



Estimado Asegurado, para proceder con la notificación del siniestro, proceda a: 1) rellenar este formulario; 2) elaborar un informe confidencial sobre los hechos que dieron origen al siniestro (y en todo caso dar respuesta a la información solicitada en el apartado 4.3); 3) preparar una copia de cualquier documento judicial y cualquier otro documento relevante; 4) enviar la documentación anterior lo antes posible a las Aseguradoras a Claims@furnessunderwriting.com.

Se recuerda que sin el consentimiento previo y por escrito de las Aseguradoras, el Asegurado no debe admitir sus responsabilidades, definir o liquidar daños, proceder a transacciones o compromisos o incurrir en gastos relacionados con el objeto de la disputa.

1. DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO/ASEGURADO

Tomador del seguro/Asegurado

Ciudad Provincia Código postal

Dirección NIF/CIF

Teléfono móvil +34 Correo electrónico

2. DATOS DE LA POLIZA DE SEGURO

Mediador de seguro Número de póliza

Fecha de efecto Fecha de vencimiento Fecha de retroactividad Periodo de descubrimiento

Límite de indemnización € . . Franquicia € . .

Última prima pagada el dd/mm/aaaa A:

3. NOTIFICACIÓN DEL SINIESTRO

El abajo firmante declara que el Asegurado en dd/mm/aaaa ha recibido/conocido por primera vez:

a) Citación judicial	<input type="checkbox"/>	b) conclusión de las investigaciones preliminares	<input type="checkbox"/>
c) Comunicación de reclamación formal por vía ordinaria	<input type="checkbox"/>	d) Solicitud de información adicional al proceso judicial	<input type="checkbox"/>
e) Recurso de evaluación técnica preventiva	<input type="checkbox"/>	f) Recepción de una solicitud de mediación / negociación asistida	<input type="checkbox"/>
g) Solicitud de indemnización / reclamación	<input type="checkbox"/>	h) Solicitud de informe clínico formulada por el Centro de Salud	<input type="checkbox"/>
i) Informe de identificación	<input type="checkbox"/>		
j) Otro (especificar)			

4. INFORMACIÓN RELEVANTE

4.1 Datos del reclamante

Ministerio Público / Autoridad Pública y/o Judicial O:

Nombre Apellido

Ciudad Provincia Código postal

Dirección

Teléfono móvil +34 Correo electrónico

Profesión Fecha de hospitalización Fecha de baja Edad

4.2 Datos relativos al abogado designado por el perjudicado/querellante

Nombre Apellido

Ciudad Provincia Código postal

Dirección

Teléfono móvil +34 Correo electrónico

4.3 Descripción del/los hecho/s que dio/dieron lugar a la reclamación de indemnización

Fecha del hecho en que se originó el siniestro



Indique en qué categoría se encuentra el daño alegado por el tercero:

- | | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|
| a) Daño cerebral en bebés/niños | <input type="checkbox"/> | b) Daño cerebral en adultos | <input type="checkbox"/> | c) Tetraplejía / cuadriplesía / paraplejía | <input type="checkbox"/> |
| d) Otros tipos de parálisis o discapacidad sustancial | <input type="checkbox"/> | e) Muerte inesperada | <input type="checkbox"/> | f) Daño al sistema nervioso | <input type="checkbox"/> |
| g) Daño neurológico | <input type="checkbox"/> | h) Diagnóstico faltante o incorrecto | <input type="checkbox"/> | i) Pérdida de extremidades o su uso | <input type="checkbox"/> |
| j) Pérdida o deterioro del sistema reproductivo | <input type="checkbox"/> | k) Daños relacionados con infecciones (por ejemplo, MRSA) | <input type="checkbox"/> | l) Muerte por infección | <input type="checkbox"/> |
| m) Muerte de bebé/niño por daño cerebral | <input type="checkbox"/> | n) Falta de diagnóstico de anomalías prenatales | <input type="checkbox"/> | o) Otro tipo de lesiones | <input type="checkbox"/> |

En caso de muerte indicar la causa

Tipo de servicio médico realizado

Rol desempeñado por el asegurado (por ejemplo, 1er operador, 2do operador, anestésista, etc.)

Daños reclamados por el perjudicado/reclamante

Cualquier factor/detalles que puedan limitar/excluir las responsabilidades del Asegurado

Otras personas (no empleadas) u otros establecimientos sanitarios involucrados (información general, rol, responsabilidad)

Importe de la reclamación de indemnización

€ .

Porcentaje de discapacidad reconocida (si está disponible)

%



En caso de reclamación de daños y perjuicios por parte de los herederos, indicar sus datos

NOMBRE	APELLIDO	GRADO DE PARENTESCO	EDAD

5. OTROS SEGUROS

	EMPRESA DE SEGURO	FECHA DE EFECTO	FECHA DE VENCIMIENTO	LIMITE DE INDEMNIZACIÓN
Póliza de Responsabilidad Civil Profesional para Médicos autónomos que realizan trabajos en la sociedad.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Defensa Legal		<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Otro:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>

6. LISTA DE DOCUMENTOS ADJUNTOS

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| a) Citación judicial | <input type="checkbox"/> | b) Conclusión de las investigaciones preliminares | <input type="checkbox"/> |
| c) Comunicación de reclamación formal por vía ordinaria | <input type="checkbox"/> | d) Solicitud de información adicional al proceso judicial | <input type="checkbox"/> |
| e) Recepción de una solicitud de mediación / negociación asistida | <input type="checkbox"/> | f) Solicitud de informe clínico formulada por el Centro de Salud | <input type="checkbox"/> |
| g) Solicitud de indemnización / reclamación | <input type="checkbox"/> | h) Recurso de evaluación técnica preventiva | <input type="checkbox"/> |
| i) Informe de identificación | <input type="checkbox"/> | | |
| j) Otro (especificar) | | | |

7. NOTAS Y COMENTARIOS

DECLARACIONES

Si el Asegurado dispusiera de más documentación en los días siguientes al parte del siniestro, se recomienda enviar inmediatamente una copia a la Aseguradora a reclamaciones@furnessunderwriting.com.

Tenga en cuenta que, de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, la Aseguradora no será responsable de los gastos en que incurra el Asegurado por abogados que no hayan sido designados por ella. La Aseguradora asumirá, en el marco de las garantías vigentes y mientras tengan interés en ellas, la gestión de litigios, tanto extrajudiciales como judiciales, designando al efecto, y sólo en caso necesario, a los abogados y/o técnicos. De conformidad con la ley, el declarante reconoce que todos los datos informados y los documentos adjuntos a este formulario serán utilizados exclusivamente para los fines a que se refiere el contrato de seguro contratado con la Aseguradora. El Asegurado, consciente de que cualquier omisión, afirmación falsa y/o reticencia puede dar lugar a que la compañía de seguros no otorgue cobertura, declara que los datos facilitados en este formulario son completos y veraces.



AUTORIZACIÓN AL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES

Mediante este escrito, autorizo a Furness Underwriting Europe y a CHP Legal al tratamiento de Datos Personales, incluyendo el uso de datos y/o información respecto a Datos Sensibles (como, por ejemplo, datos relativos al estado de salud) y/o Judicial para la realización de las diligencias necesarias. actividades a la gestión del siniestro. Autorizo a Furness Underwriting Europe y a CHP Legal, en la medida necesaria para permitir la gestión y eventual liquidación del siniestro, a transmitir los datos a terceros participantes en el contrato de seguro tanto en España como en el extranjero, y en particular a los coaseguradores y reaseguradores. También autorizo a Furness Underwriting Europe y a CHP Legal a solicitar información útil a las oficinas de la Administración y otros terceros, así como a consultar documentos administrativos y judiciales para la gestión de siniestros. Confirmando que he obtenido el consentimiento de cada persona cuyos datos facilito para el uso de sus Datos Personales, Sensibles y Judiciales que surgieron de la gestión de este siniestro. Este consentimiento es válido independientemente del supuesto de siniestro. Furness Underwriting Europe y CHP Legal están autorizados a comunicar los datos necesarios para la presentación de acciones de recurso al tercero responsable o su aseguradora de responsabilidad profesional. También confirmo que he leído y entendido el Aviso de Privacidad publicado en el sitio web de Furness Underwriting Europe y CHP Legal en la siguiente dirección:

<https://furnessunderwriting.com/es/politica-de-privacidad/>
<https://chplegal.com/en/terms-conditions/>

La autorización constituye el requisito previo necesario para llevar a cabo la tarea de gestión del siniestro derivado de este informe y que no puede ser atendida en ausencia de la propia autorización.

FIRMA PARA DECLARACIÓN

Nombre y Apellido

Firma

Fecha

FIRMA PARA AUTORIZACIÓN

Autorizo (autorización requerida)

Nombre y Apellido

Firma

Fecha

ATENCIÓN: Se requieren ambas firmas para procesar el informe.