

Sede Social Sevilla

Paseo de Cristóbal Colón 26
CP-41001 Sevilla (España)
T +34 954 593 200
F +34 902 366 050
www.helvetia.es

Solicitud-Cuestionario de Seguro Helvetia "Equipos Electrónicos"

Producto: **D21** Efecto: Desde las []:[]:[] horas del []-[]-[] Póliza nº [] [] [] [] [] []
 Alta Reemplazo } a Póliza nº [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Suplemento } Código productor [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Tipo suplemento: _____ Código cobrador [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Duración: Anual prorrogable Vto.: las 00:00 Horas del []-[]-[] Temporal de expiración: Hasta las 24:00 Horas del []-[]-[]
(Cumplimentar sólo si no es año exacto) (Día) (Mes)

• TOMADOR DEL SEGURO:

Identificador: N.I.F. C.I.F. Otros [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] N.º Cliente: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
N.I.F./C.I.F.
Nombre (Persona Física): _____
Nombre Primer Apellido Segundo Apellido
 F. Nacimiento: []-[]-[] Sexo: V M Estado Civil _____ N.º Hijos [] []
 Profesión: _____
Denominación (Persona No Física): _____
 Actividad (C.N.A.E.): _____ [] [] [] N.º Empleados: [] [] [] [] []
 Persona de contacto: _____ Puesto/cargo: _____
 Domicilio: _____ Portal/Km. _____ Piso _____ Puerta _____ Escalera _____
 Población: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Código Postal Nombre Población Provincia: _____
 Tel.: _____ 2º Tel.: _____ Fax: _____ E-mail: _____
 Forma de pago: Anual Semestral Trimestral ¿Domiciliar Primer Recibo? Sí No Domiciliación para: Esta Póliza Todas las Pólizas
 IBAN: []

• ASEGURADO (cumplimentar sólo si es distinto del Tomador):

N.I.F. C.I.F. Otros [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] N.º Cliente: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
N.I.F./C.I.F.
Nombre (Persona Física): _____
Nombre Primer Apellido Segundo Apellido
 F. Nacimiento: []-[]-[] Sexo: V M Estado Civil _____ N.º Hijos [] []
 Profesión: _____
Denominación (Persona No Física): _____
 Actividad (C.N.A.E.): _____ [] [] [] N.º Empleados: [] [] [] [] []
 Persona de contacto: _____ Puesto/cargo: _____
 Domicilio: _____ Portal/Km. _____ Piso _____ Puerta _____ Escalera _____
 Población: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Código Postal Nombre Población Provincia: _____
 Tel.: _____ 2º Tel.: _____ Fax: _____ E-mail: _____

• SITUACIÓN DEL RIESGO:

Situación: _____ Portal/Km. _____
 Población: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Código Postal Nombre Población Provincia: _____

• CARACTERÍSTICAS DEL RIESGO:

Lugar de instalación: _____
Uso del equipo: _____
Actividad de la empresa: _____
Observaciones:

• RIESGOS Y GARANTÍAS:

Equipo a asegurar

Posición	Descripción, marca, modelo	Núm. Serie	Año Fabricac.	Mantenimiento integral o preventivo	Suma Asegurada (*) (En Euros)	Tasa ‰	Franquicia €
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

(*) Equipos de valor superior a 120.000 Euros: Cumplimentar informe de verificación

Garantías Opcionales

Posición	Nº	Garantías Opcionales	Suma asegurada (En Euros)	Período de indemnización	Límite de indemnización (En Euros)	Tasa ‰	Franquicia €/días
_____	1	Valor de nuevo	_____	_____	_____	_____	_____
_____	2	Portadores de datos (*)	_____	_____	_____	_____	_____
_____	3	Gastos por uso de instalación ajena (*)	_____	_____	_____	_____	_____
_____	4	Reparaciones rápidas, flota aéreo	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

(*) Cuestionario adicional

• INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA:

Tipo de Revalorización: Variable Uniforme: _____ % No Revalorizable

¿Existen otros seguros sobre este riesgo? SÍ NO Compañía: _____
(En caso de más de uno, detállense los restantes en hoja anexa) Ramo: _____ Nº Póliza: _____
Fecha Anulación: _____ Motivo: _____

Nº Siniestros en la última anualidad: _____ Causas: _____
Medidas adoptadas: _____

¿Existe Hipoteca sobre este riesgo? SÍ NO Entidad: _____
Nº Referencia Hipoteca: _____

Nombre Beneficiario(s): _____

Número de ejemplares a imprimir: _____

Observaciones: _____

De conformidad con lo regulado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros le informa que los datos de carácter personal facilitados en el presente documento, incluidos los datos de salud si los hubiere, serán incorporados a un fichero de su responsabilidad con la finalidad de gestionar la relación aseguradora.

El titular de los datos consiente expresamente el tratamiento de sus datos con la finalidad de gestionar su baja de los servicios de la compañía así como para la realización de encuestas de satisfacción. Asimismo, consiente que los datos derivados de un siniestro comunicado por el mismo o por cualquier otro tercero interesado y que haga referencia a sus propios datos durante el tiempo de cobertura del seguro, sean tratados con la finalidad de gestionar dicho siniestro y autoriza a que sus datos sean comunicados a los terceros encargados de tramitar dicho siniestro (peritos, talleres, médicos, abogados, etc.).

En los casos de reaseguros y coaseguros, sus datos serán comunicados a la Entidad Reaseguradora o Coaseguradora cuando ello resulte necesario para el desarrollo, mantenimiento y control de la relación jurídica.

Asimismo, se le informa que sus datos podrán ser comunicados a todos aquellos terceros que presten un servicio a Helvetia Seguros que implique necesariamente el acceso a sus datos personales así como a aquellos terceros cuando resulte necesario para el mantenimiento, desarrollo y control de la relación jurídica.

Sus datos podrán ser comunicados a ficheros comunes en los casos legalmente previstos con la finalidad de prevenir el fraude, facilitar el resarcimiento en caso de siniestro, valorar riesgos y/o localizar vehículos robados o en otros supuestos que usted expresamente consienta.

Igualmente, presta su conformidad y consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos con la finalidad de remitirle comunicaciones comerciales, publicitarias y promocionales, ya sea por vía postal o por medios electrónicos, de productos y servicios de Helvetia Seguros, tanto durante la vigencia de la póliza como a su término, así como para realizar tratamientos con el objeto de adecuar nuestras comunicaciones a su perfil particular.

Helvetia Seguros podrá solicitar informes comerciales y de solvencia que completen la información que usted nos ha facilitado.

Por la presente cláusula, Helvetia Seguros le informa que sus datos podrán ser cedidos con la misma finalidad arriba indicada a otras empresas del Grupo pertenecientes al sector seguros ubicadas en países que otorguen un nivel de protección equiparable al de la legislación española.

El titular queda informado que el consentimiento anteriormente otorgado es revocable y podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, dirigiéndose por escrito con copia de un documento de identificación a: Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, Paseo de Cristóbal Colón 26, CP-41001 Sevilla (España).

En caso de incluirse datos de personas físicas distintas del Tomador de la póliza, éste se compromete a informar previamente a tales personas sobre los extremos señalados con anterioridad.

Marque con una "X" si no desea recibir comunicaciones comerciales por correo electrónico u otro medio de comunicación equivalentes (SMS, MMS, etc.)

Deber de información:

A los efectos previstos en el artículo 60 del R.D. Lvo. 6/2004, de 29 de octubre y artículos 104 a 107 del R.D. 2486/1998, de 20 de noviembre, el Solicitante, de forma expresa, RECONOCE haber sido informado conforme a lo dispuesto en los preceptos citados.

En _____ a las []:[] del _____ de _____

El Solicitante Tomador del Seguro