

# 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