

## SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES Nº 51228765

### Póliza de Accidentes **Colectivo Estudios Propios Universidad de Zaragoza**

Garantías	Capitales
Fallecimiento por accidente *	10.000 €
Invalidez Absoluta por Accidente al 100%*	20.000 €
Asistencia Sanitaria por Accidente Servicios Concertados Servicios Libre elección	Ilimitado 2.000€
Total Prima Anual	5 €

\*OBJETO DEL SEGURO: Garantizar las indemnizaciones previstas en la póliza colectiva suscrita por el Tomador del Seguro cuando el asegurado perteneciente al Colectivo de Estudios Propios de la Universidad de Zaragoza, sufra un accidente corporal en las siguientes situaciones:

- Durante su estancia dentro del recinto de la universidad
- En aquellos centros o situaciones que se regulan en el programa del Curso.

\*Queda incluido dentro de las garantías el accidente in itinere.

\*Queda expresamente convenido que el asegurado, por medio del presente certificado de adhesión, quedará plenamente asegurado durante toda la duración o vigencia del curso al que esté matriculado, siendo la duración máxima de aseguramiento de un año.

TOMADOR	
Nombre / Razón Social: UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA	NIF/CIF: Q5018001G
Domicilio: PEDRO CEBRUNA 12	
C.P.: 50.009	Población: ZARAGOZA
ASEGURADO	
Nombre:	NIF:
Fecha de Nacimiento: / /	* Profesión:
Domicilio:	
C.P.:	Población:
ESTUDIOS A CURSAR	

\*(El asegurado reconoce que en el desarrollo de su actividad profesional no desempeña actividades peligrosas, ni utiliza maquinaria pesada, de corte o de presión)

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO
*En caso de no designación de beneficiarios, serán los estipulados en el condicionado general de la póliza.

DATOS DEL SEGURO	
Tipo de Seguro: Seguro de Accidentes Colectivo Estudios Propios Universidad de Zaragoza	
Fecha de efecto: / /	Cod. Mediador: 32029 <a href="mailto:suczaragozajalon@mgs.es">suczaragozajalon@mgs.es</a>
El pago del seguro se efectuará junto con la matrícula de la Universidad.	

\*\*El seguro entrará en vigor al efectuar el pago de la prima.

CUESTIONARIO DE SALUD DEL ASEGURADO	
¿Padece algún tipo de alteración física o psíquica o le ha sido reconocido algún grado de invalidez o minusvalía?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido algún accidente o intervención quirúrgica que le haya ocasionado limitaciones orgánicas o funcionales, o padece en la actualidad alguna enfermedad?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Le han rechazado anteriormente algún seguro relativo a su persona?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**Servicio Atención al Cliente: 902 101 899**

\* Firma del Asegurado

\* De conformidad con lo regulado en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, el asegurado declara que los datos indicados son ciertos, y da consentimiento expreso a ser tratados al objeto del seguro que solicita y/o con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, asimismo, expresamente autoriza a que pueda ser utilizados y/o cedidos, con otros fines, y quedando enterado del derecho que reconoce la Ley de acceder, rectificar, y en su caso cancelar, sus datos personales, en las oficinas de MGS Seguros S.A.