

CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CENTROS SANITARIOS SIN INTERNAMIENTO

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

El 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 de 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 incluir 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 formara parte de cualquier contrato de Seguro que pueda emitirse como consecuencia.

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

A) DATOS GENERALES DEL TOMADOR DEL SEGURO

Nombre o razón social:

C.I.F.: Teléfono:

Dirección:
.....
.....

Fecha de creación del centro sanitario:

B) TIPO DE CENTRO SANITARIO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consultorio médico | <input type="checkbox"/> Tratamiento ambulatorio |
| <input type="checkbox"/> Clínica dental | <input type="checkbox"/> Centro de urgencias |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio de análisis clínicos | <input type="checkbox"/> Centro de imagen y diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Centro de reproducción asistida | <input type="checkbox"/> Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria |
| <input type="checkbox"/> Otros (detalles) | |

C) ACTIVIDAD

Descripción completa y detallada acerca de las actividades del centro sanitario.

.....

D) FACTURACIÓN (HONORARIOS)

Volumen de facturación / honorarios a cierre del ejercicio económico anterior, y estimados para el ejercicio en curso.

Último Ejercicio Cerrado:

Estimación Ejercicio en Curso:

E) DESGLOSE DEL PERSONAL

PERSONAL NO SANITARIO	Laboral	Mercantil
Directivos		
Administrativos		
Asistentes sociales		
Psicólogos		
Otros (detalles)		

PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO	Laboral	Mercantil
D.U.E. y A.T.S.		
Fisioterapeutas		
Podólogos		
Técnicos sanitarios		
Auxiliares de clínica		
Otros (detalles)		

PERSONAL SANITARIO FACULTATIVO	Laboral	Mercantil
Médicos (ver cuadro de especialidades adjunto)		

Personal médico por especialidades	Laboral	Mercantil
Alergología		
Análisis Clínicos		
Aparato Digestivo - sin endoscopias		
Aparato Digestivo y Gastroenterología - con endoscopias		
Bioquímica Clínica		
Cardiología - sin cirugía		
Cirugía General y Digestivo		
Cirugía Oral y Maxilofacial		
Dermatología y Venereología - sin cirugía		
Dermatología y Venereología - con cirugía		
Endocrinología-Metabolismo y Nutrición		
Farmacología Clínica		
Ginecología sin cirugía, excluida Obstetricia (partos)		
Ginecología con cirugía, excluida Obstetricia (partos)		
Hematología y Hemoterapia		
Inmunología		
Medicina del Trabajo		
Medicina Deportiva		
Medicina General		
Medicina Geriátrica		
Medicina Intensiva - U.V.I.		
Medicina Legal y Forense		
Medicina Nuclear		
Medicina Preventiva		
Nefrología		
Neumología y Unidad del Sueño		
Neurología-Neuropsiquiatría		
Odonto-estomatología		
Oftalmología sin cirugía		
Oftalmología con cirugía		
Oncología Médica		
Oncología Radioterápica-Radioterapia		
Otorrinolaringología sin cirugía		
Otorrinolaringología con cirugía		
Pediatría		
Psiquiatría		
Radiodiagnóstico-Radiología no invasiva		
Radiodiagnóstico Intervencionista		
Rehabilitación		
Reumatología		
Traumatología sin cirugía		
Urología sin cirugía		
Urología con cirugía-Proctología		

Personal médico por especialidades (cont.)	Laboral	Mercantil
Otras especialidades (detalles)		

F) INFORMACIÓN ADICIONAL

1. Número y tipología de aparatos de RX

.....

2. ¿Practican medicinas o terapias alternativas? SÍ NO

En caso afirmativo, indiquen detalles:

.....

3. ¿Practican la medicina estética, con o sin cirugía? SÍ NO

En caso afirmativo, indiquen detalles:

.....

4. ¿Realizan intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos? SÍ NO

En caso afirmativo, adjunten los documentos de Consentimiento Informado que utilizan.

5. ¿Prestan servicios sociosanitarios (ej.: asistencia a drogodependientes, discapacitados, enfermos crónicos), y/o servicios a la tercera edad?

SÍ NO

En caso afirmativo, indiquen detalles:

.....

6. Detalles de las instalaciones del centro sanitario

Dirección	Superficie (m ²)	Nº de plantas	Año de construcción	Propiedad del Tomador	Sistemas de Sprinkler
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Tiene otras medidas de seguridad? SÍ NO

En caso afirmativo, indiquen detalles:

.....

7. ¿Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil? SÍ NO

En caso afirmativo, indiquen detalles:

Compañía aseguradora:

Límite de Indemnización:

Franquicia:

Prima:

Fecha de la Renovación:

8. Indique el límite de indemnización solicitado

€ 150.000,00 € 300.000,00 € 600.000,00

€ 900.000,00 € 1.200.000,00 € 1.500.000,00

Indique la franquicia que quiere asumir:

G) INFORMACIÓN SOBRE SINIESTRALIDAD

1. ¿Ha recibido el Tomador, alguno de sus socios o su personal alguna reclamación de Responsabilidad Civil en los últimos 5 años?

SÍ NO

Si es así, rogamos facilite información completa y detallada, importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados.

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

2. ¿Existe alguna circunstancia o hecho que razonablemente pueda dar lugar a una reclamación de Responsabilidad Civil contra el Tomador, alguno de sus socios o su personal?

SÍ NO

Si es así, rogamos facilite información completa y detallada.

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

NOTA: Un hecho, circunstancia o incidente que pueda dar lugar a una Reclamación debe interpretarse en el sentido más amplio posible. Por favor consulte con su Mediador de Seguros para que le asesore en este punto.

En todo caso para que no haya dudas sobre el sentido de la pregunta, debe Ud. declarar cualquier incidencia relacionada con su actividad profesional que exceda de la más estricta normalidad o habitualidad. En particular, cualquier notificación, incidencia o intervención ante cualquier Tribunal o Autoridad, judicial, arbitral o administrativa o en cualquier procedimiento o expediente, cualquiera que sea la calidad en la que Ud. se vea afectado por la incidencia, reciba la notificación o intervenga ante el Tribunal o Autoridad, o en el procedimiento o expediente, puede constituir un hecho relevante que debe ser declarado.

H) DECLARACIÓN

Por favor, lea atentamente las siguientes declaraciones, firme y féchelas.

Nosotros declaramos que este cuestionario ha sido cumplimentado después de haber realizado las averiguaciones e investigaciones pertinentes y necesarias; su contenido es verdadero y correcto; y todas las cuestiones e información que puedan ser relevantes a efectos del presente Cuestionario han sido reveladas.

Nosotros nos comprometemos a informarles de la conclusión de cualquier contrato de seguro, de cualquier cambio material en la información ya proporcionada o de cualquier nuevo hecho o información que pueda surgir y sea relevante a efectos del presente Cuestionario.

Nosotros acordamos que este cuestionario y cualquier otra información por escrito que se proporcione se incorporará y formará parte del contrato de seguro.

Firma:

Cargo:.....

Tomador:.....

Fecha.....

INFORMACIÓN PRECONTRACTUAL

De acuerdo con los artículos 81, 53, 60 y concordantes de la Ley 30/1995, de 8 de Noviembre de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y del Reglamento que lo desarrolla, el Asegurador a quien se ha solicitado cobertura, declara:

1. Que el presente contrato de seguro se celebra en régimen de Derecho de Establecimiento con MARKEL International Insurance Company Limited, Sucursal en España, con domicilio en C/ Velázquez, 17 – 2º Dcha., 28001 Madrid (España), que consta inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros bajo la clave de autorización Nº E 163.
2. El Estado Miembro a cargo de la supervisión de las actividades del Asegurador es el Reino Unido y la Autoridad de Control es la "Financial Services Authority", con domicilio en 25 de North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 5HSM, Inglaterra.
3. Que la legislación aplicable al presente contrato será la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro y, la Ley 30/1995 de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y demás normativa española de desarrollo.
4. Que las disposiciones relativas a las reclamaciones serán las siguientes:

A) INSTANCIAS INTERNAS DE RECLAMACIÓN:

En el supuesto de que tenga alguna queja o reclamación, podrán Ud. dirigirse por escrito, al corredor que intermedió la póliza, en su caso.

En caso de no quedar satisfecho con el modo en que se tramita su reclamación, si Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito a:

Servicio de Atención al Cliente

Titular del Servicio: D. Javier de Dios Morales

C/ Serrano, 37

28001 Madrid

Teléfono: 91 781 63 00

Fax: 91 575 86 69

E-mail: atoncliemarkel@terra.es

B) INSTANCIAS EXTERNAS DE RECLAMACIÓN:

En caso de disputa, podrá usted reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

Así mismo, podrá usted someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en el Artículo 31 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y sus normas de desarrollo, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje, para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Respecto de los datos personales consignados en este documento, el Solicitante, como titular de tales datos, declara haber sido informado de que los mismos se integrarán en un fichero automatizado, así como de que serán almacenados y tratados para los fines propios de este fichero y para, en su caso, dirigirle información sobre ofertas comerciales del Asegurador. Los datos personales exigidos en este contrato son necesarios para evaluar el riesgo cuya cobertura se solicita, dar curso al mismo, así como para su desarrollo, cumplimiento y control. El titular de los datos podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación o cancelación remitiendo un escrito al domicilio del Asegurador.

Cualquier forma de cesión de los datos personales contenidos en el presente documento requerirá el previo consentimiento escrito del Solicitante/titular, salvo en los casos en que dicha autorización previa no es necesaria de acuerdo con lo previsto en el artículo 11 de la vigente Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

Firmado: