

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
COMUNICACIÓN DE RECLAMACIÓN**

Nº PÓLIZA	Nº CLIENTE	
Fecha Efecto	Capital Asegurado	
TOMADOR		
Nombre y Apellidos		
ASEGURADO		
Nombre y Apellidos		Profesión
Actividad	Teléfono	Email
Domicilio	Ciudad	
Provincia	País	Fax
S/ Referencia		
INTERLOCUTOR		
Nombre y Apellidos		
Teléfono	Fax	Email
ACTO MÉDICO		
Fecha Acto Médico		
Descripción del acto médico origen de la reclamación		
DAÑOS		
CENTRO SANITARIO		
Nombre		Domicilio
Ciudad		Provincia
Público <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/>	Concertado <input type="checkbox"/> Área/Servicio
RECLAMACIÓN		
Fecha reclamación		Fecha notificación reclamación
Cuantía reclamada	Tipo: Extrajudicial <input type="checkbox"/> Judicial <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/>	
Penal <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/>	Nº Procedimiento	Juzgado

OTROS PROFESIONALES INTERVINIENTES				
Nombre y Apellidos	Profesión	Especialidad	Teléfono	Cía. Aseguradora
PERJUDICADO				
Nombre y Apellidos			Estado Civil	
Profesión	Sexo	Fecha Nacimiento	NIF	
Domicilio			Ciudad	
CP	Provincia	Teléfono		
Email	Nº personas a su cargo			
Otras circunstancias				
RECLAMANTE				
Nombre y Apellidos				
Domicilio			Ciudad	
CP	Provincia	Teléfono		
Actúa en calidad de				
CONCURRENCIA DE SEGUROS				
¿Existía en la fecha del acto médico o de la reclamación otra póliza de responsabilidad civil que diera cobertura al asegurado?				
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indique: Entidad Aseguradora
Nº de Póliza		Fecha Efecto		
PRINCIPALES DOCUMENTOS A ADJUNTAR				
Escrito de reclamación		<input type="checkbox"/>	Otros: Descripción	
Historia Clínica del paciente		<input type="checkbox"/>		
Consentimiento Informado		<input type="checkbox"/>		

Cláusula de Protección de Datos

Le informamos que sus datos se incorporarán a un fichero titularidad de Sham, quien los tratará de acuerdo con la Ley Francesa de Protección de Datos al objeto de la tramitación de siniestros, pago de prestaciones, lucha contra el fraude, así como posibles operaciones de coaseguro y reaseguro. Los datos de terceros intervinientes son aportados con las autorizaciones necesarias para su comunicación a Sham. Sham España, S.L. actuando en su condición de Agencia de Suscripción, tratará los datos por cuenta del Asegurador, de acuerdo con la Ley Francesa de Protección de Datos y únicamente para los fines previstos en su autorización para tramitar siniestros. Para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición deberá dirigirse al domicilio social del responsable del fichero situado en 18 Rue Edouard Rochet. 69372 Lyon Cedex 08. Francia.

En Madrid, a de de

El Asegurado