



## **Cuestionario de Responsabilidad Civil Profesional para Médicos**

---

Se ruega leer estas notas orientativas antes de rellenar el cuestionario

Este cuestionario se refiere a una cobertura de responsabilidad civil profesional en base a reclamaciones. El contrato de seguro ampara las reclamaciones que se formulen contra el asegurado por primera vez durante el periodo de vigencia del seguro de acuerdo a los términos y condiciones que se establezcan y acuerden entre las partes.

El cuestionario deberá ser rellenado, firmado y fechado por una persona que este legalmente capacitada y autorizada para la solicitud del seguro de responsabilidad civil profesional para la empresa que actúa como solicitante.

Es deber del solicitante aportar toda la información que en el cuestionario se indica así como dar a conocer cualquier hecho relevante.

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 que constituye un hecho relevante que deba ser comunicado al asegurador, por favor no dude en consultar con su corredor de seguros o asegurador.

Este cuestionario no obliga a la formalización del seguro pero formara parte de cualquier contrato de Seguro que pueda emitirse como consecuencia.

Es imprescindible contestar a todas las preguntas contenidas en este cuestionario.

## 1. Datos generales

---

Nombre/ Tomador de la póliza:.....

N. I. F.....

Domicilio : .....

Ciudad: ..... C.P.: .....

Teléfono: ..... Fax:.....

Fecha de Nacimiento .....

¿Desde cuándo ejerce la profesión? .....

Colegio Profesional: .....

## 2. Datos de la Especialidad

---

Especialidades .....

.....  
Centro de Formación de la Especialidad:

.....  
Para especialidad de Cirugía Plástica, indique el nº de intervenciones anuales: \_\_\_\_\_

Para especialidades de Ginecología y Obstetricia, indique el nº de partos anuales: \_\_\_\_\_

Si realiza cirugía estética, indique el nº de intervenciones al año: \_\_\_\_\_

### 3. Descripción de la Actividad / Facturación

---

Actividad:

- 100% Pública
- Mixta (Pública y Privada)  
Reparto % Pública \_\_\_\_\_ y % Privada \_\_\_\_\_
- 100% Privada

¿Tiene personas con contrato laboral que le ayuden en su actividad profesional? Si tiene, favor indicar cuantas.

\_\_\_\_\_ N° de personas: \_\_\_\_\_

Centro de trabajo (indicar nombre):

Público: \_\_\_\_\_

Privado: Indique el nombre de los centros donde realiza la actividad privada y el porcentaje de actividad ejercida en cada uno de ellos con relación al total de dicha actividad.

Nombre centros:

% Actividad

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

#### 4. Información Adicional

---

4.1 ¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión profesional en los últimos 5 años?

Si  No

Si la respuesta es si, por favor facilite información sobre el **importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados**, así como una descripción de los hechos causante de la reclamación.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.2 ¿ Existe alguna circunstancia o hecho que razonablemente pueda dar lugar a una reclamación contra usted? 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.

4.2 ¿Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil Profesional?

Si  No

En caso afirmativo, por favor de detalles:

- Nombre del Asegurador: .....
- Límite de Indemnización: .....
- Prima: .....
- Franquicia: .....
- Fecha de vencimiento de la Póliza: .....

4.3 Indique el/los límite/s de indemnización sobre el que desea recibir cotización:

300.000  600.000   
900.000  1.200.000

**INFORMACIÓN PRECONTRACTUAL.**

De acuerdo con los artículos 81, 53, 60 y concordantes de la Ley 30/1995, de 8 de Noviembre de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y del Reglamento que lo desarrolla, el Asegurador a quien se ha solicitado cobertura, declara:

1. Que el presente contrato de seguro se celebra en régimen de Libre Prestación de Servicios con LLOYD'S OF LONDON.
2. El Estado Miembro a cargo de la supervisión de las actividades del Asegurador es el Reino Unido y la Autoridad de Control es la "Financial Services Authority", con domicilio en 25 de North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 5HSM, Inglaterra.
3. Que la legislación aplicable al presente contrato será la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro y, la Ley 30/1995 de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados 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:

LLOYD'S OF LONDON  
Oficina de representación en España  
Edificio Serrano 49  
C/ José Ortega y Gasset 7, 1ª Planta  
28006 Madrid  
Tlf. +34 91 426 23 12  
Fax +34 91 426 23 94

**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.**

Respecto de los datos personales consignados en este documento, el Solicitante, como titular de tales datos, declara haber sido informado de que los mismos se integrarán en un fichero automatizado, así como de que serán almacenados y tratados para los fines propios de este fichero y para, en su caso, dirigirle información sobre ofertas comerciales del Asegurador. Los datos personales exigidos en este contrato son necesarios para evaluar el riesgo cuya cobertura se solicita, dar curso al mismo, así como para su desarrollo, cumplimiento y control. El titular de los datos podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación o cancelación remitiendo un escrito al domicilio del Asegurador.

Cualquier forma de cesión de los datos personales contenidos en el presente documento requerirá el previo consentimiento escrito del Solicitante/titular, salvo en los casos en que dicha autorización previa no es necesaria de acuerdo con lo previsto en el artículo 11 de la vigente Ley de Protección de Datos de Carácter Personal."

**Firmado:** .....

**Declaración**

Declaro que toda la información facilitada en este cuestionario es veraz y que cualquier circunstancia por mí conocida que pueda influir en la valoración del riesgo será comunicada al asegurador inmediatamente. Conozco que cualquier inexactitud en la declaración del riesgo faculta al asegurador a rescindir el contrato y si sobreviniere un siniestro con anterioridad a dicha rescisión, si medió dolo o culpa por mi parte, el asegurador quedará liberado del pago de la prestación. Acepto que lo contenido en este cuestionario será la base del contrato de seguro si el mismo llega a celebrarse.

Firmado .....

Fecha (día, mes, año) .....