

FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE SINIESTRO DE AGRESIONES

Por favor, rellenar a máquina para su proceso.

1.- DATOS DE IDENTIFICACION:

PERSONA DE CONTACTO:

DIRECCION Y TFNOS. DEL COLEGIO:

| 2 COLEGIADOS AFECTADOS: |
|----------------------------|
| NOMBRE, DOMICILIO Y TLNO.: |



3.- HECHO PRODUCIDO:

| FECHA DEL SUCESO: | | | |
|--|------------------------------------|--|--|
| | | | |
| | | | |
| RESULTADO DEL HECHO: (fallecimiento, lesiones graves o leves etc.) | | | |
| | | | |
| | <u></u> | | |
| | | | |
| EXISTE YA RECLAMACION: | (Si es afirmativo, adjuntar copia) | | |
| D. HOG DEL . GDDGGD | | | |
| DATOS DEL AGRESOR: | | | |
| | | | |
| TIPO DE RECLAMACION: | | | |
| JUDICIAL CIVIL: | JUDICIAL PENAL: | | |
| ADMINISTRATIVA: | PRIVADA: | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| HIZCADO OLIE LO ED ANTEA | | | |
| JUZGADO QUE LO TRAMITA | | | |
| NUM. EXPTE.: | | | |
| | | | |
| HA INTERVENIDO ALGUN LETRAD | O O PROCURADOR | | |
| NOMBRE, DOMICILIO PROF. Y TFNO. / FAX: | | | |
| | | | |
| | | | |
| Lo designo: (Colegio, colegiado, otra Cía., etc.) | | | |

4.- RESULTADOS DEL SUCESO:

ALGUN AFECTADO SE CONSIDERA RESPONSABLE DEL SUCESO: CASO AFIRMATIVO, QUIEN:



5.- DESCRIPCION DEL HECHO SUCEDIDO:

(Puede efectuarse adjuntando otro escrito o este impreso, describiendo con el mayor detalle posible lo sucedido, sin olvidarse de lo que cada cual hace o deja de hacer en el hecho, los efectos del mismo, personas que intervienen cada fase, nombres de los posibles perjudicados, actitudes de estos, etc.).

Firma de los colegiados afectados, fecha y sello del Colegio que lo remite.

Le informamos que en cumplimiento de la normativa de Protección de Datos, los datos que se recaben relativos a su persona, serán tratados como Responsable por COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE LA RIOJA domiciliada en Logroño, Plaza Tomás y Valiente 4, Bajo. El tratamiento de estos datos tiene como finalidad la comunicación al Seguro del Siniestro para su tramitación. Por ello, la firma de este documento significa la autorización y por tanto, el consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos con las siguientes finalidades (marque la casilla si está de acuerdo con el tratamiento):

☐ Cesión de sus datos a la entidad aseguradora para la tramitación del siniestro

Puede ejercer en todo momento sus derechos así como obtener una información más exhaustiva acerca del tratamiento que el Colegio realiza de sus datos personales, puede consultar nuestra política de privacidad a través de la página web: www.colegioenfermeriarioja.org.