

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CENTROS MÉDICOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS.

1. TOMADOR

Tomador de la póliza: _____ CIF: _____

Domicilio Social: _____

Población/Ciudad: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Email: _____ Web: _____

Nombre y Apellidos de la persona que firma: _____

2. SINIESTRALIDAD Y SEGUROS

2.1. ¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión profesional en los últimos 5 años o tiene conocimiento de cualquier circunstancia que razonablemente pueda dar lugar a una reclamación? Si No

En caso afirmativo, describa detalladamente (en hoja aparte):

- Fecha de ocurrencia y Aseguradora.
- Causa que originó la reclamación.
- Pagos realizados o reservas pendientes.
- Situación actual del mismo: cerrado, pendiente (indicar estado del proceso).

2.2. Límite de capital asegurado que solicita:

150.000 € 300.000 € 450.000 € 600.000 € 1.000.000 € _____ €

Franquicia que desea asumir: _____ €

2.3. ¿Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil Profesional? Si No

En caso afirmativo, por favor de detalles:

Nombre del Asegurador: _____ Límite de Indemnización: _____

Prima: _____ Franquicia: _____ Fecha Vencimiento: _____

3. ACTIVIDAD / FACTURACIÓN

3.1. Facturación Último Ejercicio Cerrado: _____ €

3.2. Estimación Ejercicio en Curso: _____ €

3.3. Fecha comienzo de actividades: _____

3.4. Detalle las Especialidades que realizan:

Medicina General		Endocrinología		Oftalmología	
Alergia		Fisioterapia		Oncología	
Aparato digestivo		Geriatría		Otorrinolaringología	
Cardiología		Ginecología		Pediatría	
Cir. Cardiovascular		Hematología		Podología	
Cir. General		Medicina deportiva		Psicología	
Cir. Maxilofacial		Medicina interna		Psiquiatría	
Cir. Plástica		Nefrología		Radioterapia	
Cir. Pediátrica		Neumología		Rehabilitación	
Cir. Torácica		Neurocirugía		Reumatología	
Cir. Vascular		Neurología		Traumatología	
Dermatología		Obstetricia		Urología	
				Otorrinolaringología	
OTRAS (describir)					

Nº de consultas anuales:

Importe medio por consulta:

Pruebas Diagnósticas:

Análisis clínicos		Neurofisiología		Cardiovasculares	
Radiodiagnóstico		Anatomía Patológica		Medicina nuclear	
Microbiología		Endoscopias			
OTRAS (describir)					

Centro Odontológico:

Odontología general		Prótesis		Laboratorio dental	
Endodoncia		Radiología		Implantes	
Cosmética dental		Peridondia		Ortodoncia	
Odontopediatría		Implantes		Cirugía Maxilofacial	
				Urgencias	
OTRAS (describir)					

Nº de sillones dentales:

Nº de aparatos de RX:

4. INFORMACIÓN ADICIONAL

4.1. ¿Disponen de camas para ingreso médico-quirúrgico? Si No

4.2. ¿Es requisito que el personal médico disponga de una póliza que cubra su Responsabilidad Civil Profesional Directa? Si No Indique límite exigido: _____

¿Y personal sanitario no facultativo? Si No

4.3. ¿Desarrolla alguna de las siguientes actividades?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Cirugía mayor ambulatoria? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Medicinas alternativas? (acupuntura, homeopatía...) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Intervenciones de cirugía menor? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Técnicas de medicina estética? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Procedimientos invasivos? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Intervenciones de cirugía estética? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Interrupciones voluntarias de embarazos? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Vasectomías y/o ligadura de trompas? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Técnicas de reproducción asistida? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Cirugía ocular refractiva (cirugía con láser)? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Servicio de urgencias? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

4.2. Señale lo que corresponda: Domicilio particular Inmueble de uso específico

En caso de inmueble(s) específico(s), indicar:

Dirección:	
Año de Construcción:	
Superficie:	
Medidas Contra Incendio:	Extintores...

Dirección:	
Año de Construcción:	
Superficie:	
Medidas Contra Incendio:	Extintores...

Dirección:	
Año de Construcción:	
Superficie:	
Medidas Contra Incendio:	Extintores...

Dirección:	
Año de Construcción:	
Superficie:	
Medidas Contra Incendio:	Extintores...

PERSONAL MÉDICO POR ESPECIALIDAD.

	Laboral	Mercantil		Laboral	Mercantil
ATS – DUE			Medicina del Trabajo o Laboral		
Alergología			Medicina Deportiva		
Análisis Clínicos			Medicina Familiar y Comunitaria		
Anatomía Humana			Medicina Intensiva - U.V.I.		
Anatomía Patológica			Medicina Interna		
Anestesiología y Reanimación			Medicina Legal y Forense		
Angiología y Cir. Vascular			Medicina Nuclear		
Aparato Circulatorio			Medicina Preventiva y Salud Pública		
Aparato Digestivo			Medicinas alternativas (1)		
Auxiliar de clínica			Microbiología y Parasitología		
Bacteriología			MIR		
Bioquímica Clínica			Nefrología		
Cardiología			Neonatología - (Pediatría)		
Cirugía Cardiovascular			Neumología y Unidad del Sueño		
Cirugía Digestivo			Neurocirugía		
Cirugía General			Neurofisiología Clínica		
Cirugía Oral y Maxilo-facial			Neurología		
Cirugía Pediátrica			Odonto-estomatología		
Cirugía Plástica y Reparadora			Oftalmología con cirugía		
Cirugía Torácica			Oftalmología sin cirugía		
Cirugía Vascular y periférica			Oncología Médica		
Dermatología y Venereología no quirúrgica			Oncología Radioterápica o Radioterapia		
Dermatología y Venereología quirúrgica			Optometrista		
Electrocardiografía			Otorrinolaringología con cirugía		
Endocrinología-Metabolismo y Nutrición			Otorrinolaringología sin cirugía		
Farmacología Clínica			Pediatría y Especial		
Fisioterapeutas			Podología		
Gastroenterología			Proctología		
Genética médica			Psiquiatría		
Geriatría y Gerontología			Puericultura		
Ginecología sin partos con cirugía			Radiodiagnóstico o Radiología		
Ginecología sin partos sin cirugía			Radiofísica Hospitalaria		
Ginecología y Obstetricia			Rehabilitación		
Hematología y Hemoterapia			Reumatología		
Hepatología			Traumatología sin cirugía		
Hidrología			Traumatología y Cir. Ortopédica		
Inmunología			Urgencia Hospitalaria		
Ldo. en Medicina y Cirugía (Medicina General)			Urología con cirugía		
Matronas			Urología sin cirugía		
Medicina Aeroespacial			VIH - Sida		

DECLARACIÓN:

El abajo firmante declara, en su nombre y en de la Sociedad, y tras haber indagado debidamente, que las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas y completas. Así mismo, se compromete a informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación relevante que se produjera en la información descrita en la presente solicitud. Se acuerda que esta solicitud, junto con cualquier otra información facilitada, se adjuntará y constituirá parte de la Póliza, formando la base del contrato de Seguro. La firma de esta solicitud **NO** obliga al firmante a la formalización del seguro propuesto.

Firmado: _____

Cargo: _____

Sociedad: _____

Fecha (día/mes/año): _____

* El cuestionario deberá ser rellenado, firmado y fechado por una persona que este legalmente capacitada y autorizada para la solicitud del seguro de responsabilidad civil profesional para la empresa que actúa como solicitante. Es importante que el firmante de esta declaración tenga un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda ruego contacten con nosotros, puesto que la ocultación de información puede afectar a los derechos de recobro del Asegurado bajo la Póliza.

** Este cuestionario se refiere a una cobertura de responsabilidad civil profesional en base a reclamaciones. El contrato de seguro ampara las reclamaciones que se formulen contra el asegurado por primera vez durante el periodo de vigencia del seguro de acuerdo a los términos y condiciones que se establezcan y acuerden entre las partes.

El firmante autoriza a RUIZ & ANDICOBERRY a que sus datos personales y/o empresariales sean incorporados a ficheros automatizados o no, sometiéndolos a tratamiento informático y conservándolos, con independencia de que se llegue a formalizar o no un contrato de seguro, o posteriormente se mantenga o no el mismo en vigor, a efectos de control, gestión, tramitación de siniestros, estadísticos y remisión de comunicaciones por cualquier medio. Así mismo, autoriza a que sus datos sean cedidos total o parcialmente a otras corredurías y/o entidades aseguradoras, si fuese necesario, en los procesos de cotización, contratación, gestión, administración y/o tramitación de siniestros de sus contratos de seguro.

El solicitante cuenta con los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de sus datos. Así mismo podrá revocar el consentimiento de cesión de los datos prestados.