

CUESTIONARIO

RESPONSABILIDAD CIVIL MALA PRÁCTICA MÉDICA

1.-DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE.:

NOMBRE DE LA ENTIDAD SOLICITANTE: (Full name of the Proposer)

DIRECCION:

LOCALIDAD:

CODIGO POSTAL:

TELEFONO:

FAX:

E- MAIL:

CIF:

Fecha de Inicio de la Actividad: (Date of Business commencement)

Facturación Año anterior: (Last year turnover)

€

Estimación Facturación año actual(Estimated)

€

2.-DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD: (Detail your Activity description)

3.- DESCRIBA POR FAVOR LA ENTIDAD JURIDICA DE QUIEN DEPENDEN: (Indicate your ownership nature)

Privado :

%

Publico:

%

Concertado:

%

Fundación:

%

4.- POR FAVOR, INDIQUE LA COMPOSICIÓN DE SU PLANTILLA:

Desglose de plantilla / Breakdown of staff	Número / Number
PERSONAL DIRECTIVO (<i>Directors/Partners/Principals</i>)	
MEDICOS – SEGÚN ESPECIALIDAD (<i>Anexo i</i>)	
FARMACEUTICOS (<i>pharmacists</i>)	
D.U.E. Y A.T.S. (<i>nurses</i>)	
MATRONAS (<i>midwives</i>)	
FISIOTERAPEUTAS (<i>physiotherapist</i>)	
TÉCNICOS SANITARIOS (<i>sanitary technician</i>)	
AUXILIARES DE CLINICA (<i>sanitary assistant</i>)	
ADMINISTRATIVOS (<i>admón.</i>)	
ASISTENTES SOCIALES (<i>social assistant</i>)	
OTRO PERSONAL (ESPECIFICAR) (<i>others</i>)	

5.- VALORES DE ACTIVIDAD : (Activity figures)

	NUMERO / Number
NÚMERO DE CAMAS (Num. of beds)	
NÚMERO DE QUIROFANOS (Num. of the op. theatres)	
NÚMERO ANUAL DE PACIENTES TRATADOS (Annual Num. of treated patients)	
OCUPACIÓN MEDIA (average occupation)	
NÚMERO DE U.V.I.S.(number of Intensive Care Units)	
AMBULANCIAS PROPIAS (ambulances)	

6.- ¿TIENE BANCO DE SANGRE PROPIO? (Do you have an own blood bank?)

SI

NO

7.-¿TIENEN TODOS SUS MEDICOS Y AQUELLOS COLABORADORES POLIZA VIGENTE INDIVIDUAL DE R.C. MEDICA? Have all your doctors in force individual policy of r.c. Doctors?

¿QUE LIMITE DE INDEMNIZACION TIENEN?

8.-HISTORIAL PREVIO SINIESTRAL: (Previous claims history)

POR FAVOR DETALLE LAS CAUSAS E IMPORTES DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS POR NEGLIGENCIA MEDICA DURANTE LOS ULTIMOS 5 AÑOS.

Please provide details of the causes and amounts of the claims made for medical negligence during the last five years

FECHA DE SINIESTRO	FECHA DE RECLAMACIÓN	CANTIDAD	PAGO	RESERVA	CAUSA

9.- EXISTE CUALQUIER OTRO HECHO(S) O CIRCUNSTANCIA(S) CONOCIDO(S) QUE PUEдан AFECTAR A LA EVALUACIÓN DEL RIESGO POR EL ASEGURADOR?

EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR DE DETALLES –

10.- POR FAVOR, INDIQUE EL PORCENTAJE APROXIMADO DE PROCEDIMIENTOS ADMITIDOS EN PACIENTES CON LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS:

	PORCENTAJE %
Urgencias (<i>Accident & Emergency</i>)	%
Reproducción Asistida (<i>Assisted Conception</i>)	%
Ensayos Clínicos (<i>Clinical Trials</i>)	%
Enfermedades Contagiosas (<i>Comunicable Diseases</i>)	%
Alcoholemia / Toxicología (<i>Drug / Alcohol Dependency</i>)	
Odontología (<i>Dental</i>)	%
Estética (<i>Elective Cosmetic</i>)	%
Geriatría (<i>Geriatric</i>)	%
Psiquiatría (<i>Psychiatric</i>)	%
Cirugía Ambulatoria (<i>Minor Surgery</i>)	%
Cirugía Media (<i>Intermediate Surgery</i>)	%
Cirugía Mayor (<i>Major Surgery</i>)	%
Cirugía Oftalmológica (<i>Laser Eye Surgery</i>)	%
Cirugía Menor (<i>Other Minor Surgery</i>)	%
Nutrición (<i>Nutrition</i>)	%
Otros (<i>Other Medical</i>)	%

11. LE ROGAMOS ESPECIFIQUE LOS LIMITES DE COBERTURA QUE REQUIERE PARA SU PÓLIZA (o los que tiene actualmente para así poder comparar nuestra oferta):

Prima Actual	
Límite Asegurado	
Franquicia	
Sublímite	

- a) **¿Cuál es su aseguradora actual y Capitales asegurados?**
- b) **¿Desde cuándo está asegurado con esta Compañía y Prima actual?**
- c) **¿Su cobertura actual está definida en base a ocurrencia o reclamaciones?**

ANEXO 1. DESGLOSE DEL PERSONAL POR ESPECIALIDADES

GRUPO DE RIESGO	ESPECIALIDAD	PLANTILLA	COLABORADORES
I	Análisis clínicos		
	Anatomía patológica		
	Bioquímica clínica		
	Documentación clínica		
	Farmacia Hospitalaria		
	Farmacología clínica		
	Medicina familiar y comunitaria		
	Medicina preventiva		
	Microbiología y parasitología		
	Medicina general		
	Nutrición clínica y dietética		
	Rehabilitación		
	Reumatología		
	II	Medicina intensiva	
Medicina interna			
Medicina interna guardia y admisión			
Medicina legal			
Pediatría			
III	Alergología		
	Aparato digestivo		
	Bioquímica clínica		
	Dermatología m.q. y venéreas		
	Endocrinología y nutrición		
	Estomatología		
	Física y protección radial		
	Genética		
	Hematología y hemoterapia		
	Inmunología		
	Medicina nuclear		
	Neumonología		
	Neurofisiología clínica		
	Oftalmología		
	O.R.L.		
	Psiquiatría		
	Radiodiagnóstico		
	Urología		
Unidad de protección radiológica			

DESGLOSE DEL PERSONAL POR ESPECIALIDADES (CONT.)

GRUPO DE RIESGO	ESPECIALIDAD	PLANTILLA	COLABORADORES
IV	Angiología y Cirugía Vascular		
	Cirugía cardiovascular		
	Cirugía general y del aparato digestivo		
	Cirugía maxilofacial		
	Cirugía pediátrica		
	Cirugía del tórax		
	Cardiología		
	Nefrología		
	Neurología		
	Neurocirugía		
	Oncología médica		
	Oncología radioterápica		
	Traumatología y cirugía ortopédica		
V	Anestesiología y reanimación		
VI	Ginecología con cirugía sin obstetricia		
VII	Ginecología con cirugía y obstetricia		
VIII	Cirugía plástica		

12. DAÑOS MATERIALES:

A) Por favor relacione todos los edificios que ocupa. Si existiesen características diferentes en cada edificio, por favor especifique si se trata de alas, pisos o áreas específicas

<u>Dirección</u>	<u>Utilización</u>	<u>Año de construcción</u>	<u>Nº plantas</u>	<u>Tipo de (2) Construcción</u>	<u>Posee Sistemas de Sprinkler</u>		<u>Area (m2)</u>
_____	_____	_____	_____	_____	<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	

(2) Por favor indique: ladrillo, ignífugo, etc. **(Adjunte hojas adicionales si necesita más espacio)**

B). ¿ Posee otras medidas de seguridad ? Por favor indique cuáles

Declaraciones.

1. Los actos e informaciones facilitadas por el solicitante serán estrictamente confidenciales.
2. La cumplimentación y firma de la presente solicitud de seguro no obliga ni al solicitante ni a la **Cía. Aseguradora** a la suscripción del seguro. No obstante, si el contrato de seguro fuese suscrito, los datos y declaraciones contenidos en la presente solicitud de seguro, pasarán a formar parte integrante de la póliza, como base y fundamento de la misma.
3. El Tomador y/o Asegurado deberán informar a la **Cía. Aseguradora** de cualquier circunstancia que agrave el riesgo, ya sea antes del inicio o durante la vigencia de la póliza. El incumplimiento de esta obligación liberará a la **Cía. Aseguradora** de la prestación que pudiera corresponderle por el acaecimiento del siniestro.
4. El solicitante declara que el contenido de la presente solicitud de seguro concuerda con la verdad a su leal saber y entender, y no oculta información o intenta mentir o cometer fraude respecto de cualquier tema contenido en la presente solicitud.

En virtud de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal, se informa a los clientes que los datos personales facilitados serán objeto de tratamiento y serán incorporados a ficheros titularidad de **Morera & Vallejo Correduría de Seguros, SA (M&V)**, ficheros que se encuentran inscritos en el Registro General de Protección de Datos. La finalidad de los ficheros es el control y gestión de los clientes, la comunicación con los mismos para informarles sobre vencimientos de sus Pólizas, la tarificación de sus Pólizas nuevas o ya existentes, la tramitación de los siniestros cubiertos por las Pólizas así como informarles, incluso por medios electrónicos, de nuevas Pólizas o servicios de aseguramiento, que **M&V** estime puedan ser del interés de sus Clientes. El cliente expresamente autoriza el tratamiento y comunicación de datos de salud en caso de ser necesarios para el cumplimiento de las finalidades previstas. Los datos facilitados por el cliente serán comunicados a terceros, como pueden ser Cías. Aseguradoras con las que se hayan contratado los seguros, empresas de peritaje, de reparaciones, etc, en la medida en que sea necesario para el cumplimiento de los servicios contratados. Asimismo serán comunicados a **Multibrokers Internacional Correduría de Seguros, SA, (MBI)** en el supuesto de que la póliza a tarificar se vaya a cotizar en compañías extranjeras (Lloyd's y Millennium) de las que **MBI** es distribuidor autorizado. **M&V** garantiza el tratamiento confidencial de los Datos Personales de conformidad con la legislación vigente aplicable. Si en el plazo de un mes no recibimos contestación en contrario entenderemos autorizado el envío de información sobre nuestros productos y/o servicios. Los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición podrán ejercitarse mediante escrito, con prueba fehaciente de la identidad del peticionario, dirigido al Dpto. de Calidad **Morera & Vallejo Correduría de Seguros, SA, C/ Aviación, 12bis – 3ª planta, Ed. Morera & Vallejo III, 41007, SEVILLA.**

LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADERAS Y COMPLETAS. ESTA SOLICITUD NO OBLIGA A LA FORMALIZACIÓN DEL SEGURO PERO FORMARA LA BASE DE CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO QUE PUEDA EMITIRSE COMO CONSECUENCIA.

FECHA: _____ FIRMA: _____ CARGO: _____

INFORMACIÓN PREVIA AL CLIENTE ANTES DE LA CELEBRACIÓN DE UN CONTRATO DE SEGURO

El tomador del seguro, abajo firmante, reconoce haber recibido en esta fecha y antes de la celebración del contrato de seguro solicitado, toda la información recogida en los artículos 42 al 46 de la ley 26/2006, de 17 de julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, y que, de modo ejemplificativo y no limitativo, a continuación detallamos:

a) El mediador de seguros de la presente póliza es MORERA & VALLEJO, Correduría de Seguros, S.A. con CIF A-41163551, residente y domiciliado en España, en C/ Aviación, 12bis - 3ª planta, Ed. Morera & Vallejo III, de SEVILLA.

b) MORERA & VALLEJO, Correduría de Seguros, S.A., está inscrita en el Registro Administrativo Especial de Mediadores de Seguros, Corredores de Reaseguros y de sus Altos Cargos de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con el nº J-548. A efectos de que el cliente pueda realizar las comprobaciones oportunas puede dirigirse a dicho organismo público, domiciliado en Paseo de la Castellana, número 44, 28046 MADRID (www.dgsfp.meh.es/sector/registrospublicos.asp).

c) MORERA & VALLEJO, Correduría de Seguros, S.A., no posee participación directa ni indirecta superior al 10% en el capital social o en los derechos de voto de ninguna entidad aseguradora.

d) Ninguna entidad aseguradora o empresa matriz de este tipo de entidades, poseen ni directa ni indirectamente, una participación superior al 10% en los derechos de voto o del capital social de MORERA & VALLEJO, Corr. de Seg., S.A.

e) Los clientes podrán formular sus quejas o reclamaciones derivadas de los servicios prestados, en conformidad con el artículo 44 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente de esta correduría de seguros, concertado a través del **CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MEDIADORES DE SEGUROS**, Av. de Blas Infante, 6 - 10º C, Ed. URBIS; 41011 SEVILLA. Tif: 954 452 342; E-mail: asesorias@mediadoresdesegurosdesevilla.com

f) MORERA & VALLEJO, Correduría de Seguros, S.A., le informa que el asesoramiento que se le facilita, se hace de forma independiente, profesional e imparcial, a través de un análisis objetivo, consistente en analizar de modo generalizado contratos de seguros ofrecidos por al menos tres entidades aseguradoras, entendiéndose que la oferta que se le recomienda es la que más y mejor se adapta a sus necesidades.

g) **PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.** En virtud de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal, se informa a los clientes que los datos personales facilitados serán objeto de tratamiento y serán incorporados a ficheros titularidad de **Morera y Vallejo, Correduría de Seguros, SA (M&V)**, ficheros que se encuentran inscritos en el Registro General de Protección de Datos. La finalidad de los ficheros es el control y gestión de los clientes, la comunicación con los mismos incluso por medios electrónicos, para informarles sobre vencimientos de sus Pólizas, la tarificación de sus Pólizas nuevas o ya existentes, la tramitación de los siniestros cubiertos por las Pólizas así como informarles de nuevas Pólizas o servicios de aseguramiento que **Morera y Vallejo, Corr. De Seg. S.A.** estime puedan ser del interés de sus Clientes, en ejercicio de las competencias que nos reconoce la Ley 54/80, de contrato de Seguro, la Ley de Mediación de Seguros y cualquier otra normativa conexa. Asimismo sus datos podrán ser utilizados con la finalidad de enviarle felicitaciones en fiestas y aniversarios, invitaciones a eventos que organice, patrocine, o que **M&V** pudiera considerar interesantes para el cliente. El cliente expresamente autoriza el tratamiento y comunicación de datos de salud en caso de ser necesarios para el cumplimiento de las finalidades previstas. Asimismo serán comunicados a terceros, como pueden ser Cías. Aseguradoras y Agencias de Suscripción de Riesgos para ejercer nuestra función como mediadores de seguros y asesores especialistas obligados a contratar las mejores soluciones aseguradoras para el cliente, empresas de peritaje, de reparaciones, etc, en la medida en que sea necesario para el cumplimiento de los servicios contratados. Igualmente, el cliente expresamente autoriza la cesión de sus datos personales a la **Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones** al objeto de poder garantizar mejor sus derechos en cumplimiento de las funciones que por ley tiene atribuidas ese Órgano de Control.

Asimismo serán comunicados a **Multibrokers Internacional Correduría de Seguros, SA, (MBI)** en el supuesto de que la póliza se gestione en compañías nacionales e internacionales de las que MBI es distribuidor autorizado. **M&V** garantiza el tratamiento confidencial de los Datos Personales de conformidad con la legislación vigente aplicable. Si en el plazo de un mes no recibimos contestación en contrario entenderemos autorizado el envío de información sobre nuestros productos y/o servicios, no obstante podrá revocar este consentimiento en cualquier momento en la forma prevista en el siguiente párrafo. Los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición podrán ejercitarse mediante escrito, con prueba fehaciente de la identidad del peticionario, dirigido al Dpto. de Calidad **Morera y Vallejo Correduría de Seguros, SA, C/ Aviación, 12 bis - 3ª planta, Edificio Morera & Vallejo III, 41007.-SEVILLA.**

En _____, a _____, de _____, de 200__

Fdo. _____

D.N.I./C.I.F. _____

Morera & Vallejo, Correduría de Seguros S.A.
Nº Registro D.G.S. J-548

