

**Se ruega leer estas notas orientativas antes de rellenar el cuestionario**

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 cuestionario deberá ser rellenado, firmado y fechado por una persona que esté legalmente capacitada y autorizada para la solicitud del seguro de responsabilidad civil profesional para la empresa que actúa como solicitante.

Es deber del solicitante aportar toda la información que en el cuestionario se indica, así como dar a conocer cualquier hecho relevante.

Un hecho relevante es aquel hecho y/o circunstancia conocido que pueda influir en la valoración del riesgo por parte del asegurador. Si le queda duda de que constituye un hecho relevante que deba ser comunicado al asegurador, por favor no dude en consultar con su corredor de seguros o asegurador.

Este cuestionario no obliga a la formalización del seguro, pero en caso de formalizarse formará parte de cualquier contrato de Seguro que pueda emitirse.

Es imprescindible contestar a todas las preguntas contenidas en este cuestionario.

**Please read these guidance notes before completing this proposal form**

This proposal form refers to professional indemnity insurance coverage on a claims made basis. The insurance contract will respond to claims made against the assured for the first time during the period of insurance in accordance to the terms and conditions that are established and agreed between the parties.

The proposal form must be completed, signed and dated by a person, who must be of legal capacity and authorised for the purpose of requesting a professional indemnity insurance for the firm who acts as proposer.

It is the duty of the proposer to provide all information that is requested in the proposal form as well as to inform of any relevant fact.

A relevant fact is such known fact and/or circumstance that may influence in the evaluation of the risk by the insurer. If you have any doubt about what a relevant fact is, please do not hesitate to contact your broker or insurer.

This proposal form does not oblige the formalization of the insurance but will form part of any insurance which may be issued subsequently proposal form will form part of the insurance policy once it is formalised.

It is necessary to answer all questions contained in this proposal form.

1. Datos Generales

General information

Nombre del Colectivo Solicitante, NIF:.....  
Name of the Proposes

Domicilio Principal:.....  
Main Address

Teléfono:..... Fax:.....  
Telephone Fax

2. Información del Colectivo

Collective information

**2.1** Número total actual de miembros del colegio y previsión para el cierre de la anualidad.  
Current total number of members of the college and estimate for the close of the year.

.....  
.....

**2.2** Número aproximado de miembros que deseen adherirse a la Póliza.  
Approximate number of members that want to attach to the Policy.

.....  
.....

**2.3** Número de miembros en ejercicio activo de la profesión para la que se solicita cobertura.  
Number of members in active practice of the profession for which coverage is requested.

.....  
.....

**2.4** Número de miembros jubilados.  
Number of retired members.

.....  
.....

**2.5** Desglose el número de miembros por especialidad.

Breakdown of number of members per speciality.

.....

.....

.....

.....

.....

**3.Reclamaciones**

Claims

**3.1** ¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión profesional en los últimos 5 años? Si la respuesta es sí, facilitar importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados.

Has any claim been made against the Company for professional negligence, error or omission in the last 5 years?

If yes, please provide details or the claimed amount, outstanding reserves and payments.

.....

.....

.....

**3.2** Identifique aquellos miembros contra los que se hayan presentado dos o más reclamaciones por errores profesionales en los últimos 5 años.

Identify those members against whom two or more claims have been made due to professional errors in the last five years.

.....

.....

.....

**4.1** ¿Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil Profesional? Si es así, rogamos especifique:

Do you currently have Professional Indemnity Insurance. If so, please specify:

a) Nombre del Asegurador:.....  
Name of the Insurer

b) Límite de Indemnización: .....  
Limit of indemnity

c) Prima: .....  
Premium

d) Franquicia: .....  
Deductible

e) Fecha de vencimiento de la Póliza:.....  
Date of expiry of the policy

**4.2** Indique el/los límite/s de indemnización sobre el que desea recibir cotización:

Indicate the limit of indemnity for which you wish to receive quotation:

.....  
.....  
.....  
.....

**4.3** Si desea aplicar una franquicia al límite/s elegido/s, por favor indique la misma:

If you wish to apply a deductible to the selected limit, please indicate:

.....  
.....  
.....  
.....

## Declaración / Declaration

**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.**

**Además, el abajo firmante declara que ha sido debidamente autorizado por la Sociedad para actuar como su agente con respecto a los asuntos de cualquier naturaleza o clase que se relacionen con o afecten a esta solicitud y a la Póliza.**

**El abajo firmante se compromete a Informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación relevante que se produjera en la Información descrita en la presente solicitud.**

**La firma de esta solicitud no obliga al abajo firmante a la formalización del seguro propuesto.**

**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.**

The undersigned, on its name or on behalf of the Company, declares after due enquiry that the statements set forth herein are true and complete.

The undersigned further declares that he/she has been duty authorized by the Company to act as its agent in respect of all matters of any nature or kind relating to or affecting this Proposal and the Policy.

The undersigned undertakes to report immediately in writing of any material alteration in the information described in this Proposal Form.

The signing of this proposal form does not bind the undersigned to effect Insurance.

It is agreed that this proposal form together with any other information supplied will be incorporated to and form part of the Policy.

**Firmado** .....  
Signed

**Cargo**.....  
Position

**Sociedad** .....  
Company

**Fecha (día, mes, año)**.....  
Date (day, month, year)

**(\*) 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, rogamos contacten con su Corredor o Agente, puesto que la ocultación de Información puede afectar a los derechos de recobro del Asegurado bajo la Póliza.**

(\*) It is important the undersigner of the Declaration above is fully aware of the scope of this insurance so that these questions can be answered correctly. If in doubt, please contact with the Broker or Agent, since non-disclosure may affect an Assured's right of recovery under the Policy.

# Solicitud de Seguro / Proposal Form

**1. Nombre del Colegiado** .....  
Name of the Member

**2. NIF:** .....  
NIF

**3. Teléfono:** .....  
Telephone

**4. Nombre y Apellidos:** .....  
Name and Surname

**5. Dirección:** .....  
Address

**6. Actividad / Activity:**  
.....

## **6.1 En caso de colectivos médicos / medical colleges**

**1. Privada exclusivamente**  
Only Private

**2. Actividad Mixta excluyendo los trabajos para el Servicio Público de Salud**  
Mix excluding the activity for the Insalud

**3. Actividad Mixta Incluyendo los trabajos para el Servicio Público de Salud**  
Mix including the activity for the Insalud

**4. Actividad Pública exclusivamente**  
Only Public

**6.2 Especialidad / Speciality:**  
.....

## Solicitud de Seguro (cont.) / Proposal Form

7. Suma Asegurada Requerida / Sum Insured Requested:

.....  
.....

8. ¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión profesional en los últimos 5 años? Si la respuesta es sí, facilitar importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados.

Has any claim been made against the company for professional negligence, error or omission in the last 5 years? If yes, please provide details or the claim amount, outstanding reserves and payments.

.....  
.....  
.....

9. ¿Tiene conocimiento de cualquier circunstancia o hechos que razonablemente pudiera dar lugar a una reclamación? Si es así, rogamos faciliten datos.

Do you have any knowledge of any fact or circumstances that reasonable could give rise to a claim? If so, please provide details.

.....  
.....  
.....

**Firmado**.....  
Signed

**Fecha**.....  
Date