

Solicitud de seguro individual de accidentes no renovable - Renta orfandad

Cobertura gratuita anual de orfandad absoluta por accidente

En caso de fallecimiento en un mismo accidente del asegurado y su cónyuge, o pareja de hecho debidamente constituida conforme a la normativa correspondiente dentro del periodo de cobertura del riesgo, y existiendo hijos biológicos del asegurado o legalmente adoptados por éste menores de 18 años, la Compañía Aseguradora abonará a cada uno de ellos una renta temporal de **300€ mensuales pagaderos a final de cada mes (importe anual 3.600€)**, siendo el último pago el mes en que los beneficiarios cumplan la edad de 18 años, con un máximo de tres hijos como beneficiarios (Importe limitado a 900€ al mes por siniestro). En caso de que haya 4 hijos o más, la renta máxima correspondiente a 3 hijos, se repartirá de forma proporcional entre todos los hijos beneficiarios.

Periodo de cobertura: desde las 0:00 horas del 21 de febrero de 2016 hasta las 24 horas del 20 de febrero de 2017.

Datos de la persona a asegurar

Nombre y apellidos _____
Nacido en (ciudad) _____ Nacionalidad _____ Fecha _____
Sexo M F NIF (Incluyendo letra) \ Tarjeta residencia _____ Estado Civil _____
Dirección _____ Número, piso / letra _____
Localidad _____ Provincia, país _____ Código Postal _____
Teléfono _____ Movil _____ E-mail _____
Profesión _____ Actividad desempeñada _____
Empresa _____

Beneficiario del seguro en caso de fallecimiento

Hijos biológicos del asegurado o legalmente adoptados por éste, menores de 18 años en el momento de ocurrencia del fallecimiento por accidente del asegurado y su cónyuge o pareja de hecho debidamente constituida.

El asegurado reconoce, acepta y consiente expresamente que los datos personales y las declaraciones contenidas en este documento serán registrados en ficheros, titularidad de las Compañías*, siendo los servicios técnicos y comerciales de éstas los destinatarios de los mismos y ubicados en el domicilio social de las mismas en Avda. Bruselas 16, Parque empresarial Arroyo de la Vega, 28108 Alcobendas (Madrid).

Estos ficheros tienen por finalidad posibilitar la celebración y gestión del contrato entre el tomador y las Compañías, el mejor análisis del riesgo, la prevención y detección del fraude en la selección del riesgo así como la prevención de blanqueo de capitales y lucha de financiación del terrorismo impuestas por la normativa aplicable y el cumplimiento de la legislación vigente. Asimismo, el asegurado acepta que esta información pueda ser cedida en su totalidad o en parte, a las entidades que colaboren con las Compañías en la distribución de seguros, a los corredores de seguros de la póliza, a otras entidades aseguradoras con el objeto de facilitar la tramitación de siniestros, a otras Instituciones colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de coaseguro o reaseguro. Los datos de salud, independientemente del modo en que se lleve a cabo la recogida de datos, únicamente serán registrados por la entidad aseguradora. **La persona a asegurar autoriza expresamente al personal e instituciones médicas que le han tratado a facilitar a las Compañías cuanta información precisen en relación con su salud para los fines anteriormente descritos.**

El asegurado declara que, en caso designación expresa de beneficiarios, ha obtenido previamente el consentimiento de éstos para ser incluidos en este contrato de seguro.

Para el caso de existir un menor de edad, los padres/tutores, en cumplimiento de la normativa sobre datos de carácter personal y actuando en su nombre y representación, prestan su consentimiento expreso a que los datos del/ de la menor puedan ser tratados por las Compañías para las finalidades señaladas en el presente documento.

Asimismo, dichos datos podrán ser utilizados para la remisión de comunicaciones comerciales (incluso por medios electrónicos), así como para la realización de sorteos, encuestas, estadísticas, depuración de datos de carácter personal y análisis de mercado. Finalmente, el asegurado consiente expresamente que sus datos personales puedan ser comunicados a otras sociedades del Grupo NN, cuya actividad son los servicios financieros y de seguro, para hacerle ofertas de servicios y productos que pudieran ser de su interés, a través del envío de comunicaciones comerciales (incluso por medios electrónicos), así como para la realización de sorteos, estadísticas, depuración de datos de carácter personal, encuestas y análisis de mercado.

Se entenderá que el asegurado no acepta lo indicado en el párrafo anterior si marca la siguiente casilla:

El asegurado podrá ejercitar sobre ellos, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos, de acuerdo con la legislación, en particular con la L.O. de Protección de Datos de Carácter Personal dirigiéndose por escrito al Departamento de Employee Benefits al domicilio antes mencionado. **En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos distintos a los establecidos en el párrafo primero, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la Entidad Aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.**

Las Compañías comunicarán tan pronto como sea posible al tomador cualquier circunstancia que demore o impida la incorporación de esta persona a la póliza.

Firmado en _____, a ____ de _____ de _____

La persona a asegurar

Oficina _____ Código de oficina _____

Nombre del mediador / agente _____ Cod. agente. _____

Fecha _____