

BOLETIN DE ADHESION SEGURO GRUPO

Tomador del seguro: FEDERACION EMPRESARIAL METALURGICA VALENCIANA
N.I.F.: G46102539
Domicilio: Avd. Blasco Ibañez, 127, 46022 Valencia
Correduría: 3693 ARGENTE GESTION DE RIESGOS, CORREDURIA DE SEGUROS, S.L.

Póliza Convenio _____ Nº de Centro: _____

Empresa: _____ C.I.F.: _____

Datos del Asegurado:

1er.Apellido: _____

2º Apellido: _____

Nombre: _____ D.N.I.: _____

Fecha Nacimiento: ____/____/____ Hombre__ Mujer ____

Domicilio: _____

Código postal: _____ Población: _____ Provincia: _____

Prestaciones aseguradas: Fallecimiento, Invalidez Absoluta y Permanente, Gran Invalidez.

Capitales y coberturas: Según convenio vigente

Beneficiarios: En caso de Fallecimiento:

___ Su cónyuge (no separado legalmente) e hijos del matrimonio a partes iguales.

___ Su cónyuge (no separado legalmente) y, en su defecto, los hijos que hubiese del matrimonio a partes iguales.

___ Sus padres a partes iguales.

___ Sus herederos legales.

___ Según el siguiente texto: _____

En caso de Invalidez Permanente Absoluta y Gran invalidez: El propio asegurado.

Cláusula de consentimiento y autorización:

La legislación aplicable es la española y la Dirección General de Seguros, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda, es el organismo de control.

a) La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud es totalmente Voluntaria, pero necesaria para la formalización de la póliza y el mantenimiento de la relación contractual. Los datos se incluirán en ficheros automatizados que se destinarán al cumplimiento del objeto de seguro y serán tratados de forma confidencial, tanto por Nationale Suisse como aquellas entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza. Si el Tomador / Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros y su posterior tratamiento informático, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto. Con tal finalidad autoriza de manera expresa a que todos sus datos, incluidos los de salud, puedan ser objeto de tratamiento automatizado. El Asegurado/ Tomador podrá dirigirse a Nationale Suisse para pedir la consulta, rectificación o cancelación de los datos facilitados. Conforme al artículo 24 de la Ley 30/1995 se notifica que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro, serán cedidos a organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurado con fines estadísticoactuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgo y en la liquidación de siniestros. El Asegurado / Tomador (*) autoriza de manera expresa a que los datos puedan ser conservados y utilizados por Nationale Suisse y por la demás sociedades del Grupo para ofrecer otros servicios y productos. (*) Escribir no en caso de no prestar consentimiento.

b) El asegurado no se encuentra en situación de baja laboral o tramitándola, ni presenta enfermedades psíquicas ni físicas invalidantes. En el caso de padecer una minusvalía o enfermedad no declarada con anterioridad a la contratación del seguro, la misma no será considerada a efectos de la concesión en un mayor grado de minusvalía. El Asegurado abajo firmante se compromete a informar a Nationale Suisse de cuantas circunstancias puedan considerarse una agravación de riesgo en base a lo descrito en el párrafo anterior, y que sirven de base para la valoración del riesgo por Nationale Suisse, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad. El Asegurado hace expresamente constar que autoriza a los médicos y demás centros hospitalarios que conocen su estado de salud y enfermedades pasadas, a dar de inmediato o en el futuro toda la información médica que Nationale Suisse considere necesaria solicitar para el trámite de los siniestros, así como a facilitar a Nationale Suisse el contenido de los antecedentes e historiales clínicos que obren en sus archivos y expedientes-

En prueba de conformidad y autorización:

Lugar y fecha:

Firma del asegurado: