



NOTA INFORMATIVA SOBRE LA PÓLIZA DE CONTINUIDAD DE ESTUDIOS (Allianz).

Esta póliza está pensada para **garantizar los estudios universitarios en caso de fallecimiento/invalides permanente absoluta de los progenitores asegurados.**

El Asegurado o progenitores podrán contratar un capital total máximo de 150.000€ compuesto por un capital en concepto de estudios y otro en concepto de manutención (máximo 13.000€/año). Anualmente, el Asegurado podrá actualizar el capital asegurado en función de los cursos pendientes de cursar.

En caso de siniestro, los beneficiarios serán los siguientes:

- Fallecimiento e Invalidez permanente absoluta:
 - o Capital en concepto de estudios: Universidad de Navarra.
 - o Capital en concepto de manutención: Alumno en caso de fallecimiento y el Asegurado en caso de invalidez.

La póliza es de adhesión voluntaria y se podrá optar por una de las siguientes opciones en cuanto al Asegurado se refiere:

- Un cabeza de familia contratando el 100% del capital.
- Dos cabezas de familia contratando cada uno de ellos el capital que desee. Es decir, se expiden 2 pólizas con un capital máximo de 150.000€ cada una.

Cobertura opcional (desempleo e incapacidad temporal):

En el caso de que el asegurado lo solicite, se podrá dar cobertura en caso de **desempleo y/o incapacidad temporal** de los progenitores de los alumnos, con un capital asegurado fijo de 9.000 € (900 €/mes durante 10 meses) bajo una franquicia de 1 mes y una carencia de 2 meses (periodo a partir del cual la póliza surte efecto).

En caso de contratación de la garantía de desempleo, los asegurados deberán estar cotizando a la Seguridad Social o similar.

Cómo darse de alta y cuánto cuesta:

La contratación se realizará mediante la cumplimentación del Boletín de Adhesión. En el caso de que la Aseguradora lo precise, se tendrá que ampliar aquella información médica que considere necesaria.

La prima a pagar irá en función del capital asegurado y de la edad del que suscriba el seguro. El pago de la prima se realizará directamente con la Aseguradora Allianz y podrá ser anual o semestral.

Ej: Progenitor de 53 años, con un capital de 100.000€ para una cobertura de Fallecimiento e Invalidez la prima a pagar sería aproximadamente 358€.

Para poder realizar el trámite y/o aclarar cual duda, el interesado se debe dirigir a nuestra Correduría de Seguros Mash:

Fernando Unanue Iribarren
Teléfono (+34 94 428 48 17)
Fernando.unanueiribarren@marsh.com

Nº Póliza: **35127998** Nº Boletín: _____

El presente Boletín de Adhesión ofrece amplias coberturas y primas competitivas, así como la solidez y solvencia respaldada por Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. entidad que tiene su domicilio social en C/ Ramírez de Arellano, 35, 28043 Madrid. La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones es el órgano de la Administración de Control que supervisa la actividad aseguradora en virtud de la competencia que corresponde a España, como estado miembro del Espacio Económico Europeo.

Tomador del seguro

Nombre del Tomador: **UN. DE NAVARRA** CIF: **R3168001J**
Fecha de efecto de la póliza: **01/09/2014** Fecha de efecto alta asegurado en la póliza: _____

Mediador del seguro

MARSH S.A. MEDIADORES DE SEGUROS 2707101 Corredor de Seguros Nº DGS J0096
PL. EUSKADI (TORRE IBERDR 5 14
48009 BILBAO

Datos del asegurado

Fecha de alta del asegurado en póliza: _____
Apellidos y nombre: _____ NIF: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Domicilio: _____
C. Postal: _____ Población: _____ Provincia: _____
E-mail: _____ Móvil: _____
Cuenta Bancaria:
País IBAN Entidad Oficina D.C. Número de Cuenta

Beneficiario: Para fallecimiento e Invalidez Permanente Absoluta: con carácter irrevocable UN. DE NAVARRA en la cuantía determinada y el alumno en otra cuantía correspondiente con los Gastos de Manutención que el Asegurado ha indicado.

Datos del alumno

Apellidos y Nombre: _____
NIF: _____ Fecha de nacimiento: _____
E-mail: _____
Universidad: **UN. DE NAVARRA**
Facultad: _____

Beneficiarios

En caso de fallecimiento por cualquier causa: La Universidad
En caso de invalidez permanente absoluta: El Asegurado

Importe del seguro

El importe del seguro figura detallado en el correspondiente recibo cuyo pago da lugar al derecho de la cobertura.

Coberturas

Garantía Obligatoria:

Fallecimiento e Invalidez Permanente Absoluta

Capital asegurado (*): _____

(* Los capitales asegurados se han estimado en función del coste total de la carrera universitaria y del curso en el que se encuentra actualmente matriculado el alumno. El Capital Total Asegurado incluye el capital de Fallecimiento e Invalidez Permanente Absoluta correspondiente a Gastos de Manutención por importe de _____ €

Ámbito geográfico de las garantías

- Fallecimiento: en todo el mundo.
- Invalidez Permanente Absoluta: en todo el mundo. El trámite se realizará siguiendo la normativa de la Seguridad Social Española.

Declaración del asegurado

Respecto a mis datos de salud declaro

- ¿La diferencia entre su altura (cm) y su peso (kg) es menos que 80 o mayor que 120 o ha perdido más del 10% de su peso normal en los últimos 6 meses? Sí No
- ¿Padece alguna limitación, defecto físico o le han concedido, está tramitando o está pendiente de resolución de algún dictamen de invalidez o incapacidad? Sí No
- ¿Está de baja por enfermedad o accidente o ha estado de baja durante más de 15 días consecutivos en el transcurso de los 2 últimos años? Sí No
- ¿Está o ha estado bajo tratamiento/control médico o toma algún medicamento o va a ser hospitalizado, operado o sometido a alguna prueba o tratamiento durante los próximos 12 meses? Sí No
- ¿Padece alguna secuela o consecuencia de enfermedad o accidente o alguna enfermedad congénita o crónica? Sí No

El presente seguro se suscribe con el fin de que el alumno pueda continuar sus estudios universitarios en el caso de ocurrencia al Asegurado de cualquiera de las garantías descritas.

SOLICITO ADHERIRME como Asegurado a la póliza de seguro de vida colectivo indicada en el presente boletín, suscrita por el Tomador, con la Aseguradora **Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.**, para las coberturas de Fallecimiento e Incapacidad Absoluta y Permanente, de acuerdo con las condiciones recogidas y que se han puesto a mi disposición con anterioridad a la firma de esta Solicitud que declaro conocer y aceptar.

Asimismo, declaro haber contestado de buena fe a las preguntas que permiten a la Compañía realizar la valoración del riesgo y que los datos reseñados anteriormente, incluidas las respuestas al cuestionario de salud, son ciertos, no habiendo ocultado u omitido circunstancias que puedan influir en la aceptación del riesgo, cuya responsabilidad asume íntegramente a los efectos de lo previsto en el Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro.

Aceptada mi solicitud de adhesión, autorizo a la Aseguradora a cargar en mi cuenta el precio del seguro y me comprometo a remitir en un plazo máximo de un mes la presente solicitud firmada, junto con una copia del DNI a la siguiente dirección de correo electrónico universia@allianz.es o a la siguiente dirección postal: C/ Ramírez de Arellano, 35, Planta 4ª - 28043 Madrid, para su correcto aseguramiento.

El seguro no tomará efecto en caso de impago de la prima. Asimismo si la Aseguradora no recibiera el presente Boletín de Adhesión debidamente firmado por el asegurado se procederá a devolver la prima dejando sin efecto el seguro.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

| | |
|------------------------------|---|
| Responsable | Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. |
| Finalidad | Estudio, propuesta de seguro y, en su caso, formalización del contrato. |
| Legitimación | Ejecución de un contrato. |
| Destinatarios | Cesión a terceros colaboradores de la compañía y ficheros comunes del sector asegurador. Transferencias internacionales intragrupo. |
| Derechos | Acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los datos; limitación u oposición a su tratamiento, de acuerdo con las indicaciones contenidas en la información adicional. |
| Procedencia | El interesado a través del mediador de seguros. |
| Información adicional | Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: https://www.allianz.es/privacidad-seguridad |

En _____ a _____ de _____ de _____

La Persona a asegurar

Firma de la Aseguradora