**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**PARTE DE RECLAMACIÓN**

|  |
| --- |
| **Colegio de Enfermería de S/C TENERIFE** |

530001372

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL COLEGIADO.** |  |
| 1er. Apellido:  | 2º Apellido:  |
| Nombre:  |  |
| Teléfono:  | E-mail:  |
| Domicilio:  |
| Provincia:  | Código Postal:  |
| Área de actividad profesional Obstetricia-Ginecología Cuidados médico-quirúrgicos Trabajo Salud mental Familiar y comunitaria Geriátrica Pediátrica  |

|  |
| --- |
| **FECHAS.** |
| Fecha del acto profesional:  | Fecha de reclamación: |
| Fecha de notificación al asegurado:  |

|  |
| --- |
| **HECHOS E INTERVINIENTES.** |
| ¿Qué acto profesional origina la reclamación?  |
| ¿Cuál es su intervención en los hechos?  |
| ¿Intervinieron otros profesionales? Sí No  |
| Datos de otros intervinientes:  |
| **CENTRO DE TRABAJO Y COMPAÑÍAS ASEGURADORAS.** |
| Nombre del Centro de trabajo:  Público Privado Concertado  |
| ¿Ha comunicado los hechos en su centro de trabajo?  |
| ¿Le ampara la póliza contratada por el Centro donde presta sus servicios?  |
| ¿Tiene suscrita alguna póliza con otra Compañía aseguradora? Sí No  |
| ¿Con qué compañía? ¿Ha declarado el siniestro a esa compañía? Sí No  |

|  |
| --- |
| **PERJUDICADO, RECLAMANTE, Y RECLAMACIÓN.** |
| Reclamante:  |
| Actúa en calidad de: Perjudicado Padre o Tutor Abogado Otro  |
| Perjudicado:  |
| ¿Qué daños ha sufrido el perjudicado?  |
| ¿Qué cuantía reclama?  |
| Tipo de reclamación: Extrajudicial verbal / escrita Judicial Penal / Civil Agresiones  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN.** |
| ¿Existe consentimiento informado para el acto profesional? Sí No  |
| ¿El acto profesional cuenta con un protocolo específico? Sí No  |

“Sus datos serán tratados por A.M.A. AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, Mutua de Seguros A Prima Fija (AMA), siendo su destinatario el departamento legal y de siniestros, tanto de los que ahora comunique como de los que surjan posteriormente por la tramitación, con la finalidad de tramitar el parte, lucha contra el fraude, así como posibles operaciones de coaseguro y reaseguro. En este sentido, a efectos de tramitación de siniestros o de facturación de los mismos, es posible que los centros médicos o los peritos especialistas tengan que comunicar los datos de un siniestro o su alcance, consintiendo por ello en la comunicación de los datos de salud o de daños sobre bienes que fueren precisos para peritar el siniestro o para el abono de facturas. Los datos de terceros intervinientes son aportados con las autorizaciones necesarias para la comunicación a AMA de datos personales relativos a los beneficiarios, asegurados u otros terceros adscritos a la prestación contractual solicitada. Para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deberá dirigirse mediante carta al Responsable del Fichero, en su domicilio social Parque Empresarial CRISTALIA –Edificio 4- Vías de los Poblados, 3 -28033 Madrid”.

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

En a

El asegurado El tomador

|  |
| --- |
| **HECHOS E INTERVINIENTES.** |
| ¿Qué hechos se reclaman?  |

“Sus datos serán tratados por A.M.A. AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, Mutua de Seguros A Prima Fija (AMA), siendo su destinatario el departamento legal y de siniestros, tanto de los que ahora comunique como de los que surjan posteriormente por la tramitación, con la finalidad de tramitar el parte, lucha contra el fraude, así como posibles operaciones de coaseguro y reaseguro. En este sentido, a efectos de tramitación de siniestros o de facturación de los mismos, es posible que los centros médicos o los peritos especialistas tengan que comunicar los datos de un siniestro o su alcance, consintiendo por ello en la comunicación de los datos de salud o de daños sobre bienes que fueren precisos para peritar el siniestro o para el abono de facturas. Los datos de terceros intervinientes son aportados con las autorizaciones necesarias para la comunicación a AMA de datos personales relativos a los beneficiarios, asegurados u otros terceros adscritos a la prestación contractual solicitada. Para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deberá dirigirse mediante carta al Responsable del Fichero, en su domicilio social Parque Empresarial CRISTALIA –Edificio 4- Vías de los Poblados, 3 -28033 Madrid”.

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

En a

El asegurado El tomador