

BOLETIN DE ADHESION AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE LA GUARDIA CIVIL – POLIZA Nº 82-00013138

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 Vida nº 082-00013138 – Elegir capitales a contratar: Cobertura de fallecimiento por cualquier causa

<u>Titular</u>	<u>Cónyuge</u>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 12.020,24€ (2.000.000 Pts.)	Prima mensual opción elegida (titular) _____ €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24.040,48€ (4.000.000 Pts.)	Prima mensual opción elegida (cónyuge) _____ €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 36.060,73€ (6.000.000 Pts.)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 48.080,97€ (8.000.000 Pts.)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 60.101,21€ (10.000.000 Pts.)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otros capitales _____ (límite máximo de contratación: 60.101,21€).	

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 incapacitado 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 incapacitado 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)