

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

• *SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL (Póliza 000000000000)*

ASEGURADOS: Alumnado de ciclos formativos de formación profesional inicial y programas de cualificación profesional que realizan formación en centros de trabajo que se desarrollará fuera del centro docente, en empresas o instituciones, en situaciones reales de trabajo.

Cuando un Tercero realice una reclamación por daños causados por los Asegurados, el Centro donde cursa sus estudios nos remitirá la siguiente documentación:

- Carta de reclamación de la Empresa donde el alumno realizaba sus prácticas, con breve descripción como ha ocurrido el siniestro.
- Parte de Declaración de Siniestro, con una amplia descripción de lo acontecido, indicando el nº de póliza. (Se adjunta modelo).
- Fotocopia del Convenio de Colaboración entre la Empresa y el Centro donde conste el alumno causante de los daños.
- Valoración o presupuesto de daños ocasionados (si lo hubiera).

La tramitación del siniestro se debe realizar por fax al nº, 902 11 78 65 remitiendo la documentación anteriormente indicada. Para sucesivas consultas llamar al teléfono nº 902 41 42 43, indicando el nº de póliza y fecha de siniestro.

• *ATENCIÓN DE SINIESTROS*

Para cualquier duda o aclaración sobre como debe tramitarse un siniestro, pueden ponerse en contacto con D^a Cristina Denia:

- Teléfono de Atención al Asegurado: 902 41 42 43

La documentación solicitada tiene carácter de mínima, siendo susceptible de necesitar ser ampliada a requerimiento de la Compañía Aseguradora en función de las características y especificidades del siniestro.

Vigencia de la póliza desde 01 de enero hasta 31 de diciembre de 2013.

Compañía Aseguradora: Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

Póliza Núm.: _____

Datos generales del siniestro:

Fecha / / Hora: Lugar:

Fecha de recepción de la primera reclamación del tercer perjudicado:

Tel. de contacto del Asegurado: Telf. de contacto para la realización del peritaje *(si procede)*:

¿Tiene el Asegurado otras pólizas con cobertura de Responsabilidad Civil? Sí No

En caso afirmativo, indicar la Compañía aseguradora y el número de póliza:

Perjudicado/s *(en caso de existir daños personales, detallar en el apartado correspondiente a daños a personas)*

Perjudicado 1:

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio:

Teléfono:

Perjudicado 2:

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio:

Teléfono:

Descripción de causas y circunstancias del siniestro:

Descripción de lo sucedido en el siniestro

¿Cuál ha sido el hecho concreto que ha causado la ocurrencia del siniestro?

Testigo de lo ocurrido

Testigo 1:

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio:

Teléfono:

Empresa:

Teléfono:

Testigo 2:

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio:

Teléfono:

Empresa:

Teléfono:

¿Qué otras **Empresas / Entidades** intervenían en el lugar del siniestro cuando este ocurrió?:

Empresa 1:

Persona de contacto:

Dirección:

Teléfono:

Empresa 2:

Persona de contacto:

Dirección:

Teléfono:

¿Qué relación contractual tenían con el Asegurado las empresas que intervenían en el lugar del siniestro cuando este ocurrió?

(facilitar copia de los contratos):

A juicio del Asegurado, ¿a quién se debería atribuir la responsabilidad del siniestro?

Se podría considerar que hay más de un causante del siniestro? Sí No
En caso afirmativo, ¿quién más podría ser considerado como causante del siniestro?

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio:

Teléfono:

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio:

Teléfono:

Descripción de los daños / perjuicios:

Descripción de los **daños materiales**:

Valoración aproximada:

Fecha y lugar en que pueden peritarse los daños:

¿Existen otros seguros de daños a las cosas sobre los mismos bienes? Sí No

En caso afirmativo, indicar la Compañía Aseguradora y el número de póliza:

Descripción de los **daños a personas**:

Victima 1: Lesionado Fallecido

Nombre y apellidos:

Edad:

Estado civil: Nombre del cónyuge:

Núm. de hijos y edades:

Domicilio:

Teléfono:

Empresa:

Teléfono:

Tipo de lesiones:

Centro Sanitario en el que se halla ingresado:

¿Es empleado de la empresa asegurada? Sí No *(facilitar copia del TC2 o del contrato de trabajo)*

¿Es subcontratista de la empresa asegurada? Sí No

Victima 2: Lesionado Fallecido

Nombre y apellidos:

Edad:

Estado civil: Nombre del cónyuge:

Núm. de hijos y edades:

Domicilio:

Teléfono:

Empresa:

Teléfono:

Tipo de lesiones:

Centro Sanitario en el que se halla ingresado:

¿Es empleado de la empresa asegurada? Sí No *(facilitar copia del TC2 o del contrato de trabajo)*

¿Es subcontratista de la empresa asegurada? Sí No

Descripción de los **perjuicios económicos**:

Valoración aproximada:

Fecha y lugar en que pueden peritarse los perjuicios económicos:

Otros datos de interés:

¿Existen diligencias judiciales abiertas por este siniestro? Sí No

En caso afirmativo ¿en qué juzgado o localidad se han iniciado las diligencias?

¿Qué tipo de informes oficiales existen sobre lo sucedido? *(adjuntar copia de los informes disponibles)*

Atestado policial: Sí No

Informe de la Inspección de Trabajo: Sí No

Parte médico de asistencia: Sí No

Informe de otra autoridad competente: Sí No

Otro tipo de informe oficial (especificar)

Señas de la representación letrada del tercer/os perjudicado/s:

Otras circunstancias de relieve que puedan afectar al siniestro:

El Asegurado / Mediador debe acompañar a la presente declaración de siniestro toda la documentación propia, del reclamante, del tercer perjudicado y/o de organismos oficiales de que disponga, al tiempo que debe facilitar a la Compañía Aseguradora todas las informaciones complementarias y de interés que puedan tener trascendencia en la tramitación del expediente de siniestro.

_____, a _____ de _____ de _____

El Asegurado / Mediador