

Solicitud de seguro

Daños Materiales

Berkley Multirriesgo Centros de Estética

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: _____

Información financiera: _____

Volumen de facturación anual / ingresos por honorarios anuales: _____

2.1. ¿Es un franquiciador o franquicia? SI NO

2.2. Número de centros a asegurar _____

Centro _____

Ubicación _____

2.3. Cualificación del titular y/o trabajadores del centro: _____

2.4. ¿Cuenta el centro con personal en período de formación? SI NO

2.5. Descripción de la actividad desarrollada, especialidades y prácticas que se realizan _____

2.6. ¿Existen consentimientos informados para los clientes? SI NO

2.7. ¿En qué actividades? Imprescindible remitir copia a la Aseguradora _____

2.8. Productos aplicables

¿Venden en el centro productos a los clientes? SI NO¿Tienen tienda específica para la comercialización al público? SI NO

¿En qué terapias / actividades comercializan productos? _____

¿Fabrican o desarrollan algún producto en el centro? _____

¿Está debidamente autorizado su uso por los organismos de Sanidad Competentes? SI NO.

3. Instalaciones /Daños materiales

3.1. Duración del seguro: Fecha inicio: _____ Fecha vencimiento: _____

3.2. Forma de pago Anual Semestral Trimestral

3.3. Situación de riesgo (si es distinta de la indicada en tomador o asegurado)

Domicilio: _____

Localidad y Provincia: _____

CP: _____

3.4. Existencia de otros seguros anteriores SI NO

Detallar los siniestros ocurridos en los 3 últimos años (utilizar hoja anexa si es necesario)

Fecha _____

Causa _____

Importe _____ €

4. Características del riesgo**4.1. Antigüedad del edificio**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hasta 20 años | <input type="checkbox"/> De 41 años a 50 años |
| <input type="checkbox"/> De 21 años a 30 años | <input type="checkbox"/> De 51 años a 100 años |
| <input type="checkbox"/> De 31 años a 40 años | <input type="checkbox"/> Más de 100 años |

4.2. Se encuentra el establecimiento en ctro. comercial o galería comercial con vigilancia permanente los 365 días? SI NO**4.3. Ubicación**

- Casco urbano
Núcleo de población que disponga de servicios de agua, alcantarillado, alumbrado y teléfono con Ayuntamiento propio.
- Polígono industrial
Conjunto de edificaciones dedicadas a diversas actividades industriales o comerciales que sean anexos de un Ayuntamiento y dispongan de servicio público de agua, alcantarillado, teléfono, alumbrado y calles definidas y debidamente pavimentadas.
- Fuera de casco urbano
Lugar ubicado a más de 1 km. del límite del casco urbano o polígono industrial.

4.4. Superficie en m² del establecimiento _____**4.5. MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS**

- Rociadores automáticos de agua (Sprinklers)
- Extintores
- Vigilancia permanente
- Detectores automáticos de incendio / humo con conexión a central de seguridad
- Bocas de incendio equipadas (Bies)
- Depósitos de agua para abastecimiento exclusivo de la red contra incendios
- Hidrantes exteriores

4.6. MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA ROBO

- Las puertas de acceso al local son metálicas o de madera maciza, con cerradura de seguridad
- Las ventanas y otros huecos situados a menos de 6 m. del suelo, están protegidos por rejas metálicas fijas
- Instalación de sistema electrónico de detección automática de intrusión que protege todas las áreas
- La alarma del sistema de detección de intrusión está conectada a una central de recepción de alarmas permanente 24 horas
- Servicio permanente de vigilancia humana en el interior del riesgo, las 24 horas del día todo el año

5. Bienes asegurados y capitales

Continente	<input type="checkbox"/> Valor Total	<input type="checkbox"/> Primer Riesgo	<input type="checkbox"/> Mobiliario, maquinaria
Obras de reforma	<input type="checkbox"/> Existencias y mercancías		
Daños por agua	<input type="checkbox"/> Contratada	<input type="checkbox"/> No contratada	
Rotura de cristales, lunas, espejos, rótulos y loza sanitaria	<input type="checkbox"/> Contratada	<input type="checkbox"/> No contratada	
Robo	<input type="checkbox"/> Contratada	<input type="checkbox"/> No contratada	
Responsabilidad Civil	<input type="checkbox"/> Contratada	<input type="checkbox"/> No contratada	
Lucro cesante (indemnización diaria)			
<input type="checkbox"/> 0 € <input type="checkbox"/> 50 € <input type="checkbox"/> 120 € <input type="checkbox"/> 150 € <input type="checkbox"/> 175 € <input type="checkbox"/> 200 € <input type="checkbox"/> 225 €			
Período máximo de indemnización: <input type="checkbox"/> 30 días <input type="checkbox"/> 60 días <input type="checkbox"/> 90 días			
Cobertura de equipos electrónicos y avería de maquinaria (a primer riesgo)			
<input type="checkbox"/> No contratada			
<input type="checkbox"/> Valor total <input type="checkbox"/> 1.500 € <input type="checkbox"/> 3.000 € <input type="checkbox"/> 6.000 € <input type="checkbox"/> 15.000 € <input type="checkbox"/> 25.000 €			

6. Responsabilidad civil profesional

6.1. Capitales asegurados

150.000 €
 300.000 €
 600.000 €
 1.200.000 €
 Otra _____

6.2. Actividad asistencial

Acupuntura _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Aromaterapia _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cera _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Depilación eléctrica _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Extensiones de pestañas _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Realizan test de alergia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Electrolisis _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Electroterapia _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Endermologie - LPG _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Extensiones de uñas _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Realizan test de alergia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Hidroterapia _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Manicura y Pedicura _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Maquillaje no permanente _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Masajes linfáticos _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Masajes _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Oxigenoterapia _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Peluquería _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pérdida de peso _____	% act.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Piercing en orejas (no zonas genitales, lengua, ni otras partes del cuerpo)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Especificar tipo de productos utilizados: _____			

Sauna de Infrarrojos _____ % act. SI NO

Reflexología _____ % act. SI NO

Tatuaje permanente de perfilador de cejas y labios _____ % act. SI NO

¿Realizan test de alergia? SI NO

Teñido de pestañas y sombreado de ojos. _____ % act. SI NO

¿Realizan test de alergia? SI NO

Terapia Foto-termal _____ % act. SI NO

Tratamientos faciales _____ % act. SI NO

Tratamientos de Spa _____ % act. SI NO

Terapia de Piedras _____ % act. SI NO

Escleroterapia _____ % act. SI NO

Kinesiología _____ % act. SI NO

Láser terapia _____ % act. SI NO

(categoría del Equipo no superior a 3b)

Excluida la aplicación de los mismos para la eliminación de tatuajes

¿Se hacen tratamientos en fototipos de piel Nº 5 y Nº 6? SI NO

Microdermoabrasión _____ % act. SI NO

Peelings químicos _____ % act. SI NO

Concentración máxima del 30%

*los terapeutas habrán de acreditar que han recibido la formación necesaria para la aplicación de este tipo de productos por el fabricante de los mismos.

Identificar el tipo de productos que se utilizan (queda excluido el Phenol): _____

Piercing en el cuerpo excluyendo zonas genitales y lengua _____ % act. SI NO

Identificar el tipo de productos que se utilizan (queda excluido el Phenol): _____

Tatuaje cosmético/estético _____ % act. SI NO

Tratamiento no-quirúrgico de venas y rojeces _____ % act. SI NO

Tratamientos IPL / VPL _____ SI NO

¿Se hacen tratamientos en fototipos de piel Nº 5 y Nº 6? SI NO

Tratamientos de Luz _____ % act. SI NO

¿Se hacen tratamientos en fototipos de piel Nº 5 y Nº 6? SI NO

Restylane, Perlane, Dermalive, Newfill, Nufill, Hylaform Collagen, Zyderm, Zyplast, Botox, Dysport, Aquamid _____ SI NO

Detalle de la especialidad médica del profesional: _____

Odontólogos Dermatólogos

Otra especialidad médica: _____ Otra cualificación profesional: _____

Liposucción y Lipoescultura _____ % act. SI NO

Cirugía Estética _____ % act. SI NO

Indicar las prácticas:

abdomen párpados mamas nariz orejas mentón labios calvicie

Estiramientos faciales _____ % act. SI NO

Lifting de muslos _____ % act. SI NO

Implantes faciales _____ % act. SI NO

¿Realizan test de alergia? SI NO

Cirugía Láser _____ % act. SI NO

Describir actividades y equipos: _____

Peeling Químico _____ % act. SI NO

% de concentración: _____

Inyecciones de siliconas _____ % act. SI NO

Zonas de aplicación: _____

Electrolisis _____ % act. SI NO

Cirugía Oftalmológica _____ % act. SI NO

6.3. Seguros vigentes y anteriores

¿Ha tenido alguna póliza de Responsabilidad Civil?

NO

Sí En caso afirmativo, indicar: _____

Compañía aseguradora: _____

Período: _____ Fecha vencimiento: _____

Límite asegurado: _____ € Prima neta: _____ € Franquicia: _____ €

¿Tiene alguna póliza a título individual que cubra los mismos riesgos o similares?

NO

Sí En caso afirmativo, indicar: _____

Compañía aseguradora: _____

Período: _____ Fecha vencimiento: _____

Límite asegurado: _____ € Prima neta: _____ € Franquicia: _____ €

6.4. Historial de siniestralidad

NO

Sí En caso afirmativo, indicar: _____

Compañía aseguradora: _____

Período: _____ Fecha vencimiento: _____

Límite asegurado: _____ € Prima neta: _____ € Franquicia: _____ €

En caso afirmativo, indicar en hoja aparte, especificando si el siniestro corresponde a RC General, RC Profesional o RC Patronal. Indicando por cada siniestro/reclamación:

1. Fecha ocurrencia del acto médico y fecha de reclamación a la Cía. de seguros.
2. Indicar nombre de compañía aseguradora.
3. Descripción o naturaleza (causa) del siniestro o reclamación.
4. Establecimiento sanitario donde ocurrió.
5. Situación (cerrado, pendiente doc, abierto, etc)
6. Coste del siniestro en caso de los cerrados o cuantía de reservas en caso de pendiente.

6.4.1. ¿Tiene conocimiento de cualquier hecho que pueda dar origen a alguna reclamación o procesamiento contra usted, su entidad o personal contratado por su entidad en el futuro?

SI NO

Por favor, incluya una descripción detallada de cada hecho _____

6.4.2. ¿Ha padecido algún empleado algún accidente laboral grave? SI NO

En caso afirmativo indicar las causas e importe indemnizado: _____

7. Desglose del personal - RC Profesional y accidentes

- 7.1. ¿Es requisito que el personal médico tenga contratada una póliza adicional que cubra su Responsabilidad Civil Profesional? SI NO
- 7.2. ¿Es requisito que el personal sanitario no facultativo tenga contratada una póliza adicional que cubra su Responsabilidad Civil Profesional? SI NO
- 7.3. Indique límites (suma asegurada) _____

7.2. Personal de las consultas / los centros:

Descripción	Exp. profesional	Relación Laboral	Relación Mercantil
Personal Titulado:			
Personal Directivo:			
Resto personal:			
Personal médico:			
Personal sanitario			

7.3. Accidentes Colectivos

7.3.1. ¿Dispone de un seguro de accidentes colectivo? SI NO

7.3.2. ¿Tiene póliza de convenio? SI NO

En caso afirmativo, detallar los siniestros ocurridos en los 3 últimos años:

Fecha _____ Causa _____ Importe _____ €

Tipo de cobertura a contratar Laboral 24 horas/día

Garantías	Suma asegurada
Fallecimiento	€
Invalidez	€
Asistencia Sanitaria	€

8. Responsabilidad de Consejeros y Directivos

Por favor, indique si cada una de las siguientes frases es afirmativa o negativa:

1. El patrimonio neto y resultado de los dos últimos años ha sido positivo	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
2. La sociedad no cotiza en bolsa	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
3. La sociedad no desarrolla su actividad, ni tiene activos en USA/Canadá	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
4. La sociedad no ha sufrido alguna fusión, adquisición o venta en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
5. La sociedad tiene planeado realizar fusión, adquisición o venta en los próx 12 meses	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
6. No existe alguna circunstancia o hecho que razonablemente pueda dar lugar a una Reclamación contra la Sociedad, Sociedades Filiales o Sociedades Participadas	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
7. No existe o ha existido ninguna Reclamación, civil y/o penal, relacionada con Responsabilidad Civil de Directores y Administradores formulada contra la Compañía, sus filiales	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

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: _____