



SegurCaixa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros
Domicilio Social: C/ Juan Gris 20-26, 08014 Barcelona



Boletín de adhesión seguro colectivo de protección de pagos por desempleo

Ramo: No **Vida** Fecha de Alta: N° Asegurado:

Tomador del Seguro

Nombre Fundación Universitaria CEU San Pablo

CIF G28423275

Padre/Tutor del alumno/a

Nombre	1º Apellido	2º Apellido
F. Nacimiento	N.I.F	¿Se asegura? indicar SI o no

Madre/Tutora del alumno/a

Nombre	1º Apellido	2º Apellido
F. Nacimiento	N.I.F	¿Se asegura? indicar SI o no

Dirección del Asegurado/s

Teléfono:

Calle	CP:	Provincia
-------	-----	-----------

Centro de Estudios

En caso de asegurar padre y madre se asegura el 50% de la indemnización mensual por asegurado

N° de hijos/as en el colegio/universidad (se deben incluir la totalidad de los hijos en el CEU):

Colegio

Universidad

Beneficiario

CEU

Datos para la domiciliación bancaria

Entidad				Oficina				Dc		N° Cuenta									

Garantías:

Trabajador Autónomo: INCAPACIDAD TEMPORAL

Trabajador por Cuenta Ajena/Asalariado (con contrato indefinido): DESEMPLEO

DESEO SUSCRIBIR el seguro de desempleo/incapacidad temporal hasta un máximo de 12 meses que corresponde a 12 cuotas mensuales del Centro en el que mi hija/o esté matriculado.

Límite de 3.000,00€ por asegurado, de P3 a 2º de bachillerato y universitarios por separado y de forma conjunta.

Carencia para Desempleo:..... 60 días

Carencia para Incapacidad Temporal por enfermedad: 30 días

Franquicia para el Desempleo o Incapacidad Temporal:..... 30 días

Prima para Universidad e ISEP..... 148 Euros anuales

Prima para Colegios 67 Euros anuales

_____, _____, de _____, de 2009

Firma de aceptación de cobertura

El Asegurado solicita la adhesión a la póliza de seguro de grupo suscrita por el Tomador del seguro con SegurCaixa, S.A., de acuerdo con los datos anteriores que reconoce son ciertos y exactos.

De acuerdo con lo regulado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, el Asegurado otorga su consentimiento expreso para que puedan ser tratados por el Asegurador directamente, o por otra entidad aseguradora por razones de coaseguro o reaseguro, con el fin de suscribir y administrar el seguro. Consiente expresamente que los datos personales y de salud que aporta, así como los que se generasen en caso de siniestro, puedan ser cedidos, en su totalidad o en parte, a ficheros comunes que contengan datos de carácter personal, con el exclusivo objeto de gestionar y administrar el seguro, y tramitar y liquidar siniestros, como consecuencia de la relación contractual concertada; así como para la colaboración estadístico actuarial, con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos, y la elaboración de estudios de técnica aseguradora y para la lucha contra el fraude. Asimismo, podrá hacerse uso de esta información para ofrecer al Asegurado otros productos o servicios que comercialice SegurCaixa, S.A. El Asegurado podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación y cancelación de la autorización del uso de dichos datos de carácter personal. Para ello lo comunicará por escrito dirigido a SegurCaixa, S.A. de Seguros y Reaseguros, C/ Juan Gris 20-26, 08014 Barcelona, como responsable del fichero. En todo momento estos datos serán tratados por el Asegurador de forma confidencial.

El Asegurado reconoce en esta misma fecha haber recibido con anterioridad a la firma de la presente solicitud de seguro toda la información requerida en el art. 107 del Reglamento de la Ley de Ordenación de los Seguros Privados, cuya naturaleza se hace constar en los artículos 104 a 106 del citado Reglamento.