

## 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. Vascul			
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. Política de privacidad de Berkley España

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 26 de julio de 2018

Ponemos a su disposición nuestra Política de Privacidad para proporcionarle toda la información relativa a los datos personales que podemos recoger y el uso que daremos a dicha información y para garantizar el puntual cumplimiento de la legislación en materia de protección de datos personales.

Es importante que lea esta Política de Privacidad atentamente. Por favor, en caso de duda contacte con nosotros mediante correo postal o electrónico en las direcciones que figuran más abajo.

### ¿Quién trata sus datos?

El Responsable del tratamiento de sus datos es W.R. BERKLEY EUROPE AG, SUCURSAL EN ESPAÑA (en adelante BERKLEY).

Hemos nombrado a una persona encargada de salvaguardar su privacidad en nuestra entidad (el Delegado de Protección de Datos o "DPD"), ante quien podrá ejercer sus derechos, presentar cualquier reclamación o solicitar la aclaración de cualquier duda, mediante correo postal dirigido a la dirección Paseo de la Castellana 149, 28046, Madrid o en el correo electrónico [GDPRinfo@wrberkley.com](mailto:GDPRinfo@wrberkley.com)

### ¿Para qué finalidades se tratan sus datos?

Los datos personales que recogemos dependerán de su relación con nosotros. Recogeremos distintas categorías de datos personales dependiendo de si Usted es un tomador, asegurado o potencial asegurado, un beneficiario de una póliza de seguro de BERKLEY, un perjudicado o reclamante, un testigo, un corredor, otro tipo de mediador de seguros y/o reaseguros, representantes designados u otro tercero –socio comercial, prestador de servicios en relación con un contrato de seguro, etc.

Así, podremos utilizar sus datos personales para:

- Valorar una solicitud de seguro, analizar y evaluar el riesgo y, de conformidad con las condiciones aplicables, poder ofrecerle un seguro. Dentro del proceso de suscripción puede existir la elaboración de perfiles, donde se recurre a procesos automatizados. Una vez que le hayamos proporcionado su póliza, utilizaremos sus datos personales para administrar su póliza, tratar sus consultas y gestionar el proceso de renovación.

- Prestar servicios relacionados con el seguro, las reclamaciones y la asistencia, así como otros productos y servicios que nosotros facilitemos, incluyendo la evaluación, administración y resolución de siniestros y reclamaciones, así como la solución de conflictos relacionados con estos.
- Prevenir, detectar e investigar delitos, incluyendo el fraude y el blanqueo de capitales, así como para analizar y gestionar otros riesgos comerciales.
- Ofrecer información de marketing, de conformidad con las preferencias que usted nos haya comunicado (la información de marketing puede ser acerca de productos y servicios que terceros en tanto socios nuestros le ofrezcan, en virtud de las preferencias que usted haya mencionado). Es posible que llevemos a cabo actividades de marketing por medio del correo electrónico, SMS y demás servicios de mensaje de texto, correo postal y teléfono.
- Cumplir con la legislación aplicable y con las obligaciones de las autoridades reguladoras (incluyendo aquellas leyes y regulaciones de fuera del país donde resida); por ejemplo, aquellas leyes y regulaciones relacionadas con las medidas frente al blanqueo de capitales, las sanciones y el antiterrorismo; para cumplir con procedimientos judiciales y resoluciones judiciales; y para responder a solicitudes de autoridades públicas y gubernamentales (incluyendo aquellas de fuera de su país de residencia).

Antes de recoger y/o tratar datos personales sensibles, nos aseguraremos de contar con una de las siguientes bases de legitimación:

- Usted haya prestado su consentimiento explícito;
- Necesitemos usar dichos datos personales para formular, ejercitar o defender reclamaciones; o
- Necesitemos usar sus datos personales por razón de un interés público esencial, como podría ser el tratamiento de sus datos personales sensibles para el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro cuando las leyes nacionales o la normativa europea directamente aplicable contemplasen específicamente esta posibilidad.

No obstante lo anterior, en ciertas circunstancias, necesitaremos su consentimiento explícito para tratar datos personales sensibles (por ejemplo, si no existiese una base de legitimación más adecuada, podríamos necesitar recabar su consentimiento explícito para tratar datos personales sobre salud). En los casos en los que no exista una base de legitimación más adecuada y tengamos que recabar su consentimiento explícito, es posible que, sin este consentimiento, no podamos proporcionarle una póliza o tramitar sus reclamaciones. En todo caso, siempre le explicaremos por qué el consentimiento es necesario y cuáles son las consecuencias de no prestarlo o de retirarlo –pues tendrá derecho a ello en todo momento.

#### ¿Por qué se tratan sus datos?

Los tratamientos necesarios lo son para cumplir el ordenamiento jurídico y sus contratos, o solicitudes. Los adicionales, si es Usted cliente o acepta nuestra política de protección de datos, están basados en su consentimiento, que siempre puede revocar sin detrimento alguno, o en el interés legítimo, ponderado con el derecho a su privacidad. Esta ponderación se ha realizado de acuerdo con la normativa y los criterios comunicados por las autoridades en materia de protección de datos, siempre pensando que con ello podemos mejorar la calidad de nuestros productos y servicios para atenderle de manera más personalizada y comunicarle nuestras ofertas.

#### ¿Quiénes podrán ver sus datos?

Trabajamos con un gran número de terceros para ayudar a gestionar nuestro negocio y prestar servicios. Estos terceros pueden ocasionalmente tener acceso a sus datos personales. Entre estos terceros podrán figurar:

- Mediadores, otros aseguradores / reaseguradores y TPAs que trabajen con nosotros para ayudar a gestionar el proceso de suscripción, administrar nuestras pólizas, prestar asistencia o gestionar siniestros.
- Proveedores de servicios, que ayudan a gestionar nuestros sistemas de Marketing, TI y back office.
- Otras compañías pertenecientes a W.R. Berkley Corporation.
- Organismos oficiales.

Podemos estar obligados legalmente a comunicar sus datos personales a tribunales, reguladores, autoridades policiales o, en determinados casos, a otras aseguradoras o reaseguradoras. En el caso de operaciones societarias, podríamos transferir sus datos personales a las diferentes partes involucradas.

#### ¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos?

El período de tiempo exacto durante el cual conservemos sus datos personales, dependerá de su relación con nosotros y del tipo de datos personales que poseamos. En este sentido, conservaremos sus datos personales durante el tiempo que sea razonablemente necesario para los fines enumerados en el apartado segundo.

Debe tener en cuenta que, entre las finalidades establecidas para el tratamiento de sus datos personales, se encuentra el cumplimiento de nuestras obligaciones legales y regulatorias. Por tanto, en circunstancias específicas, también podremos conservar sus datos personales durante períodos de tiempo más prolongados para tener un registro preciso de las gestiones que ha realizado con nosotros en caso de reclamaciones o impugnaciones, o si consideramos razonablemente que existe la posibilidad de un litigio en relación con sus datos personales o gestiones.

#### ¿Cuáles son sus derechos?

Podrá acceder, rectificar, suprimir sus datos, oponerse al uso de los mismos, revocar sus consentimientos, así como otros derechos reconocidos por la normativa como el derecho de portabilidad, limitación del tratamiento, o presentar reclamación ante la Agencia de Protección de Datos, o a nuestro Delegado de Protección de Datos.

Además, si se tomaran decisiones automatizadas que le afecten, siempre puede solicitar intervención humana para revisarlas, y siempre puede oponerse a cualquier tratamiento, o revocar el consentimiento sin ningún perjuicio para Usted.

Puede ejercitar sus derechos remitiéndonos una carta adjuntando copia de su DNI, o documento oficial equivalente, con el asunto "PROTECCIÓN DE DATOS" en la siguiente dirección: Paseo de la Castellana 149, 28046 Madrid, o a través del correo electrónico [GDPRinfo@wrberkley.com](mailto:GDPRinfo@wrberkley.com).



## 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 Berkley España y el solicitante. El asegurado o tomador se compromete a informar a Berkley España de una posible modificación de cualquier información declarada en este cuestionario, ocurrida antes o durante la vigencia de la póliza de seguro.

(Por favor, firme aquí)

Firmado (nombre y apellidos): \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_