

Solicitud de seguro

Daños Materiales

Berkley Multirriesgo Centros y Establecimientos Sanitarios

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: _____

¿Realiza Cirugía mayor ambulatoria? SI NO¿Posee camas para ingreso médico-quirúrgico? SI NO¿Factura el Centro actividades quirúrgicas? SI NO

En caso afirmativo: ¿qué porcentaje de su facturación es debida a la actividad quirúrgica? _____

En caso afirmativo deberían cumplimentar el cuestionario de Seguro para hospitales

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

 Hasta 20 años De 21 años a 30 años De 31 años a 40 años De 41 años a 50 años De 51 años a 100 años 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

4.6.1. Protecciones en puertas:

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
Avería de maquinaria			<input type="checkbox"/> Contratada <input type="checkbox"/> No contratada
Deterioro de bienes en cámaras frigoríficas			<input type="checkbox"/> Contratada <input type="checkbox"/> No contratada

Cobertura de equipos electrónicos:

Equipos de oficina (fijos)	<input type="checkbox"/> Contratada	<input type="checkbox"/> No contratada
Equipos de electromedicina (fijos)	<input type="checkbox"/> Contratada	<input type="checkbox"/> No contratada
Equipos de electromedicina (móviles/portátiles)	<input type="checkbox"/> Contratada	<input type="checkbox"/> No contratada

6. Responsabilidad civil profesional

6.1. Capitales asegurados

150.000 300.000 600.000 1.200.000 Otra _____

6.2. Actividad asistencial

6.2.1. Tipo de actividad asistencial del Centro médico / Consulta:

Medicina General

6.2.2. Especialidades (señale todas las especialidades existentes en el centro):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Dermatología | <input type="checkbox"/> Neurología |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Torácica | <input type="checkbox"/> Neumología | <input type="checkbox"/> Rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Medicina interna | <input type="checkbox"/> Psiquiatría | <input type="checkbox"/> Cirugía Maxilofacial |
| <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología | <input type="checkbox"/> Cirugía Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Ginecología |
| <input type="checkbox"/> Aparato digestivo | <input type="checkbox"/> Endocrinología | <input type="checkbox"/> Obstetricia |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Vasculuar | <input type="checkbox"/> Neurocirugía | <input type="checkbox"/> Reumatología |
| <input type="checkbox"/> Nefrología | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Cirugía Plástica |
| <input type="checkbox"/> Pediatría | <input type="checkbox"/> Cirugía General | <input type="checkbox"/> Hematología |
| <input type="checkbox"/> Cardiología | <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Oftalmología |
| <input type="checkbox"/> Urología | <input type="checkbox"/> Oncología | <input type="checkbox"/> Traumatología |
| <input type="checkbox"/> Medicina deportiva | | <input type="checkbox"/> Cirugía Pediátrica |

6.2.3. Pruebas diagnósticas:

¿Tiene este servicio subcontratado? SI NO

Nombre del laboratorio: _____

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Análisis clínicos | <input type="checkbox"/> Neurofisiología | <input type="checkbox"/> Cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Medicina nuclear |
| <input type="checkbox"/> Microbiología | <input type="checkbox"/> Endoscopias | <input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico | <input type="checkbox"/> Otras |
| <input type="checkbox"/> Anatomía Patológica | | | |

6.2.4 Otras Consultas/Centros: Podología Fisioterapia Psicología Otras

6.3. CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

6.3.1. ¿Técnicas de reproducción asistida? SI NO

6.3.2. ¿Cirugía ocular refractiva (cirugía con láser)? SI NO

6.3.3. ¿Posee servicio de urgencias? SI NO

6.4. 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: _____

6.5. 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.

6.5.1. ¿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 _____

6.5.2. ¿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	Número de asegurados
Personal Directivo	
Podólogos	
Médicos – Según especialidad: (1)	
Técnicos sanitario	
D.U.E y A.T.S	
Auxiliares de clínica	
Matronas	
Administrativos	
Fisioterapeutas	
Asistentes sociales	
Psicólogos	
Otro personal (especificar)	

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 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.

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: _____