

**BOLETÍN DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO**

**RESPONSABILIDAD CIVIL**

**DECLARACIÓN DE SINIESTRO. ENVIAR CON CARÁCTER URGENTE A:**  
**AMIC SEGUROS GENERALES S.A.**  
**Dpto. de Siniestros**

C/ Génova nº 26, 28004 Madrid  
 Tfno: 91 061 67 90  
 email: siniestrosrqp.amic@grupopsn.es

Nº Exped. Colegio:		Nº Póliza:	
Tomador de la Póliza:			
<b>(A) Asegurado Sr. D.:</b>			Nº de Colegiado:
Domicilio Particular:			
Población	C.P:	Provincia:	
Teléfono Particular:	Teléfono Profesional:		N.I.F.:
E-mail:		Fax:	
En ejercicio profesional desde el año:			
Cobertura (básica + complementaria) hasta:			Desde el:
<b>MODALIDAD EJERCICIO PROFESIONAL</b>			
- Colegiado Activo:			
Tipo de actividad profesional realizada: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta			
- Colegiado Activo: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal			
<b>B) Sociedades Profesionales y Profesionales Socio-Sanitarias</b> <b>(Inscritas en el Colegio y recogidas en el listado de Asegurados de la Póliza):</b>			
Denominación:			
Fecha de Constitución de la Sociedad y Objeto Social: (Socios, propietarios, accionistas, debe adjuntar además Escritura de Constitución de la Sociedad a la que se reclama y estatutos)			

ENTIDAD ASEGURADORA: AMIC SEGUROS GENERALES, S.A. CIF: A-78920105. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, al tomo 1476, folio 134, hoja M-27398

RC.SOC.0004.1905/1

Asegurados asociados implicados (detallar información completa de cada uno según (A):

### 1. EXPLICACIÓN DETALLADA DE LOS HECHOS MOTIVADORES DEL SINIESTRO:

### 2. INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN LOS HECHOS ANTERIORES:

2.1 Como Actividad Profesional Pública	<input type="checkbox"/>
2.2 Como Actividad Profesional Privada	<input type="checkbox"/>
2.3 Como Actividad Profesional Mixta	<input type="checkbox"/>
2.4 Como Inactivo	<input type="checkbox"/>

### 3. DATOS RELACIONADOS CON EL SINIESTRO QUE SE DECLARA:

3.1 Fecha en que se produjeron los daños	
3.2 Fuente de conocimiento	
3.3 Fecha en que se recibe la reclamación	
3.4 Fecha desde la que se conocía la existencia de daños, así como de la intención de reclamar	

**4. DATOS DEL PERJUDICADO:**

**Información del perjudicado.** Por favor indique para cada perjudicado, la siguiente información.  
Si necesita más espacio adjunte hojas adicionales.

Nombre completo:		
Dirección:	C.P:	
Ciudad:	Provincia:	
Teléfono:	Móvil:	DNI/N.I.F.:
E-mail:		

**Información del demandante o su representante.**

Nombre completo:		
Dirección:	C.P:	
Ciudad:	Provincia:	
Teléfono:	Móvil:	DNI/N.I.F.:
E-mail:		

**5. PERSONAS RELACIONADAS CON EL TRABAJO PROFESIONAL, CORRESPONDIENTE AL SINIESTRO DECLARADO:**

--

**6. EN EL SINIESTRO DECLARADO ¿SE HAN PRODUCIDO LESIONES PERSONALES? ¿DE QUÉ TIPO?**

Datos completos de (los) lesionado(s)
En el caso de tratarse de un accidente laboral:
Datos de la empresa empleadora y Mutua de trabajo:
¿Existe acta de inspección de trabajo?

**7. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:**

*(La copia de las demandas judiciales se enviarán íntegras indicando siempre la fecha del emplazamiento)*

--

**8. RECLAMACIONES:**

8.1 ¿Tiene constancia de que exista alguna reclamación extrajudicial o judicial relacionada con el siniestro declarado?

En caso de respuesta afirmativa:

8.1.1 Autoridad Judicial

8.1.2 Nombre y apellidos del demandante

8.1.3 Bases de la reclamación

8.1.4 Fecha en que le han notificado la reclamación

Por vía:

8.1.5 ¿Se ha mantenido entrevista o reunión con los reclamantes? En caso afirmativo indicar contenido de la misma y fecha

8.1.6 Cantidad reclamada

8.1.7 Otros implicados en la reclamación

**9. INDIQUE CUALQUIER OTRA CIRCUNSTANCIA RELATIVA AL SINIESTRO QUE ENTIENDA DE INTERÉS:****10. OTRAS PÓLIZAS DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL:**

¿Tiene usted contratada alguna/s póliza/s adicional/es que cubra/n su responsabilidad civil?

SÍ NO 

(MUY IMPORTANTE: En caso de respuesta afirmativa, aportar copia de las misma/s)

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS****¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?**

AMIC SEGUROS GENERALES S.A (en adelante AMIC)

**¿Con qué finalidad tratamos sus datos?**

Trataremos sus datos personales con la finalidad de gestionar la Póliza de Seguro. El tratamiento de los datos recogidos en este boletín es necesario para la gestión del siniestro y ejecución de la relación contractual.

**¿Por qué estamos legitimados para su tratamiento?**

La legitimación está basada en la ejecución del contrato a los solos efectos de garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro.

**¿A quién comunicaremos sus datos?**

No cederemos los datos facilitados en este boletín a terceros salvo la cesión de datos personales, adecuados, pertinentes y no excesivos, a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador en orden a la tramitación de posibles siniestros, fines estadísticos y de lucha contra el fraude o cualquier otro que sea necesario para la adecuada actuación profesional relacionada con la gestión de su actividad aseguradora o por razones de coaseguro o reaseguro.

**¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?**

El Cliente podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

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

Fdo. El Asegurado

Mediado por PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo, S.A.U, sociedad de Agencia de Seguros Vinculada, debidamente inscrita en el Registro Administrativo especial de Mediadores de seguros, corredores de reaseguros y de sus altos cargos con la clave AJ0212.