

## Solicitud de seguro

# Responsabilidad Civil Sanitaria Berkley Profesional Médicos

## 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 licenciatura \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha obtención título especialidad \_\_\_\_\_

Número de colegiado: \_\_\_\_\_ Lugar de colegiación: \_\_\_\_\_

¿Realiza intervenciones quirúrgicas?  NO  SÍ¿Realiza expresamente intervenciones de cirugía estética?  NO  SÍ

Número de intervenciones al mes: \_\_\_\_\_

(Se entiende por cirugía estética aquella cuyo fin es exclusivamente estético, y que no guarda relación con un accidente, enfermedad o malformación congénita)

Centro de trabajo en los últimos 5 años \_\_\_\_\_

¿Posee alguna sociedad unipersonal?  NO  SÍ Nombre y razón social: \_\_\_\_\_

Ámbito de ejercicio profesional actual:

A) Activo:

 100% público 100% privado Mixto indicar: \_\_\_\_\_ % público \_\_\_\_\_ % privado

Colegio profesional de colegiación: \_\_\_\_\_

Servicio público de salud en el que presta la actividad pública:

¿Ha ejercido la misma actividad en los últimos 5 años?  SÍ  NO

¿Qué cambio ha realizado y cuándo? \_\_\_\_\_

B) Inactivo:  Jubilado  Desempleado

## 3. Información profesional

Número de consultas ambulatorias al mes: \_\_\_\_\_

Número de intervenciones quirúrgicas al mes: \_\_\_\_\_

Número de procedimientos de urgencia al mes: \_\_\_\_\_

Facturación estimada ejercicio en curso: \_\_\_\_\_

Facturación ejercicio anterior: \_\_\_\_\_

## 4. Capitales Asegurados y coberturas

### 4.1. Capitales asegurados y coberturas

#### Capital asegurado

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

#### Coberturas

- R.C. Explotación  
 R.C. Patronal  
 R.C. Profesional

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

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

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

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

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

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

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

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

¿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: \_\_\_\_\_

¿Le han denegado o restringido sus servicios en algún centro sanitario?  
(en caso afirmativo, detalle, por favor)

¿Ha sido suspendido o inhabilitado de su empleo, profesión o cargo público?  NO  Sí

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