



W.R. BERKLEY ESPAÑA

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CENTROS ESTETICOS

1. TOMADOR/ ASEGURADO

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

En caso de que existan varios asegurados, con diferentes NIF, por favor adjuntar listado con el detalle de la denominación social.

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTABLECIMIENTO:

Fecha de Establecimiento o Fundación del centro:
Volumen de facturación anual / ingresos por honorarios de la última anualidad _____
Titularidad del Centro: <input type="checkbox"/> Persona física (ejercicio libre individual). <input type="checkbox"/> Persona jurídica:
¿ Es un Franquiciador o Franquicia ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de Centros a Asegurar _____
Cualificación profesional del Titular y/o Trabajadores del Centro:
Cuenta el centro con personal en periodo de formación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Descripción de la actividad desarrollada, especialidades y prácticas que se realizan:
¿Existen consentimientos informados para los clientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿En qué actividades?
<i>Imprescindible remitir copia a la Aseguradora.</i>
PRODUCTOS APLICABLES:
¿Venden en el centro productos a los clientes ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿ Tienen tienda específica para la comercialización al público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿ En qué terapias / actividades comercializan productos?
¿ Fabrican o desarrollan algún producto en el centro?, ¿ Está debidamente autorizado su uso por los organismos de Sanidad Competentes?



W.R. BERKLEY ESPAÑA

3. INFORMACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES EN EL ESTABLECIMIENTO.

TÉCNICAS O PRÁCTICAS DE NIVEL 1 – Franquicia de 150 euros

DETALLE DE ACTIVIDADES	PRACTICA DE ACTIVIDADES	% DE ACTIVIDAD	NOTAS
Acupuntura			
Aromaterapia			
Cera			
Depilación eléctrica			
Extensiones de pestañas			¿Realizan test de alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Electrolisis			
Electroterapia			
Endermologie - LPG			
Extensiones de uñas			¿Realizan test de Alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hidroterapia			
Manicura y Pedicura			
Maquillaje no permanente			
Masajes linfáticos			
Masajes			
Oxigenoterapia			
Peluquería			
Pérdida de peso			¿Existe aprobación médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Piercing en orejas (no zonas genitales, lengua, ni otras partes del cuerpo)			Especificar tipo de productos utilizados:
Sauna de Infrarrojos			
Reflexología			
Tatuaje permanente de perfilador de cejas y labios.			¿Realizan test de alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teñido de pestañas y sombreado de ojos.			¿Realizan test de Alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Terapia Foto-termal			
Tratamientos faciales			
Tratamientos de Spa			
Terapia de Piedras			



W.R. BERKLEY ESPAÑA

TÉCNICAS O PRÁCTICAS DE NIVEL 2 – Franquicia de 600 euros

DETALLE DE ACTIVIDADES	PRACTICA DE ACTIVIDADES	% DE ACTIVIDAD	NOTAS
Escleroterapia.			
Kinesiología.			
Láser terapia – (categoría del Equipo no superior a 3b) Excluida la aplicación de los mismos para la eliminación de tatuajes			¿Se hacen tratamientos en fototipos de piel Nº 5 y Nº 6? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Franquicia especial 3.000 euros)
Microdermoabrasión			
Peelings químicos – Concentración máxima del 30% * los terapeutas habrán de acreditar que han recibido la formación necesaria para la aplicación de este tipo de productos por el fabricante de los mismos.			Identificar el tipo de productos que se utilizan: (Queda excluido el Phenol)
Piercing en el cuerpo excluyendo zonas genitales y lengua.			Especificar tipo de productos utilizados:
Tatuaje cosmético/estético			
Tratamiento no-quirúrgico de venas y rojeces.			
Tratamientos IPL / VPL			¿Se hacen tratamientos en fototipos de piel Nº 5 y Nº 6? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Franquicia especial 3.000 euros)
Tratamientos de Luz			¿Se hacen tratamientos en fototipos de piel Nº 5 y Nº 6? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Franquicia especial 3.000 euros)

TÉCNICAS O PRÁCTICAS DE NIVEL 3 – Franquicia de 4.500 euros

DETALLE DE ACTIVIDADES	PRACTICA DE ACTIVIDADES	% DE ACTIVIDAD	NOTAS
Restylane, Perlane, Dermalive, Newfill, Nufill, Hylaform Collagen, Zyderm, Zyplast, Botox, Dysport, Aquamid			Detalle de la especialidad médica del profesional: Odontólogos <input type="checkbox"/> Dermatólogos <input type="checkbox"/> Otra especialidad médica <input type="checkbox"/> Otra cualificación profesional:



W.R. BERKLEY ESPAÑA

OTRAS TÉCNICAS Y CIRUGÍAS

DETALLE DE ACTIVIDADES	PRACTICA DE ACTIVIDADES	% DE ACTIVIDAD	NOTAS
Liposucción y Lipoescultura			
Cirugía Estética			Indicar las prácticas: Abdomen, párpados, mamas, nariz, orejas, mentón, labios, calvicie.
Estiramientos faciales			
Lifting de muslos			
Implantes faciales			
Cirugía del láser			Describir actividades y equipos
Peeling Químico			% de concentración _____
Inyecciones de siliconas			Zonas de aplicación _____
Electrolisis			
Cirugía Oftalmológica			

4. DESGLOSE DEL PERSONAL

Descripción	Experiencia Profesional	Numero de empleados con Relación Laboral	Número de Colaboradores con Relación Mercantil
Personal Titulado: (especificar titulación)			
Resto personal:			
Personal médico: (especificar titulación)			
Personal sanitario: (especificar cualificación)			



W.R. BERKLEY ESPAÑA

a.- ¿Es requisito que el personal médico tenga contratada una póliza adicional que cubra su Responsabilidad Civil Profesional? Sí No Indique límites exigidos _____

b.- ¿Es requisito que el personal sanitario no facultativo tenga contratada una póliza adicional que cubra su Responsabilidad Civil Profesional? Sí No Indique límites exigidos: _____

5. SUMAS ASEGURADAS y GARANTIAS A CUBRIR:

5.1. Seleccione la Opción de Sumas Aseguradas que desee:

300.000,00	
600.000,00	
900.000,00	
1.000.000,00	
Otra:	

5.2 Seleccione las coberturas que desea incluir en su póliza:

R.C. Profesional	
R.C. Explotación	
R.C. Patronal	
Defensa Jurídica y Fianzas	
Garantía Opcional para Tratamientos de Láser	
Garantía Opcional para aplicación de Infiltraciones S4	

5.3 Centro o Establecimiento (Exclusivamente para R.C. Explotación):

Por favor relacione todos los edificios que ocupa. Si existiesen características diferentes en cada edificio, por favor especifique si se trata de alas, pisos, edificios de oficinas o áreas específicas.
(Adjunte hojas adicionales si es necesario).

Dirección	Utilización	Año de Construcción	Nº de plantas	Tipo de Construcción	Sistemas de Sprinkler	Protecciones contra Robo
					<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

En el apartado de tipo de construcción indique: ladrillo, ignífugo, etc.

Area (m2)	Valor Asegurado del Continente	Valor Asegurado del Contenido	Valor Asegurado de Obras y Reformas	Seguro de Equipos y Maquinaria	Edificio en Propiedad o Arrendado
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



W.R. BERKLEY ESPAÑA

5.5 Instalaciones y/o Equipos, uso y volumen de actividad:

Por favor especifique las instalaciones fijas del hospital y su destino y/o volumen de utilización.

INSTALACIONES Y EQUIPOS / USO	ALQUILADOS O CEDIDOS	DESCRIPCION
Número de camillas:		
Número de Quirófanos:		
Equipos Técnicos y/o maquinaria (Breve descripción): - Equipos de Laser /IPL/VPL - LPG - Infrarrojos, - Otros		

(1) Se entiende como equipo técnico de la medicina estética el utilizado para la práctica de las técnicas y/o terapias descritas en el anexo de actividades.

6. SEGUROS VIGENTES Y ANTERIORES, ASÍ COMO RECLAMACIONES.

- ¿Ha tenido contratada alguna póliza de Responsabilidad Civil? Sí No
- ¿Ha tenido algún siniestro o reclamación en los últimos 5 años? Sí No
- ¿Ha tenido algún siniestro o reclamación en los últimos 3 años? Sí No
- ¿Tiene conocimiento de cualquier hecho o acto profesional que pueda dar origen a alguna reclamación o procesamiento contra usted, su entidad o personal contratado por su entidad en el futuro? Sí No
- ¿Ha sido suspendido o inhabilitado de su empleo, profesión o cargo público? Sí No

Si ha respondido AFIRMATIVAMENTE a alguna de las preguntas anteriores, por favor, incluya una descripción detallada de cada hecho. (Si lo precisa y para mayor comodidad extender en hoja a parte.)

Fecha Acto Profesional	Fecha Reclamación del paciente	Compañía Aseguradora	Descripción / Lugar	Situación o Estado a fecha...	Coste Estimado

7. DOMICILIACIÓN BANCARIA

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



W.R. BERKLEY ESPAÑA

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 solicitante está de acuerdo en que esta solicitud, junto con otra información adjunta, forman las bases de un contrato de seguro efectuado entre W.R. Berkley España, y el solicitante.

El Tomador y/o Asegurado se compromete a informar a W.R. Berkley España, 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 PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Se informa al interesado que W.R. Berkley España, incluirá los datos de carácter personal, y todos los datos posteriores que estén relacionados con el cumplimiento del contrato de seguro, en un fichero de datos del que es responsable W.R. Berkley España. La finalidad del tratamiento será la prestación derivada del cumplimiento del contrato de seguro, así como el posible envío de información por W.R. Berkley España, sobre sus productos y servicios. El Asegurado/Tomador autoriza expresamente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera o prevención del fraude. El Asegurado/Tomador podrá hacer valer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a W.R. Berkley España, Pso. De la Castellana, 149 6ª, Edificio Gorbea 2, 28046 Madrid, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En el caso de que el Tomador o el Asegurado facilite a W.R. Berkley España, información relativa a los Asegurados o a los Perjudicados, el Tomador o el Asegurado manifiestan que todos esos datos que comunique al Asegurador han sido facilitados por éstos; y que los mismos han prestado su consentimiento expreso para que sus datos sean comunicados por el Tomador o por el Asegurado al Asegurador con la finalidad de poder cumplir con el contrato.