

Solicitud-Cuestionario de Seguro Helvetia "Transporte Buques"

Producto: **T15** Efecto: Desde las ____:____ horas del ____-____-____ Póliza nº _____
 Alta Reemplazo } a Póliza nº _____ Código productor _____
 Suplemento }
 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: _____ Provincia: _____
Código Postal Nombre Población
 Tel.: _____ 2º Tel.: _____ Fax: _____ E-mail: _____
 Forma de pago: Anual Semestral Trimestral ¿Domiciliar Primer Recibo? Sí No Domiciliación para: Esta Póliza Todas las Pólizas
 C.C.C.: _____
Banco Agencia D.C. N.º Cuenta

• **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: _____ Provincia: _____
Código Postal Nombre Población
 Tel.: _____ 2º Tel.: _____ Fax: _____ E-mail: _____

• **BUQUE:**

- Nombre del buque:
 - Nombres anteriores:
 - Puerto de registro/Bandera:
 - Clasificación y cota:
 - Tipo de buque/Material de construcción:
 - Año de construcción y/o reconstrucción/País de construcción/Astillero:
 - Eslora: - Manga: - Puntal:
 - T.R.B.: - Motor/Potencia: - Matrícula:

• **ARMADOR:**

- Nombre:
 - Dirección:

SUMAS ASEGURADAS

	TASA	PRIMA NETA	FRANQUICIA
- Casco / Máquina:.....			
- Aparatos / Equipos:.....			
- Aparejos / Pertrechos:.....			
- Equipajes:.....			
- Botes y/o Panga:.....			
- Otros (indicar):.....			

COBERTURAS:

- Tipo de cobertura requerida:.....

- Cláusulas especiales:.....

ASPECTOS CREDITICIOS:

- Fecha de adquisición del buque:.....

- Valor de adquisición:.....

- ¿Existe algún acreedor hipotecario sobre el buque?.....

- Importe inicial del crédito:.....

- Importe anual de amortización e intereses:.....

- Fecha de concesión:.....

- Importe pendiente de amortización:.....

- Fecha prevista de cancelación:.....

- ¿Se han incumplido en alguna ocasión los plazos de pago del crédito?.....

- Indique la existencia de cualquier otro crédito o gravamen sobre el buque:.....

CUENTA DE EXPLOTACIÓN DEL BUQUE:

- Resumen de la última cuenta de explotación del buque:.....

OPERACIÓN DEL BUQUE:

- Radio de navegación y zonas de pesca:.....

- Licencias de pesca (indicar detalles de las que posee el buque):.....

- Captura media por marea (indicar peso y valor comercial aproximado):.....

- Duración media de las mareas:.....

- Puertos usuales de descarga/transbordo:.....

- ¿Está el buque sujeto a cualquier tipo de expediente administrativo de solicitud de ayudas o subvenciones económicas por paralización o cese de la actividad pesquera, o ha solicitado el armador alguna ayuda o subvención económica del mismo tipo?.....

- ¿Ha tenido contratado el buque, algún seguro anteriormente? ¿En qué Entidad Aseguradora? ¿Por qué fue rescindido y por qué motivos?.....

- Indicar la existencia de cualquier seguro adicional sobre el buque para el que se solicita cobertura. (En caso de no existir ninguno, indicar claramente).....

- Reparaciones con cargo a los aseguradores y/u obras de mantenimiento en los últimos 24 meses y astilleros donde se llevaron a cabo, (indicar detalles e importes).....

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA:

Criterio de Valoración A Valor Real A Valor de Nuevo A primer riesgo

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 Sinistros en la última anualidad: _____ Causas: _____

Medidas adoptadas: _____

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

Nº Referencia Hipoteca: _____

Nombre Beneficiario(s): _____

PRIMAS:

Prima Neta Total	_____ €	Rec. Frac. y Rec. Legales	_____ €
Descuento / Recargo	_____ €	Impto. P.S.	_____ €
Consorcio	_____ €	Prima total	_____ €

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 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 y deberá 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