

**DECLARACIÓN DE ADHESIÓN A LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE
VIDA Y ACCIDENTES
PARA EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA**

Datos del TOMADOR:

Tomador: Universidad de Extremadura	C.I.F.: Q0618001B
---	-----------------------------

Datos del ASEGURADO:

Nombre: _____	Apellidos: _____
N.I.F.: _____	Domicilio: _____
Fecha Nacimiento: _____	_____

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS:

BENEFICIARIOS PARA CASO DE FALLECIMIENTO:

Por partes iguales: Por orden indicado excluyendo siguientes: Otros:

D. _____	N.I.F. _____
D. _____	N.I.F. _____
D. _____	N.I.F. _____
D. _____	N.I.F. _____

Otro reparto: _____

Si no se designan beneficiarios, lo serán por el orden preferente y excluyente siguiente:

1) Cónyuge 2) Hijos 3) Padres 4) Hermanos 5) Herederos legales

*** El abono de la cuota será mensual, pero los siniestros ocurridos con posterioridad al cese del empleado en la UEx no serán cubiertos por la entidad aseguradora.**

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

Fdo.: _____

SR. JEFE DE LA SECCIÓN DE ACCIÓN SOCIAL Y ASISTENCIAL

Se le informa de que todos sus datos personales facilitados en este documento serán susceptibles de tratamiento, estrictamente confidencial, a través de ficheros para aplicaciones de tipo técnico o de carácter comercial, cuyas finalidades son el análisis del riesgo y, en su caso, el control, desarrollo y cumplimiento del contenido del seguro, cuyo responsable será SVRNE MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA (c/Gardoki 1, Bilbao, Vizcaya). Se le informa de que tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso a los datos recabados, así como de rectificación y cancelación de estos y oposición a su tratamiento, en los términos previstos en la normativa aplicable.