

**SOLICITUD DE SEGUROS CONVENIO - FEBRERO 2019
- CENTROS UNIVERSITARIOS -**

RENOVACIÓN NUEVA CONTRATACIÓN

DATOS DEL TOMADOR:

NOMBRE: _____ CIF:
DOMICILIO: _____ C. POSTAL:
LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____
TELEFONO: EMAIL: _____
C. BANCARIA: E S - - - - -

DATOS DEL SEGURO:

FECHA DE INICIO: / / *Opcional; Otras personas adscritas sin relación laboral:
Nº TRABAJADORES: *Nº ADSCRITOS: *(Debe adjuntarse listado)

SEGURO DE ACCIDENTES PARA PERSONAL DOCENTE Y NODOCENTE:

<u>COBERTURAS</u>	<u>CAPITALES</u>	
FALLECIMIENTO	18.000€	3,85 € / ASEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE	36.000 €	
ASISTENCIA SANITARIA	ILIMITADA (MAXIMO 1 AÑOS)	
*INFARTO	INCLUIDO	

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DEL PERSONAL DOCENTE Y NODOCENTE

COBERTURAS
50.000 Euros **0,85 € / ASEGURADO**

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL DEL CENTRO:

COBERTURAS
601.012 Euros **4,40 € / ASEGURADO**
1.202.024 Euros **5,30 € / ASEGURADO**
3.000.000 Euros **9,50 € / ASEGURADO**
(Prima mínima 450 €)
6.000.000 Euros **15 € / ASEGURADO**
(Prima mínima 825 €)

_____, _____ DE _____ 2019

* El infarto de miocardio y sus consecuencias, quedan garantizados por la presente Póliza, siempre que sean declarados en firme como accidente laboral por la autoridad laboral o judicial.