



**BOLETIN DE ADHESION AL SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES DE LA GUARDIA CIVIL – POLIZA Nº 23-5019840**

**Contratante:** Dirección General de la Guardia Civil.

**Titular:** Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_

**Domicilio:** Calle o Plaza, nº, piso, puerta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**Cónyuge:** Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_

(si se asegura)

**Beneficiarios:** Del titular (miembro del Cuerpo):  Cónyuge  Cónyuge e hijos  Padres  Otros \_\_\_\_\_

Del cónyuge (si se asegura):  Cónyuge  Cónyuge e hijos  Padres  Otros \_\_\_\_\_

**Solicito la inclusión y/o la de mi cónyuge en (señale la modalidad elegida para cada uno si se aseguran ambos):**

**Póliza de Accidentes nº 23-5019840 – Elegir capitales a contratar: Cobertura de fallecimiento e invalidez por accidente.**

<u>Titular</u>	<u>Cónyuge</u>	<u>Prima mensual del seguro por persona</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 12.020,24€ (2.000.000 Pts.)	1,66€
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24.040,48€ (4.000.000 Pts.)	3,29€
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 36.060,73€ (6.000.000 Pts.)	4,95€
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 48.080,97€ (8.000.000 Pts.)	6,59€
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 96.161,94€ (16.000.000 Pts.)	19,23€

Autorizo a la Dirección General de la Guardia Civil a deducir de mis haberes la cantidad que, en concepto de prima, me corresponda.

**Titular** (miembro de la Guardia Civil). – Declaro que no conozco padecer ni haber padecido enfermedades de carácter evolutivo (cáncer, leucemia, corazón, diabetes, etc...). Igualmente declaro que no he estado incapacitad@ por enfermedad o accidente durante los últimos seis meses. En caso contrario, indique razón aquí \_\_\_\_\_.

**Cónyuge**. – Declaro que no conozco padecer ni haber padecido enfermedades de carácter evolutivo (cáncer, leucemia, corazón, diabetes, etc...). Igualmente declaro que no he estado incapacitad@ por enfermedad o accidente durante los últimos seis meses. En caso contrario, indique razón aquí \_\_\_\_\_.

La cobertura empezará el día 1 del mes siguiente a la recepción del boletín. Queda excluido el suicidio durante el primer año de permanencia en el seguro. A partir de dicho período, la prestación a pagar en caso de fallecimiento será de 6.010,12€ (1.000.000 Pts.).

Los datos personales facilitados se incluirán en ficheros automatizados que se conservarán, de forma confidencial y de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de carácter personal, por Winterthur. El Tomador podrá dirigirse a la Sociedad para pedir su consulta, actualización o cancelación, si así lo desea. El Tomador otorga su consentimiento expreso para que dichos datos puedan ser cedidos a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de coaseguro o reaseguro. Las Sociedades del Grupo Winterthur tendrán acceso a tales datos personales, que podrán ser utilizados para ofrecer al tomador/asegurado ofertas, productos y servicios que sean de su interés.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2.008

Firma del titular (miembro de la Guardia Civil)

Firma del cónyuge (si se asegura)