

## **PROCEDIMIENTO CONTRATACION SEGURO PARA MATRICULACION EN CURSOS DE ESTUDIOS OFICIALES EN UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA 2017-2018**

Para la matriculación en Cursos de Estudios Oficiales de Universidad de Zaragoza es **obligatorio para mayores de 28 años** la contratación de un seguro en el momento de realización de la matrícula. Esta contratación se realiza mediante una Solicitud de Adhesión a la póliza la cual **es necesaria presentar en el momento de la matriculación**. El procedimiento es el siguiente:

- ✓ Rellenar el formulario de Solicitud de Adhesión de Seguro en todos los campos activos. Dicha solicitud se puede descargar desde la página de la Universidad de Zaragoza o solicitando la misma por correo electrónico a [suczaragozajalon@mgs.es](mailto:suczaragozajalon@mgs.es)
- ✓ Realizar el pago de seguro antes de matriculación (el coste del seguro para la anualidad 2017-2018 asciende a 6 €). Este pago puede realizarse mediante transferencia bancaria y/o ingreso en metálico bajo el concepto **POL. 51292736 NOMBRE, APELLIDOS Y DNI** en las siguientes cuentas corrientes:
  - BANCO SANTANDER: **ES 92 0049 1806 95 2811134196**
  - LA CAIXA: **ES 11 2100 0900 95 0205529129**
- ✓ Presentar justificante de pago de seguro en el momento de la matriculación en la Universidad de Zaragoza.
- ✓ Enviar copia escaneada de la **Solicitud de Adhesión firmado** y copia del **justificante de pago** vía correo electrónico a [suczaragozajalon@mgs.es](mailto:suczaragozajalon@mgs.es) o por correo postal a MGS SEGUROS, Ps/ MARIA AGUSTIN 4, 50004, ZARAGOZA.

**IMPORTANTE:** identificarse con nombre, apellidos y dni en el concepto del justificante de pago para estar asegurado.

Para cualquier duda o consulta puede dirigirse por correo electrónico en el siguiente [suczaragozajalon@mgs.es](mailto:suczaragozajalon@mgs.es) o mediante el teléfono 976438187 (horario de 08 a 15 horas).

## SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES Nº 51292736

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

Garantías	Capitales
Fallecimiento por accidente *	9.000 €
Invalidez Absoluta por Accidente al 100%*	18.000 €
Asistencia Sanitaria por Accidente Servicios Concertados Servicios Libre elección	Ilimitado 1.600€
Total Prima Anual	6 €

\*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 Oficiales 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 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:
CURSO A REALIZAR	

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

DATOS DEL SEGURO	
Tipo de Seguro: Seguro de Accidentes Colectivo Estudios oficiales Universidad de Zaragoza	
IMPORTANTE: Enviar esta solicitud y comprobante de ingreso para tener cobertura a: <a href="mailto:suczaragozajalon@mgs.es">suczaragozajalon@mgs.es</a>	
Fecha de efecto: / /	Cod. Mediador: 32029
	<a href="mailto:suczaragozajalon@mgs.es">suczaragozajalon@mgs.es</a>
El pago del seguro será mediante ingreso en cuenta bancaria:	
	ES 11 2100 0900 95 0205529129
	ES 92 0049 1806 95 2811134196

\*\*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: 902 120 863**

\* 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.