

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

Nº póliza :

Fecha efecto :

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ASEGURADO:**DOMICILIO :****TELÉFONO:****EMAIL:****ACTIVIDAD Y ESPECIALIDAD:****NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERJUDICADO :****FECHA DE LOS HECHOS :****HECHOS** (*descripción del acto origen de la reclamación*):**NOMBRE Y APELLIDOS DEL RECLAMANTE :****DAÑOS RECLAMADOS :****FECHA DE RECLAMACIÓN :****CUANTÍA RECLAMADA :****TIPO DE RECLAMACIÓN :** Extrajudicial Judicial : *PENAL**CIVIL**Fecha de notificación judicial :* Administrativa

CENTRO SANITARIO:

ACTIVIDAD PÚBLICA / PRIVADA:

RELACIÓN CON EL CENTRO SANITARIO: LABORAL / MERCANTIL

CONCURRENCIA DE PÓLIZAS :

(Existencia a fecha de los hechos o reclamación de otra póliza de responsabilidad civil que de cobertura al acto reclamado)

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LA ENTIDAD ASEGURADORA :

OTRO PERSONAL INTERVINIENTE EN LOS HECHOS :

Nombre y apellidos	Actuación	Compañía aseguradora
--------------------	-----------	----------------------

PRINCIPALES DOCUMENTOS A ADJUNTAR:

- RECLAMACIÓN**
- HISTORIA CLÍNICA COMPLETA**
- CONSENTIMIENTO INFORMADO**
- INFORME EXPLICATIVO DE LOS HECHOS**
- OTROS. DESCRIPCIÓN :**

POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo a ceder mis datos personales a la compañía aseguradora SHAM con la finalidad de que pueda llevar a cabo las acciones de gestión y ejecución del contrato, así como la gestión de las reclamaciones y litigios. SHAM en calidad de Responsable de tratamiento le informa que los datos personales serán tratados de acuerdo a lo dispuesto en el RGPD así como en la L.O. 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Los datos personales tratados son los que se facilitan en el presente documento. No se efectuará ninguna transferencia de datos fuera de la Unión Europea, excepto situación particular que lo justifique. Dispone de un derecho de acceso, rectificación, limitación del tratamiento de datos y del derecho a definir las directrices relativas al destino de los datos después de su fallecimiento. Para ejercer estos derechos, puede ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos (DPO) por correo electrónico a la dirección privacy.es@relyens.eu o por correo postal a la siguiente dirección: SHAM Sucursal en España - Data Protection Officer (DPO) – Paseo de la Castellana, nº 110 28046- MADRID, justificando su identidad. Puede obtener más información sobre el tratamiento de datos de carácter personal del cliente por parte de Sham, y especialmente sobre como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y otros, en la siguiente página web: <http://www.relyens.eu>

En a de de

El asegurado :

▶ SHAM - Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles
Siège social : 18 rue Edouard Rochet - 69008 Lyon France
Registre du Commerce et des Sociétés : 777 860 881 RCS Lyon
Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes régie
par le Code des assurances Français - Matricule Autorité de Contrôle
Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4040459

Sucursal en España
Domicilio en Paseo de la Castellana, 110 - 28046 Madrid España
Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 34,125, Folio 73,
Sección 8, Hoja M-613805, NIF W0010878G
Inscrita en el Registro Administrativo de la Dirección General de
Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP) con clave E0220

Tel: +34 915 629 426 - Fax: +34 915 626 608
E-mail: informacion@sham.com
www.sham.com