Formulario de siniestro de Hospitalización

Por favor ayúdenos a revisar su siniestro de la manera más rápida posible: rellene el siguiente formulario de forma completa y fírmelo. Si no se devuelve completado, tendríamos que volvérselo a enviar y se ocasionarían retrasos en su gestión.

Detalles del titular de la póliza (Principal asegurado de las Condiciones Particulares)

Póliza número.....

Nombre completo ..... Fecha de nacimiento _____DD/MM/AAAA

Dirección ..... Ciudad ..... Código postal.....

Número de teléfono..... Dirección de Email .....

Profesión .....

Detalles de la persona que sufre el siniestro (si es distinto del titular de la póliza)

Nombre completo ..... Fecha de nacimiento _____DD/MM/AAAA

Dirección ..... Ciudad ..... Código postal.....

Número de teléfono..... Dirección de Email .....

Profesión ..... Relación con el titular de la póliza .....

Datos Médicos

Nombre del hospital.....

Dirección ..... Ciudad ..... Código postal.....

Número de teléfono..... Dirección de Email .....

Fecha de ingreso _____ora de ingreso _____ Fecha de alta _____ora de alta _____

Detalles del caso

Accidente

¿Cuándo sucedió el accidente? _____DD/MM/AAAA _____ HH:MM

¿Dónde ocurrió el accidente? .....
.....
.....
.....

¿Cómo ocurrió el accidente? .....
.....
.....
.....
.....

¿Qué daños sufrió? .....
.....
.....
.....

Autorizada por la Autoridad de Regulación Prudencial (Prudential Regulation Authority) y regulada por la Autoridad de Conducta Financiera británica (FCA) y la Autoridad de Regulación Prudencial. Domicilio social: 14th Floor, 33 Cavendish Square, London W1G 0PW. Inscrita en Inglaterra con el número 3321734.

Solicitud de pago de indemnización

Ud. acepta que Stonebridge realice el pago de acuerdo a las instrucciones que figuran más abajo, Stonebridge se libera de cualquier responsabilidad que tengamos con Ud. en relación a esta póliza.

AVISO IMPORTANTE: Por favor, tenga en cuenta que el pago de indemnización solo se efectuará por transferencia bancaria. Procederemos a efectuarle el ingreso en la cuenta desde la cual realiza el pago de sus primas mensuales.
Si utiliza otro método de pago distinto a una transferencia bancaria, rellene por favor la siguiente información. En este caso será necesario presentar un certificado de titularidad de la cuenta, incluyendo su nombre completo y su dirección.

IBAN : __

BIC : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Nombre del titular de la cuenta .....

Banco .....

Dirección .....

Ciudad .....Código postal .....

Nombre del titular de la póliza/ beneficiario: _____

Firma Fecha (DD/MM/AAAA)

_____ _____

Autorizada por la Autoridad de Regulación Prudencial (Prudential Regulation Authority) y regulada por la Autoridad de Conducta Financiera británica (FCA) y la Autoridad de Regulación Prudencial. Domicilio social: 14th Floor, 33 Cavendish Square, London W1G 0PW. Inscrita en Inglaterra con el número 3321734.

Formulario de consentimiento y autorización al tratamiento de datos personales

Stonebridge forma parte del Grupo Embignell. Para poder gestionar su siniestro y administrar su Póliza, debemos guardar y procesar los datos recopilados, así como compartir dicha información con terceros que trabajan para nosotros. En el presente documento, se detalla el uso que daremos a dichos datos y se solicita su consentimiento. Necesitamos la aprobación tanto del titular de la póliza como del solicitante (la persona objeto del perjuicio).

Le rogamos que lea las siguientes condiciones y que firme el presente formulario, en caso de que esté conforme. En caso contrario, no podremos procesar su reclamación. Debemos recibir este formulario cumplimentado junto con el formulario de reclamación a fin de evaluar la misma.

Soy consciente de que al firmar este consentimiento:

1. Declaro que la información que proporciono en el formulario de siniestros y en todos los documentos que lo acompañan es veraz y está completa. todo fraude, información errónea u ocultación por mi parte puede motivar la cancelación inmediata de mi póliza y la pérdida de todo derecho a prestaciones, así como de las primas que pudiera haber abonado.

2. Consiento que Stonebridge procese y almacene mis datos personales, incluidos mis datos sensibles (a título enunciativo per no limitativo, la información médica), con el fin de evaluar y validar reclamaciones, administrar la póliza, proporcionar servicios y prevenir fraudes. Soy consciente de que, para ello, es posible que se compartan mis datos con otros miembros del Grupo Embignell y con terceros que trabajen en su nombre tanto en el Reino Unido como en el extranjero, incluso fuera del Espacio Económico Europeo.

3. Tengo el derecho de modificar, suprimir o impedir el almacenamiento de mis datos personales en relación a esta reclamación y puedo cambiar o modificar cualquier imprecisión, conciente de que esto pueda afectar a la capacidad de Stonebridge de procesar la reclamación.

   Autorizo a Stonebridge a solicitar cualquier información personal sobre mi persona (incluída toda información médica) cuando sea necesario para atender mi reclamación y a transmitir la misma a terceros de manera que mi reclamación pueda ser atendida de manera apropiada.

   Una copia de este consentimiento, se considerará tan válida como el documento original.

Titular de la póliza	Solicitante (persona asegurada)
Firma	Firma
Nombre del titular de la póliza (letras de imprenta)	Nombre del solicitante (letras de imprenta)
Fecha	Fecha

Autorizada por la Autoridad de Regulación Prudencial (Prudential Regulation Authority) y regulada por la Autoridad de Conducta Financiera británica (FCA) y la Autoridad de Regulación Prudencial. Domicilio social: 14th Floor, 33 Cavendish Square, London W1G 0PW. Inscrita en Inglaterra con el número 3321734.