SOLICITUD DE SEGURO PRECOTIZADA

Cuestionario de Responsabilidad Civil Profesional para Profesionales de Medicina Alternativa y Complementaria

Se pretende que la presente propuesta de seguro se cumplimente de forma precisa y honesta. Usted debe facilitar toda la información, circunstancias y hechos que sean, o puedan ser, relevantes para nuestra consideración de su propuesta de seguro.

Tomador del Seguro: .....
CIF: ..... **Fecha inicio actividad:** ...../...../..... (DD/MM/AAAA)
Dirección: .....
.....
Localidad:.....**Provincia:**.....
Código Postal:..... **Página web:** .....

Volumen de facturación / ingresos totales:
Facturación del último ejercicio cerrado: ..... €
(si es de reciente creación, indique la facturación estimada)

Fecha de Efecto solicitada: ...../...../..... (DD/MM/AAAA)

Esta propuesta de seguro está sujeta a la confirmación de la siguiente información:

1. ¿Tiene el Tomador contratado con Markel su seguro de Responsabilidad Civil?

   SI ☐ NO ☐

2. ¿Ha recibido el Tomador alguna reclamación de Responsabilidad Civil en los últimos 5 años?

   SI ☐ NO ☐

3. Después de las oportunas averiguaciones, ¿tiene conocimiento el Tomador de cualquier hecho, circunstancia, alegación o incidente que pueda dar lugar a una reclamación de Responsabilidad Civil?

   SI ☐ NO ☐

   En caso que alguna respuesta sea afirmativa, rogamos nos faciliten detalles adicionales para estudiar una propuesta individualizada:

   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....

4. ¿Cumple los requisitos previstos en el Reglamento General de Protección de Datos -UE 2016/679- (RGPD)?

SI ☐ NO ☐

5. ¿Tiene conocimiento de alguna investigación o ha sido sancionado por la Agencia Española de Protección de Datos?

SI ☐ NO ☐

Actividad a asegurar / % Facturación(marcar las especialidades)

ACTIVIDAD	%	ACTIVIDAD	%	ACTIVIDAD	%
Alexander Technique		Acupuntura		Shiatsu	
Craneosacral		Aromaterapia		Tai Chi	
Drenaje linfático		Biomagnetismo		Yoga	
Osteopatía		Chamanismo		Auriculoterapia	
Pilates		Cristaloterapia		Neuralterapia	
Quiromasaje		Cromoterapia		Homeosiniatria	
Quiropráctica		Liberador Holítico de Estrés con técnicas de kinesiología		Fitoterapia	
Reflexología		Meditación		Oligoterapia	
Rolfing		Kinesiología		Ozonoterapia	
Spinologia		Radiestesia		Complementación dietética	
Danzaterapia		Radionica		Dietoterapia	
Diafreoterapia		Terapia de polaridad		Coaching	
Hipnoterapia		Qi gong		Constelaciones	
Musicoterapia		Reiki		Control Mental	
PNL - Programación Neurolingüística		Rebirthing		Respiración Consciente	
Risoterapia		Sueños y Arquetipos		Tacto terapéutico	
Terapia floral		Psicoterapia		Gestalt	
Homeopatía		Naturopatía		Medicina Tradicional China	
Medicina antroposófica		Medicina Ayurveda		Medicina Tibetana	
Equinoterapia		Fisioterapia (sin médico rehabilitador		Podólogos	

Otras actividades a consultar: ……

Límites y primas netas anuales orientativas (INDIQUEN OPCIÓN DESEADA)

Profesionales sin empleados y máximo hasta 100.000 euros facturación

Actividades Aseguradas	Prima neta para Limite 150.000 €	Prima Neta para Límite 300.000 €	Prima Neta para Límite 600.000 €
Recogidas en el cuadro anterior (excepto las indicadas en la línea inferior)	☐ **140 €**	☐ **210 €**	☐ **310 €**
Quiropráctica / Osteopatía /Equinoterapia / Fisioterapia (sin médico rehabilitador) (*)	☐ **220 €**	☒ **300 €**	☒ **430 €**

(*) Independientemente del % de actividad que supongan respecto al resto de actividades, se aplicarán las primas correspondientes a esta especialidad

Resumen de coberturas, franquicias y sublímites

Responsabilidad Civil Profesional

Responsabilidad Civil de Explotación

Responsabilidad Civil de Subsidiaria de Contratistas y Subcontratistas

Responsabilidad Civil de Producto

Responsabilidad Civil de Locativa

Sublímite máximo: 300.000,00 €

Protección de Datos

Sublímite: 60.000,00 € por Reclamación y Anualidad de Seguro

Gastos defensa acoso sexual

Sublímite: 15.000,00 € por Reclamación y Anualidad de Seguro

Prestación de atención médica en cumplimiento del deber de socorro a terceros

Sublímite: 15.000,00 € por Anualidad de Seguro incluyendo Costes y Gastos

Defensa y Fianzas

Liberación de Gastos

Ámbito Territorial: España / Ámbito temporal: Claims made

Retroactividad: UN AÑO o Periodo de descubrimiento de 12 meses si se trata de un centro nueva creación

Franquicia:

- General de 300 €
- Patronal y Cruzada: Sin Franquicia
- LOPD: 6.000 €

Empresas / Autónomos con un máximo de 3 empleados y/o colaboradores y con facturación anual hasta 300.000,00 €.

Actividades Aseguradas	Prima neta para Limite 150.000 €	Prima Neta para Límite 300.000 €	Prima Neta para Límite 600.000 €
Recogidas en el cuadro anterior (excepto las indicadas en la línea inferior)	☐ **250 €**	☐ **320 €**	☐ **420 €**
Quiropráctica / Osteopatía /Equinoterapia / Fisioterapia (sin médico rehabilitador) (*)	☐ **350 €**	☐ **450 €**	☐ **585 €**

(*) Independientemente del % de actividad que supongan respecto al resto de actividades, se aplicarán las primas correspondientes a esta especialidad

Resumen de coberturas, franquicias y sublímites

Responsabilidad Civil Profesional

Responsabilidad Civil de Explotación

Responsabilidad Civil de Subsidiaria de Contratistas y Subcontratistas

Responsabilidad Civil de Producto

Responsabilidad Civil de Locativa

Sublímite máximo: 300.000,00 €

Responsabilidad Civil Patronal

Sublímite: 150.000,00 € por víctima

Responsabilidad Civil Cruzada

Sublímite: 150.000,00 € por víctima

Protección de Datos

Sublímite: 60.000,00 € por Reclamación y Anualidad de Seguro

Gastos defensa acoso sexual

Sublímite: 15.000,00 € por Reclamación y Anualidad de Seguro

Prestación de atención médica en cumplimiento del deber de socorro a terceros

Sublímite: 15.000,00 € por Anualidad de Seguro incluyendo Costes y Gastos

Infidelidad de empleados

Sublímite: 150.000,00 € por víctima

Defensa y Fianzas

Liberación de Gastos

Ámbito Territorial: España / Ámbito temporal: Claims made
Retroactividad: UN AÑO o Periodo de descubrimiento de 12 meses si se trata de un centro nueva creación

Franquicia:

- General de 300 €
- Patronal y Cruzada: Sin Franquicia
- LOPD e Infidelidad de empleados: 6.000 €.

Condicionado aplicable para ambas tarifas: MARKEL RCP SANITARIA 202002

La cobertura de seguro sólo comenzará tras la confirmación por parte de Markel, previo análisis satisfactorio de este Cuestionario.

A su vencimiento, el seguro quedará sujeto al régimen de prórroga tácita establecido en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro.

Notas: Las anteriores primas anuales no incluyen los impuestos (8,15%) y son no regularizables
Las presentes condiciones son válidas hasta 31/12/2021
Para cualquier duda o aclaración, rogamos contacte con su Mediador de Seguros.

Protección de Datos de Carácter Personal

RESPONSABLE: MARKEL INSURANCE SE, Sucursal en España (W2764898I), Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, planta 35, 28020 de Madrid, markel@delegado-datos.com. **FINALIDADES**: Estudio y cotización de la póliza solicitada a través de su corredor. **LEGITIMACIÓN**: Consentimiento del interesado. **CESIONES:** A los corredores responsables de solicitud y, en los casos legalmente establecidos. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia de la cotización y, finalizada ésta, durante los plazos exigidos legalmente para atender responsabilidades. **DERECHOS:** Tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos dirigiéndose a los datos de contacto del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos (www.agpd.es). No se entregará documentación del cliente a terceros no autorizados.

Declaración

Declaro/Declaramos que (a) este formulario ha sido completado tras una apropiada investigación; (b) sus contenidos son verdaderos y exactos y (c) todos los hechos y asuntos que puedan ser relevantes para la consideración de nuestra propuesta de seguro han sido comunicados. Asimismo, acuerdo/acordamos que este formulario y toda la información proporcionada será incorporada al contrato de seguro y formarán parte del mismo.

Firma, nombre y cargo: _____ Fecha: _____