



## Seguro Colectivo. Modificación de beneficiarios

Número de póliza \_\_\_\_\_ Tomador del Seguro \_\_\_\_\_

### Datos del asegurado/a

Nº de Certificado Individual de Seguro \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

NIF (incluyendo letra) / Tarjeta residencia \_\_\_\_\_

### Nuevos beneficiarios en caso de fallecimiento

Nombre y apellidos	DNI (incluyendo letra)	%	Nombre y apellidos	DNI (incluyendo letra)	%
1º. _____	_____	% _____	2º. _____	_____	% _____
_____	_____	% _____	_____	_____	% _____
_____	_____	% _____	_____	_____	% _____
_____	_____	% _____	_____	_____	% _____
3º. _____	_____	% _____	4º. _____	_____	% _____
_____	_____	% _____	_____	_____	% _____
_____	_____	% _____	_____	_____	% _____
_____	_____	% _____	_____	_____	% _____

### Designación de beneficiarios

El asegurado reconoce, acepta y consiente expresamente que los datos personales y las declaraciones contenidas en este documento serán registrados en ficheros, titularidad de las Compañías\*, siendo los servicios técnicos y comerciales de éstas los destinatarios de los mismos y ubicados en el domicilio social de las mismas en Avda. Bruselas 16, Parque empresarial Arroyo de la Vega, 28108 Alcobendas (Madrid). Estos ficheros tienen por finalidad posibilitar la celebración y gestión del contrato entre el tomador y las Compañías, así como el mejor análisis del riesgo y el cumplimiento de la legislación vigente. Asimismo el asegurado acepta que esta información pueda ser cedida en su totalidad o en parte, a las entidades que colaboren con las Compañías en la distribución de seguros, a los Corredores de Seguros de la Póliza, a otras Entidades con el objeto de facilitar la tramitación de siniestros, así como por razones de coaseguro o reaseguro. La persona a asegurar autoriza expresamente al personal e instituciones médicas que le han tratado a facilitar a las Compañías cuanta información precisen en relación con su salud para los fines anteriormente descritos.

En el supuesto de que las Compañías establezcan ficheros comunes para la liquidación de siniestros y/o la colaboración estadístico actuarial con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora o en su caso, la prevención del fraude en el seguro, le informaremos debidamente del Responsable de dicho fichero común (que en el caso de ficheros comunes para la prevención del fraude será en la primera introducción de sus datos) para que pueda ejercer sus derechos de acceso, rectificación cancelación u oposición.

Asimismo, dichos datos podrán ser utilizados para la remisión de comunicaciones comerciales (incluso por medios electrónicos), así como para la realización de sorteos, encuestas, estadísticas, depuración de datos de carácter personal y análisis de mercado. Finalmente, el asegurado consiente expresamente que sus datos personales puedan ser comunicados a otras sociedades del Grupo NN, cuya actividad son los servicios financieros y de seguro, para hacerle ofertas de servicios y productos que pudieran ser de su interés, a través del envío de comunicaciones comerciales (incluso por medios electrónicos), así como para la realización de sorteos, estadísticas, depuración de datos de carácter personal, encuestas y análisis de mercado.

Se entenderá que el asegurado no acepta lo indicado en el párrafo anterior si marca la siguiente casilla

El asegurado podrá ejercitar sobre ellos, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos, de acuerdo con la legislación vigente, en particular con la L.O. de Protección de Datos de Carácter Personal dirigiéndose por escrito al Departamento de Employee Benefits al domicilio antes mencionado. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos distintos a los establecidos en el párrafo primero, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

Las Compañías comunicarán tan pronto como sea posible al tomador cualquier circunstancia que demore o impida la incorporación de esta persona a la póliza.

Formulario a enviar bien por correo electrónico a [gestiondeclienteseb@nnseguros.es](mailto:gestiondeclienteseb@nnseguros.es) o bien por correo ordinario a la atención de **Employee Benefits: Nationale-Nederlanden**, Avda. de Bruselas 16, 28108 Alcobendas, Madrid.

**Imprescindible incluir fotocopia del DNI del asegurado.**

Firmado en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Firma del asegurado/a

\_\_\_\_\_