



**Cuestionario Combinado de Responsabilidad Civil de Centros Sanitarios sin Internamiento y de Responsabilidad Civil de Administradores**

**Se ruega leer estas notas orientadoras antes de rellenar el Cuestionario.**

1. El Cuestionario se refiere a una cobertura de responsabilidad civil en base a Reclamaciones. El Contrato de Seguro ampara las Reclamaciones que se formulen por primera vez contra el Asegurado durante el periodo de vigencia del seguro de acuerdo a los términos y condiciones que se establezcan y acuerden entre las partes.
2. El Cuestionario deberá ser rellenado, firmado y fechado por una persona que esté legalmente capacitada y autorizada para suscribir la solicitud de seguro de responsabilidad civil en representación de la empresa que actúa como solicitante.
3. Tal y como se indica en el Art. 10 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro, es deber del solicitante aportar toda la información que en el cuestionario se indica así como dar a conocer cualquier hecho relevante.
4. Un hecho relevante es aquel hecho y/o circunstancia conocido que pueda influir en la valoración del riesgo por parte del Asegurador. Si le queda duda de qué constituye un hecho relevante que deba ser comunicado al Asegurador, por favor no dude en consultar a su Corredor de Seguros o al Asegurador.
5. Este Cuestionario no obliga a la formalización del seguro pero formará parte de cualquier Contrato de Seguro que pueda emitirse como consecuencia.
6. Es imprescindible contestar a todas las preguntas contenidas en este Cuestionario.

**A) DATOS GENERALES DEL TOMADOR DEL SEGURO**

1. **Nombre o razón social:** .....
2. **C.I.F.:** .....
3. **Dirección:** .....  
**Localidad:**.....**Provincia:**.....**Código Postal:**.....
4. **Fecha de creación del centro sanitario:**.....

**B) TIPO DE CONTRATO SANITARIO**

- |                          |   |                          |  |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>Consultorio médico</b>               | <input type="checkbox"/> | <b>Tratamiento ambulatorio</b>             |
| <input type="checkbox"/> | <b>Clínica dental</b>                   | <input type="checkbox"/> | <b>Centro de urgencias</b>                 |
| <input type="checkbox"/> | <b>Laboratorio de análisis clínicos</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Centro de imagen y diagnóstico</b>      |
| <input type="checkbox"/> | <b>Centro de reproducción asistida</b>  | <input type="checkbox"/> | <b>Centro de cirugía mayor Ambulatoria</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Otros (detalles).....</b>            |                          |  |

**C) ACTIVIDAD**

**Descripción completa y detallada acerca de las actividades del centro sanitario:**

.....

.....

.....

.....

**D) FACTURACIÓN (HONORARIOS)**

**Volumen de facturación / honorarios a cierre del ejercicio económico anterior, y estimados para el ejercicio en curso.**

**Último Ejercicio Cerrado:** .....

**Estimación Ejercicio en Curso:** .....

**E) DESGLOSE DEL PERSONAL**

<b>PERSONAL NO SANITARIO</b>	<b>Laboral</b>	<b>Mercantil</b>
Directivos		
Administrativos		
Asistentes sociales		
Psicólogos		
Otros (detalles)		
<b>PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO</b>	<b>Laboral</b>	<b>Mercantil</b>
D.U.E. y A.T.S.		
Fisioterapeutas		

Podólogos		
Técnicos sanitarios		
Auxiliares de clínica		
Otros (detalles)		
<b>PERSONAL SANITARIO FACULTATIVO</b>	<b>Laboral</b>	<b>Mercantil</b>
Médicos (ver cuadro de especialidades adjunto)		
<b>Personal médico por especialidades</b>	<b>Laboral</b>	<b>Mercantil</b>
Alergología		
Análisis Clínicos		
Aparato Digestivo - sin endoscopias		
Aparato Digestivo y Gastroenterología - con endoscopias		
Bioquímica Clínica		
Cardiología - sin cirugía		
Cirugía General y Digestivo		
Cirugía Oral y Maxilofacial		
Dermatología y Venereología - sin cirugía		
Dermatología y Venereología - con cirugía		
Endocrinología-Metabolismo y Nutrición		
Farmacología Clínica		
Ginecología sin cirugía, excluida Obstetricia (partos)		
Ginecología con cirugía, excluida Obstetricia (partos)		
Hematología y Hemoterapia		
Inmunología		
Medicina del Trabajo		
Medicina Deportiva		
Medicina General		
Medicina Geriátrica		
Medicina Intensiva – U.V.I.		
Medicina Legal y Forense		
Medicina Nuclear		
Medicina Preventiva		
Nefrología		
Neumología y Unidad del Sueño		
Neurología-Neuropsiquiatría		
Odonto-estomatología		
Oftalmología sin cirugía		
Oftalmología con cirugía		
Oncología Médica		
Oncología Radioterápica-Radioterapia		
Otorrinolaringología sin cirugía		
Otorrinolaringología con cirugía		
Pediatría		
Psiquiatría		

Radiodiagnóstico-Radiología no invasiva		
Radiodiagnóstico Intervencionista		
Rehabilitación		
Reumatología		
Traumatología sin cirugía		
Urología sin cirugía		
Urología con cirugía-Proctología		
Otras especialidades (detalles)		

**F) INFORMACIÓN ADICIONAL**

**1. Número y tipología de aparatos de RX**

.....

.....

.....

**2. ¿Practican medicinas o terapias alternativas?**

SI                       NO

En caso afirmativo, indiquen detalles:

.....

.....

.....

**3. ¿Practican la medicina estética, con o sin cirugía?**

SI                       NO

En caso afirmativo, indiquen detalles:

.....

.....

.....

**4. ¿Realizan intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos?**

SI                       NO

En caso afirmativo, adjunten los documentos de Consentimiento Informado que utilizan.

**5. ¿Prestan servicios sociosanitarios (ej: asistencia a drogodependientes, discapacitados, enfermos crónicos), y/o servicios a la tercera edad?**

SI                       NO

En caso afirmativo, indiquen detalles:

.....

.....

.....

**6. Detalles de las instalaciones del centro sanitario**

Dirección	Superficie (m2)	Nº de plantas	Año de construcción	Propiedad del Tomador	Sistemas de Sprinkler
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Tiene otras medidas de seguridad?  
**SI**                       **NO**

En caso afirmativo, indiquen detalles:  
 .....

**7. ¿Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil?**

**SI**                       **NO**

En caso afirmativo, indiquen detalles:  
**Compañía Aseguradora:** .....  
**Límite de Indemnización:** .....  
**Franquicia:** .....  
**Prima:** .....  
**Fecha de la Renovación:** .....

**8. Indique el límite de indemnización solicitado:**

€ 150.000,00       € 300.000,00       € 600.000,00  
 € 900.000,00       € 1.200.000,00       € 1.500.000,00

**Indique la franquicia que quiere asumir:** .....

**G) INFORMACIÓN SOBRE SINIESTRALIDAD**

**1. ¿Ha recibido el Tomador, alguno de sus socios o su personal alguna reclamación de Responsabilidad Civil en los últimos 5 años?**

**SI**                       **NO**

Si es así, rogamos facilite información completa y detallada, importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados.  
 .....  
 .....  
 .....

**2. ¿Existe alguna circunstancia o hecho que razonablemente pueda dar lugar a una reclamación de Responsabilidad Civil contra el Tomador, alguno de sus socios o su personal?**

SI

NO

Si es así, rogamos facilite información completa y detallada.

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

**NOTA:** Un hecho, circunstancia o incidente que pueda dar lugar a una Reclamación debe interpretarse en el sentido más amplio posible. Por favor, consulte con su Mediador de Seguros para que le asesore en este punto.

En todo caso para que no haya dudas sobre el sentido de la pregunta, debe Ud. declarar cualquier incidencia relacionada con su actividad profesional que exceda de la más estricta normalidad o habitualidad. En particular, cualquier notificación, incidencia o intervención ante cualquier Tribunal o Autoridad, judicial, arbitral o administrativa o en cualquier procedimiento o expediente, cualquiera que sea la calidad en la que Ud. se vea afectado por la incidencia, reciba la notificación o intervenga ante el Tribunal o Autoridad, o en el procedimiento o expediente, puede constituir un hecho relevante que debe ser declarado.

### SECCIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE ADMINISTRADORES Y ALTOS CARGOS (D&O)

**1. ¿Tienen con Markel el seguro de Responsabilidad Civil de Administradores y Altos Cargos la Entidad solicitante, alguna Filial o Participada, o alguno de sus Administradores o Altos Cargos?**

SI

NO

**2. ¿Es el Pasivo Corriente de la Entidad solicitante o de alguna Filial superior al Activo Corriente?**

SI

NO

**3. En los últimos 12 meses, la Entidad solicitante o alguna de sus Filiales o Participadas, ¿han estado en situación de insolvencia o en concurso de acreedores, han tenido patrimonio neto negativo, o se han visto obligadas a realizar alguna de las medidas correctoras de desequilibrio patrimonial que establece la Ley de Sociedades de Capital u otra legislación aplicable?**

SI

NO

**4. Durante los últimos 2 años, ha sufrido la Entidad Solicitante o alguna Filial:**

a) ¿algún cambio de control accionarial? SI  NO

b) ¿alguna fusión, compra o venta? SI  NO

**5. ¿Conoce la Entidad solicitante alguna propuesta de cambio de control accionarial, fusión, compra o venta?**

SI

NO

**6. Indique si la Entidad solicitante, alguna Filial o Participada, o alguna de las personas para las que se solicita este seguro se ha visto en los últimos 5 años afectada por una Reclamación en su contra o por una investigación por parte de cualquier autoridad competente, si ha sido inhabilitada como Administrador, o si existe algún hecho o circunstancia que razonablemente pueda dar lugar a una Reclamación contra cualquiera de las citadas personas o entidades.**

SI

NO

**7. Indique si la Entidad solicitante o alguna Filial ha visto denegada alguna solicitud de seguro o renovación, o si se le ha anulado un seguro similar o se ha supeditado a condiciones especiales.**

SI

NO

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

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

**8. Indique el límite de indemnización solicitado:**

€ 150.000,00  € 300.000,00  € 600.000,00  € 1.000.000,00  Otro (indicar) \_\_\_\_\_

**NOTA:** El límite de indemnización contratado en la sección de RC Administradores no podrá ser superior al límite contratado para la RC de Centros Sociosanitarios.

## **Información Precontractual**

De acuerdo con lo dispuesto en la ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el Asegurador a quien se ha solicitado cobertura, declara:

1. Que el presente contrato de seguro se celebra en régimen de Derecho de Establecimiento con MARKEL Insurance SE, con domicilio en Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, Planta 35, Edificio Torre Picasso, 28020 Madrid (España), que consta inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros bajo la clave de autorización N° E-0235.
2. El Estado Miembro a cargo de la supervisión de las actividades del Asegurador es Alemania, la Autoridad de Control es BaFin ([Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht](#)), con domicilio en Graurheindorfer Str. 108I, 53117 Bonn, Alemania.
3. Que la legislación aplicable al presente contrato será la Ley 50/1980 de 8 de octubre, del Contrato de Seguro y, la Ley 20/2015 de 14 de julio, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y demás normativa española de desarrollo.
4. Que las disposiciones relativas a las reclamaciones serán las siguientes:

a. Instancias internas de reclamación:

En el supuesto de que tenga alguna queja o reclamación, podrán Ud. dirigirse por escrito, al corredor que intermedió la póliza, en su caso.

En caso de no quedar satisfecho con el modo en que se tramita su reclamación, si Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito a:

**Servicio de Atención al Cliente**

Titular del Servicio: D. Julián Olivares Monteagudo  
C/ Génova, nº 11 5º Izquierda, 28004, Madrid  
Teléfono: 91 556 19 78, Fax: 91 556 27 74  
E-mail: [atencionclientemarkel@gmail.com](mailto:atencionclientemarkel@gmail.com)

b. Instancias externas de reclamación:

En caso de disputa, podrá usted reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

Así mismo, podrá usted someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en el Artículo 31 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y sus normas de desarrollo, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje, para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros.

**Protección de Datos de Carácter Personal**

**RESPONSABLE:** MARKEL INSURANCE SE, Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, planta 35, 28020 de Madrid, [markel@delegado-datos.com](mailto:markel@delegado-datos.com), W-2764898-I. **FINALIDADES:** Evaluar el riesgo de la cobertura solicitada, tramitar el desarrollo, cumplimiento y control del seguro contratado, tramitar los posibles siniestros e informarle de nuestros productos y servicios vía electrónica y postal. **LEGITIMACIÓN:** Ejecución del contrato de seguro e interés legítimo en informar a nuestros clientes de nuestros productos y servicios. **CESIONES:** En los casos legalmente establecidos y, durante la tramitación de los siniestros, a corredores y agentes de seguros, compañías aseguradoras y todas las entidades, organismos o personas legitimadas y necesarias para la resolución y tramitación de siniestros. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia de la relación póliza y, finalizada ésta, durante los plazos exigidos legalmente para atender responsabilidades. Datos comerciales: cuando el usuario solicite su baja. **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](http://www.agpd.es)). No se entregará documentación del cliente a terceros no autorizados.

**NO DESEO RECIBIR INFORMACIONES COMERCIALES**

**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: \_\_\_\_\_