

# Cuestionario de RC Sanitaria Sociedades Mercantiles Profesionales

**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

Denominación social

CIF

Dirección

Volumen de facturación anual

## Actividad y especialidad

Actividad, indicando especialidades y su %:

Especialidad principal

%

Especialidad principal

%

Especialidad principal

%

¿Tiene clínica propia o trabaja en hospitales de terceros?

¿Tiene personal sanitario contratado?

Nº de consultas anuales

Nº de partos anuales

Nº de Intervenciones ambulatorias anuales

Nº de Intervenciones con estancia anuales

## Actividad y especialidad

Nº profesionales sanitarios	Especialidad	Contrato laboral / mercantil / accionista	¿Cuántos asegurados en DUAL?	Límite mínimo asegurado en póliza individual
-----------------------------	--------------	---	------------------------------	--

## Siniestros / reclamaciones previas

¿Han tenido el tomador/asegurado o los socios accionistas, reclamaciones en los últimos 10 años, siniestros o algún acontecimiento que pudiera convertirse en uno?

Si

No

En caso afirmativo indique en hoja anexa toda la información disponible.

## Garantías y coberturas solicitadas

Fecha efecto	¿Póliza actual pre cancelada?
Ámbito temporal	Retroactividad
Límite siniestro profesional	Sublímite victima profesional
Límite siniestro explotación	Sublímite victima explotación
Límite siniestro patronal	Sublímite 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

Por

Cargo

Sello

Fecha