

Presentar este documento acompañado de las facturas originales y los informes médicos necesarios. La documentación necesaria para cada tipología de servicio está indicada en el dorso del presente documento.

TELEFONOS ATENCIÓN AL CLIENTE:
917 886 744 / 902 888 356

IMPORTANTE: -Adjunte siempre las facturas originales. -En caso de Pruebas Complementarias y Tratamientos es imprescindible adjuntar la **Prescripción Médica**. -En caso de Asistencia Hospitalaria, es imprescindible adjuntar el correspondiente **Informe Clínico**.

Ver Instrucciones al dorso

Datos generales

Mediador	Clave	Delegación
----------	-------	------------

Datos del Asegurado:

Nombre y Apellidos:	D.N.I.:	
Teléfono:	Móvil:	Fax:
E-mail:		

Datos de la Póliza:

Nombre y Apellidos Tomador:	N.I.F.:
Número de Póliza:	Modalidad de la Póliza (Producto):

Datos de la Facturación:

Nombre Facultativo o Centro:	N.I.F. o C.I.F.:	
Servicio Prestado:	Fecha del Servicio:	
Nº de la Factura:	Fecha de la Factura:	Importe total Servicio:
Nombre Facultativo o Centro:	N.I.F. o C.I.F.:	
Servicio Prestado:	Fecha del Servicio:	
Nº de la Factura:	Fecha de la Factura:	Importe total Servicio:
Nombre Facultativo o Centro:	N.I.F. o C.I.F.:	
Servicio Prestado:	Fecha del Servicio:	
Nº de la Factura:	Fecha de la Factura:	Importe total Servicio:
Nombre Facultativo o Centro:	N.I.F. o C.I.F.:	
Servicio Prestado:	Fecha del Servicio:	
Nº de la Factura:	Fecha de la Factura:	Importe total Servicio:

Importe Total: _____ €

De esta cantidad el Asegurador reembolsará al Asegurado el importe que le corresponda de la aplicación a cada servicio las Condiciones y limitaciones existentes en su Póliza.

Detalle de Documentos Aportados

Además de los indicados, la Entidad se reserva el derecho de pedir la información adicional necesaria para la correcta valoración del siniestro.

Datos Bancarios para ingreso del Reembolso:

Titular de la Cuenta: _____

Código BIC: _____

Código IBAN: _____

Fecha y Firma

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

Fdo.:

Tratamiento y Cesión de los datos de carácter personal

El Tomador/Asegurado **consiente de forma expresa:**

- 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 ASEFA, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante ASEFA) 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, la realización de campañas de fidelización de clientes, así como para valorar y delimitar el riesgo. 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.
- Que ASEFA 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 ASEFA 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 ASEFA, únicamente de conformidad con lo previsto en la presente cláusula. Los datos personales (incluidos datos de salud) que se reciban en ASEFA de dichos profesionales y centros médicos serán tratados de conformidad con las previsiones contenidas en la presente cláusula, incorporándose en un fichero, responsabilidad de ASEFA, con las finalidades indicadas en el presente párrafo.

Los datos de su contrato de seguro y los siniestros vinculados a éste, podrán ser cedidos a ficheros comunes para la liquidación de siniestros, conforme a lo dispuesto en el Art. 99 de la LOSSEAR 20/2015, del 14 de Julio y la DA 6a de la LO 15/1999, de 13 diciembre.

El Tomador, tras haber informado del contenido íntegro de la presente cláusula a los asegurados/beneficiarios, en los mismos términos en que ha sido informado el tomador, se compromete a obtener el consentimiento expreso de los asegurados/beneficiarios que se vayan a incluir en la póliza:

- Para facilitar sus datos personales a ASEFA, para la realización de los tratamientos de datos previstos en la presente cláusula.
- Para que por parte de ASEFA se pueda remitir al Tomador un extracto donde figuren los servicios que hubieran sido utilizados por los asegurados incluidos en la póliza, junto con el importe de las franquicias que pudieran corresponder.

El Tomador, en el caso de que se produzca alguna variación en los datos facilitados a ASEFA para su tratamiento de conformidad con lo previsto en la presente cláusula, lo notificará a ASEFA para que por parte de ésta entidad se proceda a dicha modificación.

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 domicilio de ASEFA, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros Avda. Manoteras, 32 Edificio. A 28050, Madrid, o a través de la web www.asefa.es

Para facilitar la tramitación de la presente solicitud debe rellenar la misma siguiendo las siguientes pautas:

- **Cada solicitud debe referirse al Asegurado que recibe la Asistencia. No mezcle en una misma solicitud prestaciones de diferentes Asegurados.**
- **Rellene la solicitud en letras mayúsculas.**
- **En el caso de aportar documentación en un idioma diferente al oficial deberá aportar traducción escrita de los mismos.**

NORMAS DE CUMPLIMENTACIÓN DEL DOCUMENTO

Datos del Asegurado

Rellene la totalidad de los datos indicando el número de la póliza que tiene contratada y el tipo de producto que tiene contratado. Esta información la puede encontrar en su tarjeta sanitaria.

Datos del Tomador

Indique los datos referentes a la persona o sociedad que contrató en su momento la póliza en la que usted es Asegurado.

Datos de Facturación

Todos los originales de las facturas de los gastos sanitarios declarados en la presente solicitud deben incluir, como mínimo, los siguientes datos:

- **Nombre y apellidos o denominación social de la persona jurídica o física que las emita**
- **Domicilio, teléfono, número de colegiado y especialidad.**
- **NIF o CIF del emisor de la factura.**
- **Desglose detallado de cada uno de los servicios prestados e incluidos en la/s facturas:**
 - Clase de acto médico
 - Fecha de realización
 - Si se trata de medios de diagnóstico, tratamientos, hospitalización u otros servicios cubiertos se debe adjuntar la prescripción original del facultativo.
 - Además, en el caso de tratarse de una hospitalización deben adjuntar el Informe Clínico de Alta donde consten los antecedentes, fecha de inicio, la causa, origen y evolución de la afección, enfermedad o lesión, así como el detalle de la asistencia sanitaria prestada al Asegurado.
- **Nombre y Apellidos y DNI del Asegurado receptor de la Asistencia.**

Detalle de documentos aportados

Es importante que en este apartado detalle la totalidad de documentos aportados con la presente solicitud.

En cualquier caso al Entidad se reserva el derecho de pedir la información adicional necesaria para la correcta valoración del siniestro.