



SEGURO DE VIDA
ESPECIAL
AFILIADOS AL
SINDICATO SAE



SINDICATO DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

!!! AHORRA !!!
CON ESTE SEGURO DE VIDA ÚNICO

ADEMÁS 6.000€

para GASTOS DE SEPELIO
incluidos en cualquier opción

CONTÁCTANOS Y AHORRA

981 14 22 20

unirasa.es



UN SEGURO DE VIDA QUE **NO TIENES** PORQUE **NUNCA** TE LO HAN OFRECIDO IGUAL COMO FUNCIONARIO

El seguro de vida no lleva recargos por tu actividad.

Tú no puedes suscribir un seguro de vida si no te garantizan los riesgos de tu profesión, vida privada y deportes.

Suscríbelo antes de **30-06-2025**

Tu pareja y familiares directos también



SIN SUBIDAS

por edad, de 18 a 60 años.



GARANTÍAS

FALLECIMIENTO e INVALIDEZ ABSOLUTA y permanente por cualquier causa



DEPORTES

están cubiertos los que no practiques como profesional



FAMILIARES

directos pueden contratar en las mismas condiciones



SIN EXCLUSIONES

por epidemias o pandemias en FALLECIMIENTO e INVALIDEZ.



HIPOTECA

protégela con este seguro, por el ahorro y garantías. **Negócialo con tu banco y calcula ahorro**

consulta otras oferta de seguros para el colectivo: decesos, hogar ,auto...

síguenos en redes sociales:



Las Fuerzas Armadas y la Guardia Civil tienen su propia tarifa con los mismos capitales ¡CONSULTAR!

Fecha de efecto

DATOS ASEGURADO

Nombre Apellido 1 Apellido 2
 DNI Fecha de nacimiento Autónomo Por cuenta ajena
 Profesión Grupo de riesgo (a cumplimentar por la Compañía)
 Domicilio Población Provincia C.P.
 Teléfono Fijo Teléfono Móvil E-mail
 Sus familiares directos pueden contratar este Seguro en las mismas condiciones esposo/a, pareja de hecho, padres, hijos y hermanos.
 Nombre del Funcionario Indicar parentesco

TOMADOR (si es distinto del asegurado)

Nombre o Razón Social NIF
 Domicilio Población Provincia C.P.
 Fecha de nacimiento Teléfono E-mail
 Relación con asegurado

PRESTACIÓN SOLICITADA
PRESTACION SOLICITADA
COBERTURA SOLICITADA

VIDA	<input type="radio"/> OPCIÓN A	<input type="radio"/> OPCIÓN B	<input type="radio"/> OPCIÓN C
FALLECIMIENTO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTES	150.000 €	100.000 €	50.000 €
INVALIDEZ ABSOLUTA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTES	150.000 €	100.000 €	50.000 €

 Solicito el Seguro de Accidentes con doble y triple capital en caso de Fallecimiento por accidente/accidente de circulación SÍ NO

EDAD	PRIMAS TOTALES	150.000 €	100.000 €	50.000 €
18 a 60	FALLECIMIENTO/INVALIDEZ ABSOLUTA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTES	257,75 €	172,50 €	97,25 €
61 a 65	FALLECIMIENTO/INVALIDEZ ABSOLUTA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTES	707,75 €	482,50 €	257,25 €
66 a 70	FALLECIMIENTO/INVALIDEZ ABSOLUTA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTES	1.092,50 €	547,25 €	492,52 €
EDAD	PRIMAS TOTALES CON COMPLEMENTARIAS DE ACCIDENTES	150.000 €	100.000 €	50.000 €
18 a 60	FALLECIMIENTO ACCIDENTE/FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN	410,30 €	274,20 €	148,10 €
61 a 65	FALLECIMIENTO ACCIDENTE/FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN	860,30 €	584,20 €	308,10 €

EDAD MÁXIMA DE CONTRATACIÓN: 60 AÑOS

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA COBERTURA POR FALLECIMIENTO

Por partes iguales Por orden preferente y excluyente que se indica Otros (indicar % de reparto)
 Sr./Sra.: DNI %
 Sr./Sra.: DNI %

Cesión de derechos

En caso de fallecimiento del Asegurado, y en ausencia de designación expresa hecha por el mismo, regirá el orden de prelación preferente y excluyente que se establece a continuación: 1) Cónyuge 2) Hijos o descendientes por partes iguales 3) Padres 4) Hermanos 5) Herederos

REQUISITOS
FORMA DE PAGO (% DE RECARGO POR FRACCIONAMIENTO)

Solicitud ANUAL SEMESTRAL (2%) TRIMESTRAL (3%) MENSUAL (3%)
 Fotocopia del DNI y/o CIF

**RELLENA ESTE FORMULARIO Y ENVÍALO POR MAIL A
produccion@unirasa.es. Dudas al Teléfono 981 14 22 20**

SOLICITUD DE SEGURO SURNE VIDA - EMPLEADOS PÚBLICOS

Fecha de efecto

DECLARACIÓN DE SALUD

Se encuentra usted en la actualidad inactivo por baja laboral o ha padecido en los últimos seis meses alguna enfermedad o accidente que ha mantenido inactivo más de 15 días consecutivos?

Sí No

En caso afirmativo indique causa, fecha de diagnóstico inicio y fecha de alta o eventual término de la baja.

¿Tiene usted algún defecto físico, minusvalía/invalidez, malformación, deformación, o anomalía congénita o adquirida; alguna secuela de gravedad, está tramitando una solicitud de minusvalía/invalidez; o tiene prevista alguna intervención quirúrgica, prueba de diagnóstico?

Sí No

¿Ha recibido tratamiento médico o se le ha diagnosticado alguna enfermedad grave como por ejemplo (con carácter enunciativo y no limitativo) cáncer, diabetes, o enfermedades cardiovasculares, artropatías crónicas o patologías que requieran trasplantes o hemodiálisis (o cualquier otro tipo de diálisis)?

Sí No

En caso de responder afirmativamente alguna de las preguntas, facilite información detallada a continuación

GARANTÍAS BÁSICAS

FALLECIMIENTO (FCC): El Asegurador asume el pago de la suma asegurada que se contrate y que figure en las condiciones particulares de la póliza en caso de fallecimiento del Asegurado, cualquiera que sea la causa que lo produzca y en cualquier lugar. La cobertura de esta garantía cesa al finalizar la anualidad dentro de la cual cada Asegurado cumple la edad de setenta años. A partir de los 70 años se realizará un estudio personalizado de las necesidades del asegurado sin límite de edad.

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA (IPA): El Asegurador asume el pago de la suma asegurada que se contrate y que figure en las condiciones particulares de la póliza en caso de que el Asegurado se encuentre en una situación física o psíquica irreversible provocada por cualquier causa determinante de la total incapacidad del Asegurado para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional. La cobertura de esta garantía cesa al finalizar la anualidad dentro de la cual cada Asegurado cumple la edad de sesenta y cinco años.

GASTOS DE SEPELIO: El Asegurador abonará a los beneficiarios la suma asegurada de seis mil euros para hacer frente a los gastos de sepelio del Asegurado fallecido.

GARANTÍAS OPCIONALES

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE (FCA): En caso de contratación de esta garantía, el Asegurador asumirá el pago de una suma asegurada adicional, igual a la contratada para caso de fallecimiento, en caso de que el Asegurado fallezca a causa de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a su voluntad. La cobertura de esta garantía cesa al finalizar la anualidad dentro de la cual cada Asegurado cumple la edad de sesenta y cinco años.

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN (FCAC): el Asegurador garantiza el pago de una suma asegurada adicional, igual a la contratada para Fallecimiento por Accidente, en caso de que el Asegurado fallezca a causa de un accidente de circulación. La cobertura de esta garantía cesa al finalizar la anualidad dentro de la cual cada Asegurado cumple la edad de sesenta y cinco años.

En, a fecha

FIRMA

(Asegurado)

(Tomador)

En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea ("RGPD"), a continuación le facilitamos una serie de información en relación al tratamiento de los datos personales del solicitante, tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados a Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija durante la relación pre-contractual y/o contractual, incluidos datos de salud.

Información básica sobre protección de datos. RESPONSABLE: Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija ("SVRNE") **FINALIDAD:** Gestión de la relación pre-contractual y/o del contrato de seguro / Realización de acciones comerciales y remisión de comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos comercializados por SVRNE, así como por cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE / Conservar los datos de carácter personal para el caso de que no se formalice la relación contractual, con la finalidad de gestionar futuras solicitudes que pueda realizar. **LEGITIMACIÓN (BASE JURIDICA):** Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro / Interés legítimo, para que la entidad pueda ofrecerle un servicio más completo e incrementar su grado de satisfacción / Interés legítimo, para gestionar y satisfacer a futuro sus eventuales consultas o peticiones. **DESTINATARIOS:** Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro. / Corredores de seguros / Profesionales médicos / Organismos públicos / Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios comerciales, servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos servicios sean precisos para cualquier gestión adicional del contrato que sea necesaria, incluida la gestión de la eventual prestación que corresponda. **TRANSFERENCIAS INTERNACIONALES:** Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos. **CATEGORIAS DE DATOS Y PROCEDENCIA:** Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del pre-contrato y/o contrato de seguro / Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al tomador y/o asegurado, así como a cualquier tercero persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados). **DERECHOS:** Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional. **INFORMACIÓN ADICIONAL:** Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en <https://www.surne.es/webpublica/es/proteccion-de-datos>.

Fecha de efecto

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIAEmisor SURNE MUTUA DE SEGUROS

Identificador de Emisor

Dirección Emisor CARDENAL GARDOQUI, 1Código Postal 48008Localidad BILBAOPaís ESPAÑA

Referencia única de mandato

Deudor:

A continuación, deberá rellenar los siguientes campos con los datos del deudor, es decir, la persona en cuya cuenta se adeudará el recibo.

Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza a **Surne, Mutua de Seguros** a enviar órdenes a su entidad financiera para que se realicen adeudos en su cuenta. Igualmente, autoriza a su entidad financiera para que se adeuden en esta cuenta los importes correspondientes a dichas órdenes de **Surne, Mutua de Seguros**.

Usted tiene derecho a reclamar el reembolso de cualquier cargo por parte de la entidad financiera de acuerdo con los términos y condiciones del contrato suscrito con dicha entidad. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha en que se realizó el adeudo en su cuenta.

DEUDOR

Nombre del deudor (Persona/Empresa)

Dirección

NIF

Código Postal

Localidad

País

Número de cuenta adeudo: IBAN

COD.ES ENTIDAD OFICINA DC N° CUENTA

ES

BIC Entidad deudora

Tipo de pago: Recurrente

Fecha

POR FAVOR, DEVUELVA A SURNE, MUTUA DE SEGUROS ESTE DOCUMENTO ORIGINAL DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADO Y FIRMADO. SI USTED LO DESEA, PUEDE CONSERVAR UNA COPIA.

NOTA: Puede solicitar información adicional sobre sus derechos relacionados con esta notificación en su entidad financiera.

En, a fecha

FIRMA

(El / Los titular/es de la cuenta)

En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea ("RGPD"), a continuación le facilitamos una serie de información en relación al tratamiento de los datos personales del solicitante, tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados a Surne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija durante la relación pre-contractual y/o contractual, incluidos datos de salud.

Información básica sobre protección de datos. RESPONSABLE: Surne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija ("SVRNE") FINALIDAD: Gestión de la relación pre-contractual y/o del contrato de seguro / Realización de acciones comerciales y remisión de comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos comercializados por SVRNE, así como por cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE / Conservar los datos de carácter personal para el caso de que no se formalice la relación contractual, con la finalidad de gestionar futuras solicitudes que pueda realizar. LEGITIMACIÓN (BASE JURÍDICA): Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro / Interés legítimo, para que la entidad pueda ofrecerle un servicio más completo e incrementar su grado de satisfacción / Interés legítimo, para gestionar y satisfacer a futuro sus eventuales consultas o peticiones. DESTINATARIOS: Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro. / Corredores de seguros / Profesionales médicos / Organismos públicos / Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios comerciales, servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos servicios sean precisos para cualquier gestión adicional del contrato que sea necesaria, incluida la gestión de la eventual prestación que corresponda. TRANSFERENCIAS INTERNACIONALES: Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos. CATEGORIAS DE DATOS Y PROCEDENCIA: Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del pre-contrato y/o contrato de seguro / Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al tomador y/o asegurado, así como a cualquier tercero persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados). DERECHOS: Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional. INFORMACIÓN ADICIONAL: Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en <https://www.surne.es/webpublica/es/proteccion-de-datos>.

DOCUMENTACIÓN A DEVOLVER CUMPLIMENTADA Y FIRMADA PARA LA REALIZACIÓN DE LA PROPUESTA DEL SEGURO. ESTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER INFORMATIVO Y NO CONTRACTUAL