

Para cumplimentar este documento manualmente, rellenar los datos requeridos a bolígrafo y con letra clara sin efectuar tachaduras ni correcciones.

Colectivo: Universidad de Jaén

Número de póliza: JK G 140.000.005

Datos del titular:

Nombre y apellidos, o razón social

NIF

Plantilla (*en empresas*)

Persona Física:

Fecha de nacimiento

/

/

Sexo

Estado Civil

N.º hijos

Idioma

Clave

Nacionalidad

Clave

Profesión/Actividad empresa

Clave

Excluir publicidad Sí No

Domicilio

N.º

Piso

Puerta

Teléfono

Código postal

Clave

Población

Provincia

País

Clave

E-mail

Efecto del alta en el Seguro:

Fecha Efecto / /

Asegurado - Beneficiarios

1. El solicitante, ¿Se incluye como Asegurado? Sí No

(En caso negativo, el siguiente Asegurado ostentará la titularidad)

2. Nombre

Fecha de nacimiento

/

/

DNI

(¹)Parentesco

Grupo de edad: Menor 26 años Entre 26 y 70 años Mayor de 70 años

Estado civil

Sexo

Estatura

Peso

¿Deporte de riesgo? ⁽¹⁾ Sí No

¿Profesión Peligrosa? ⁽²⁾ Sí No

Indicar

3. Nombre

Fecha de nacimiento

/

/

DNI

(¹)Parentesco

Grupo de edad: Menor 26 años Entre 26 y 70 años Mayor de 70 años

Estado civil

Sexo

Estatura

Peso

¿Deporte de riesgo? ⁽¹⁾ Sí No

¿Profesión Peligrosa? ⁽²⁾ Sí No

Indicar

4. Nombre

Fecha de nacimiento

/

/

DNI

(¹)Parentesco

Grupo de edad: Menor 26 años Entre 26 y 70 años Mayor de 70 años

Estado civil

Sexo

Estatura

Peso

¿Deporte de riesgo? ⁽¹⁾ Sí No

¿Profesión Peligrosa? ⁽²⁾ Sí No

Indicar

* 1. Titular 2. Esposo/a 3. Hijo/a 4. Padre-Madre 5. Abuelo/a 6. Sobrino/a 7. Nieto/a 8. Tío/a 9. Otros

(1) - Relación de deportes de riesgo: alpinismo, escalada, automovilismo, boxeo, buceo, pesca submarina, espeleología, hípica, motorismo, paracaidismo, parapente, vuelo delta y ultraligero.

(2) - Profesiones notoriamente peligrosas: albañil, encofrador, conductor maquinaria de obras, bombero, buzo, deportista profesional, minero, torero.

Información básica sobre Protección de Datos

Responsable del tratamiento	Generali España S.A, de Seguros y Reaseguros ("GENERALI").
Finalidades del tratamiento	1. Gestionar su solicitud, valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados a la misma. 2. En caso de perfeccionarse, gestionar, mantener y controlar la relación contractual. 3. Prevenir el fraude. 4. Comunicar sus datos a terceros únicamente cuando sea necesario para cumplir con una obligación legal o para formalizar la solicitud de adhesión al contrato de seguro y en, caso de perfeccionarse, la gestión del mismo.
Legitimación del tratamiento	Sus datos personales serán tratados con base en la ejecución de un contrato, el cumplimiento de una obligación legal, el interés legítimo de GENERALI a efectuar dicho tratamiento, y en su caso el consentimiento expreso.
Potenciales destinatarios de los datos	Entidades aseguradoras, coaseguradoras y reaseguradoras y médicos, centros sanitarios, hospitales y administraciones públicas.
Derechos de protección de datos	Usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición al tratamiento de datos y portabilidad de datos, tal como se detalla en la "Información Adicional".
Información adicional	Puede consultar la información adicional detallada sobre Protección de Datos en la siguiente web: https://www.generali.es/quienes-somos/privacidad

CLÁUSULA DE CONSTANCIA DE LA ENTREGA DE LA NOTA INFORMATIVA

El tomador del seguro y las personas a asegurar declaran haber recibido con anterioridad a la firma de la presente solicitud toda la información contenida en los artículos 104 y 105 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. El contenido de esta nota informativa es: Legislación aplicable al contrato; Instancias para el caso de reclamación y procedimiento a seguir; Estado donde se ubica la Aseguradora y su denominación social y domicilio; Definición de garantías y opciones; Duración del contrato; Condiciones para su rescisión; Condiciones; plazos y vencimiento de las primas; Métodos para calcular y asignar participaciones en beneficios; Valores de rescate y reducción; Primas relativas a cada garantía cuando se considere necesario; Definición de las unidades de cuenta de las prestaciones e indicación de activos representativos; Ejercicio del derecho de resolución; e indicaciones generales sobre el Régimen Fiscal Aplicable.

CLÁUSULA DE ACEPTACIÓN ESPECÍFICA DE LAS CONDICIONES LIMITATIVAS

El tomador del seguro y las personas a asegurar conocen y aceptan específicamente las condiciones limitativas de la póliza (Condiciones Generales mod. 60.278/GEN) que, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 3 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro, expresamente se recogen en esta solicitud de seguro.

CLÁUSULA SOBRE LA EXACTITUD Y VERACIDAD DE LOS DATOS DECLARADOS

Los abajo firmantes declaran que son exactas y veraces las contestaciones contenidas en esta solicitud y cuestionario de salud y que no han ocultado u omitido dato, hecho o circunstancia alguna que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedan informados de las consecuencias previstas en el art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro en caso de inexactitud de los datos suministrados. Asimismo autorizan a cualquier médico que les hubiera reconocido o asistido en sus dolencias a revelar al Asegurador todos los datos y antecedentes patológicos que pudieran tener o haber adquirido conocimiento al prestarle el servicio.

CLÁUSULA SOBRE LA MEDIACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y PROTECCIÓN DE DATOS

Póliza intermediada por Aon Gil y Carvajal, S.A. Correduría de Seguros, Sociedad Unipersonal. Inscrita en el R^o Mercantil de Madrid, Hoja M-19857, Tomo 15321, Folio 133, N.I.F. A-28109247. Inscrita en el Registro Especial de Sociedades de Correduría de Seguros de la DGS con la clave J-107. Capacidad financiera y Seguro de Responsabilidad Civil concertado según lo previsto en la Ley 26/2006, de 17 de Julio. De conformidad con lo previsto en el artículo 44 de la Ley 26/2006 de 17 de Julio, para cualquier reclamación en relación con los servicios de Mediación de Seguros prestados deberá dirigirse al Apartado de Correos núm. 2053 o bien a la página web "quejasyreclamaciones.com".

Le informamos que de acuerdo con la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, todos los datos personales que Vd. nos ha suministrado serán incorporados a los ficheros automatizados de Aon Gil y Carvajal, S.A.U. Correduría de Seguros, e inscritos en el Registro de Protección de Datos y serán objeto de tratamiento automatizado. La recogida y tratamiento automatizado de los datos personales tiene como finalidad la prestación de los servicios de mediación de seguros en relación a la póliza de seguro contratada. Usted consiente que los datos sean tratados por Aon Gil y Carvajal, S.A.U. Correduría de Seguros así como que sean comunicados por ésta tanto a las compañías del grupo Aon (www.aon.es), a los centros médicos, las compañías de seguros y tercero colaboradores —incluso fuera del Espacio Económico Europeo—, con la finalidad de analizar y valorar los siniestros acaecidos y realizar las labores de Mediación de Seguros. Dichos datos podrán ser igualmente comunicados, en su caso, al tomador de la póliza; asimismo, Vd acepta que los resultados de las pruebas médicas que pudiesen ser realizadas puedan ser comunicados por los centros médicos a las entidades recogidas con anterioridad con los mismos fines, estando la confidencialidad de la información protegida de conformidad con la LOPD 15/1999. Asimismo, Aon Gil y Carvajal, S.A.U. Correduría de Seguros le informa que cumple con las medidas de seguridad de protección de datos personales legalmente requeridas y que ha adoptado todas las medidas razonablemente exigibles conforme a los conocimientos técnicos actuales para evitar la pérdida, mal uso, alteración, intrusión ilegítima y sustracción de los datos personales facilitados. En caso de que Vd. facilite datos personales de terceros, garantiza que ha obtenido previamente el consentimiento de dichos terceros titulares de los datos para suministrarlos.

Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación que le asisten dirigiéndose por escrito y con copia de su DNI a Aon Gil y Carvajal, S.A.U. Correduría de Seguros sita en la calle Rosario Pino, 14-16 de Madrid (CP 28020) (att. Asesoría jurídica). Le informamos que la cumplimentación y comunicación de todos los datos de carácter personal, incluidos los médicos, es necesaria para poder valorar el riesgo, intermediar la contratación de la póliza y para la tramitación de los siniestros acaecidos, lo cual no podrá llevarse a efecto si no se consiente.

En _____, a _____ de _____ de _____
día mes año

Firma de los Asegurados

