

Cuestionario de RC Sanitaria Clínicas Dentales

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

Denominación social	CIF	
Dirección		
Ciudad	Provincia	CP
Persona contacto		
Telefono	Email	

Asegurado

Asegurado principal	CIF
Asegurados adicionales	CIF
Asegurados adicionales	CIF
Asegurados adicionales	CIF

Actividad y especialidad

Actividad asegurada

Facturación	2019	2020	2021
-------------	------	------	------

2022 2023 2024

Nº de intervenciones quirúrgicas	Nº de piezas bucales
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Nº de endodoncias/ curetajes/periodoncia	Nº de tratamientos de estética dental
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Nº de extracciones/
implantes/protesis

Plantilla de empleados

Especialidad	Nº plantilla laboral	Nº externos	Especialidades médicas	Nº plantilla laboral	Nº externos
Cirugia oral y maxilofacial			Anestesiologia y reanimacion		
Estomatólogo			Odontólogo		
Due			Auxiliares de enfermeria		
Higienista bucodental					

Sinistros / reclamaciones previas

¿Ha tenido con anterioridad reclamaciones / siniestros o conoce algún acontecimiento que pudiera convertirse en uno?	Si	No
--	----	----

En caso de haber indicado Si, proporcione todos los detalles posibles en hoja Excel.

Fecha reclamación	Fecha de ocurrencia	Fecha de cierre	Estado (abierto/cerrado)	Importe reclamado	Reserva	Pago indemnización	Pagos gastos	Descripción	Hospital	País	Franquicia aplicada	Tipo de daño
-------------------	---------------------	-----------------	--------------------------	-------------------	---------	--------------------	--------------	-------------	----------	------	---------------------	--------------

Condiciones previas

Póliza actual	Fecha vencimiento
---------------	----------------------

Aseguradora actual	Precancelada: (min. 1 mes)	Si	No
--------------------	----------------------------	----	----

Antigüedad en la aseguradora actual. Indique nº de años

Condiciones previas

Mediador	Comision (%)
Prima neta anual	Prima total anual
Ambito temporal	Retroactividad
Limite siniestro profesional	Sublimite victima profesional
Limite siniestro explotación	Sublimite victima explotación
Limite siniestro patronal	Sublimite victima patronal
Agregado anual	
Franquicias	

Garantias y coberturas solicitadas

Ambito temporal	Retroactividad
Limite siniestro profesional	Sublimite victima profesional
Limite siniestro explotación	Sublimite victima explotación
Limite siniestro patronal	Sublimite victima patronal
Agregado anual	
Franquicias	

Observaciones

Indique cualquier otra información que considere puede ser relevante.

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.

Entidad solicitante	Sello de la entidad solicitante
Por	Cargo
Fecha	