



TOMADOR DE LA PÓLIZA.....:–CIF: Póliza nº
--

Se ruega al LESIONADO no deje sin contestar ninguna de las siguientes preguntas:

Nombre y apellidos:		
Teléfono(s) de contacto: /	Fecha de Nacimiento	D.N.I. (Padre ó madre si es menor y no cuenta con DNI)
Fecha, hora del accidente Fecha: ____/____/20__ Hora: _____	Lugar:	
Explíquese detalladamente como ocurrió el accidente		
Lesiones sufridas		
Sello y firma del responsable: Nombre: _____ DNI: _____ Fecha: ____/____/20__	Firma del lesionado	

El presente Parte se enviará directamente al servicio médico de la Aseguradora:

“Asesoramiento Médico Siglo XXI”(ASESMED)

TELEFONO 92 640 64 41

91 737 77 73

FAX: 902 105 648

autorizaciones@asesmed.es

Todos los datos personales del tomador, asegurado y/o beneficiario, incluidos en su caso los de salud, serán susceptibles de tratamiento, estrictamente confidencial, a través de ficheros para aplicaciones de tipo técnico cuyas finalidades son el análisis del riesgo y, en su caso, el control, desarrollo, ejecución y cumplimiento del contenido del seguro, cuyo responsable será SURNE MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA (c/ Cardenal Gardoqui, 1 Bilbao – Vizcaya). La información de dichos datos es obligatoria, imposibilitándose la formalización y el mantenimiento del seguro en caso contrario. Dichos datos e información podrán ser objeto de comunicación, total o parcial, a profesionales médicos para el análisis de la solicitud efectuada y ejecución del contrato, así como para la gestión y liquidación de siniestros, además de a las autoridades de supervisión de la Entidad conforme a la normativa aplicable. Adicionalmente, en caso de que el asegurado sea persona distinta al tomador, el tomador podrá tener acceso a cualquier información del asegurado, generada en ejecución de la relación contractual. La autorización al tratamiento y cesiones indicadas de dichos datos es obligatoria, imposibilitándose el mantenimiento del seguro en caso contrario.

Todo tomador/asegurado/beneficiario tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso a los datos recabados, así como de rectificación y cancelación de los mismos y oposición a su tratamiento, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y normativa de desarrollo, mediante comunicación dirigida al Departamento de Atención al Cliente de la Entidad (datos de contacto disponibles en www.surne.es) conforme al procedimiento general establecido al efecto.

QUE HACER EN CASO DE SINIESTRO DE ASISTENCIA SANITARIA

PARTE DE SINIESTRO POR ACCIDENTE

Para la tramitación del expediente es imprescindible aportar el parte de siniestro cumplimentado y sellado por el tomador de la póliza así como copia del DNI del lesionado. El Parte de Siniestro se lo proporcionaran en el punto de atención que indique el Tomador de la póliza.

autorizaciones@asesmed.es

FAX : 902 105 648

PRIMERA ASISTENCIA CON MOTIVO DE UN ACCIDENTE

El lesionado deberá comunicar telefónicamente el siniestro al servicio de asistencia médica, ASESMED, en donde le indicaran el CENTRO CONCERTADO donde deberá acudir y a continuación, seguir las pautas que se le indiquen hasta el alta.

ASESMED
92 640 64 41
91 737 77 73
ATENCION 24 HORAS

En caso de que el lesionado acuda a un **CENTRO NO CONCERTADO**, SURNE asumirá el coste de la atención de URGENCIA, prestada en las primeras 24 horas desde la fecha de ocurrencia del accidente **y siempre que se trate de URGENCIA y se deberá aportar el informe médico correspondiente.**

Para las posteriores asistencias y seguimiento (bien sean consultas a especialista o pruebas de exploración, etc.) será imprescindible solicitar autorización en el teléfono de atención 24 horas

Para cualquier aclaración deberá ponerse en contacto con la Aseguradora:.

SURNE, Mutua de Seguros
asistencia@surne.es
Teléfono contacto 94 479 22 06 fax 94 416 19 55
C/ CARDENAL GARDOKI N° 1
48008 BILBAO VIZCAYA

Los gastos de asistencia sanitaria están cubiertos hasta el límite indicado en la póliza.