

## BOLETÍN DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO DEL COLEGIO OFICIAL DE QUÍMICOS DE MURCIA

### RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

**DECLARACIÓN DE SINIESTRO. ENVIAR CON CARÁCTER URGENTE A:** C/ Villanueva Nº 11, 28001 Madrid  
**AMIC SEGUROS GENERALES S.A GRUPO PSN** Tfno: 91 423 11 10  
 Dpto. de Siniestros de Responsabilidad Civil Profesional email: siniestrosrca.amic@grupopsn.es

Nº Expediente Colegio:		Nº Póliza:	
Tomador de la Póliza:			
<b>(A) Asegurado Nombre y Apellidos:</b>			Nº Colegiado:
Domicilio Particular:			
Población:	C.P.:	Provincia:	
Teléfono de Contacto:		NIF,NIE, DNI:	
Email:			
En ejercicio profesional desde el año:			
Límite de Capital Contratado:			
Desde el:			
<b>MODALIDAD DE EJERCICIO PROFESIONAL:</b>			
Colegiado Activo: <input type="checkbox"/>			
-Libre Ejerciente: <input type="checkbox"/>			
-Empleado por cuenta ajena/asalariado Si provee Servicios de Ingeniería Química:			<input type="checkbox"/>
-Empleado por cuenta ajena/asalariado No provee Servicios de Ingeniería Química:			<input type="checkbox"/>
Colegiado Inactivo: <input type="checkbox"/>			
Colegiado no Ejerciente: <input type="checkbox"/>			
<b>(B) Sociedades Profesionales (Inscritas en el Colegio y recogidas en el listado de Asegurados de la Póliza):</b>			
Razón Social:			
Fecha de Constitución de la Sociedad:		CIF:	
Objeto Social (Socios, propietarios, accionistas, adjuntar escrituras de constitución de la Sociedad a la que se reclama así como los 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: Señalar con un X el correspondiente**

2.1 Como libre Ejerciente	
2.2 Como Empleado Cuenta Ajena /Asalariado que Si provee Servicios de Ingeniería Química:	
2.3 Como Empleado Cuenta Ajena /Asalariado que No provee Servicios de Ingeniería Química:	
2.4 Como Inactivo:	
2.5 Como Colegiado no Ejerciente:	

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

3.1 Fecha en la que se produjeron los daños:
3.2 Fuente de Conocimiento:
3.3 Fecha en la que se recibe la reclamación:
3.4 Fecha desde la que se conocía la existencia de daños, así como 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:
Localidad:	Provincia:
	País:
Teléfono de contacto:	D.N.I./N.I.E/N.I.F/C.I.F.:
E-mail:	

**Información del Demandante o su representante:**

Nombre Completo:	
Dirección:	C.P.:
Localidad:	Provincia:
	País:
Teléfono de contacto:	D.N.I./N.I.E/N.I.F/C.I.F.:
E-mail:	

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

--

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

**Datos Completos de los Lesionados/as:**

--

**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 enviaran íntegras indicando siempre la fecha de emplazamiento)*

--

**8.- RECLAMACIONES:**

*(La Copia de las demandas judiciales se enviaran íntegras indicando siempre la fecha de emplazamiento)*

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 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 mismas)

**CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que el Tomador proporcione, pasarán a formar parte de un fichero responsabilidad de Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija (en adelante la Mutua), siendo la finalidad de la recogida de tales datos la formalización y gestión de la Póliza de Seguro. Asimismo, le informamos de 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.

Los datos personales y de salud que se requieren en la solicitud y en los cuestionarios (financieros, ocupacionales y/o de salud) son de obligado suministro por constituir información indispensable para conformar la voluntad contractual de la Mutua en cuanto a la evaluación del riesgo y para la efectividad del Contrato. La negativa a suministrar tales datos impedirá la formalización de la Póliza.

El Tomador y/o Asegurado podrán ejercitar, en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación dirigida a la Mutua, C/ Villanueva 11, 28001 - Madrid, acompañada de fotocopia de DNI o a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada. En el supuesto, de que con posterioridad al perfeccionamiento de la Póliza de Seguro, se ejercite por el Tomador y/o Asegurado su derecho de cancelación de sus datos personales u oposición al tratamiento de los mismos, necesarios para la gestión de la Póliza, automáticamente se procederá a la cancelación del contrato, o en su caso, a la baja del contrato del Asegurado. El tomador autoriza a la Mutua a hacer uso de sus datos contenidos en el fichero con la finalidad de remitir información a través de cualquier medio de comunicación sobre las actividades, servicios y productos de la misma. El tomador autoriza a la Mutua a hacer uso de sus datos contenidos en el fichero con la finalidad de remitir información a través de cualquier medio de comunicación, excepto los electrónicos, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo Previsión Sanitaria Nacional, cuya composición puede consultar en la dirección <http://www.psn.es/empresas-psn>.

- No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación sobre las actividades, servicios y productos de la Mutua.
- No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación no electrónico, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo PSN.
- Deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación electrónico, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo PSN, cuya composición puede consultar en la referida dirección, cuyos sectores específicos y concretos son los seguros, servicios inmobiliarios, hostelería, escuelas infantiles, servicios informáticos, asesoramiento legal, consultoría y auditoría.

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

Fdo. El Asegurado