

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. 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

¿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 mensajería 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.

11. 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: _____