

**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)

