

PARTE DE SINIESTROS REEMBOLSO DE ASISTENCIA SANITARIA

Ejemplar para la Compañía

Ver instrucciones al dorso.

| | | |
|---|-------------------------|----------------------|
| Datos del Asegurado que ha recibido la Asistencia Sanitaria | | |
| Ramo: | Modalidad: | Siniestro N°: |
| Póliza N°: | Fecha siniestro: | |
| Tomador: | NIF: | |
| Asegurado: | NIF: | |
| Domicilio: | Población: | C.P.: |
| Provincia: | Teléfono: | Móvil: |

| | | | |
|------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| FACTURA 1 | Facultativo o Centro: | CIF: | |
| | Servicio Prestado: | | |
| | Nº Factura: | Fecha Factura: --/--/-- | Importe Factura: € |
| FACTURA 2 | Facultativo o Centro: | CIF: | |
| | Servicio Prestado: | | |
| | Nº Factura: | Fecha Factura: --/--/-- | Importe Factura: € |
| FACTURA 3 | Facultativo o Centro: | CIF: | |
| | Servicio Prestado: | | |
| | Nº Factura: | Fecha Factura: --/--/-- | Importe Factura: € |
| FACTURA 4 | Facultativo o Centro: | CIF: | |
| | Servicio Prestado: | | |
| | Nº Factura: | Fecha Factura: --/--/-- | Importe Factura: € |
| FACTURA 5 | Facultativo o Centro: | CIF: | |
| | Servicio Prestado: | | |
| | Nº Factura: | Fecha Factura: --/--/-- | Importe Factura: € |

De esta cantidad se devolverá al Asegurado el importe que le corresponda según las Condiciones de la Póliza. **Total:** €

Observaciones: _____

Datos bancarios para el ingreso del reembolso: Titular de la cuenta:

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Banco | Sucursal | D.C. | Cuenta |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

El abajo firmante declara que son cierto todos los datos que figuran en el impreso y son auténticos los documentos aportados.

Fecha: --/--/--

Firma del Asegurado/Tomador

El Tomador/Asegurado declara conocer y aceptar la cláusula referente a la Ley de Protección de Datos Personales, detallada en el reverso de ese documento.

Teléfono Atención Cliente **902 256 256**

PARTE DE SINIESTROS REEMBOLSO DE ASISTENCIA SANITARIA

Ver instrucciones al dorso.

Ejemplar para el Asegurado

| | | |
|---|-------------------------|----------------------|
| Datos del Asegurado que ha recibido la Asistencia Sanitaria | | |
| Ramo: | Modalidad: | Siniestro N°: |
| Póliza N°: | Fecha siniestro: | |
| Tomador: | NIF: | |
| Asegurado: | NIF: | |
| Domicilio: | Población: | C.P.: |
| Provincia: | Teléfono: | Móvil: |

| | | | |
|------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| FACTURA 1 | Facultativo o Centro: | CIF: | |
| | Servicio Prestado: | | |
| | Nº Factura: | Fecha Factura: --/--/-- | Importe Factura: € |
| FACTURA 2 | Facultativo o Centro: | CIF: | |
| | Servicio Prestado: | | |
| | Nº Factura: | Fecha Factura: --/--/-- | Importe Factura: € |
| FACTURA 3 | Facultativo o Centro: | CIF: | |
| | Servicio Prestado: | | |
| | Nº Factura: | Fecha Factura: --/--/-- | Importe Factura: € |
| FACTURA 4 | Facultativo o Centro: | CIF: | |
| | Servicio Prestado: | | |
| | Nº Factura: | Fecha Factura: --/--/-- | Importe Factura: € |
| FACTURA 5 | Facultativo o Centro: | CIF: | |
| | Servicio Prestado: | | |
| | Nº Factura: | Fecha Factura: --/--/-- | Importe Factura: € |

De esta cantidad se devolverá al Asegurado el importe que le corresponda según las Condiciones de la Póliza. **Total:** €

Observaciones: _____

Datos bancarios para el ingreso del reembolso: Titular de la cuenta:

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Banco | Sucursal | D.C. | Cuenta |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

El abajo firmante declara que son cierto todos los datos que figuran en el impreso y son auténticos los documentos aportados.

Fecha: --/--/--

Firma del Asegurado/Tomador

El Tomador/Asegurado declara conocer y aceptar la cláusula referente a la Ley de Protección de Datos Personales, detallada en el reverso de ese documento.

INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA LAS PÓLIZAS CON LA MODALIDAD DE REEMBOLSO DE GASTOS

a) Prestaciones efectuadas a través de Facultativos y Centros Sanitarios concertados por Aresa Seguros Generales, S.A.

La prestación de los servicios garantizados en las Condiciones Generales, Particulares y Anexo de Servicios de su póliza, a través de los médicos y centros sanitarios concertados por Aresa, detallados en su guía de Servicios de Salud, no suponen participación económica del Asegurado, siendo cubiertos al 100% por Aresa. Para su utilización, el Asegurado únicamente deberá presentar la tarjeta de Salud Aresa. Para los servicios que requieran de autorización previa, deberá presentarse igualmente el volante, debidamente cumplimentado y autorizado.

b) Trámites para solicitar el reembolso de prestaciones efectuadas a través de Facultativos y Centros Sanitarios NO concertados por Aresa Seguros Generales, S.A.

Para facilitar al Tomador del Seguro y/o al Asegurado, la cumplimentación de este documento, le recomendamos siga las siguientes instrucciones que le serán de ayuda:

1. Cumplimentar el parte de siniestro de reembolso con letra clara y en mayúsculas. Las casillas sombreadas serán cumplimentadas por personal de Aresa.
2. Presentar los justificantes o facturas originales de los gastos incurridos por el Asegurado, debidamente desglosados, por cada uno de los conceptos incluidos en las facturas, en donde se refleje:
 - 2.1. La persona o paciente a quien se le ha realizado la asistencia médica u hospitalaria
 - 2.2. La naturaleza del acto o actos médicos realizados (consulta, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc.) detallando fechas e importes y el número de referencia de la factura.
 - 2.3. Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia (Médico, ATS o DUE, Clínica u Hospital, etc.), haciéndose constar, en su caso, los apellidos, nombre o razón social, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal (N . I . F) .
3. Presentar las prescripciones médicas originales de los servicios médicos y/u hospitalarios recibidos por el Asegurado.
4. Aportar el informe médico original explicativo de los servicios médicos y/u hospitalarios prestados al Asegurado, del proceso de la enfermedad y su evolución.
5. Adjuntar informe de alta médica u hospitalaria.

El incumplimiento de las normas establecidas será considerado como renuncia expresa al cobro del reembolso, salvo que no haya sido posible cumplirlas por causas ajenas a la voluntad del Tomador del Seguro, del Asegurado o de sus familiares.

TRATAMIENTO Y CESIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

El tomador/asegurado consiente de forma expresa:

- 1) Que los datos personales proporcionados, así como cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación contractual, incluidos en ambos casos datos de salud, sean incluidos en un fichero, automatizado o no, cuyo responsable es Aresa Seguros Generales, S.A, (en adelante, Aresa, con domicilio social en Ronda de la Universidad 22, 08007 Barcelona), única destinataria de los datos, salvo en el supuesto de las cesiones previstas en la presente cláusula, con la finalidad de llevar a cabo la relación contractual, para la gestión propia de la actividad aseguradora, la prevención e investigación del fraude, así como para la tramitación del parte de siniestros de reembolso de asistencia sanitaria. Asimismo, consiente que sus datos (incluidos datos de salud) sean tratados por otras entidades aseguradoras, reaseguradoras o centros médicos y profesionales de la medicina 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.
- 2) Que Aresa pueda solicitar de profesionales sanitarios y centros médicos (públicos y privados), información referente a la salud de los asegurados y de su proceso asistencial, con la finalidad de la correcta valoración del riesgo de la solicitud, verificación de las coberturas de la póliza, justificación de los siniestros, estudio de autorizaciones para los servicios que así lo requieran, prevención e investigación del fraude, atención de las reclamaciones que se pudieran efectuar, pago de los servicios recibidos por el asegurado a dichos profesionales sanitarios y centros médicos y cumplimiento de las obligaciones derivadas para Aresa en virtud del contrato de seguro. La presente autorización se hace extensiva a los profesionales y centros médicos a los que se requiera información médica para que procedan a su remisión a Aresa, únicamente de conformidad con lo previsto en la presente cláusula. Los datos personales (incluidos datos de salud) que se reciban en Aresa de dichos profesionales y centros médicos serán tratados de conformidad con las previsiones contenidas en la presente cláusula, incorporándose en un fichero, responsabilidad de Aresa, con las finalidades indicadas en el presente párrafo.
- 3) Que los datos del contrato de seguro y sus siniestros vinculados, podrán ser cedidos a ficheros comunes para la liquidación de siniestros, conforme a lo dispuesto en el Art. 25 del RDL 6/2004, de 29 de octubre y la DA 6a de la LO 15/1999, de 13 diciembre.
- 4) Que por parte de Aresa se pueda remitir al tomador un extracto donde figuren los servicios que hubieran sido utilizados por los asegurados (datos de salud).

Si los datos son facilitados directamente por el tomador, y se refieren a cualquiera de los asegurados de su póliza, el tomador se compromete a obtener el consentimiento expreso de dichos asegurados para facilitar sus datos personales a Aresa, en los términos previstos en la presente cláusula, debiendo informar el tomador a éstos del contenido íntegro de la presente cláusula.

Todos los datos recabados, así como los anteriores tratamientos y cesiones, son imprescindibles para el establecimiento y desarrollo de la relación contractual.

El titular de los datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose al Departamento de Atención al Mutualista, al Asegurado y al Cliente del Grupo Mutua Madrileña, calle Fortuny 18 (28010, Madrid) o bien llamando al siguiente número de teléfono gratuito 900102711.