

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

ASEGURADO, D.		N.I.F.	MATRICULA
CARGO	NIVEL SALARIAL	DOMICILIO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	CODIGO POSTAL	

EN SUPUESTO DE FALLECIMIENTO (1)

BENEFICIARIO, D.		N.I.F.	TELEFONO
EN CALIDAD DE (CONYUGE, PAREJA DE HECHO, HIJO, PADRE, HERMANO, ETC.)		DOMICILIO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	CODIGO POSTAL	

NUMERO DE CUENTA BANCARIA															
ENTIDAD				SUCURSAL				DIGITOS				NUMERO 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 COMUN

ENFERMEDAD PROFESIONAL

ACCIDENTE COMUN

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 comunicarán 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				DOCUMENTACION REQUERIDA
F	FA	PE	PA	
X	X	X	X	SOLICITUD
X	X	X	X	DNI/NIF DEL ASEGURADO
X	X	X	X	CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO (COPIA)
		X	X	SENTENCIA JUDICIAL-RESOLUCION DEL I.N.S.S. FIRME (NO RECURSO POSICION)
	X		X	CERTIFICADO DE ACCIDENTE (MEDICO/JUDICIAL)
X	X			PARTIDA LITERAL DE DEFUNCION
X	X			CERTIFICADO DEL REGISTRO DE ULTIMAS VOLUNTADES
X	X			TESTAMENTO O DECLARACION AB-INTESTATO (DECLARACION DE HEREDEROS)
X	X			DOCUMENTACION QUE ACREDITE IDENTIDAD BENEFICIARIOS (OTRAS DESIGNACIONES). EJEM.: DECLARACION DE HEREDEROS
X	X			DNI/NIF BENEFICIARIOS-DERECHOHABIENTES
X	X			PARTIDA LITERAL DE MATRIMONIO EMITIDA A FECHA ACTUAL (CONYUGE)
X	X			LIBRO DE FAMILIA (HIJOS)
(1)	(1)			LIQUIDACION/EXENCION 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 COMPAÑIA ASEGURADORA