



NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES

Responsabilidad Civil Profesional

Información Personal.

Nombre _____
Teléfono _____ N° Colegiado: _____
Número de Póliza N° MMJ150CKJ601

Información de la reclamación.

Fecha de ocurrencia del acto ___/___/___ Fecha reclamación: ___/___/___
Cuantía reclamada _____

Vía de conocimiento de la reclamación.

- Reclamación verbal
 Reclamación escrita
- Procedimiento judicial
 Libro de reclamaciones
 Carta
 Requerimiento notarial
 Telegrama / Burofax
 Otra _____

Naturaleza de la reclamación.

Por favor indique la principal causa (o presunta causa) de la lesión de acuerdo a la siguiente clasificación:

- Acto relacionado con la **graduación.**
 Actos relacionados con la **adaptación de lentes.**
 Actos relacionados con la **adaptación de audífonos.**
 Actos relacionados con la **Protección de datos.**
 Otros. Indicar _____

Descripción de los hechos (si es necesario, adjunte hojas adicionales).

AUTORIZA

Para el cumplimiento de las finalidades descritas, el Tomador/Asegurado acepta de forma expresa que sus datos sean necesariamente tratados por terceros colaboradores, compañías de asistencia o proveedoras de servicios señalados en la póliza, otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, gestoras de siniestro o centros médicos y profesionales de la medicina, despachos de abogados, que por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa en la gestión de siniestros, intervengan en la gestión de la Póliza y de sus siniestros. Asimismo, los datos de su contrato de seguro y los siniestros vinculados a éste podrán ser cedidos a los ficheros comunes para la liquidación de siniestros, conforme a lo dispuesto en la legislación vigente y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. Por último, formalizada la póliza, el Tomador/Asegurado acepta de forma expresa que sus datos sean cedidos a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, como órgano supervisor y de control de la actividad aseguradora, al objeto de poder garantizar mejor sus derechos en cumplimiento de las funciones que por ley tiene atribuidas, así como a organismos públicos relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos, actuariales y de prevención del fraude y del blanqueo de capitales. Todos los datos recabados, así como los anteriores tratamientos y cesiones, son imprescindibles para el establecimiento y desarrollo de la relación contractual. Los titulares de los datos pueden ejercer gratuitamente sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, en el domicilio social de la entidad aseguradora **OCIDENT GCO, S.A.U. DE SEGUROS Y REASEGUROS**, sito en Paseo de la Castellana nº4, 28046 (Madrid), o bien remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: dpo@gco.com. Así mismo puede hacer lo propio en el domicilio social de **TRIPLE A PLUS** Agencia de Suscripción sita en calle Doctor Esquerdo 66, 28007 de Madrid o por correo electrónico a la dirección derechosprotecciondatos@tripleplus.es "

(Firma)



AVÍS DE RECLAMACIONS

Responsabilitat Civil Professional

Informació Personal.

Nom _____
Telèfon _____ N° Col·legiat: _____
Pòlissa N° MMJ150CKJ601

Informació de la reclamació.

Data d'ocurrència de l'acte ___/___/___ Data reclamació: ___/___/___
Quantia reclamada _____

Via de coneixement de la reclamació.

- Reclamació verbal
- Reclamació escrita

- Procediment judicial
- Llibre de reclamacions
- Carta
- Requeriment notarial
- Telegrama / Burofax
- Una altra _____

Naturalesa de la reclamació.

Per favor indiqui la principal causa (o presumpta causa) de la lesió d'acord a la següent classificació:

- Acte relacionat amb **la graduació.**
- Actes relacionats amb **l'adaptació de lents.**
- Actes relacionats amb **l'adaptació d'audiòfons.**
- Actes relacionats amb **la Protecció de dades.**
- Uns altres. Per favor descriure

Descripció dels fets (si és necessari, adjunti fulls addicionals).

AUTORITZA

Para el cumplimiento de las finalidades descritas, el Tomador/Asegurado acepta de forma expresa que sus datos sean necesariamente tratados por terceros colaboradores, compañías de asistencia o proveedoras de servicios señalados en la póliza, otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, gestoras de siniestro o centros médicos y profesionales de la medicina, despachos de abogados, que por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa en la gestión de siniestros, intervengan en la gestión de la Póliza y de sus siniestros. Asimismo, los datos de su contrato de seguro y los siniestros vinculados a éste podrán ser cedidos a los ficheros comunes para la liquidación de siniestros, conforme a lo dispuesto en la legislación vigente y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. Por último, formalizada la póliza, el Tomador/Asegurado acepta de forma expresa que sus datos sean cedidos a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, como órgano supervisor y de control de la actividad aseguradora, al objeto de poder garantizar mejor sus derechos en cumplimiento de las funciones que por ley tiene atribuidas, así como a organismos públicos relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos, actuariales y de prevención del fraude y del blanqueo de capitales. Todos los datos recabados, así como los anteriores tratamientos y cesiones, son imprescindibles para el establecimiento y desarrollo de la relación contractual. Los titulares de los datos pueden ejercer gratuitamente sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, en el domicilio social de la entidad aseguradora **OCCIDENT GCO, S.A.U. DE SEGUROS Y REASEGUROS**, sito en Paseo de la Castellana nº4, 28046 (Madrid), o bien remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: dpo@gco.com . Así mismo puede hacer lo propio en el domicilio social de **TRIPLE A PLUS** Agencia de Suscripción sita en calle Doctor Esquerdo 66, 28007 de Madrid o por correo electrónico a la dirección derechosprotecciondatos@tripleplus.es "

(Signatura)