PARTE DE SINIESTRO

Fecha: / /

SURNE

MEDIADOR

DATOS PERSONALES

Nombre ..... Apellido 1 ..... Apellido 2 .....

DNI ..... Fecha de nacimiento ___ /___ / ____ ○ Autónomo ○ Por cuenta ajena

Profesión ..... Grupo de riesgo (a cumplimentar por SURNE) .....

Domicilio ..... Población ..... Provincia ..... C.P. .....

Teléfono fijo ..... Teléfono Móvil ..... E-mail .....

CUMPLIMENTAR SOLO EN CASO DE ACCIDENTE

EN CASO DE ACCIDENTE

Documentación a presentar: Informe médico y Parte de Baja

Fecha, hora y lugar del accidente ___ /___ /___ .....

Explique detalladamente cómo ocurrió el accidente .....

.....

.....

Lesiones sufridas .....

EN CASO DE ENFERMEDAD — NO CUMPLIMENTAR

Documentación a presentar: Informe médico y Parte de Baja

Diagnóstico previo .....

.....

¿Cuándo comenzaron los primeros síntomas? .....

¿Ha padecido con anterioridad esta misma dolencia? ○ Sí ○ No Fecha: ___ /___ /____

Describa el régimen de vida actual .....

.....

Le obliga a guardar cama permanentemente en su domicilio ○ Sí ○ No

Le incapacita para dedicarse a sus ocupaciones habituales ○ Sí ○ No

Implicaría intervención quirúrgica y hospitalización ○ Sí ○ No
En caso afirmativo: Fecha aproximada de la intervención: Fecha: ___ /___ / ____

En caso de intervención quirúrgica se adjuntará informe con fecha de ingreso, fecha de alta, descripción de la intervención realizada y tiempo aproximado de convalecencia

¿Ha tenido asistencia médica? ○ Sí ○ No

Tipo de asistencia: *(ej. hospitalización o tratamiento ambulatorio, indicar fechas de revisiones, describir medicación y/o tratamiento recomendado)*

.....

En caso afirmativo: Nombre del médico/hospital y se adjuntará copia del informe:

Médico: ..... Hospital: .....

surne seguros & pensiones

SI CUMPLIMENTAR Fecha: ___ /___ / ____

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 o al Defensor del Asegurado (datos de contacto disponibles en www.surne.es) conforme al procedimiento general establecido al efecto.