Cuestionario de RC Sanitaria Clínicas de Fertilidad

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 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.**

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	

Paises a donde factura y su % de facturación:

Paise	%	Paise	%

Tratamientos de fertilidad

Infertilidad			
Tipo	Marque según corresponda	Aclaraciones	Nº de pruebas anuales
Inseminación artificial			
Fecundación invitro			
Donación de semen y ovodonación			
Pruebas genéticas			
Pruebas durante el embarazo			
Cirugía			
Partos			
Otros			

Bancos			
Tipo	Marque según corresponda	Aclaraciones	Nº de muestras almacenadas
Banco de pre embriones, gametos, etc.			
Banco de sangre			
Banco de material genético, cordón umbilical, etc.			
Pruebas genéticas			

¿Dispone de sistemas complementarios de producción eléctrica para evitar daños por variación de temperatura? Si ☐ No ☐

¿Dispone de una política de destrucción de material biológico? Si ☐ No ☐

¿Tiene contratado un seguro de daños materiales que cubra los gastos de traslado acorde a los requerimientos del RDL 9/2014? Si ☐ No ☐

¿Tiene contratado un seguro de daños materiales que cubra los daños al material crioconservado, y que pudiera indemnizar acorde a los requerimientos del Ley 14/2006? Si ☐ No ☐

Personal					
Especialidad medicos	Plantilla laboral	Externos	Otro personal sanitario	Plantilla laboral	Externos

Siniestros / reclamaciones previas

¿Ha tenido con anterioridad reclamaciones / siniestros o conoce algún acontecimiento que pudiera convertirse en unos? 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			

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			