

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN DE LOS SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTES ⁽¹⁾

ASEGURADO, D.		N.I.F.:	MATRÍCULA:
CARGO:	NIVEL SALARIAL	DOMICILIO:	
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	TELÉFONO MÓVIL	

EN SUPUESTO DE FALLECIMIENTO ⁽¹⁾

BENEFICIARIO, D.		N.I.F.	TELÉFONO:
TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO	
EN CALIDAD DE: (CÓNYUGE, HIJO/A, PADRE, MADRE, HERMANO/A, OTRO/A.)		DOMICILIO:	
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	

NÚMERO DE CUENTA BANCARIA:											
ENTIDAD			SUCURSAL			DIGITOS		NÚMERO DE CUENTA			

El abajo firmante en calidad de Asegurado/ Beneficiario/ Representante Legal, solicito que sea abonado el importe de la prestación garantizada en las POLIZAS DE SEGUROS suscritas por ADIF como tomador mediante el ingreso en esta cuenta a nombre del perceptor de la prestación, en el caso de:

- FALLECIMIENTO, el _____ de _____ de _____.
 INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA. INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL.
 INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL LESIONES PERMANENTES NO INVALIDANTES.

Reconocida por Sentencia, o resuelta por la Seguridad Social el _____ de _____ de _____.

Como consecuencia de

- ENFERMEDAD COMÚN ENFERMEDAD PROFESIONAL ACCIDENTE COMÚN ACCIDENTE LABORAL

A tal efecto adjunto los documentos que al dorso se indican.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Fdo. _____
 (La representación legal para menores o discapacitados, deberá ser acreditada mediante la oportuna documentación).

NIF Representante Legal: _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____
 Distrito Postal: _____ Provincia: _____

(1) Rellenar una solicitud por cada beneficiario.

Los datos personales declarados en el presente documento serán tratados de forma confidencial y a los exclusivos efectos de la tramitación y el pago de las prestaciones, pudiendo dichos datos, ser cedidos a ficheros comunes de las Entidades Aseguradoras para la liquidación de siniestros, la colaboración estadístico actuarial y prevenir el fraude en el seguro. En cuyo caso, estas entidades le comunicaran en la primera introducción de datos, quién es el responsable del fichero y las formas de ejercicio de los derechos previstos en la Ley.

DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE A LA SOLICITUD DE LOS SEGUROS

CONTINGENCIA				DOCUMENTACIÓN REQUERIDA
F	FA	PE	PA	
X	X	X	X	SOLICITUD
X	X	X	X	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DE LA CORREDURÍA DE SEGUROS
X	X	X	X	DNI/NIF DEL ASEGURADO
X	X	X	X	CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO (COPIA)
		X	X	SENTENCIA JUDICIAL-RESOLUCIÓN DEL I.N.S.S. FIRME (NO RECURSO POSICIÓN)
	X		X	CERTIFICADO DE ACCIDENTE (MÉDICO/JUDICIAL)
X	X			CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
X	X			PARTIDA LITERAL DE DEFUNCIÓN
X	X			CERTIFICADO DEL REGISTRO DE ULTIMAS VOLUNTADES
X	X			TESTAMENTO O DECLARACION AB-INTESTATO (declaración de herederos)
X	X			DNI/NIF BENEFICIARIOS-DERECHOHABIENTES
X	X			PARTIDA LITERAL DE MATRIMONIO EMITIDA A FECHA ACTUAL (CÓNYUGE)
X	X	X	X	CERTIFICADO TITULARIDAD CUENTA BANCARIA
X	X			LIBRO DE FAMILIA (HIJOS)
		X	X	MOD. 145 AGENCIA TRIBUTARIA – COMUNICACIÓN DE DATOS AL PAGADOR
(1)	(1)			LIQUIDACION/EXENCIÓN DEL IMPUESTO DE SUCESIONES

F - FALLECIMIENTO QUE NO SEA POR ACCIDENTE

FA - FALLECIMIENTOS POR ACCIDENTE

PE - INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA-GRAN INVALIDEZ QUE NO SEA POR ACCIDENTE

PA - INCAPACIDAD PERMANENTE EN CUALQUIER GRADO O LESIONES POR ACCIDENTE

(1) CUANDO SEA SOLICITADA POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

CONSENTIMIENTO EXPRESO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, Ud. conoce y acepta nuestra Política de Privacidad y:

Proporciona consentimiento explícito para la cesión y tratamiento de datos personales especialmente protegidos, de los que Ud. es titular (e.g. datos de salud) o datos de los que sean titulares menores a su cargo (conforme se define en la normativa de protección de datos aplicable), a (re)aseguradoras, mediadores de seguros y cualesquiera terceros que resulte necesario con la finalidad de: tramitar su alta (o modificación) en una póliza de seguro, o tramitar un siniestro, prestación, reembolso o autorización sobre la misma.

SÍ / NO (Marque la opción elegida)

Le informamos de que el tratamiento de sus datos personales sensibles es imprescindible a efectos de que podamos prestarle nuestros servicios.

Si Ud. nos facilita datos de terceros, Ud. se asegurará de que todos los datos personales hayan sido recabados y se nos hayan proporcionado de conformidad con la normativa aplicable, y en su caso obtendrá el consentimiento de los interesados (por escrito, haciendo uso del presente formulario) antes de proporcionarnos dichos datos. Usted informará a los interesados del hecho de que sus datos personales se nos proporcionarán y las finalidades para las que utilizaremos dichos datos personales.

Nombre y Apellidos	
DNI	
Fecha	

Firma

En caso de estar representando a uno o más menores de edad, por favor indique el nombre y apellidos del menor/es del cual/es se otorga el consentimiento:

Nombre y Apellidos	
Nombre y Apellidos	
Nombre y Apellidos	

Información básica sobre Protección de Datos	
Responsable	Grupo Willis Towers Watson
Finalidad	La finalidad es el tratamiento de sus datos personales (incluida la cesión a compañías aseguradoras) para la prestación de nuestros servicios de mediación de seguros y reaseguros así como la gestión de nuestras relaciones comerciales.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra Política de Privacidad en www.willistowerswatson.com/es-ES