A.M.A. agrupación mutual aseguradora

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.: 913 43 47 00 / 900 82 20 82
www.amaseguros.com

Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

PARTE DE RECLAMACIÓN

Nº Póliza:	Actividad contratada:	
Capital Asegurado:		Fecha efecto:
Tomador:		

Nº EXPEDIENTE:	Fecha acto médico: Fecha escrito reclamación: Fecha notificación al asegurado:

DATOS DEL ASEGURADO (rellénese con mayúsculas)

Nombre:	Apellido 1:	Apellido 2:
Profesión:		
Especialidad:		
Domicilio:		
Localidad:	Provincia:	C.P.:
Tfno. Fijo:	Tfno. Móvil:	E-mail:

¿Existía en la fecha del siniestro o de la reclamación póliza contratada por usted, por el Colegio, o por el Centro dende presta sus servicios, con otra Compañía Aseguradora? **SI** ☐ **NO** ☐

En caso afirmativo, indique en qué compañía: _____ **y número de póliza:** _____

¿Ha efectuado la declaración de siniestro en la otra Compañía? SI ☐ NO ☐

En caso negativo, indique las razones: _____

ACTO PROFESIONAL ORIGEN DE LOS DAÑOS RECLAMADOS. Código: _____

TIPO DE RECLAMACIÓN:

☐ Extrajudicial ☐ Verbal ☐ Escrita

☐ Judicial
☐ Civil
☐ Penal
☐ Administrativa
☐ C. Administrativa

Tipo procedimiento: _____ Juzgado: _____ Cuantía reclamada: _____

CENTRO SANITARIO

Nombre del Centro: _____ Público ☐ Privado ☐ Concertado ☐

Daños: _____

En _____, a ____ de _____ de 20 ____

El Asegurado, El Tomador,

Puede consultar la información sobre protección de datos al final del documento.

OTROS PROFESIONALES INTERVINIENTES

Nombre:	Apellidos:
Especialidad:	Cñía. Aseguradora:

Nombre:	Apellidos:
Especialidad:	Cñía. Aseguradora:

Nombre:	Apellidos:
Especialidad:	Cñía. Aseguradora:

Nombre:	Apellidos:
Especialidad:	Cñía. Aseguradora:

PERJUDICADO

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

RECLAMANTE

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

HISTORIA CLÍNICA

Existe consentimiento informado escrito	SI ☐ NO ☐	*En caso de respuestas afirmativas deberá acompañar a este escrito copia de los documentos que correspondan.*
Existe protocolo del tratamiento, operación, etc.	SI ☐ NO ☐	
Existe seguimiento escrito del tratamiento	SI ☐ NO ☐	

ABOGADO DESIGNADO:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

En _____, a ____ de _____ de 20 ____

El Asegurado,

El Tomador,

Puede consultar la información sobre protección de datos al final del documento.

DESCRIPCIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE LOS HECHOS QUE ORIGINAN LA RECLAMACIÓN:

Información básica sobre protección de datos:

Responsable: A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora.
Finalidades principales del tratamiento: Garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro; cumplir y/o ejecutar las garantías cubiertas en la póliza; atender y gestionar el siniestro declarado; evaluar y peritar los posibles daños sufridos para calcular y abonar, en su caso, la indemnización o la asistencia sanitaria pertinente, pudiendo llegar a tratarse datos de salud; prevención del fraude.
Base legitimadora: ejecución del contrato y cumplimiento de las obligaciones legales impuestas a A.M.A.
Destinatarios: para el cumplimiento y ejecución de ciertas garantías del contrato, A.M.A. tiene contratados a profesionales de confianza que actúan en calidad de encargados de tratamiento, como por ejemplo: abogados, procuradores, peritos, médicos, etc.
Derechos e información adicional: Podrá acceder rectificar, suprimir, portar, limitar, y oponerse a determinados tratamientos, así como solicitar información adicional, contactando con protecciondedatos@amaseguros.com, o directamente en el área de protección de datos de la web amaseguros.com

En _____ , a ____ de _____ de 20 ____

El Asegurado,

El Tomador,