

Solicitud de seguro

Responsabilidad Civil Sanitaria Berkley Clínicas con internamiento y Hospitales

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: _____

Código de identificación (catálogo nacional de hospitales): _____

Categoría del hospital:

Hospital general

Hospital especial de corta estancia: quirúrgico infantil maternal psiquiátrico otro

Hospital especial de larga estancia: infantil geriátrico y crónicopsiquiátrico otro

Entidad jurídica de la que depende:

sistema nacional de salud

otros públicos

defensa

municipio

comunidad autónoma

diputación o cabildo

no-público

Cruz Roja

benéfico-privado

iglesia

privado

otros

3. Información financiera

Ingresos por prestaciones de servicios asistenciales	Ejercicio anterior	Ejercicio actual (estimación)
Concertados con Seguridad Social		
Concertados con entidades públicas, autonómicas, provinciales, municipales, etc.		
Otros ingresos por prestación de servicios asistenciales		
Otros ingresos por prestación de otros servicios o venta de productos		

4. Responsabilidad civil y actividad

4.1. Capitales asegurados

Capital asegurado

- 300.000 €
- 600.000 €
- 1.500.000 €
- Otro: _____

Coberturas

- R.C. Profes. Directa personal laboral
- R.C. Profes. Directa personal facultativo
- R.C. Profes. Subsidiaria o del centro
- Explotación o R.C. General
- R.C. Patronal (sublímite por víctima)

Franquicias

- 300 €
- 600 €
- 3.000 €
- Otro: _____

Opción deseada de Agregado anual: _____

Actividades. ¿Se practican en el centro...

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

En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 4 y/o 9, solicitamos adjunte los documentos de Consentimiento Informado utilizados en el centro.

4.3. Consentimientos Informados

¿Dispone el centro de Consentimiento Informados de los pacientes?

- NO
- Sí Áreas de obligado cumplimiento

4.4. Índices de actividad asistencial

Actividad	Camas	Enfermos últimos 12 meses	% actividad
Visitas ambulatorias o consultas de espc. médicas			
Pruebas diagnósticas y de laboratorio			
Cirugía plástica o reparatoria			
Cirugía plástica o estética			
Técnicas de inseminación o fertilidad			
Cirugía refractiva			
Ginecología y obstetricia			
Cirugía de larga estancia			
Cirugía ambulatoria			
Otras cirugías			
Cuidades intensivos			
Psiquiatría e internamiento			
Urgencias			
Visitas a domicilios			

4.5. Instalaciones y/o equipos, uso y volumen de actividad

Instalaciones y equipos	Uso propio	Alquilados o cedidos
Número de camas:		
Número de quirófanos:		
Número de camas en U.V.I.:		
Equipos técnicos:		
• RX		
• PET		
• Scanner		
• Ecógrafos		
• TAC		
• Otros:		
Suministro de sangre		
Servicio de ambulancia		

¿Dispone el centro de bancos de sangre que realizan tests y distribuye sangre o hemoderivados? Sí NO

4.6. Hospital Inmuebles (exclusivamente para R.C.)

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	Superficie m ²
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	

¿Dispone de otras medidas de seguridad? NO Sí especifique:

5. Detalles del personal médico y sanitario no-facultativo

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

- Personal médico NO Sí suma asegurada exigida _____
- Personal sanitario no-facultativo NO Sí suma asegurada exigida _____

Descripción	Relación Laboral	Relación Mercantil
Directivos:		
Médicos según especialidad (1)		
D.U.E. y A.T.S.		
Matronas		
Aux. de clínica - técnico sanitarios		
Administrativos		
Asistentes sociales		
Otros (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.

6. 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: _____

7. Reclamaciones anteriores

¿Ha sufrido en los últimos cinco 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

Descripción	Relación Laboral	Relación Mercantil	Total
ATS - DUE			
Alergología			
Análisis Clínicos			
Anatomía Humana			
Anatomía Patológica			
Anestesiología y Reanimación			
Angiología y Cir. Vascular			
Aparato Circulatorio			
Aparato Digestivo			
Auxiliar de clínica			
Bacteriología			
Bioquímica Clínica			
Cardiología			
Cirugía Cardiovascular			
Cirugía Digestivo			
Cirugía General			
Cirugía Oral y Maxilo-facial			
Cirugía Pediátrica			
Cirugía Plástica y Reparadora			
Cirugía Torácica			
Cirugía Vascul ar y periférica			
Dermatología y Venereología no quirúrgica			
Dermatología y Venereología quirúrgica			
Electrocardiografía			
Endocrinología-Metabolismo y Nutrición			
Farmacología Clínica			
Fisioterapeutas			
Gastroenterología			
Genética médica			
Geriatría y Gerontología			
Ginecología sin partos con cirugía			
Ginecología sin partos sin cirugía			
Ginecología y Obstetricia			
Hematología y Hemoterapia			
Hepatología			
Hidrología			
Inmunología			
Ldo. en Medicina y Cirugía (medicina gral)			
Matronas			
Medicina Aeroespacial			

Descripción	Relación Laboral	Relación Mercantil	Total
Medicina del Trabajo o Laboral			
Medicina Deportiva			
Medicina Familiar y Comunitaria			
Medicina Intensiva - U.V.I.			
Medicina Legal y Forense			
Medicina Nuclear			
Medicina Preventiva y Salud Pública			
Medicinas alternativas (1)			
Microbiología y Parasitología			
MIR			
Nefrología			
Neonatología - (Pediatría)			
Neumología y Unidad del Sueño			
Neurocirugía			
Neurofisiología Clínica			
Neurología			
Odonto-estomatología			
Oftalmología con cirugía			
Oftalmología sin cirugía			
Oncología Médica			
Oncología Radioterápica o Radioterapia			
Optometrista			
Otorrinolaringología con cirugía			
Otorrinolaringología sin cirugía			
Pediatría y Especial			
Podología			
Proctología			
Psiquiatría			
Puericultura			
Radiodiagnóstico o Radiología			
Radio física Hospitalaria			
Rehabilitación			
Reumatología			
Traumatología sin cirugía			
Traumatología y Cir. Ortopédica			
Urgencia Hospitalaria			
Urología con cirugía			
Urología sin cirugía			
VIH - Sida			
TOTAL:			

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 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: _____