

Cuestionario de RC Sanitaria Profesionales Sanitarios

DUAL

Aviso importante

Por favor **lea atentamente las siguientes notas** antes de rellenar el cuestionario.

Su póliza de responsabilidad civil profesional está emitida en base a reclamaciones.

Esto significa que su póliza responde a:

1. **Reclamaciones** que se formulen contra el asegurado por primera vez durante el periodo de seguro y se notifiquen al asegurador durante dicho periodo de seguro, siempre que el asegurado no tenga conocimiento en ningún momento con anterioridad a la fecha de efecto de circunstancias que pudiera razonablemente dar lugar a una reclamación y
 2. El asegurador no será responsable bajo la póliza de reclamaciones que se formulen con posterioridad a la fecha de vencimiento del periodo de seguro aunque el evento que haya dado lugar a la reclamación haya ocurrido durante la vigencia de la póliza.
- **Al rellenar el cuestionario, tiene que declarar y facilitar información completa y detallada de las circunstancias que sea conocidas por el asegurado y que razonablemente puedan dar lugar a una reclamación.**
 - **El cuestionario deberá ser rellenado, firmado, sellado 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. No se emitirá la posterior póliza si fuese el caso, salvo que el mismo esté firmado.**
 - **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.**

Tomador y asegurado

Tomador y asegurado

CIF/NIF/NIE/DNI	Situación laboral	Activo	Jubilado
F. Nacimiento	Nacionalidad		
Colegio profesional de	Numero de colegiado		
Dirección			
Ciudad	Provincia	CP	
Telefono	Email		

Titulación sanitaria y especialidad

Titulación sanitaria

Especialidad principal	Realiza cirugía
2º especialidad	Realiza cirugía
Titulación y especialidades obtenidas en españa	Homologadas en españa
Nº de años de experiencia	Empleador principal

Siniestros / reclamaciones previas

¿Ha tenido con anterioridad reclamaciones / siniestros o conoce algún acontecimiento que pudiera convertirse en uno. En caso de si, proporcione detalles.

Si

No

Condiciones poliza actual

Fecha vencimiento	Precancelada: (min. 1 mes)		
Tipo de ejercicio	Público	Privado	Mixto
Modo aseguramiento	Cobertura sanidad pública	Cobertura sanidad privada	Cobertura mixta
Limite siniestro	Agregado anual		

Garantías y coberturas solicitadas

Tipo de ejercicio	Público	Privado	Mixto
Modo aseguramiento	Cobertura sanidad pública	Cobertura sanidad privada	Cobertura mixta
Ambito temporal	Retroactividad		
Limite siniestro	Agregado anual		

Las personas que firman a continuación declaran que a su leal saber y entender las declaraciones hechas en la presente solicitud y en cualquier documento que la acompañe son verídicas y correctas, y que se ha hecho todo lo razonablemente posible para obtener suficiente información como para facilitar la debida y correcta cumplimentación de esta Solicitud. Los abajo-firmantes convienen que, si se descubriera algún cambio significativo en el contenido de la Solicitud entre la fecha de la misma y la fecha de efecto del seguro que resultara en que esta Solicitud fuera incorrecta o incompleta, dicho cambio se comunicará por escrito a los Aseguradores inmediatamente y, si fuera preciso, cualquier cotización pendiente podrá ser modificada o retirada. Los abajo-firmantes entienden y convienen que la cumplimentación y firma de la presente Solicitud no establece vínculo obligatorio alguno entre las partes para la formalización y perfeccionamiento de la póliza solicitada.

No se podrá emitir la póliza a menos que esta Solicitud vaya debidamente firmada y fechada por el profesional sanitario.

De formalizarse el contrato entre las partes esta solicitud formara parte integrante del contrato de seguro o poliza.

Observacion: Esta solicitud y todos los documentos que la acompañen serán tratados con la más estricta confidencialidad.

Solicitante DNI

Fecha (día, mes, año) Firma

Otro personal sanitario

Licenciado en Medicina	Fisioterapeuta	Técnico de cuidados auxiliares de enfermería
Farmacéutico	Terapeuta ocupacional	Técnico auxiliar de farmacia
Odontólogo	Podólogo	Higienista bucodental
Psicólogo	Óptico/Optometrista	Técnico superior en laboratorio de diagnóstico clínico
DUE Diplomado Universitario en Enfermería	Logopeda	Técnico superior en imagen para el diagnóstico
DUE – Matrona	Dietista/Nutricionista	Técnico en emergencias sanitarias
		Técnico superior en audiología protésica

Especialidades Médicas

Alergología	Geriatría	Médico inspector
Análisis clínicos	Ginecología con obstetricia	Microbiología y parasitología
Anatomía patológica	Ginecología sin obstetricia	Nefrología
Anestesiología y reanimación	Hematología y hemoterapia	Neumología
Angiología y cirugía vascular	Hidrología médica	Neurocirugía
Aparato digestivo	Inmunología	Neurofisiología clínica
Bioquímica clínica	MIR	Neurología
Cardiología	Medicina de la educación física y del deporte	Oftalmología
Cirugía cardiovascular	Medicina de urgencias	Oncología médica
Cirugía oral y maxilofacial	Medicina del trabajo	Oncología radioterápica
Cirugía ortopédica y traumatología	Medicina estética	Otorrinolaringología
Cirugía plástica, estética y reparadora (puramente estética)	Medicina familiar y comunitaria	Pediatría y sus áreas específicas
Cirugía plástica, estética y reparadora (sólo reparadora)	Medicina física y rehabilitación	Psiquiatría
Cirugía torácica	Medicina intensiva	Radiodiagnóstico
Dermatología y venereología	Medicina interna	Reumatología
Endocrinología y nutrición	Medicina legal y forense	Urología
Farmacología clínica	Medicina nuclear	Valoración daño corporal
Genética	Medicina preventiva y salud pública	