

## Solicitud de seguro

# Responsabilidad Civil Sanitaria

## Berkley Centros Psiquiátricos

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

Titularidad del centro:

 persona física (ejercicio libre individual) persona jurídica:  sociedad anónima  sociedad limitada  otra (especificar)

Tipología de pacientes:

 Corta estancia y centros de día Enfermos agudos Larga estancia (crónicos) Consultas salud mental Unidad deshabitación (alcohol, drogas, etc) Urgencia psiquiátricas Tratamientos con electroshocks Otros ..... Pruebas diagnósticas: análisis clínicos  microbiología  anatomía patológica  cardiovasculares  radiodiagnóstico neurofisiología  endoscopias  medicina nuclear  otras

Volumen de facturación/ingresos por honorarios:

• Ejercicio anterior 201\_ : \_\_\_\_\_

• Ejercicio actual 201\_ : \_\_\_\_\_

• Próximo ejercicio 201\_ (estimación): \_\_\_\_\_

### 3. Responsabilidad civil y actividad

#### 3.1. Capitales asegurados

##### Capital asegurado

- 150.000  
 300.000  
 600.000  
 1.000.000  
 2.000.000  
 Otro: \_\_\_\_\_

##### Coberturas

- R.C. Explotación  
 R.C. Patronal  
 R.C. Profesional  
 R.C. Productos / Post- trabajos  
 R.C. Cruzada  
 Otras: \_\_\_\_\_

##### Franquicias

- 300  
 3.000  
 Otro: \_\_\_\_\_

#### 3.2. Actividad del centro:

Número de camas: \_\_\_\_\_

Número anual de atenciones de urgencia: \_\_\_\_\_

Número de quirófanos: \_\_\_\_\_

Número de intervenciones quirúrgicas: \_\_\_\_\_

¿Se realizan ensayos clínicos con productos farmacéuticos?  Sí  NO

¿Se realiza publicidad? (si es el caso, adjunte un folleto o pieza de muestra)  Sí  NO

Porcentaje de ocupación de camas, distinguiendo entre:

Número total de camas: \_\_\_\_\_

Número de agudos / número de crónicos: \_\_\_\_\_

Número de camas para anorexia: \_\_\_\_\_

Medidas de seguridad e instalaciones:

Existen medidas de seguridad pasivas para ventanas, puertas y escaleras?  Sí  NO

Las medidas de seguridad activa consisten en:

cámaras de circuito cerrado

guardias de seguridad

medidas de contención física

Otros (especificar) \_\_\_\_\_

¿se protegen los huecos de las escaleras?  Sí  NO

Indicar tipo de cerramiento de ventanas y genérico del establecimiento: \_\_\_\_\_

Servicios médicos y sanitarios

¿Existe atención médica continuada 24 h para los pacientes ingresados?  NO  Sí

¿Existen protocolos para la derivación de pacientes graves/críticos a otros hospitales?  NO  Sí

¿Existen criterios por escritos de ingreso y de no-ingreso?  NO  Sí

¿Existen documentos de Consentimiento Informado?  NO  Sí

(adjunte ejemplares)

**Servicios de urgencias médicas**

¿Tiene pensado atender a pacientes urgentes?

 NO

 Sí:

con qué tipología de profesionales:

 ATS

 médicos

 personal auxiliar

con qué recursos materiales:

 boxes

 camas

 material de reanimación básica

¿Disponen de protocolos de urgencias?

 NO  Sí

¿Existen protocolos para la gestión de de urgencias?

 NO  Sí (adjunte ejemplares)

¿Existen documentos de normas y procedimientos generales del centro?

 NO  Sí (adjunte ejemplares)

1. ¿Realizan intervenciones quirúrgicas?

 NO  Sí

2. ¿Cuentan con protecciones eficaces para prevenir autolesiones?

 NO  Sí

3. ¿Disponen de banco de sangre propio?

 NO  Sí

4. ¿Utilizan sangre y hemoderivados de proveedores externos?

 NO  Sí

**3.3. Consultas / centros - bienes (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 <sup>2</sup>
					<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: \_\_\_\_\_

**4. Detalles del personal médico y sanitario no-facultativo**
**4.1. ¿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.		
Psicólogos		
Técnicos sanitarios		
Auxiliares de clínica - técnicos sanitarios		
Administrativos		
Asistentes sociales - terapeutas ocupacionales		
Otros (especificar)		

(1) Por favor, relacione en el cuadro de especialidades médicas al final de este cuestionario el número de médicos con relación laboral y 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: \_\_\_\_\_

## 6. Reclamaciones anteriores

¿Ha sufrido en los últimos cinco años alguna reclamación o siniestro?

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

¿Se han producido suicidios o intento de suicidio durante la estancia en el centro o en un plazo cercano o posterior al alta médica?  NO  Sí

¿Se han producido agresiones a pacientes o al personal?  NO  Sí

¿Se han producido fugas de pacientes?  NO  Sí

¿Se han producido lesiones o autolesiones por caídas?  NO  Sí

¿Algún empleado ha sufrido algún accidente laboral grave?  NO  Sí

(en caso afirmativo, indique causas e importe indemnización)

¿Conoce algún supuesto durante los últimos años que pudiera ocasionar alguna reclamación?

NO

Sí (detalle las circunstancias a continuación)

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 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:			

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