congénitas previas.

4. Personal médico y personal sanitario no-facultativo

¿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 _____

Descripción	Relación Laboral	Relación Mercantil
Personal Directivo		
Médicos según especialidad (1)		
D.U.E. y A.T.S.		
Técnicos sanitarios		
Auxiliares de clínica		
Otro personal (especificar)		

(1) "Médicos según especialidad". Por favor, detalle en el cuadro de especialidades al final de esta solicitud el número de médicos con relación laboral o mercantil atendiendo a su especialidad.

5. Seguros vigentes y anteriores

¿Ha tenido o tiene contratada una póliza que le cubra 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: _____

Compañía aseguradora: _____

Período: _____ Fecha vencimiento: _____

Límite asegurado: _____ Prima neta: _____ Franquicia: _____

6. Reclamaciones anteriores

¿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: _____

¿Le han denegado o restringido sus servicios en algún centro sanitario? (en caso afirmativo, detalle, por favor)

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

¿Ha padecido algún empleado algún accidente laboral grave? NO Sí

(en caso afirmativo, indique causas e importe indemnizatorio)

Anexo: Personal médico del establecimiento por tipo de contrato.

Descripción	Relación Laboral	Relación Mercantil	Total
ATS - DUE			
Alergología			
Análisis Clínicos			
Anatomía Patológica			
Anestesiología y Reanimación			
Aparato Circulatorio			
Aparato Digestivo			
Auxiliar de clínica			
Bacteriología			
Bioquímica Clínica			
Cardiología			
Cirugía Oral y Maxilo-facial			
Dermatología y Venereología no quirúrgica			
Electrocardiografía			
Endocrinología-Metabolismo y Nutrición			
Farmacología Clínica			
Fisioterapeutas			
Geriatría y Gerontología			
Hematología y Hemoterapia			
Ldo. en Medicina y Cirugía			
Medicina Familiar y Comunitaria			
Medicina Interna			
Medicina Legal y Forense			
Medicina Nuclear			
Medicina Preventiva y Salud Pública			
Medicinas alternativas (1)			
Microbiología y Parasitología			
MIR			
Nefrología			
Neumología y Unidad del Sueño			
Neurología			
Odonto-estomatología			
Oftalmología sin cirugía			
Oncología Médica			
Optometrista			
Otorrinolaringología sin cirugía			
Podología			
Psiquiatría			
Radiodiagnóstico o Radiología			
Rehabilitación			
Reumatología			
Traumatología sin cirugía			
Urgencia Hospitalaria			
Urología sin cirugía			
TOTAL			

7. 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.

8. Declaración

El solicitante declara que lo detallado en la presente declaración patrimonial es verdadero y que no se han declarado falsamente hechos materiales, tergiversado o suprimido después de conocerlos. El solicitante está de acuerdo en que esta declaración, junto con otra información adjunta, formarán las bases de un contrato de seguro efectuado entre Berkley España, y el solicitante. El Tomador y/o Asegurado se compromete a informar a Berkley España, de cualquier modificación de aquellos hechos ocurridos antes de formalizar el contrato de seguro o durante la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Se informa al interesado que 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 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 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 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 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: _____