

## SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PARTE DE RECLAMACIÓN

**COLEGIO OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DE MADRID**  
**Nº Póliza: 530000027**

#### IDENTIFICACIÓN DEL COLEGIADO.

1er. Apellido:

2º Apellido:

Nombre:

Teléfono:

E-mail:

Domicilio:

Provincia:

Código Postal:

D.N.I.:

#### 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

<b>PERJUDICADO, RECLAMANTE, Y RECLAMACIÓN.</b>			
Reclamante:			
Actúa en calidad de:	Perjudicado <input type="checkbox"/>	Padre o Tutor <input type="checkbox"/>	Abogado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Perjudicado:			
¿Qué daños ha sufrido el perjudicado?			
¿Qué cuantía reclama?			
Tipo de reclamación:	Extrajudicial verbal <input type="checkbox"/> / escrita <input type="checkbox"/>	Judicial Penal <input type="checkbox"/> / Civil <input type="checkbox"/>	Agresiones <input type="checkbox"/>

<b>DOCUMENTACIÓN.</b>		
¿Existe consentimiento informado para el acto profesional?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿El acto profesional cuenta con un protocolo específico?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

“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