

## SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARTE DE RECLAMACIÓN

Nº Póliza:	Actividad contratada:
Capital Asegurado:	Fecha efecto:
Tomador:	
Nº EXPDTE.:	Fecha Acto Médico: <span style="float: right;">Fecha escrito reclamación:</span>
	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: <span style="background-color: #cccccc; padding: 2px 10px;"> </span>	TIPO DE RECLAMACIÓN:
	Extrajudicial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verbal
	<input type="checkbox"/> Escrita
	Judicial <input type="checkbox"/>
	Civil <input type="checkbox"/>
	Penal <input type="checkbox"/>
	Admtva. <input type="checkbox"/>
	C. Admtva. <input type="checkbox"/>

Tipo procedimiento: ..... Juzgado: .....

Cuantía reclamada:

Centro sanitario:	Público: <input type="checkbox"/>
Daños: <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	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: <span style="float: right;">Otras circunstancias: (nº de hijos, profesión, etc.)</span>



A.M.A.  
AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA  
Mutua de Seguros a Prima Fija de los Profesionales Sanitarios  
Parque Empresarial CRISTALIA - Edificio 4  
Vía de los Poblados, 3 - 28033 Madrid  
Tel.: 902 30 30 10 / 91 343 47 00

## SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARTE DE RECLAMACIÓN

Descripción por parte del asegurado de los hechos que originan la reclamación:

Area for description of facts, consisting of multiple horizontal dotted lines.

"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 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 especialistas peritos que intervengan 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 - Vía de los Poblados, 3 - 28033 Madrid"

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

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El Asegurado

El Tomador