

## Solicitud de seguro

# Responsabilidad Civil Sanitaria

## Berkley Centros Sanitarios con Terapias Naturales-Naturopatías

### 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  NO

2.5. Descripción de la actividad desarrollada, especialidades y prácticas que se realizan

2.6. ¿Existen consentimientos informados para los clientes?  Sí  NO

2.7. ¿En qué actividades? Imprescindible remitir copia a la Aseguradora

#### 2.8. Actividad

¿Existe un servicio de recepción para citar a pacientes?  NO  Sí¿Existen más socios en la clínica?  NO  Sí¿Existen otros profesionales (fitoterapeutas o terapeutas vinculados con la clínica)?  NO  Sí¿Se dedica exclusivamente la clínica al alquiler de sus instalaciones a otros profesionales?  NO  SíRevisan periódicamente los seguros de estos profesionales para confirmar su vigencia?  NO  Sí¿Tiene la clínica algún profesional contratado?  NO  Sí¿Ha practicado anteriormente la clínica alguna actividad distinta a la actualmente declarada?  NO  Sí

Por favor, especifique

### 2.9. Productos aplicables

- ¿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

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acupuntura                | <input type="checkbox"/> Equilibrio de esqueleto         | <input type="checkbox"/> Masaje incl. pañuelos profundos |
| <input type="checkbox"/> Acupuntura auricular      | <input type="checkbox"/> Esencia de concha               | <input type="checkbox"/> Masaje indio en la cabeza       |
| <input type="checkbox"/> Acupuntura de color       | <input type="checkbox"/> Esencias vibracionales          | <input type="checkbox"/> Masaje thai                     |
| <input type="checkbox"/> Acupuntura electromagn.   | <input type="checkbox"/> Fitobiofísica                   | <input type="checkbox"/> Medicina china de hierbas       |
| <input type="checkbox"/> Adiestramiento de la vida | <input type="checkbox"/> Fitoterapia                     | <input type="checkbox"/> Meditación                      |
| <input type="checkbox"/> Agujas secas              | <input type="checkbox"/> Flebotomía                      | <input type="checkbox"/> Método Bates                    |
| <input type="checkbox"/> Alergia alimentaria       | <input type="checkbox"/> Giro tónica                     | <input type="checkbox"/> Método egoscue                  |
| <input type="checkbox"/> Alivio                    | <input type="checkbox"/> Giroquinesis                    | <input type="checkbox"/> Método melchidezek              |
| <input type="checkbox"/> Alivio Buqi               | <input type="checkbox"/> Hidroterapia                    | <input type="checkbox"/> Método mezieres                 |
| <input type="checkbox"/> Alivio de animales        | <input type="checkbox"/> Hipnosis                        | <input type="checkbox"/> Moxibustion                     |
| <input type="checkbox"/> Alivio de stress Dowsing  | <input type="checkbox"/> Homeopatía                      | <input type="checkbox"/> Myo Chi                         |
| <input type="checkbox"/> Alivio por sonido         | <input type="checkbox"/> Human Givens                    | <input type="checkbox"/> Naturopatía                     |
| <input type="checkbox"/> Alivio Reconectivo        | <input type="checkbox"/> HypertonX                       | <input type="checkbox"/> Neuroterapia                    |
| <input type="checkbox"/> Aproximación Trager       | <input type="checkbox"/> Instructor de masaje de bebés   | <input type="checkbox"/> Ohashiatsu                      |
| <input type="checkbox"/> Armonía de cuerpo         | <input type="checkbox"/> Instructor gimnasia o fitness   | <input type="checkbox"/> Presión acuática                |
| <input type="checkbox"/> Aromaterapia              | <input type="checkbox"/> Integración mio facial kinesica | <input type="checkbox"/> Profesores de baile 5 ritmos    |
| <input type="checkbox"/> Autogenica                | <input type="checkbox"/> Iridologila                     | <input type="checkbox"/> Programación neuro lingüística  |
| <input type="checkbox"/> Ayurveda                  | <input type="checkbox"/> Irrigación de colon             | <input type="checkbox"/> Psicodinamica                   |
| <input type="checkbox"/> Bio cinética              | <input type="checkbox"/> ISRHA                           | <input type="checkbox"/> Psicólogo                       |
| <input type="checkbox"/> Biomecánica de Golf       | <input type="checkbox"/> La Stone                        | <input type="checkbox"/> Psicoterapia                    |
| <input type="checkbox"/> Bioquímica                | <input type="checkbox"/> Láser a nivel bajo              | <input type="checkbox"/> Quinesiología                   |
| <input type="checkbox"/> Buteyko                   | <input type="checkbox"/> Lenguaje del cuerpo             | <input type="checkbox"/> Quiropráctico MC Timotey        |
| <input type="checkbox"/> Chi Machure               | <input type="checkbox"/> Máquina Vega                    | <input type="checkbox"/> Radiestesia                     |
| <input type="checkbox"/> Cimatica                  | <input type="checkbox"/> Máquina y pilates               | <input type="checkbox"/> Radionica                       |
| <input type="checkbox"/> Consejo                   | <input type="checkbox"/> Masaje                          | <input type="checkbox"/> Reflexiología                   |
| <input type="checkbox"/> Dirección de stress       | <input type="checkbox"/> Masaje de remedio               | <input type="checkbox"/> Reiki                           |
| <input type="checkbox"/> Drenaje linfático         | <input type="checkbox"/> Masaje deportivo                | <input type="checkbox"/> Rejuvenecimiento Rubenfeld      |
| <input type="checkbox"/> El Viaje                  | <input type="checkbox"/> Masaje en el puesto             | <input type="checkbox"/> Relajación                      |
| <input type="checkbox"/> Energía cinética          | <input type="checkbox"/> Masaje en escuelas              | <input type="checkbox"/> Relajación mio facial           |
| <input type="checkbox"/> Enseñanza de Alexander    | <input type="checkbox"/> Masaje equino                   | <input type="checkbox"/> Relajación Neuromuscular        |
| <input type="checkbox"/> Equilibrio cero           | <input type="checkbox"/> Masaje facial japonés           | <input type="checkbox"/> Remedios Bach                   |
| <input type="checkbox"/> Equilibrio de energía     | <input type="checkbox"/> Masaje hidrotermal              | <input type="checkbox"/> Respiración consciente          |

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rolfing                        | <input type="checkbox"/> Terapia Cite                    | <input type="checkbox"/> Terapia neuro estructural |
| <input type="checkbox"/> Seiki soho                     | <input type="checkbox"/> Terapia cráneo sacra            | <input type="checkbox"/> Terapia provocativa       |
| <input type="checkbox"/> Seitai                         | <input type="checkbox"/> Terapia de bioresonancia        | <input type="checkbox"/> Terapia Richian           |
| <input type="checkbox"/> Shamanics                      | <input type="checkbox"/> Terapia de color                | <input type="checkbox"/> Terapia seikham           |
| <input type="checkbox"/> Shiatsu                        | <input type="checkbox"/> Terapia de cristal              | <input type="checkbox"/> Terapia toque ligero      |
| <input type="checkbox"/> Sinergia                       | <input type="checkbox"/> Terapia de electro cristal      | <input type="checkbox"/> Termal Chavautti          |
| <input type="checkbox"/> Sistema energético nutricional | <input type="checkbox"/> Terapia de estimulación electr. | <input type="checkbox"/> Toque de salud            |
| <input type="checkbox"/> Skenar                         | <input type="checkbox"/> Terapia de neuro desarrollo     | <input type="checkbox"/> Trabajo corp. biodinámica |
| <input type="checkbox"/> Tai Chi                        | <input type="checkbox"/> Terapia de nutrición            | <input type="checkbox"/> Trabajo de Heller         |
| <input type="checkbox"/> Técnica Bowen                  | <input type="checkbox"/> Terapia de polaridad            | <input type="checkbox"/> Trabajos en la columna    |
| <input type="checkbox"/> Técnica de energía del músculo | <input type="checkbox"/> Terapia de reflejo vertical     | <input type="checkbox"/> Velas de oído Hopi        |
| <input type="checkbox"/> Técnica de libertad emocional  | <input type="checkbox"/> Terapia de relajación           | <input type="checkbox"/> Verbalismo                |
| <input type="checkbox"/> Técnica metamórfica            | <input type="checkbox"/> Terapia de respiración          | <input type="checkbox"/> Voz y movimiento          |
| <input type="checkbox"/> Terapia auricular termal       | <input type="checkbox"/> Terapia de stress bioenergética | <input type="checkbox"/> Watsu                     |
| <input type="checkbox"/> Terapia Bicom Otra grado       | <input type="checkbox"/> Terapia de vibración            | <input type="checkbox"/> Yoga                      |
| <input type="checkbox"/> Terapia biomagnetica           | <input type="checkbox"/> Terapia en movimiento           |  |
| <input type="checkbox"/> Terapia Chetana                | <input type="checkbox"/> Terapia Hakomi                  |  |

¿Le han denegado o restringido sus servicios en algún centro sanitario?

NO  Sí

¿Ha sido suspendido o inhabilitado de su empleo, profesión o cargo?

NO  Sí

¿Ha ejercido la misma actividad profesional durante los últimos 5 años?

NO  Sí

Información adicional que pudiera ser relevante: \_\_\_\_\_

## 4. Personal

| Descripción  | Experiencia profesional | Núm. Empleados con relación laboral | Núm. Colaboradores con relación mercantil |
|--|-------------------------|-------------------------------------|---|
| Personal titulado (especificar titulación): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos (detallar especialidad):</li> <li>• Fisioterapeutas</li> <li>• Psicoterapeutas</li> </ul> |                         |                                     |   |
| Terapeutas (detallar especialidad)   |                         |                                     |   |
| Personal sanitario (especificar cualificación):  |                         |                                     |   |
| Resto de personal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración</li> <li>• Recepción</li> <li>• Dirección</li> <li>• Servicios generales</li> </ul>                          |                         |                                     |   |

¿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. Capitales Asegurados y coberturas

### 5.1. Capital asegurado

#### Capital asegurado

- 300.000 €
- 600.000 €
- 1.500.000 €
- 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:  |                      |             |
| Terapeutas (detallar especialidad)   |                      |             |
| 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> </ul> |                      |             |

## 6. Seguros vigentes y anteriores

¿Ha tenido alguna póliza de Responsabilidad Civil?

NO

Sí En caso afirmativo, indicar:

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_ Fecha vencimiento: \_\_\_\_\_

Límite asegurado: \_\_\_\_\_ € Prima neta: \_\_\_\_\_ € Franquicia: \_\_\_\_\_ €

¿Ha tenido alguna póliza a título individual que cubra los mismos riesgos o similares?

NO

Sí En caso afirmativo, indicar:

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: \_\_\_\_\_