



Póliza n° \_\_\_\_\_

N.P.A.S.A.-01/24

**DATOS TOMADOR DE LA PÓLIZA**

|     | Nombre |
|-----|--------|
| 1   | 1      |
| 2   | 2      |
| 3   | 3      |
| 4   | 4      |
| 5   | 5      |
| 6   | 6      |
| 7   | 7      |
| 8   | 8      |
| 9   | 9      |
| 10  | 10     |
| 11  | 11     |
| 12  | 12     |
| 13  | 13     |
| 14  | 14     |
| 15  | 15     |
| 16  | 16     |
| 17  | 17     |
| 18  | 18     |
| 19  | 19     |
| 20  | 20     |
| 21  | 21     |
| 22  | 22     |
| 23  | 23     |
| 24  | 24     |
| 25  | 25     |
| 26  | 26     |
| 27  | 27     |
| 28  | 28     |
| 29  | 29     |
| 30  | 30     |
| 31  | 31     |
| 32  | 32     |
| 33  | 33     |
| 34  | 34     |
| 35  | 35     |
| 36  | 36     |
| 37  | 37     |
| 38  | 38     |
| 39  | 39     |
| 40  | 40     |
| 41  | 41     |
| 42  | 42     |
| 43  | 43     |
| 44  | 44     |
| 45  | 45     |
| 46  | 46     |
| 47  | 47     |
| 48  | 48     |
| 49  | 49     |
| 50  | 50     |
| 51  | 51     |
| 52  | 52     |
| 53  | 53     |
| 54  | 54     |
| 55  | 55     |
| 56  | 56     |
| 57  | 57     |
| 58  | 58     |
| 59  | 59     |
| 60  | 60     |
| 61  | 61     |
| 62  | 62     |
| 63  | 63     |
| 64  | 64     |
| 65  | 65     |
| 66  | 66     |
| 67  | 67     |
| 68  | 68     |
| 69  | 69     |
| 70  | 70     |
| 71  | 71     |
| 72  | 72     |
| 73  | 73     |
| 74  | 74     |
| 75  | 75     |
| 76  | 76     |
| 77  | 77     |
| 78  | 78     |
| 79  | 79     |
| 80  | 80     |
| 81  | 81     |
| 82  | 82     |
| 83  | 83     |
| 84  | 84     |
| 85  | 85     |
| 86  | 86     |
| 87  | 87     |
| 88  | 88     |
| 89  | 89     |
| 90  | 90     |
| 91  | 91     |
| 92  | 92     |
| 93  | 93     |
| 94  | 94     |
| 95  | 95     |
| 96  | 96     |
| 97  | 97     |
| 98  | 98     |
| 99  | 99     |
| 100 | 100    |

CIF/DNI/NIE \_\_\_\_\_

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

### DATOS LESIONADO

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido 1 \_\_\_\_\_ Apellido 2 \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ DNI (Padre o madre si es menor y no cuenta con DNI) \_\_\_\_\_

Teléfono(s) de contacto: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Email de contacto: \_\_\_\_\_

## ACCIDENTE

Fecha del accidente ..... Hora ..... Lugar .....

Explique detalladamente cómo ocurrió el accidente:

Lesiones sufridas

NOMBRE RESPONSABLE

DOI: 10.1002/anie.201500000

FIRMA Y SELLO \_\_\_\_\_

Responsible

FIRMA \_\_\_\_\_

### Lesionados

En \_\_\_\_\_ a fecha \_\_\_\_\_

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

**"Asesoramiento Médico Siglo XXI"**  
(ASESMED)

**Teléfonos 926 406 441 (Atención 24 horas)**

91 737 77 73 (Horario oficial)

Fax 91 737 11 77

autorizaciones@asesmed.es

## QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO DE ASISTENCIA SANITARIA

## PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA 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.

Enviar a: [autorizaciones@asesmed.es](mailto:autorizaciones@asesmed.es)

### PRIMERA ASISTENCIA CON MOTIVO DE UN ACCIDENTE

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

**ASESMED**

**926 406 441 ATENCIÓN 24 HORAS / 91 737 77 73 HORARIO OFICINA**

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 VITAL, (está en riesgo la vida del afectado) 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 94 479 22 00 / CARDENAL GARDOKI Nº 1. 48008 BILBAO VIZCAYA

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

En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea ("RGPD"), a continuación le facilitamos una serie de información en relación al tratamiento de los datos personales del tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados a Surve Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija durante la relación contractual, incluidos datos de salud.

**Información básica sobre protección de datos. RESPONSABLE:** Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija ("SVRNE") **FINALIDAD:** Gestión de la relación del contrato de seguro, incluida la gestión del siniestro. **LEGITIMACIÓN (BASE JURÍDICA):** Ejecución del contrato de seguro. **DESTINATARIOS:** Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro / Corredores de seguros / Profesionales médicos / Organismos públicos / Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos servicios sean precisos para cualquier gestión adicional de la eventual prestación que corresponda. **TRANSFERENCIAS INTERNACIONALES:** Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos. **CATEGORÍAS DE DATOS Y PROCEDENCIA:** Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del contrato de seguro. Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al tomador y/o asegurado, así como a cualquier tercero persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados). **DERECHOS:** Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional. **INFORMACIÓN ADICIONAL:** Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en <https://www.svrne.es/webpublica/es/proteccion-de-datos>.