

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARTE DE RECLAMACIÓN

Nº Póliza: **530001355** Actividad contratada:

Capital Asegurado: Fecha efecto:

Tomador:

Nº EXPDTE.: Fecha Acto Médico: Fecha escrito reclamación:
Fecha Notificación al Asegurado:

DATOS DEL ASEGURADO (Rellenese con mayúsculas)

1er. Apellido	2º Apellido	Nombre	Profesión
Especialidad	Domicilio		Provincia
Teléfono:		E-mail:	

¿Existía en la fecha del siniestro o de la reclamación póliza contratada por usted, por el Colegio, o por el Centro donde presta sus servicios, con otra Compañía Aseguradora?
 En caso afirmativo indique en qué compañía: y nº póliza:
 ¿Ha efectuado la declaración de siniestro en la otra compañía? Sí — No
 En caso negativo indique las razones:

ACTO PROFESIONAL ORIGEN DE LOS DAÑOS RECLAMADOS. Código:	TIPO DE RECLAMACIÓN:
	<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Escrita <input type="checkbox"/> Judicial <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Penal <input type="checkbox"/> Admtva. <input type="checkbox"/> C. Admtva.

Tipo procedimiento: Juzgado:
 Cuantía reclamada:

Centro sanitario:	Público: <input type="checkbox"/>
Daños:	Privado: <input type="checkbox"/>
	Concertado: <input type="checkbox"/>

Otros profesionales intervinientes

Nombre y Apellidos	Especialidad	Compañía Aseguradora

PERJUDICADO

Nombre y Apellidos	Estado Civil:
Sexo: Edad: Domicilio:	
Provincia:	Teléfono: Otras circunstancias: (nº de hijos, profesión, etc.)

RECLAMANTE: Nombre y Apellidos:
Domicilio:
Provincia: Teléfono: Actúa en calidad de:

RESERVA INICIAL

GARANTÍA		
GARANTÍA		
GARANTÍA		
GARANTÍA		

HISTORIA CLÍNICA

- Existe consentimiento informado escrito sí no
Existe protocolo del tratamiento, operación, etc. sí no
Existe seguimiento escrito del tratamiento sí no

En caso de respuestas afirmativas deberá acompañar a este escrito copia de los documentos que correspondan.

ABOGADO DESIGNADO:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La entidad responsable del tratamiento, A.M.A. AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, Mutua de Seguros a Prima Fija, (en adelante, "A.M.A."), tratará los datos incluidos en el presente formulario con las siguientes finalidades: evaluar la asunción de responsabilidad como compañía aseguradora; evaluar de la cobertura del siniestro, tramitar el mismo y la realización de peritaciones, todo ello en cumplimiento de obligaciones legales, así como la prevención del fraude, en base a su interés legítimo.

A.M.A. podrá comunicar dicha información a organismos públicos tales como autoridades judiciales o tributarias y del sector asegurador, otras compañías aseguradoras, así como entidades reaseguradoras o coaseguradoras y peritos médicos.

A.M.A. conservará su información durante el tiempo necesario para la gestión del siniestro. A la finalización de la misma, A.M.A. conservará su información debidamente bloqueada, durante el tiempo necesario en que pudieran interponerse reclamaciones o ante requerimientos de autoridades públicas.

Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse y limitarse a determinados tratamientos, así como portar los mismos dirigiendo escrito a nuestra oficina de Protección de Datos, con los datos, sita en Vía de los Poblados nº 3, Parque Empresarial Cristalía, Edificio 4, 28033, o dirigiéndose a la siguiente dirección de correo electrónico protecciondedatos@amaseguros.com. En cualquier caso, los interesados siempre podrán acudir ante la Agencia Española de Protección de Datos, autoridad de control en materia de protección de datos, <http://www.agpd.es>. C/Jorge Juan número 6, 28001, Madrid.

Todo cuanto antecede se corresponde con la verdad, declarándolo y firmándolo con conocimiento pleno.

En _____ a _____ de _____ de _____

El Asegurado

El Tomador