Cuestionario de Responsabilidad Civil para Centros Sanitarios sin Internamiento

Solicitud De Seguro

Se ruega leer estas notas orientativas antes de rellenar el cuestionario

1. 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.
2. 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 general para la empresa que actúa como solicitante.
3. Tal y como se indica en el Art. 10 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro, es deber del solicitante aportar toda la información que en el cuestionario se indica así como dar a conocer cualquier hecho relevante.
4. 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.
5. Este Cuestionario no obliga a la formalización del seguro pero formara parte de cualquier contrato de Seguro que pueda emitirse como consecuencia.
6. Es imprescindible contestar a todas las preguntas contenidas en este cuestionario.

A: Datos Generales Del Tomador Del Seguro

1.	Tomador del Seguro	
2.	C.I.F.	
3.	Fecha de creación de la empresa	
4.	Dirección	
	Localidad	
	Provincia	
	Código Postal	
5.	Página web	

MARKEL

B: Tipo De Centro Sanitario

- ☐ Consultorio médico
- ☐ Tratamiento ambulatorio
- ☐ Clínica dental
- ☐ Centro de urgencias
- ☐ Laboratorio de análisis clínicos
- ☐ Centro de imagen y diagnóstico
- ☐ Centro de reproducción asistida (*)
- ☐ Centro de cirugía mayor ambulatoria
- ☐ Otros (detalles).

(*) Solicitar cuestionario anexo específico

C: Actividad

1. 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

1. Último Ejercicio Cerrado
2. Estimación Ejercicio en Curso

MARKEL

PERSONAL NO SANITARIO Y/O PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO	Laboral	Mercantil
Directivos		
Administrativos		
Asistentes sociales		
Psicólogos		
D.U.E. y A.T.S.		
Fisioterapeutas		
Podólogos		
Técnicos sanitarios		
Auxiliares de clínica		
Otros (detalles)		
Otros (describa)		
FACTURACIÓN PARA ESTE GRUPO DE ACTIVIDADES (*se indicará de la facturación total la parte correspondiente a este grupo de actividades).		
Personal sanitario facultativo	Laboral	Mercantil
Alergología		
Análisis Clínicos – Bacteriología		
Anatomía Patológica – Humana		
Bioquímica Clínica		
Farmacología Clínica		
Hidrología		
Medicina del Trabajo o Laboral		
Medicina Deportiva		
Medicina Familiar y Comunitaria		
Medicina General		
Medicina Geriátrica		
Medicina Legal y Forense		
Medicina Preventiva y Salud Pública		
MIR		
Neurofisiología Clínica		
Odonto-estomatología sin cirugía oral/maxilofacial		
Rehabilitación		
Podología		

FACTURACIÓN PARA ESTE GRUPO DE ACTIVIDADES (*se indicará de la facturación total la parte correspondiente a este grupo de actividades).		
Aparato Digestivo sin endoscopias		
Cardiología sin cirugía		
Dermatología y Venereología sin cirugía		
Endocrinología-Metabolismo y Nutrición		
Ginecología sin partos y sin cirugía (sin tratamientos de fertilidad)		
Hematología y Hemoterapia		
Inmunología		
Medicina Aeroespacial		
Medicina Intensiva-U.V.I.		
Medicina Nuclear		
Nefrología		
Neumología y Unidad del Sueño		
Neurología – Neuropsiquiatría		
Oftalmología sin cirugía		
Oncología Médica		
Oncología Radioterápica o Radioterapia		
Otorrinolaringología sin cirugía		
Pediatría y Especial		
Psiquiatría		
Puericultura		
Radiodiagnóstico o Radiología no invasiva		
Reumatología		
Traumatología sin cirugía		
Urología sin cirugía		
Centros de belleza con tratamientos de botox, rellenos, implantes faciales de ácido hialu-rónico, hilos tensores, Carboxiterapia, Esclerosis de varices, Plasma rico en plaquetas, Splendor plaquetario, Ellense, Radiesse, Dermopen, Tratamiento, plasma capilar (trata-mientos ambulatorios sin cirugía estética)		

FACTURACIÓN PARA ESTE GRUPO DE ACTIVIDADES (*se indicará de la facturación total la parte correspondiente a este grupo de actividades).		
Anestesiología y Reanimación		
Angiología y Cirugía Vascular		
Aparato Digestivo y Gastroentereología con endoscopias		
Cirugía Cardiovascular		
Cirugía General		
Cirugía Oral y Maxilofacial		
Dermatología y Venereología con cirugía		
Ginecología con cirugía, excluida Obstetricia (partos)		
Neurorradiología Intervencionista		
Oftalmología con cirugía		
Otorrinolaringología con cirugía		
Radiodiagnóstico Intervencionista		
Traumatología y Cirugía Ortopédica		
Urología con cirugía – Proctología		
FACTURACIÓN PARA ESTE GRUPO DE ACTIVIDADES (*se indicará de la facturación total la parte correspondiente a este grupo de actividades).		
Personal médico por especialidades (cont.)	Laboral	Mercantil
Otras especialidades (detalles)		

F: Información Adicional

1. Número y tipología de aparatos de RX

2. ¿Practican la medicina estética, con o sin cirugía?Si ☐ No ☐
   En caso afirmativo, indiquen detalles:

3. ¿ Realizan intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos?
   En caso afirmativo, adjunten los documentos de Consentimiento Informado que utilizan: Si ☐ No ☐

4. ¿Prestan servicios sociosanitarios (ej: asistencia a drogodependientes, discapacitados, enfermos crónicos), y/o servicios a la tercera edad
En caso afirmativo, indiquen detalles: Si ☐ No ☐

5. Detalles de las instalaciones del centro sanitario (solo quedaran cubiertas las situaciones de riesgo nominadas):

Dirección	**Superficie (m2)**	Nº de plantas	Año de construcción	Propiedad del Tomador	Sistemas de Sprinkler
				Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
				Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
				Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐

¿Tiene otras medidas de seguridad? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo, indiquen detalles: Si ☐ No ☐

6. ¿Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil?
En caso afirmativo, indiquen detalles: Si ☐ No ☐

Compañía aseguradora

Límite de Indemnización

Franquicia

Prima

Fecha de la Renovación /
Fecha de efecto prevista

7. Indique el límite de indemnización solicitado:

☐ € 150.000 ☐ € 300.000 ☐ € 600.000 ☐ € 1.200.000
☐ € 900.000 ☐ € 1.200.000 ☐ € 1.500.000

G: Información Sobre el Reglamento General de Protección de Datos – UE 2016/679

1. ¿Cumple los requisitos previstos en el Reglamento General de Protección de Datos – UE 2016/679-(RGPD)? Si ☐ No ☐

2. ¿Tiene conocimiento de alguna investigación o ha sido sancionado por la Agencia Española de Protección de Datos? Si ☐ No ☐

H: 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? Si ☐ 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? Si ☐ 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.

Información Precontractual

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, 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 INSURANCE SE, Sucursal en España, con domicilio en Paseo de la Castellana 259C, Planta 34, Torre de Cristal, 28046 Madrid (España), que consta inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros bajo la clave de autorización Nº E 0235.
2. El Estado Miembro a cargo de la supervisión de las actividades del Asegurador es Alemania, la Autoridad de Control es BaFin (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht), con domicilio en Graurheindorfer Str. 108l, 53117 Bonn, Alemania.
3. Que la legislación aplicable al presente contrato será la Ley 50/1980 de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras 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, podrá Ud. dirigirse por escrito, al corredor que intermedió la póliza, en su caso, o al departamento o área implicada de Markel Insurance SE, Sucursal en España.

   En caso de no quedar satisfecho, si Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla por escrito a nuestro Servicio de Atención al Cliente:
   Titular del Servicio: Dª Sandra Santos Matarranz
   C/ Serrano 76, 6 Derecha
   28006 – Madrid
   Teléfono: 91 556 19 78
   E-mail: atencioncliente@markel.com

   b. **Instancias externas de reclamación:**

   En caso de que su reclamación o queja no haya sido admitida, o se haya desestimado total o parcialmente su petición, o haya transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación ante el Servicio de Atención al Cliente sin que haya sido resuelta, Ud. podrá acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

   En caso de disputa, usted podrá 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.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

RESPONSABLE: MARKEL INSURANCE SE SUCURSAL EN ESPAÑA, Paseo de la Castellana 259C, Torre de Cristal, planta 34, 28046 de Madrid, markel@delegado-datos.com, W2764898I. **FINALIDADES:** Estudio y cotización de la póliza solicitada a través de su corredor. **LEGITIMACIÓN:** Consentimiento del interesado. **CESIONES:** A los corredores responsables de la solicitud y, en los casos legalmente establecidos. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia de la cotización y, finalizada ésta, durante los plazos exigidos legalmente para atender responsabilidades. **DERECHOS:** Tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos dirigiéndose a los datos de contacto del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos (www.aepd.es).

Declaración

Declaro/Declaramos que (a) este formulario ha sido completado tras una apropiada investigación; (b) sus contenidos son verdaderos y exactos y (c) todos los hechos y asuntos que puedan ser relevantes para la consideración de nuestra propuesta de seguro han sido comunicados. Asimismo, acuerdo/acordamos que este formulario y toda la información proporcionada será incorporada al contrato de seguro y formarán parte del mismo.

Firma:

Nombre:

Cargo:

Fecha: