

**DECLARACIÓN DE ADHESIÓN A LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE
VIDA Y ACCIDENTES PARA EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD DE
EXTREMADURA NÚM. N° 1511-020-5086**

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:	
(<input type="checkbox"/> Por partes iguales <input type="checkbox"/> Por orden indicado excluyendo siguientes <input type="checkbox"/> 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

En _____ a ____ de _____ de 200_

Firma _____

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 los mismos y oposición a su tratamiento, en los términos previstos en la normativa aplicable.



SERVICIO DE RECURSOS HUMANOS

CUMPLIMENTAR CON LETRA MAYÚSCULA

DECLARACIÓN DE NO ADHESIÓN AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA E INVALIDEZ PARA EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

D/D^a, nacido el/...../....., con N.I.F., domiciliado en, Código Postal, que se incorpora a la Universidad de Extremadura el día/...../....., como..... en el Centro Semidistrito de

DECLARA,

Que **NO** desea adherirse al seguro de vida e invalidez concertado por la Universidad para sus empleados.

....., a de de

Fdo.: