

SOLICITUD DE SEGURO



SEGURO DE ACCIDENTES CONVENIOS

PARA EMPRESAS CON VARIOS CENTROS DE TRABAJO, CUMPLIMENTAR UNA SOLICITUD PARA CADA UNO

Datos del Mediador

Código de sucursal _____ Código de Mediador _____ Código de Colaborador _____

Datos Tomador / Centro de Trabajo

NIF/CIF _____ APELLIDOS /RAZÓN SOCIAL _____

NOMBRE _____ Domicilio Postal _____

Población _____ Provincia _____ Cód. Postal _____

Teléfono _____ Teléfono-2: _____ Fax _____ E-Mail: _____

Domicilio de cobro

Cód. Banco _____ Cód. Oficina _____ D.C. _____ Núm. Cuenta _____

Nombre Banco/Caja _____

Domicilio _____ Población _____ Provincia _____

Domicilio de cobro (no bancario)

Fechas de efecto, duración y forma de pago

Fecha de efecto _____ Fecha de vencimiento _____ Póliza reemplazada _____

Duración: Anual Temporal

Forma de Pago: Anual Semestral Trimestral Mensual Única

En caso de Suplemento o póliza de grupo, indicar N° póliza: _____ Aplicación _____

Actividad del Colectivo a asegurar

LITERAL DEL CONVENIO: _____

ÁMBITO TERRITORIAL: Nacional Autónomo Provincial Privado
En caso de Convenio privado, debe acompañarse el mismo

DETALLE DE LA ACTIVIDAD DE LA EMPRESA/CENTRO DE TRABAJO: _____

CÓDIGO DE CUENTA COTIZACIÓN: _____

INDICAR EL NÚMERO DE TRABAJADORES DE LA EMPRESA QUE SE DEDICAN A CADA TIPO DE ACTIVIDAD
Trabajos de Oficina _____ Comerciales: _____ Resto de operarios _____
Número Total de asegurados _____

Coberturas y Sumas Aseguradas

LAS ESTABLECIDAS POR EL CONVENIO COLECTIVO ANTERIORMENTE INDICADO.

Cuestionario de Salud

1) Trabajadores con más de un mes en situación de I.L.T. a fecha actual :

Nombre del empleado	Fecha de Baja	Motivo de Baja
---------------------	---------------	----------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2) Trabajadores actualmente en situación de Invalidez Provisional :

Nombre del empleado	Fecha de Baja	Motivo de Baja
---------------------	---------------	----------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Observaciones y, en su caso, aclaraciones sobre el Colectivo

El Tomador del Seguro y/o Asegurado responden de la veracidad de las declaraciones realizadas en esta Solicitud, las cuales sirven de base para determinar el riesgo y manifiestan conocer que cualquier inexactitud u omisión de las mismas pueden ser causa de nulidad de la póliza.

El Tomador del Seguro otorga conformidad a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal, su consentimiento expreso para que puedan ser tratados automatizadamente y puedan ser cedidos a otras Entidades aseguradoras con el objeto de facilitar la tramitación de siniestros, y a Instituciones colaboradoras con el Sector Asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de Coaseguro y Reaseguro.

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., no contrae obligación alguna como consecuencia de la presente Solicitud y se reserva el derecho de aceptación de la misma a los efectos de contratación de la póliza.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL TOMADOR

EL ASEGURADO

EL MEDIADOR