

Cuestionario Laboratorios y Diagnostico por Imagen

DUAL

Cuestionario de RC Sanitaria Laboratorios y Centros de Imagen

Medical Malpractice Proposal Form – Private Laboratory and Image Centres

Aviso importante

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 RECLAMACION 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.

1. Tomador (Policy holder)

Denominación social

Company name

C.I.F.

VAT number

Dirección

Address

Ciudad

City

Provincia

Region

C.P.

Postal code

Persona contacto

Contact person

Teléfono

Telephone

Email

2. Asegurado (Insured)

Asegurado principal

Main insured

C.I.F.

VAT number

Asegurados adicionales

Other additional insureds

C.I.F.

VAT number

3. Actividad (Details of establishment)

Actividad asegurada

Activity

C.I.F.

VAT number

Facturación

Turnover

2019

2020

2021

2022

2023

2024

Países a donde factura y

su % de facturación:

Countries of sell and percentage

4. Laboratorios (Laboratory)

Tipo de análisis que realiza

Type of analysis

Pruebas en humanos

Human tests

Análisis de sangre, orina, etc.

Blood, urine test

No. de pruebas anuales

No. of annual units

Pruebas de alergias en humanos

Allergy test

No. de pruebas anuales

No. of annual units

Pruebas genéticas

Genetic test

No. de pruebas anuales

No. of annual units

Pruebas durante el embarazo

Test during the pregnancy

No. de pruebas anuales

No. of annual units

Pruebas en animales

Animal tests

Pruebas en animales

Test at animals

No. de pruebas anuales

No. of annual units

Pruebas de calidad en productos sanitarios humanos

Healthcare products quality tests

Pruebas de Cosméticos

Test for cosmetics

No. de pruebas anuales

No. of annual units

Pruebas de productos sanitarios

Test of healthcare products

No. de pruebas anuales

No. of annual units

Otras

Others

Otros

Others

No. de pruebas anuales

No. of annual units

Otros

Others

No. de pruebas anuales

No. of annual units

Bancos

Banks

Banco de pre embriones, gametos, etc.

Pre-embryo bank, gametes, etc.

No. de unidades

No. of units

Banco de sangre

Blood bank

No. de unidades

No. of units

Banco de material genético,

cordón umbilical, etc.

Genetic material bank, umbilical cord

No. de unidades

No. of units

Banco de otras muestras

Other Banks

No. de unidades

No. of units

¿Dispone de sistemas complementarios de producción eléctrica para evitar daños por variación de temperatura? Do you have complementary electricity production systems to avoid damage from temperature variation?	Si	No
¿Dispone de una política de destrucción de material biológico? Do you have a policy for the destruction of biological material?	Si	No
¿Dispones de seguro de daños materiales que cubra los daños al material almacenado? Do you have property damage Insured to cover this biological material?	Si	No

5. Centro de diagnostico por imagen (Image centre)

Tipo de pruebas que realiza

Type of analysis

Placas de rayos X
X-rays

No. de pruebas anuales
No. of annual units

TAC
Tomography

No. de pruebas anuales
No. of annual units

Resonancia Magnética
Magnetic Resonance

No. de pruebas anuales
No. of annual units

Ecografía
Ultrasound

No. de pruebas anuales
No. of annual units

Otras
Others

No. de pruebas anuales
No. of annual units

6. Personal (Employees)

Especialidad medicos
Physicians specialty

Plantilla Labora
Employed

Externos
Non Employed

Otro personal sanitario
Other specialty

Plantilla Labora
Employed

Externos
Non Employed

7. Siniestros / reclamaciones previas (Claims information)

Ha tenido con anterioridad reclamaciones / siniestros o conoce algún acontecimiento que pudiera convertirse en uno:

Si

No

Are you aware of any circumstance or claim of which you are or have been involved and/or any incident which may give rise to a claim

En caso de haber indicado SI, proporcione todos los detalles posibles en hoja EXCEL.

In case of YES, please provide all the information in a Excel Sheet.

Fecha reclamación

Data claims made

Fecha de ocurrencia

Date of occurrence

Fecha de Cierre

Date of closed

Estado (abierto/cerrado)

Status (open / closed)

Importe reclamado

Requested amount

Reserva

Reserve

Pago indemnización

Indemnity paid

Pagos gastos

Expenses

Descripción

Description of event

Hospital

Hospital name

País

Country

Franquicia aplicada

Deductible applied

Tipo de daño

Type of damage

8. Condiciones previas (Current insurance details)

Póliza actual
Current policy

Fecha vencimiento
Expiry date

Aseguradora actual
Current insurer

Precancelada: (min. 1 Mes)
Is the policy previously cancelled

Antigüedad en la aseguradora actual
No. of years insured at the
current company

Mediador
Broker

Prima neta anual
Annual net premium

Prima total anual
Annual total premium taxes included

Ambito temporal
Temporary clause

Retroactividad
Retroactive date

Limites siniestro profesional
Current professional claim limit

Sublimite victima profesional
Current professional victim limit

Limite siniestro explotación
Current general liability claim limit

Sublimite victima explotación
Current general liability victim limit

Limite siniestro patronal
Current employer liability claim limit

Sublimite victima patronal
Current employer liability victim limit

Agregado anual
Annual aggregate limit

Franquicias
Deductibles

9. Garantías y coberturas solicitadas (Application of cover)

Ambito temporal
Temporary clause

Retroactividad
Retroactive date

Limites siniestro
Professional claim limit

Sublimite victima profesional
Professional victim limit

Limite siniestro explotación
General liability claim limit

Sublimite victima explotación
General liability victim limit

Limite siniestro patronal
Employer liability claim limit

Sublimite victima patronal
Employer liability victim limit

Agregado anual
Annual aggregate limit

Franquicias
Deductibles

10. Observaciones

Indique cualquier otra información que considere puede ser relevante.

Other Information. Please provide any additional information that can be relevant

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

Helping you do more

