

Solicitud de seguro

Responsabilidad Civil Sanitaria Berkley Ensayos Clínicos

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: _____

Detallar la titularidad del establecimiento, centro o consulta::

persona física (ejercicio libre individual)

persona jurídica: sociedad anónima sociedad limitada otra (especificar)

Información Financiera

Volumen de facturación/ingresos por honorarios, anual: _____ €

3. Responsabilidad civil y actividad

3.1. Capitales asegurados

Capital asegurado

150.000 €

300.000 €

600.000 €

Otro: _____ €

Coberturas

R.C. Explotación

R.C. Patronal

R.C. Profesional

Otras: _____ €

3.2. Información de producto o servicios

| Fuente de Ingresos | % Facturación | Descripción |
|---|---------------|-------------|
| Productos o servicios farmacéuticos o biológicos patentados | | |
| Productos o servicios farmacéuticos genéricos | | |
| Productos que no requieren prescripción | | |
| Dispositivos médicos | | |
| Diagnósticos | | |
| Investigación por contrato | | |
| Fabricación por contrato | | |
| Distribución | | |
| Otros (detallar) | | |

3.3. Desglose

| Productos o servicios farmacéuticos o biológicos patentados | % Facturación |
|---|---------------|
| Vacunas | |
| Imagen /agentes diagnósticos | |
| Receta oral / inyectable | |
| Receta tópica | |
| Suministro de medicamentos | |
| Cosméticos | |
| Productos y servicios farmacéuticos nutricionales | |
| Complementos alimenticios / vitaminas | |
| Ayudas dietéticas | |

3.4. Detalle una relación de productos interrumpidos

| Producto interrumpido | Motivo |
|-----------------------|--------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

¿Exige certificados de seguro a sus proveedores? NO SÍ

4. Ensayos clínicos y otros servicios

- ¿Alguno de sus empleados presta asistencia directa a pacientes? NO SÍ
- Dichos empleados, ¿cuentan con seguro propio de negligencia médica? NO SÍ
- ¿Gestiona usted algún centro de hospitalización de pacientes? NO SÍ
- ¿Alguno de sus empleados es miembro de una junta de revisión institucional? NO SÍ
- ¿Alguno de sus empleados ha ejercido como promotor de ensayo e investigador clínico? NO SÍ

Por favor, detalle respuestas afirmativas:

5. Gestión de riesgos

- ¿Dispone de un programa formal de control de calidad? NO SÍ
- ¿En alguna ocasión asume la responsabilidad de terceros en sus contratos? NO SÍ
- ¿Cuentan sus contratos con pactos de exención de responsabilidad o de indemnización? NO SÍ

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: _____

8. Identificación del nuevo ensayo clínico a asegurar

Nombre: _____

Fecha de inicio del ensayo: _____

Finalidad: _____

Breve descripción:

Número de voluntarios que participan: _____

Nómbre del investigador promotor: _____

Identificación de investigadores y colaboradores – especialidades académicas:

Presupuesto: _____

Autorizado por: _____

Existencia del proyecto / protocolo de actuación: NO SÍ

Existencia de documento o consentimiento informado: NO SÍ

NOTA: Se requiere copia del protocolo y del documento o consentimiento informado

9. 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.

10. 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: _____