

BALENS SPECIALIST INSURANCE SCHEME

2 Nimrod House, Sandy's Road, Malvern, Worcs, WR14 1JJ
Tel: 01684 - 581888 Telefax: 01684 - 891361



Bridge Scheme for Spanish Therapists & Health Businesses
Bridge Para Profesionales Terapeutas Españoles
Malpractice, Public & Products Liability Proposal Form
Responsabilidad Civil, medica y responsables de la fabricacion de productos

It is essential that all questions are answered fully. If the answer to any question is none, please state 'none'. This Form must be returned with copies of Diplomas or Certificates in order for us to process.

Es esencial que todas las preguntas sean contestadas. Si la respuesta a alguna pregunta es nula por favor especifique "NULA". Por favor incluyan sus certificados y títulos cuando devuelvan el formulario.

Mr/Mrs/Ms/Dr Sr/Sra/Srta/Dr/Dra

1. Full name of Proposer/Nombre Completo:

Date of Birth/Fecha De Nacimiento:

Passport Number/Número de DNI:

2. Address/Dirección:

Tel No:

Fax:

Post Code/Código Postal:

Email :

3. Please state the nature of your practice and the percentage of work performed/ Por favor anote las terapias que realiza y el porcentaje de trabajo basado en el total siendo 100%:

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|
| Acupressure | | % | Homoeopathy/ <u>Homeopatía</u> | | % |
| Acupuncture/ <u>Acupuntura</u> | | % | Hypnotherapy/ <u>Hipnosis</u> | | % |
| Allergy Testing/ <u>Test de Alergia</u> Vega machine? Y / N | | % | Indian Head Massage/ <u>Masaje Indio de cabeza</u> (bodywork or full A&P cert required) | | % |
| Animal Therapy/ <u>Terapia Animal</u> | | % | Iridology/ <u>Iridología</u> | | % |
| Aromatherapist/ <u>Aromaterapeuta</u> | | % | Kinesiology/ <u>Kinesiología</u> | | % |
| Bach Flower Remedies/ <u>Remedios Florales de Bach</u> | | | Massage/ <u>Masaje</u> | | |
| Bowen Technique/ <u>Técnica Bowen</u> | | % | Naturopathy/ <u>Naturopatía</u> | | % |
| Chiropractic/ <u>Quiropráctico</u> | | % | Neuro-Linguistic Programming/ <u>Programación Neuro-Linguística</u> | | % |
| Colonic Irrigation/ <u>Irrigación Colonica</u> Gravity Fed machine? Y / N | | | Nutrition Therapy/ <u>Terapia De la Nutrición</u> | | % |
| Colour Therapy/ <u>Geocromoterapia</u> | | % | On-site massage/ <u>Masaje en sitio</u> | | % |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|
| Counselling | | % | Healing/ <i>El curativo</i> | | % |
| Craniosacral Therapy/ <i>Terapia Craneosacral</i> | | % | Osteopathy/ <i>Osteopatbia</i> | | % |
| Crystal Therapy/ <i>Terapia con Cristales</i> | | % | Pilates/ <i>Pilates</i> Including machine work? Y / N | | % |
| Herbalism | | % | Polarity Therapy/ <i>Terapia De la Polaridad</i> | | % |
| Psychotherapy/ <i>Psicoterapia</i> | | % | Sports Massage/ <i>Masaje De Deportes</i> | | |
| Physiotherapy/ <i>Fisioterapia</i> | | % | Student Case Work – supervised/ <i>Entrenamiento de estudiantes- supervisado</i> (subject to U/writers' approval) | | % |
| Reiki | | % | Touch for Health Therapy/ <i>Tacto para la terapia de la salud</i> | | |
| Reflexology | | % | Traditional Chinese Medicine/ <i>Medicina China Tradicional</i> | | % |
| Shiatsu | | % | Yoga Teaching / Therapy/ <i>enseñanza/ Terapia de Yoga</i> | | |
| Stress Counselling | | % | Any other, please state: | | |
| | | % | | | % |
| | | % | | | % |

4. a) Where did you qualify/ *Dónde se calificó?*

b) When did you qualify/ *Cuando se calificó ?*

5. How many years have you practised/ *Cuantos años llevas practicando?*

6. Please give details of what patient records are kept and how long they are retained/ *Por favor de nos detalles de cómo y de cuánto tiempo mantienen información sobre sus pacientes:*

(Please note records must be retained for at least 15 years/ Por favor anote que archivos deben ser retenidos durante 15 años).

7. Do you carry or have carried Medical and Professional Indemnity Insurance during the last twelve months?/ *Tiene o ha tenido seguro de cobertura médica y profesional en los últimos 12 meses?:*

Yes/Sí

No

If Yes, please state/ *Si ha contestado sí por favor especifique:*

Name of Carrier/ *Nombre del Asegurador:*

Limit of Indemnity/ *Límite de cobertura:*

Expiry Date of Policy/ *Fecha de vencimiento del seguro:*

8. Have you any claims or suits for negligence, error or omission been made against you, or are you aware of any circumstances which may result in any such claim or suit being made against you?/ Ha tenido alguna reclamación o denuncia por negligencia, errores u omisiones contra usted que pueda resultar en alguna reclamación?

Yes/Sí No

If Yes, please give details/ Si ha contestado si por favor de detalles:

9. Has any insurer ever cancelled, declined, refused to renew or accepted on special terms your Professional Insurance?/ Ha algún asegurador cancelado o renunciado a asegurarle o dado unos términos especiales a su póliza? :

Yes/Sí No

If Yes, please give full details/ Si ha contestado sí por favor de detalles:

10. Have you, or any principal/director/partner, under current or any previous trading titles, been convicted of any criminal offence, other than motoring, or is any prosecution pending?/ Ha sido usted o algún director o socio condenado de alguna ofensa criminal aparte de ofensas de conducción o tiene alguna ofensa pendiente?

Yes/Sí No

If Yes, please give full details/ Si ha contestado sí por favor de detalles:

11. Limit of Indemnity required/ Límite de Indemnidad (cobertura) requerida: €300,000/€600,000/€1,000,000

12. Are you also a Teacher & do you require personal cover?/ Es Profesor/a y da títulos? Sí/No

If Yes, please give details and amount of hours per year/ Si ha contestado sí por favor de detalles de sus cursos y el total de horas al año que enseña:

13. Do you have other practices abroad? / Trabaja en el extranjero?
Please advise which countries, how much time you spend & income you receive?/ Si trabaja en el extranjero por favor especifique el tiempo e ingresos que recibe de esto

| Country/País | % split of work undertaken abroad/porcentaje del trabajo realizado en el extranjero |
|--------------|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

14. Do you require Products Liability cover for selling to non - clients (e.g. Mail Order/Wholesale)?

Yes/Sí No

Necesita cobertura para la manufacturación de productos para la venta a no clientes:

If yes, please give details of products and advise annual turnover/ Si ha contestado sí por favor de detalles de los productos y dé cifras de negocios anuales €

NB: If turnover is in excess of €7500 please ask for Supplementary proposal form/ Si las cifras de negocios anuales excide €7500 por favor pidan un formulario suplementario

15. Date Insurance to commence/

Fecha de comienzo del seguro:

(Subject to confirmation by Balen/ Sujeto a la confirmación de Balens)

16. Estimated Annual Income for the next 12 months/*Renta estimada anual para los próximos 12 meses:*



IF YOU WOULD LIKE TO PAY BY DIRECT BANK TRANSFER, PLEASE USE THE BELOW BANK DETAILS, OR YOU CAN SEND US A CHEQUE OR PAY OVER THE PHONE BY CARD

Si desea pagar por transferencia bancaria por favor utilice los detalles del bancarios que se encuentran en esta página, o puede pagar con tarjeta por teléfono o con un cheque bancario

ULSTER BANK, DUBLIN 6
ACCOUNT NUMBER: 16507189
SORT CODE: 98 50 50
IBAN No. IE80 ULSB 98505016507189
BIC/SWIFT CODE : ULSB IE 2D

2 NIMROD HOUSE
SANDYS ROAD
MALVERN
WORCS, WR14 1JJ
Tel: 01684 – 581888

I hereby declare and warrant the above statements and particulars are in all respects complete and true, that they are material, and that I have not suppressed or misstated any material facts* and I agree that this Proposal Form shall be the basis of the contract with the Underwriters and deemed part of the insurance coverage issued to me/ **Declaro y autorizo por este medio las declaraciones antedichas y los detalles están en todos los aspectos completos y son verdaderos y que son materiales, y que no he suprimido ningún hecho materiales * y convengo que esta forma de oferta será la base del contrato con los suscriptores y parte juzgada de la cobertura de seguro publicada a mí.**

I CONFIRM THAT I HAVE READ, UNDERSTOOD AND ACCEPT THE TERMS OF BUSINESS AGREEMENT, ATTACHED* *CONFIMO QUE HE LEIDO, ENTENDIDO Y ACCEPTADO LOS TERMINOS DEL ACUERDO DE NEGOCIO

Signature of
Proposer/*Firma:*

Dated/
Fecha:

*This means that you should answer the above questions in full and not withhold or misrepresent any facts which are likely to influence the Company's assessment and acceptance of this proposal. You have a duty to disclose them and failure to do so could invalidate the insurance. A specimen policy wording is available on request at all times. / * **Esto significa que usted debe contestar a las preguntas antedichas por completo y no retener o no falsificar ningunos hechos que sean probables influenciar el gravamen y la aceptación de la compañía de esta oferta. Usted tiene un deber para divulgar los hechos y faltas si nos es así podría invalidar el seguro. Una fraseología de la política del espécimen está disponible a petición siempre.**

NOTICE TO SOLE TRADERS / INDIVIDUALS

The European Union Third non - life Directive on Pre-contractual Disclosure requirements requires you to be provided with the following information prior to a contract being concluded.

Would you like any further information on any of the following...

- Training School? Household Insurance?
 Holiday Homes/Rentals? Block Scheme – a group of 10+ therapists
 Commercial Insurance - Cover for your Salon, Surgery or Clinic?

“We care for the Carers”

Established 1950, Authorised and Regulated by the Financial Services Authority.

Member of the Institute of Insurance Brokers

Balens Ltd. trading as Balens, registered in England & Wales, Reg.No. 4931050