

Cuestionario de RC Sanitaria Establecimientos Privados – Residencias

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:

Residencias

Nº de centros

Tipo de pacientes:

Tercera edad	Discapacitados	Menores de edad	Otros
Nº de camas	Centro de día	Atención domiciliaria	Otras
% ocupación camas	Centro de día	Atención domiciliaria	Otras

Especialidades médicas y asistenciales que facilita:

Facturación	2019	2020	2021
	2022	2023	2024

Personal sanitario

Licenciatura	Especialidad	Plantilla laboral	Externos
Médicos	Geriatra		
	General		
	Psiquiatra		
Due			
Auxiliares de enfermería			
Auxiliares de geriatría			
Fisioterapeutas			
Otro personal sanitario			
Otro personal no sanitario			

Siniestros / reclamaciones previas

¿Has 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

Mediador

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

Garantías y coberturas solicitadas

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.

No se podrá emitir la póliza a menos que esta Solicitud vaya debidamente firmada, fechada y sellada por el Director Financiero, Director Jurídico o Consejero Delegado de la entidad.

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.

Entidad
solicitante

Sello de
la entidad
solicitante

Por

Cargo

Fecha