

## BOLETÍN DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO

### RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL SOCIAL

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

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:			
Capital Asegurado:			
<b>MODALIDAD EJERCICIO PROFESIONAL</b>			
- DADO DE ALTA EN LA PÓLIZA COMO:    ACTIVO <input type="checkbox"/> INACTIVO <input type="checkbox"/>			
- TIPO DE ACTIVIDAD PROFESIONAL REALIZADA:    PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> O MIXTA <input type="checkbox"/>			
<b>B) Sociedades Profesionales y Profesionales Sociales</b> <b>(Recogidas en 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)			

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 <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 200px;">NO <input type="checkbox"/></span>
(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 con la finalidad de formalizar y gestionar la Póliza de Seguro, los servicios accesorios a la misma, y gestión comercial.

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

La legitimación está basada en la ejecución del contrato y el consentimiento del interesado.

##### ¿A quién comunicaremos sus datos?

En caso de habernos dado su consentimiento los datos facilitados serán comunicados a las empresas del Grupo PSN, con la finalidad de remitirle información comercial por cualquier medio, incluidos los electrónicos sobre las actividades, servicios y productos que ofrecen las empresas del Grupo PSN, cuya composición puede consultar en la dirección: <http://www.psn.es/empresas-psn>.

##### ¿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.

##### Información adicional

Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <https://www.psn.es/politica-de-privacidad/>

He leído y acepto la información sobre Protección de Datos.

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

Fdo. El Asegurado