

**SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
ASESA**

1. TOMADOR/ ASEGURADO

Nombre / Razón Social:	
C.I.F.:	Domicilio:
Localidad y Provincia:	CP:
Teléfono:	Fax:
E-mail:	Página Web: www.

2. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de licenciatura:
Especialidad:
Fecha de obtención del título de especialista:
Número y lugar de colegiación:
¿Realiza intervenciones quirúrgicas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Centro de trabajo en los últimos cinco años:
Ámbito de ejercicio profesional actual: A) Activo <input type="checkbox"/> 100% Público <input type="checkbox"/> 100% Privado <input type="checkbox"/> Mixto. Indicar porcentajes: _____ % público _____ % privado. B) Inactivo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado

3. INFORMACIÓN PROFESIONAL

Número de consultas ambulatorias al mes:	
Número de intervenciones quirúrgicas al mes:	
Número de procedimientos de urgencias al mes:	
Facturación Estimada año en curso:	
Facturación Año anterior:	

¿Realiza expresamente intervenciones de cirugía estética? Si No
 En caso afirmativo, por favor indique el número de intervenciones al mes: _____

(Se entiende por cirugía estética aquellas que busquen exclusivamente un fin estético y que no guarden relación con un accidente, enfermedad o malformación congénita)

4. CAPITALS ASEGURADOS

Por favor, marque la suma asegurada seleccionada.

Capital Asegurado	Opción elegida	Coberturas	Opción elegida
150.000.- €		Profesional:	
600.000.- €		Explotación:	
900.000.- €		Patronal:	
Otro:			

5. SEGUROS VIGENTES Y ANTERIORES

- ¿Ha tenido contratada alguna póliza de Responsabilidad Civil? Sí No

En caso afirmativo, indicar:

Período	Cía. Aseguradora	Límite asegurado	Prima Neta	Franquicia	Fecha vencimiento

- ¿Tiene alguna póliza en la actualidad que cubra los mismos riesgos o similares?

En caso afirmativo, indicar:

Período	Cía. Aseguradora	Límite asegurado	Prima Neta	Franquicia	Fecha vencimiento

6. RECLAMACIONES ANTERIORES

- ¿Ha tenido algún siniestro o reclamación en los últimos 5 años? Sí No

En caso afirmativo, indicar en hoja a parte:

- Fecha ocurrencia del acto médico y fecha de reclamación a la Cía. de seguros.
- Indicar nombre de compañía aseguradora.
- Descripción o naturaleza (causa) del siniestro o reclamación.
- Establecimiento sanitario donde ocurrió.
- Situación (cerrado, pendiente doc, abierto, etc)
- Coste del siniestro en caso de los cerrados o cuantía de reservas en caso de pendiente.

- ¿Tiene conocimiento de cualquier hecho o acto médico que pueda dar origen a alguna reclamación o procesamiento contra usted, su entidad o personal contratado por su entidad en el futuro? Sí No

Por favor, incluya una descripción detallada de cada hecho. *(Si lo precisa y para mayor comodidad extender en hoja a parte.)*

- ¿Le han denegado o restringido sus servicios en algún centro sanitario? Sí No
(En caso afirmativo por favor indique las razones que motivaron tal decisión)

- ¿Ha sido suspendido o inhabilitado de su empleo, profesión o cargo público? Sí No
(En caso afirmativo por favor indicar las razones que motivaron tal decisión)

7. DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco / Caja :												
Sucursal / Agencia:												
Domicilio:												
Localidad:				C.P.:				Provincia:				
Entidad			Oficina			D.C.		Nº de Cuenta (10 Dígitos)				

8. DECLARACIÓN

El solicitante declara que lo detallado en la presente solicitud es verdadero y que no se han declarado falsamente hechos materiales, tergiversado o suprimido después de conocerlos.

El Tomador y/o Asegurado se compromete a informar a Globalfinanz, de cualquier modificación de aquellos hechos ocurridos antes de formalizar el contrato de seguro o durante la vigencia de la póliza.

Nombre del Solicitante/Tomador:
Cargo que ocupa:
Razón Social:
Fecha y Firma.

Cláusula de consentimiento y autorización

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el interesado queda informado y autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de las Compañías de Seguros, para la tramitación de sus solicitudes. La cumplimentación de todos los datos personales facilitados es totalmente voluntaria, pero necesaria para la gestión de la misma.

El Solicitante podrá dirigirse a Globalfinanz Gestión Correduría de Seguros, C/ Núñez de Balboa, 116 Madrid 28006 Madrid, o bien a través del siguiente teléfonos 91 590 05 07, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

En prueba de conformidad y autorización:

En a de de 2014

Firma del Solicitante