

**DATOS PARA LAS PÓLIZAS DE SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTES**  
**IMPORTANTE: antes de rellenar este impreso lea las notas al dorso**

|                   |
|-------------------|
| CENTRO DE TRABAJO |
|-------------------|

**DATOS DEL EMPLEADO**

|                    |              |                     |           |
|--------------------|--------------|---------------------|-----------|
| APELLIDOS Y NOMBRE |              | TELÉFONO            |           |
| DOMICILIO          |              | CODIGO POSTAL       | LOCALIDAD |
| N.I.F..            | ESTADO CIVIL | FECHA DE NACIMIENTO |           |

**DATOS DEL CONYUGE O PAREJA DE HECHO RECONOCIDA LEGALMENTE QUE SE DESIGNA COMO BENEFICIARIO/A**

|                    |         |                     |          |                          |
|--------------------|---------|---------------------|----------|--------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE |         |                     |          |                          |
| SEXO V/M           | N.I.F.. | FECHA DE NACIMIENTO | TELÉFONO | PORCENTAJE INDEMNIZACIÓN |

**DATOS DE LOS HIJOS QUE SE DESIGNAN COMO BENEFICIARIOS/AS**

| APELLIDOS Y NOMBRE | SEXO:<br>V/M | N.I.F.. | FECHA DE NACIMIENTO | PORCENTAJE INDEMNIZACIÓN |
|--------------------|--------------|---------|---------------------|--------------------------|
|                    |              |         |                     |                          |
|                    |              |         |                     |                          |
|                    |              |         |                     |                          |
|                    |              |         |                     |                          |
|                    |              |         |                     |                          |
|                    |              |         |                     |                          |
|                    |              |         |                     |                          |
|                    |              |         |                     |                          |

**OTROS BENEFICIARIOS:** ( A rellenar en el caso de que el empleado opte por designar como beneficiario/s del seguro a persona o personas no incluidas en los apartados anteriores de cónyuge o pareja de hecho o hijos).

| APELLIDOS Y NOMBRE | SEXO<br>V/M | N.I.F.. | FECHA DE NACIMIENTO | TELÉFONO | PORCENTAJE INDEMNIZACIÓN |
|--------------------|-------------|---------|---------------------|----------|--------------------------|
|                    |             |         |                     |          |                          |
|                    |             |         |                     |          |                          |
|                    |             |         |                     |          |                          |
|                    |             |         |                     |          |                          |

|       |       |
|-------|-------|
| FECHA | FIRMA |
|-------|-------|

Este impreso debe ser entregado personalmente o remitido por correo ordinario al Servicio de Prestaciones Sociales, calle Navarrería, nº 39 – 31001 Pamplona, en el caso de personal adscrito a Administración Núcleo y al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, o a la Sección de Nóminas y Seguros Sociales del Departamento de Educación, Cuesta Sto. Domingo, nº 8 - 31001 Pamplona, en el caso de personal adscrito a dicho Departamento.

## NOTAS:

- Este documento tiene el carácter de designación expresa de beneficiarios de los seguros de vida y accidentes contratados por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra a favor de sus empleados.
- Para que esta designación expresa de beneficiarios tenga validez y efectos es imprescindible que figuren además de los datos del asegurado y los beneficiarios, la fecha y la firma del asegurado.
- Esta designación expresa de beneficiarios anula cualquier otra designación anterior efectuada por el asegurado.
- Si no se desea que el cónyuge, pareja de hecho legalmente reconocida o hijos figuren como beneficiarios no deberán aparecer sus datos en este documento. El cónyuge o pareja de hecho designado como beneficiario, mantendrá esta condición con posterioridad a la separación, divorcio o ruptura de la relación con el asegurado, salvo que este último realice una nueva designación expresa de beneficiarios, modificando la anterior.
- Como regla general si el asegurado nombra más de un beneficiario, el capital asegurado se dividirá en partes iguales entre todos los beneficiarios. No obstante, se puede establecer participaciones diferentes para cada beneficiario. Para ello, el asegurado deberá indicar en la casilla “Porcentaje indemnización” la participación en el capital asegurado que desea para cada beneficiario (ejemplo: supuesto de tres beneficiarios en donde se desea que uno participe de la mitad de la indemnización y los otros dos de la otra mitad. Así pues, en la casilla correspondiente al primero se indicará 50% y en la del segundo y tercero 25%). Si lo que se desea es dividir el capital a partes iguales entre los distintos beneficiarios, no es necesario rellenar la casilla referida anteriormente.
- En caso de **fallecimiento** del Asegurado se estará a lo dispuesto en la designación expresa de beneficiarios realizada por él mismo.

A falta de designación expresa de beneficiarios, quedan designados, por orden de prelación preferente y excluyente, los siguientes:

1. Herederos testamentarios.
  2. Cónyuge que no se encuentre legalmente separado del asegurado o pareja de hecho debidamente constituida conforme a la normativa correspondiente aplicable al asegurado, cuya relación con el asegurado se acredite vigente al momento del fallecimiento de aquél.
  3. En su defecto, a sus hijos, a partes iguales.
  4. A falta de ellos, a sus padres, a partes iguales.
  5. A falta de todos ellos, a sus herederos legales, a partes iguales.
- El asegurado podrá modificar los beneficiarios designados tantas veces como estime necesario. Para ello deberá rellenar un nuevo impreso, anulándose automáticamente con ello las designaciones anteriores. Dicho impreso podrá solicitarse en el Servicio de Prestaciones Sociales de la Dirección General de Función Pública, en C/ Navarrería, nº 39 - 31001 Pamplona, o descargarlo de la página de Intranet del Gobierno de Navarra, para los asegurados adscritos al ámbito de Administración Núcleo y del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; o bien en la Sección de Nóminas y Seguros Sociales del Departamento de Educación, Cuesta de Santo Domingo, nº 8 – 31001 Pamplona, o descargarlo de la página web “[www.pnte.cfnavarra.es](http://www.pnte.cfnavarra.es)”, para los asegurados adscritos al ámbito de Educación. Una vez cumplimentado el impreso se entregará personalmente o se remitirá por correo ordinario a las direcciones citadas anteriormente, en función del ámbito de adscripción del asegurado.
  - Caso de que se precise una mayor información sobre estos seguros deberá dirigirse al Servicio de Prestaciones Sociales de la Dirección General de Función Pública, en la dirección anteriormente citada, llamar al teléfono 848 427091 ó 848 427092, correspondiente a dicho Servicio, o consultar en la página de Intranet del Gobierno de Navarra.
  - Protección de Datos:  
A efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos recogidos en este documento se introducirán en un fichero automatizado de datos, correspondiendo la responsabilidad de su correcta utilización a la Dirección General de Función Pública del Gobierno de Navarra, quien garantiza la confidencialidad de los mismos. La prestación de este servicio al asegurado, en donde el Gobierno de Navarra tiene el carácter de tomador de los seguros, lleva consigo la necesidad de comunicar los datos incluidos en este documento a los mediadores de seguros y a las entidades aseguradoras que tengan adjudicado en cada momento el correspondiente contrato de seguro. Por ello, el asegurado consiente por medio de la firma de este documento que se comuniquen sus datos a dichas entidades, con la exclusiva finalidad de gestionar la relación de asegurados existente en cada momento y, en su caso, proceder a la tramitación de los siniestros acaecidos a los asegurados. El titular de los datos queda informado de su facultad de ejercer en cualquier momento el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero, de conformidad con la citada normativa.