

Se ruega leer estas notas orientadoras antes de rellenar el Cuestionario.

1. El Cuestionario deberá ser rellenado, firmado y fechado por una persona que esté legalmente capacitada y autorizada para suscribir la solicitud de **Seguro de Asistencia en Viaje de Trabajo** de la empresa que actúa como solicitante.
2. Es deber del solicitante aportar toda la información que en el Cuestionario se indica así como dar a conocer cualquier hecho relevante.
3. Un hecho relevante es aquel hecho y/o circunstancia conocido que pueda influir en la valoración del riesgo por parte del Asegurador. Si le queda duda de qué constituye un hecho relevante que deba ser comunicado al Asegurador, por favor no dude en consultar a su Corredor de Seguros o al Asegurador.
4. Este Cuestionario no obliga a la formalización del seguro pero formará parte de cualquier Contrato de Seguro que pueda emitirse como consecuencia.

A) DATOS GENERALES DE LA EMPRESA:

1. **Tomador del Seguro:**
2. **C.I.F.:**
3. **Dirección:**.....
4. **Actividad del Tomador:**
5. **Actividad de los Asegurados:**
6. **Total de Trabajadores de la empresa:**
7. **Número de trabajadores que viajan:**
8. **Efecto del seguro:**

B) CARACTERÍSTICAS DE LOS VIAJES:

1. **Número de viajes/año para el total del colectivo:**
2. **Destinos habituales:**
3. **Posibles destinos de alto riesgo:**
4. **Duración media de cada viaje:**
5. **Duración máxima de cada viaje:**

C) CAPITAL A ASEGURAR PARA LAS COBERTURAS DE FALLECIMIENTO E INVALIDEZ PERMANENTE (OPCIONAL):

€10.000 €20.000 €50.000 OTROS:.....

D) SINIESTRALIDAD HISTÓRICA (ÚLTIMOS 3 AÑOS):

.....
.....

E) OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

F) DECLARACIÓN

Declaro/Declaramos que (a) este formulario ha sido completado tras una apropiada investigación; (b) sus contenidos son verdaderos y exactos y (c) todos los hechos y asuntos que puedan ser relevantes para la consideración de nuestra propuesta de seguro han sido comunicados. Asimismo, acuerdo/acordamos que este formulario y toda la información proporcionada será incorporada al contrato de seguro y formarán parte del mismo.

Firma: _____ Nombre: _____
Cargo: _____ Fecha: _____

Información sobre Protección de Datos Clientes.

RESPONSABLE: MARKEL INSURANCE SE (W-2764898-I), Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, planta 35, 28020 de Madrid, markel@delegado-datos.com. **FINALIDADES:** Evaluar el riesgo de la cobertura colectiva solicitada, tramitar el desarrollo, cumplimiento y control de las coberturas individuales incluidas en el seguro colectivo contratado, tramitar los posibles siniestros e informarle de nuestros productos y servicios vía electrónica y postal. **LEGITIMACIÓN:** Ejecución del contrato de seguro e interés legítimo en informar a nuestros clientes de nuestros productos y servicios. **CESIONES:** En los casos legalmente establecidos y, durante la tramitación de los siniestros, a corredores y agentes de seguros, compañías aseguradoras y todas las entidades, organismos o personas legitimadas y necesarias para la resolución y tramitación de siniestros. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia de la relación póliza y, finalizada ésta, durante los plazos exigidos legalmente para atender responsabilidades. Datos comerciales: cuando el usuario solicite su baja. **DERECHOS:** NO DESEO RECIBIR INFORMACIONES COMERCIALES. Tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos dirigiéndose a los datos de contacto del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos (www.agpd.es). No se entregará documentación del cliente a terceros no autorizados.

DATOS DE LOS ASEGURADOS INDIVIDUALES: Teniendo en cuenta que la contratación de una póliza colectiva implica procesar datos de asegurados individuales, así como cualquier otra información personal que nos facilite respecto a su cobertura de seguros. Para que estemos autorizados a utilizar información de asegurados individuales de acuerdo con la legislación aplicable en materia de protección de datos, necesitamos que facilite a tales asegurados individuales determinada información acerca de cómo utilizaremos sus datos en relación con su cobertura de seguro.

Como tomador de la póliza, deberá facilitar a cada asegurado individual este aviso de privacidad, en la fecha que se convierta en asegurado individual dentro de su póliza de seguro o con anterioridad o, en el caso que sea más temprana, en la fecha en que usted nos haya facilitado por primera vez información sobre el asegurado individual.

Nos comprometemos a utilizar solamente la información personal que necesitamos para otorgarle la cobertura de seguros. Con el fin de ayudarnos a conseguirlo, usted sólo debería facilitarnos la información sobre los asegurados individuales que nosotros le solicitemos de forma periódica.

Firmado: