

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

**Datos del TOMADOR:**

<b>Tomador:</b> Universidad de Extremadura	<b>C.I.F.:</b> Q0618001B
---	-----------------------------

**Datos del ASEGURADO:**

<b>Nombre:</b> _____	<b>Apellidos:</b> _____
<b>N.I.F.:</b> _____	<b>Domicilio:</b> _____
<b>Fecha Nacimiento:</b> _____	_____

**DESIGNACION DE BENEFICIARIOS:**

**BENEFICIARIOS PARA CASO DE FALLECIMIENTO:**

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

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.