

Seguro Colectivo. Designación 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

Nombre y apellidos	DNI		Nombre y apellidos	DNI	
1º. <input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>	2º. <input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>
3º. <input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>	4º. <input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% <input type="text"/>

Le informamos que los datos personales arriba indicados serán incorporados a un fichero propiedad de Nationale-Nederlanden Vida Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.E. y Nationale-Nederlanden Generales Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.E. (en lo sucesivo, referidas como las Compañías) con domicilio en Avda Bruselas nº 16, 28108 Alcobendas, Madrid, para la gestión de la presente solicitud. Su titular tendrá derecho, de acuerdo con la legislación vigente, a ejercitar los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación mediante solicitud escrita dirigida al domicilio de las Compañías.

El asegurado declara que, en caso de designación expresa de beneficiarios, ha obtenido previamente el consentimiento de éstos para ser incluido en este contrato de seguro.

Para el caso de existir un menor de edad, los padres/tutores, en cumplimiento de la normativa sobre datos de carácter personal y actuando en su nombre y representación, prestan su consentimiento expreso a que los datos del/ de la menor puedan ser tratados por las Compañías para las finalidades señaladas en el presente documento.

Documentación adjunta

☐ Fotocopia del D.N.I del asegurado

Forma de envío: por correo electrónico a aseguradoseb@nnseguros.es o bien, por correo ordinario a la atención de **Employee Benefits**: Avda. Bruselas 16, 28108 Alcobendas, Madrid.

Sin otro particular, les saludo muy atentamente,

Firmado en _____, a _____ de _____ del año _____

Firma del asegurado/a
