

CUESTIONARIO POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA v2.0 280421

DATOS DEL TOMADOR/ASEGURADO / DETAILS OF THE INSURED

Nombre de la Compañía / <i>Company name</i>			C.I.F / <i>ID Card No:</i>
Domicilio / <i>Address</i>			Teléfono / <i>Telephone</i>
Ciudad / <i>City</i>	C. Postal / <i>Postcode</i>	Provincia / <i>Province</i>	Correo electrónico / <i>Email</i>
Fecha nacimiento / <i>DOB</i>	Años de ejercicio / <i>Years of practice</i>	Colegio profesional Nº / <i>Professional Body:</i> 0	
1. Especialidad o Especialidades / <i>Branch of Medicine:</i>		2. Centro de formación de la Especialidad / <i>Name of Medical School:</i>	
3. Para especialidad de Cirugía Plástica, indique el nº de intervenciones anuales: / <i>For Plastic Surgery please specify the number of surgical interventions per annum:</i> Nº. intervenciones.....		4. Para especialidad de Medicina Estética. ¿Realiza cirugía estética?: (En caso afirmativo, nº intervenciones al año): / <i>Do you perform any cosmetic surgery? If so how many per annum?</i> Sí / Yes No Nº intervenciones..... Si ha respondido SI, por favor cumplimente Anexo 1.	
5. Actividad / <i>Activity:</i> Publica / Mixta / Privada Public / Mixed / Private			
6. Por favor, facilite detalles de su actividad medica y sobre su posible exposición al Covid 19 <i>Please provide details of your business and an outline of your risk of exposure to COVID-19.</i>			
7. Por favor, indíquenos información acerca del posible impacto que el COVID-19 haya tenido en su actividad. <i>Please provide details of the impact COVID-19 has had on your business.</i>			
8. ¿Conoce algún caso relacionado con COVID-19 en relación con su negocio? Sí/Yes No <i>Are you aware of any cases associated with COVID-19 in relation to your business?</i> En caso afirmativo, por favor indique cuantos casos hasta la fecha: <i>If Yes, please advise how many cases to date.</i>			
9. Por favor indique las medidas/acciones tomadas para evitar la contratación y la difusión de COVID-19 dentro/ a través de su empresa. <i>Please detail the measures/actions taken to avoid contracting and spreading COVID-19 within/through your business.</i>			
10. ¿Se ha emprendido la prestación de servicios de telemedicina (con respecto a la atención de pacientes de Covid-19 u otras consultas generales)? Sí/ Yes No <i>Is the provision of telemedicine services (with regard to screening Covid-19 patients or other general consultations) undertaken?</i> Si la respuesta es afirmativa, ¿se realizan estas actividades de acuerdo con las directrices del Ministerio de Salud/Asociación Médica/Organismo regulador? Sí/Yes No <i>If Yes, are these activities undertaken within mandated Ministry of Health/Medical Association/Regulatory body guidelines?</i>			
11. Por favor, confirme si dispone del equipamiento necesario para la atención médica a pacientes con síntomas de COVID-19 o sospecha de COVID-19, incluyendo cualquier procedimiento de control de infecciones. <i>Please detail how your business is equipped to handle persons with COVID-19 or suspected COVID-19 symptoms, including any Infection Control Procedures.</i>			

<p>12. ¿En caso de disponer equipo de protección personal, cual es el stock del que dispone y para cuantos dias? <i>How many days/months stockpile of Personal Protective Equipment do you hold?</i></p>					
<p>13. ¿Conoce alguna medida del gobierno para proporcionar inmunidad a los proveedores de atención médica como usted, o limitar la responsabilidad de los proveedores de atención médica en relación con COVID-19? Sí/ Yes No En caso afirmativo, por favor proporcione los detalles. <i>Are you aware of any government measures to provide immunity for healthcare providers such as yourself, or limit the liability of healthcare providers in relation to COVID-19?</i> <i>If Yes, please provide details.</i></p>					
<p>14. ¿Ha recibido alguna reclamación o se ha alegado alguna negligencia o mala praxis en su contra derivada de sus actividades, directa o indirectamente relacionadas con la pandemia del COVID-19? <i>Has any claim been made or has any malpractice or negligence been alleged against you arising from your activities, directly or indirectly, related to the COVID-19 pandemic?</i></p>					
<p>15. ¿Tiene conocimiento de alguna circunstancia que pueda dar lugar a una reclamación en su contra derivada de sus actividades, directa o indirectamente relacionadas con la pandemia de COVID-19? <i>Are you aware of any circumstances which may result in a claim against you arising from your activities, directly or indirectly, related to the COVID-19 pandemic?</i></p>					
<p>16. ¿Tiene personas con contrato laboral que le ayuden en su actividad profesional? <i>Do you have employees?</i></p> <p style="text-align: center;">Si/Yes No</p>	<p>17. En caso afirmativo en la cuestión nº 6: a) indique su número/<i>If so howmany?</i> ____ b) con que rol medico?/<i>if so what medical capacity?</i></p>				
<p>18. Centro de Trabajo (indicar nombre) /<i>Name of Public / Government Hospital or Clinic:</i> Público /<i>Public</i> ____</p> <p>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. /<i>Name of Private Clinics or hospitals and percentage breakdown of work at each clinic</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Nombre centros _____</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">% Actividad</td> </tr> <tr> <td><i>Name of Clinics</i></td> <td style="text-align: right;"><i>% Activity</i></td> </tr> </table>		Nombre centros _____	% Actividad	<i>Name of Clinics</i>	<i>% Activity</i>
Nombre centros _____	% Actividad				
<i>Name of Clinics</i>	<i>% Activity</i>				

19. Capital solicitado (para actividad privada) /Sum Insured Required	Euros
20. ¿Tiene seguros de R.C. Profesional con otra Aseguradora? /Have you previously purchased Professional Indemnity Insurance? Sí / Yes No Aseguradora /Insurer: Fecha vencimiento póliza anterior /Previous policy expiry date	
21. ¿Conoce alguna circunstancia o incidente que pueda resultar en una reclamación contra Vd.? En caso afirmativo, proporcione detalles, incluida la fecha y la descripción del incidente. Are you aware of any circumstance or incident that may result in a claim against you? If so please provide details, including date and description of incident.	
22. Durante los últimos 10 años, ¿Ha recibido, se ha defendido o ha solucionado alguna reclamación, o se ha alegado en su contra alguna negligencia o mala práctica profesional? En caso afirmativo, proporcione todos los detalles, incluida la fecha de la pérdida, la descripción de la pérdida y el monto total pagado, incluyendo los daños y los costos de defensa. During the last 10 years has any claim been made, defended, or settled, or has any malpractice or negligence been alleged against you? If yes please provide full details including date of loss, description of the loss and the full amount paid including damages and defence costs?	
23. Todos los reclamos, acuerdos y alegatos señalados en 22 han sido notificados y aceptados por sus aseguradoras anteriores? Have all of the claims, settlements and allegations noted in 22.) been notified to and accepted by your previous insurers?	
EFFECTO DEL SEGURO Fecha de efecto deseada: __/__/____	

ANEXO 1 – CIRUGÍA/MEDICINA ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA

Por favor, marque con una X el tipo de intervenciones que Usted practica e identifique aquellas cinco mas frecuentes.

Procedimientos de Cirugia Estetica		Mas frecuentes
Liposucción y Lipoescultura		
Cirugía estética de abdomen		
Cirugía estética de los párpados		
Aumento de mamas		
Reducción mamaria		
Elevación mamaria, mastopexia		
Cirugía estética de la nariz, rinoplastia		
Cirugía estética de las orejas		
Estiramiento facial		
Lifting de muslos		
Implantes faciales		
Cirugía estética del mentón		
Cirugía estética de los labios		
Cirugía estética Laser		
Cirugía estética endoscópica		
Dermoabrasión		
Peeling químico		
Inyecciones de botox		
Inyecciones de silicona		
Cirugía de la calvicie		
Electrolisis		
Procedimientos de Cirugía Plástica Reconstructiva		
Reconstrucción de mama		
Tumores cutáneos		
Melanoma		
Cirugía de la Extremidad Inferior		
Cirugía de la cabeza y Cuello		
Paralisis facial		
Cirugía del tórax y abdomen		
Cirugía del varices		
Otros procedimientos o prácticas		

CLÁUSULA DE INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS***Quiénes somos***

Somos Lloyd's Insurance Company S.A. (en adelante, «Lloyd's Brussels»), tal y como figura en el contrato de seguro y/o en el certificado de seguro.

Aspectos básicos

Recopilamos y utilizamos información relevante sobre usted con el fin de proporcionarle la cobertura del seguro o la cobertura de la que se beneficia, y para cumplir nuestras obligaciones legales y las obligaciones de terceros en la cadena de seguros.

Esta información incluye datos tales como su nombre, dirección y datos de contacto, así como cualquier otra información que recopilemos sobre usted en relación con la cobertura del seguro o la cobertura de la que se beneficia. Esta información podría incluir categorías especiales de datos personales, como información acerca de su salud y de cualquier condena penal que pudiera tener.

En determinadas circunstancias, necesitamos su consentimiento para procesar determinadas categorías de información sobre usted (incluidas las categorías especiales de datos personales anteriores). Siempre que sea necesario su consentimiento, se lo pediremos por separado. No tiene obligación de dar su consentimiento y puede revocarlo en cualquier momento enviando un correo electrónico a data.protection@lloyds.com (sin que ello afecte a la legalidad de cualquier tratamiento basado en un consentimiento previo a la revocación). Sin embargo, si no da su consentimiento o si lo revoca podría verse afectada nuestra capacidad para proporcionarle la cobertura de seguro de la que se beneficia, así como nuestra capacidad para proporcionarle cobertura o tramitar sus reclamaciones.

Debido al modo en que funcionan los seguros, su información puede ser compartida y utilizada por una serie de terceros pertenecientes al sector de los seguros (tanto dentro como fuera de Bélgica, y dentro y fuera de la UE). Por ejemplo, aseguradoras, agentes o corredores de seguros, reaseguradoras, peritos, subcontratistas, reguladores, organismos encargados de velar por el cumplimiento de las leyes, organismos de prevención y detección de fraudes y delitos y bases de datos de seguros obligatorios. Solo revelaremos su información personal en relación con la cobertura de seguro que se proporciona, y en la medida en que sea necesario o que lo permita la ley.

Conservamos sus datos personales durante el tiempo estrictamente necesario para ofrecer el seguro contratado o para cumplir nuestros requisitos legales o reglamentarios.

Datos de otras personas que usted nos proporciona

Cuando usted (o su agente o corredor de seguros) nos proporcione datos sobre otras personas, deberá haberlas hecho llegar esta versión corta del aviso de privacidad.

¿Desea más información?

Para obtener más información sobre el uso que hacemos de su información personal, consulte nuestro aviso de privacidad completo, que está disponible en la sección sobre privacidad de nuestro sitio web <https://www.lloydsbrussels.com> o en otros formatos a petición.

Quejas, cómo contactar con nosotros y con el regulador, y sus derechos

Usted tiene una serie de derechos en relación con la información sobre usted que obra en nuestro poder, incluido el derecho a acceder a dicha información. Si desea ejercer sus derechos, discutir cómo usamos su información o consultar nuestro aviso de privacidad completo, póngase en contacto con nosotros o visite la sección sobre privacidad de nuestro sitio web <https://www.lloydsbrussels.com>, donde encontrará todos los detalles. También puede ponerse en contacto con el agente o corredor de seguros que formalizó su seguro en:

info@hispaniarb.com

Igualmente, tiene derecho a presentar una queja ante la autoridad de protección de datos competente; no obstante, le recomendamos que se ponga en contacto con nosotros antes de hacerlo.

CLÁUSULA DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES – FASE DE PROPOSICIÓN***Su información personal***

Nosotros, Lloyd's Insurance Company S.A. (en adelante, «Lloyd's Brussels») y otras entidades del mercado de seguros solicitamos su consentimiento para utilizar las categorías especiales de datos personales que se indican a continuación en relación con su cobertura de seguro.

No tiene obligación de dar su consentimiento y puede revocarlo en cualquier momento enviando un correo electrónico a data.protection@lloyds.com (sin que ello afecte a la legalidad de cualquier tratamiento basado en un consentimiento previo a la revocación). Sin embargo, si no da su consentimiento o si lo revoca podría verse afectada nuestra capacidad para proporcionarle la cobertura de seguro de la que se beneficia, así como nuestra capacidad para proporcionarle cobertura o tramitar sus reclamaciones.

¿Da su consentimiento para que utilicemos los datos estrictamente necesarios en relación con la cobertura de su seguro?

SI (YES) NO NO APLICA

Datos de otras personas que usted nos proporciona

En caso de que nos proporcione datos sobre otras personas, tanto nosotros como otras entidades del mercado de seguros también necesitamos el consentimiento de esas personas para utilizar las categorías especiales de datos personales que se indican a continuación en relación con su cobertura de seguro. Necesitamos que, antes de facilitarnos esos datos, confirme que ha obtenido el consentimiento de esas personas y que les ha proporcionado una copia de la versión corta de nuestro aviso de privacidad.

¿Ha obtenido usted el consentimiento de cada una de las demás personas cuya información nos facilitará en relación con la cobertura de seguro para el uso de los datos estrictamente necesarios en relación con la cobertura de seguro?

SI (YES) NO NO APLICA

¿Ha proporcionado una copia de la versión corta de nuestro aviso de privacidad a cada una de las demás

personas cuya información nos facilitará?SI (YES) NO NO APLICA **INFORMACIÓN PRECONTRACTUAL**

De conformidad con la Ley 20/2015 de 14 de julio y el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, la Aseguradora cuya cobertura se ha solicitado, declara:

1. El contrato de seguro se celebra con Lloyd's Insurance Company S.A. Lloyd's Insurance Company S.A. es una sociedad anónima de nacionalidad belga, con domicilio social en Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruselas, Bélgica e inscrita en el Banque-Carrefour des Entreprises / Kruispuntbank van Ondernemingen con el número 682.594.839 RLE (Bruselas). Es una compañía de seguros sujeta a la supervisión del Banco Nacional de Bélgica. Su Número de Referencia y otros datos se pueden encontrar en www.nbb.be. Dirección del sitio web: www.lloydsbrussels.com. Correo electrónico: lloydsbrussels@lloyds.com.
2. El Representante general de la aseguradora en España es Juan Arsuaga, Lloyd's Insurance Company S.A., Calle Pinar 7, 1ª Derecha, 28006 Madrid, España.
3. Lloyd's Insurance Company S.A. está autorizada y regulada por el Banco Nacional de Bélgica, Boulevard de Berlaimont 3, 1000 Bruselas, Bélgica, y está regulada por la Autoridad de Servicios Financieros y Mercados, Rue du Congrès 12-14, 1000 Bruselas, Bélgica.
4. Salvo que se establezca lo contrario en el contrato de seguro, la legislación aplicable es la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de 14 de julio, el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre y demás normativa de desarrollo o complemento. No será de aplicación la normativa española en materia de liquidación de entidades aseguradoras.
5. El Informe sobre la Situación Financiera y de Solvencia de Lloyd's Insurance Company S.A. está disponible en www.lloydsbrussels.com/about/lloyds-brussels-hub/.

LBS0020B

CLÁUSULA DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

De acuerdo con la Ley 44/2002, la Orden Ministerial ECO/734/2004 y demás normativa de transparencia y

Firmado por:

En:, a de de 202..

protección del cliente de servicios financieros, cualquier queja o reclamación debe dirigirse a:

Servicio de Atención al Cliente
Lloyd's Insurance Company S.A.
Calle Pinar, 7, 1ª Derecha
28006 Madrid
España

Telf: +34 91 426 2312

Fax: +34 91 426 2394

Correo electrónico: lloydsbrussels.madrid@lloyds.com

Puede obtener una copia del Reglamento de Funcionamiento de Lloyd's Insurance Company S.A. contactando con el Servicio de Atención al Cliente.

Se acusará recibo de su reclamación por escrito, en el plazo de 5 (cinco) días hábiles tras su recepción.

La decisión sobre su reclamación se adoptará en el plazo de 1 (un) mes desde la presentación de la misma. La decisión le será notificada en el máximo plazo de 10 (diez) días naturales a contar desde su fecha.

En caso de no quedar satisfecho con la respuesta final o si no ha recibido una respuesta final en el plazo de un mes a partir de la recepción de la queja o reclamación, podrá someter voluntariamente su disputa a arbitraje, en los términos de la Ley Española General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y legislación subordinada relacionada, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje para el caso de que las partes sometan sus divergencias a la decisión de uno o más árbitros.

Usted podría estar legitimado para dirigir su queja o reclamación a la Dirección General de Seguros de España. Los datos de contacto son los siguientes:

Dirección General de Seguros
Miguel Ángel, 21
28010 Madrid
España
Telf.: 952 24 99 82
Sitio web:

www.dgsfp.mineco.es/es/Consumidor/ProteccionAsegurado/Paginas/InformacionProcedimiento.aspx

Si contrató su seguro online, también puede presentar una queja a través de la plataforma de resolución de litigios online (ODR) de la UE. El sitio web de la plataforma ODR es www.ec.europa.eu/odr.

Puede interponer una acción legal ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio, de acuerdo con el artículo 24 de la Ley del Contrato de Seguro.

Las anteriores instancias de reclamación son sin perjuicio de su derecho a interponer una acción legal o acudir a un mecanismo alternativo de solución de conflictos de conformidad con sus derechos contractuales.

LBS0061C

Firma: