

**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 "Accidentes Colectivo"**

Producto: **C30** 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:** \_\_\_\_\_  
Nombre Primer Apellido Segundo Apellido  
 F. Nacimiento: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Sexo:  V  M Estado Civil \_\_\_\_\_ N.º Hijos \_\_\_\_  
 Profesión: \_\_\_\_\_  
 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  
 IBAN: \_\_\_\_\_

**• PERSONA A ASEGURAR:**

N.I.F.  C.I.F.  Otros \_\_\_\_\_ N.º Cliente: \_\_\_\_\_  
N.I.F./C.I.F.  
**Nombre:** \_\_\_\_\_  
Nombre Primer Apellido Segundo Apellido  
 F. Nacimiento: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Sexo:  V  M Estado Civil \_\_\_\_\_ N.º Hijos \_\_\_\_  
 Profesión: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Portal/Km. \_\_\_\_ Piso \_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_ Escalera \_\_\_\_  
 Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Código Postal Nombre Población  
 Tel.: \_\_\_\_\_ 2º Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**• DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:**

El cónyuge sobreviviente no separado legalmente mediante senencia firme, en su defecto, los hijos del fallecido por partes iguales, y en defecto de éstos, los herederos legales también por partes iguales.  
 El cónyuge e hijos de este matrimonio por partes iguales.  
 Designación expresa: \_\_\_\_\_

**• GRUPO ASEGURADO:**

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Número de integrantes:	.....	.....	.....	.....
Denominación (si existe):	.....	.....	.....	.....
Actividad del grupo:	.....	.....	.....	.....
Tipo de póliza:	<input type="checkbox"/> Póliza nominada (Detallar cada uno de los integrantes en hoja anexa: N.I.F.; Nombre-Apellidos; F. nacimiento, cuenta bancaria, etc.) <input type="checkbox"/> Póliza innominada:			

**• TIPO DE SEGURO:**

1. **Colectivo** (Distinto de 2, 3 y 4) Modalidad de Cobertura:  24 horas  Profesional  Extraprofesional  
 Actividad del Colectivo: \_\_\_\_\_ Código Actividad: \_\_\_\_\_  
 ¿Existe una relación laboral entre el Tomador del Seguro y los Asegurados?  SI  NO  
 2. **Convenio:** \_\_\_\_\_ Código Convenio: \_\_\_\_\_  
 Ámbito territorial:  Interprovincial/Nacional  Autonómico  Provincial  De Empresa  
 Actividad de la Empresa: \_\_\_\_\_ Código Actividad: \_\_\_\_\_  
 3. **Escolar:**  Educación Infantil  Educación Primaria  Educación Secundaria Obligatoria  Bachillerato  
 Formación Profesional  Otro  Sin prótesis dental  Con prótesis dental  
 4. **Ocupantes embarcaciones de recreo**  
 ¿Desea incluir la práctica de Esquí Acuático en su Póliza?  NO  SÍ N.º de cables de esquí: \_\_\_\_\_

• **GARANTÍAS Y CAPITALES ASEGURADOS (por Asegurado) Y PRIMAS (por Asegurado y Subgrupo):**

Subgrupo A Garantías	Capital Asegurado (En Euros)	Tasa	Prima de Tarifa
<input type="checkbox"/> Fallecimiento por Accidente .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Fallecimiento por Enfermedad o no accidental .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Fallecimiento por Enfermedad Profesional .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Invalidez Parcial según Baremo por accidente .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Absoluta por accidente .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Absoluta por enfermedad profesional ..	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total por accidente .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total por enfermedad profesional .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Gran Invalidez por Accidente .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Gran Invalidez por enfermedad profesional .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Incapacidad temporal por Accidente .....	<input type="text"/>	Euros/día Euros	..... €
Franquicia: <input type="checkbox"/> 7 días <input type="checkbox"/> 15 días <input type="checkbox"/> 30 días			
<input type="checkbox"/> Asistencia Sanitaria... <input type="checkbox"/> Ilimitada (1)	<input type="text"/>	}	..... €
<input type="checkbox"/> Limitada hasta .....			
<input type="checkbox"/> Hospitalización por accidente .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
.....	<input type="text"/>	..... %	..... €
.....	<input type="text"/>	..... %	..... €
C.C.C.: <input type="text"/>		Prima por Asegurado: .....	..... €
Banco Agencia D.C. N° Cuenta		x número Asegurados Grupo: .....	..... €
		Bonificaciones y/o Recargos: .....	..... €
		Descuento por número total de Asegurados de la Póliza: .....	..... €
		Prima Grupo: .....	..... €

(\*) Ver límites de Contratación. (1) Ilimitada en Centros concertados por HELVETIA CVM Seguros y Limitada para Centros de libre elección hasta los límites establecidos en Tarifa.

Subgrupo B Garantías	Capital Asegurado (En Euros)	Tasa	Prima de Tarifa
<input type="checkbox"/> Fallecimiento por Accidente .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Fallecimiento por Enfermedad o no accidental .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Fallecimiento por Enfermedad Profesional .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Invalidez Parcial según Baremo por accidente .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Absoluta por accidente .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Absoluta por enfermedad profesional ..	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total por accidente .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total por enfermedad profesional .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Gran Invalidez por Accidente .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Gran Invalidez por enfermedad profesional .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
<input type="checkbox"/> Incapacidad temporal por Accidente .....	<input type="text"/>	Euros/día Euros	..... €
Franquicia: <input type="checkbox"/> 7 días <input type="checkbox"/> 15 días <input type="checkbox"/> 30 días			
<input type="checkbox"/> Asistencia Sanitaria... <input type="checkbox"/> Ilimitada (1)	<input type="text"/>	}	..... €
<input type="checkbox"/> Limitada hasta .....			
<input type="checkbox"/> Hospitalización por accidente .....	<input type="text"/>	..... %	..... €
.....	<input type="text"/>	..... %	..... €
.....	<input type="text"/>	..... %	..... €
C.C.C.: <input type="text"/>		Prima por Asegurado: .....	..... €
Banco Agencia D.C. N° Cuenta		x número Asegurados Grupo: .....	..... €
		Bonificaciones y/o Recargos: .....	..... €
		Descuento por número total de Asegurados de la Póliza: .....	..... €
		Prima Grupo: .....	..... €

(\*) Ver límites de Contratación. (1) Ilimitada en Centros concertados por HELVETIA Seguros y Limitada para Centros de libre elección hasta los límites establecidos en Tarifa.

• **DECLARACIONES DEL TOMADOR:**

- ¿Existen en el Colectivo personas que posean alguna incapacidad, discapacidad o defecto físico?  SÍ  NO  
 (En caso afirmativo relacionense en la última página, identificando la persona, el tipo de incapacidad, discapacidad o defecto físico, el origen de este hecho y la fecha de su ocurrencia)

- ¿Existen en el Colectivo personas que utilicen motocicletas o ciclomotores?  SÍ  NO  
 (En caso afirmativo identificar la/s persona/s en el apartado observaciones)

- Si el Seguro es de Convenio o existe una relación laboral entre el Tomador del Seguro y los Asegurados:  
 ¿La empresa ha sido sancionada por la autoridad laboral por infracción grave o muy grave, en materia de seguridad e higiene y salud laborales en los últimos cinco años?  SÍ  NO

¿Existen en el Colectivo personas en situación de Incapacidad Temporal derivada de Accidente o enfermedad profesional?  SÍ  NO  
 (En caso afirmativo relacionense en la última página, identificando la persona, su fecha de nacimiento y la causa e inicio de la incapacidad temporal)

• **PRIMAS:**

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

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

El titular 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 por lo que dichos datos podrán ser cedidos o comunicados a los terceros encargados de tramitar dicho siniestro (peritos, talleres, médicos, abogados, etc.). En este sentido, también podrán ser comunicados a todos aquellos terceros que presten un servicio a Helvetia Seguros que implique necesariamente el acceso a sus datos personales cuando resulte necesario para el mantenimiento, desarrollo y control de la relación jurídica.

Igualmente sus datos podrán ser comunicados a las Entidades Coaseguradoras y Reaseguradoras en los casos de coaseguros y reaseguros cuando ello resulte necesario para el desarrollo, mantenimiento y control de la relación jurídica.

Sus datos podrían 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. También queda informado y acepta expresamente el titular de la cesión de los datos (incluidos los de salud si los hubiere) a otros ficheros comunes que pudieran existir para la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial, con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, cuyos responsables son TIREA, SERSANET y ASITUR.

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

Le informamos de la posibilidad de hacer uso, para tu tratamiento o cesión a terceros, de los datos de carácter personal de los que resulta titular con la finalidad de realizar encuestas de satisfacción, 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 o pólizas que pudiera tener concertadas con Helvetia Seguros como a su término, así como con el objeto de adecuar nuestras comunicaciones a su perfil particular.

La cesión de datos podrá realizarse, con la misma finalidad antes expuesta, a otras empresas del Grupo pertenecientes al sector seguros ubicadas en países que otorguen un nivel de protección equiparable al de la legislación española.

A tal fin se solicita su conformidad y consentimiento a tal tratamiento pudiendo mostrar su negativa en el plazo de treinta días, advirtiéndole que en caso de no pronunciarse se entenderá que consiente el tratamiento de sus datos de carácter personal en el sentido indicado en el párrafo precedente.

En el supuesto de no querer prestar su consentimiento, puede proceder marcando con una X en el/los recuadro/s inferior/es y entregarlo en cualquiera de nuestras Sucursales.

El titular queda informado que el consentimiento anteriormente otorgado es revocable en cualquier momento para lo que puede dirigirse a cualquiera de nuestras Sucursales.

No autorizo el tratamiento de mis datos de carácter personal para la realización de encuestas, envíos de comunicaciones comerciales, publicitarias y promocionales.

No deseo recibir comunicaciones comerciales por correo electrónico u otro medio de comunicación equivalentes (SMS, MMS, etc.) .

Podrá ejercer, también, sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación dirigiéndose a cualquiera de nuestras Sucursales.

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.

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 y haber recibido un ejemplar con la nota informativa prevista en dichos artículos.

Número de ejemplares a imprimir: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a las [ ]:[ ] del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

