

IMPORTANTE

Si deseas contratar un seguro para afiliados a SITCPLA, no olvides pedir tu certificado de afiliación a info@sitcpla.es y adjuntarlo al resto de la documentación.

Solicitud-Cuestionario de Seguro "Helvetia Vida Segura"

Efecto: Desde las <input type="text"/> : <input type="text"/> horas del <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Póliza nº <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Reemplazo <input type="checkbox"/> Suplemento } a Póliza nº <input type="text"/>	Código productor <input type="text"/>
Tipo suplemento: <input type="text"/>	Código cobrador <input type="text"/>

• TOMADOR DEL SEGURO:

Identificador: <input type="checkbox"/> N.I.F. <input type="checkbox"/> C.I.F. <input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>	Nº Cliente: <input type="text"/>
N.I.F./C.I.F.	
Nombre: <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/> Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/>
Razón Social Empresa: <input type="text"/>	
F. Nacimiento: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M Estado Civil <input type="text"/> N.º Hijos <input type="text"/>
Profesión: <input type="text"/>	Actividad Económica (según CNAE) <input type="text"/>
Domicilio: <input type="text"/>	Portal/Km. <input type="text"/> Piso <input type="text"/> Puerta <input type="text"/> Escalera <input type="text"/>
Población: <input type="text"/>	Provincia: <input type="text"/>
Código Postal <input type="text"/> Nombre Población <input type="text"/>	
Tel.: <input type="text"/> 2º Tel.: <input type="text"/> Fax: <input type="text"/> E-mail: <input type="text"/>	
Forma de pago: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	¿Domiciliar Primer Recibo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
IBAN: <input type="text"/>	
El tomador declara que es titular de la cuenta bancaria cuyo IBAN se ha indicado	
Domiciliación para: <input type="checkbox"/> Esta Póliza <input type="checkbox"/> Todas las Pólizas	
Residencia fiscal	
Domicilio: <input type="text"/>	Portal/Km. <input type="text"/> Piso <input type="text"/> Puerta <input type="text"/> Escalera <input type="text"/>
Población: <input type="text"/>	Provincia: <input type="text"/>
Código Postal <input type="text"/> Nombre Población <input type="text"/>	
Lugar de nacimiento <input type="text"/>	

• PERSONA A ASEGURAR: (Cumplimentar solo si es distinto del tomador)

<input type="checkbox"/> N.I.F. <input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>	Nº Cliente: <input type="text"/>
N.I.F.	
Nombre: <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/> Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/>
F. Nacimiento: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M Estado Civil <input type="text"/> N.º Hijos <input type="text"/>
Profesión: <input type="text"/>	
Domicilio: <input type="text"/>	Portal/Km. <input type="text"/> Piso <input type="text"/> Puerta <input type="text"/> Escalera <input type="text"/>
Población: <input type="text"/>	Provincia: <input type="text"/>
Código Postal <input type="text"/> Nombre Población <input type="text"/>	
Tel.: <input type="text"/> 2º Tel.: <input type="text"/> Fax: <input type="text"/> E-mail: <input type="text"/>	

• DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:

En caso de fallecimiento:	*Hipotecario: Cód.Banco <input type="text"/>	Cód.Sucursal <input type="text"/>	Nº Referencia <input type="text"/>
En caso de fallecimiento del asegurado el primer beneficiario será el banco por la cantidad pendiente de amortizar en la fecha del fallecimiento y el resto si lo hubiera, según la siguiente designación:			
SELECCIONE:			
<input type="checkbox"/> Cláusula genérica	<input type="checkbox"/> Cónyuge e hijos del matrimonio	<input type="checkbox"/> Los hijos del Asegurado	<input type="checkbox"/> Cónyuge, en su defecto hijos
<input type="checkbox"/> Herederos legales	<input type="checkbox"/> Cónyuge e hijos	<input type="checkbox"/> Padres del Asegurado	
DESIGNACIÓN EXPRESA:			
NIF/CIF/NO RES./T.RES <input type="text"/>	NOMBRE Y APELLIDOS <input type="text"/>		% <input type="text"/>
NIF/CIF/NO RES./T.RES <input type="text"/>	NOMBRE Y APELLIDOS <input type="text"/>		% <input type="text"/>
OTROS: Designación expresa <input type="text"/>			
En caso de supervivencia:	<input type="checkbox"/> El propio Asegurado	<input type="checkbox"/> El Tomador del Seguro	

• **GARANTÍAS CONTRATADAS Y PRIMAS ANUALES**

			Prima anual
GARANTÍAS BÁSICAS OBLIGATORIAS:			
FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA			
<input type="checkbox"/>	Capital de fallecimiento .....	..... euros	.....
<input type="checkbox"/>	Renta mensual viudedad .....Importe	euros años .....	.....
<input type="checkbox"/>	Renta mensual orfandad.....Importe	euros años .....	.....
HELVETIA BIENESTAR			
GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS			
<input type="checkbox"/>	Invalidez absoluta y permanente.....	..... euros	.....
<input type="checkbox"/>	Renta por invalidez.....Importe	euros años .....	.....
<input type="checkbox"/>	Fallecimiento por accidente (capital adicional).....	..... euros	.....
<input type="checkbox"/>	Fallecimiento por accidente de tráfico (capital adicional).....	..... euros	.....
<input type="checkbox"/>	Invalidez absoluta y permanente por accidente (capital adicional).....	..... euros	.....
<input type="checkbox"/>	Invalidez absoluta y permanente por accidente de tráfico (capital adicional).....	..... euros	.....
<input type="checkbox"/>	Invalidez profesional total y permanente .....	..... euros	.....
<input type="checkbox"/>	Enfermedades graves.....	..... euros	.....
<input type="checkbox"/>	Incapacidad temporal	Renta diaria desde..... euros Franquicia 3 días	.....
<input type="checkbox"/> Desea incluir el uso de motocicletas de más de 250 c.c.			

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

1 Información

Responsable: HELVETIA COMPAÑÍA SUIZA SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS, Paseo de Cristóbal Colón, 26 - 41001 Sevilla. Delegado Protección de Datos (DPD). Email:delegadoprotecciondatos@helvetia.es

Finalidad: La finalidad en el tratamiento de tus datos es:

- La gestión de nuestra relación contractual.
- Tratamientos con fines comerciales.
- Tratamientos para prevención del fraude y tarificación del riesgo.
- Tratamiento de enriquecimiento de datos para mantener actualizada la información relativa a tus pólizas.
- Blanqueo de capitales.
- Estudios de mercado, encuestas de satisfacción y/o calidad.
- Datos especialmente protegidos relativos a tu salud para el desarrollo de la actividad aseguradora (si procede por la naturaleza de la póliza contratada).

Legitimación

- Interés legítimo de Helvetia: Ciertas actividades relacionadas con los tratamientos publicitarios; tratamientos para la prevención del fraude, tratamientos para la tarificación de seguros, realización de encuestas, estudios de mercado, ofrecimiento de nuestros productos.
- Habilitación Legal: Ley 20/2015, de 14 de Julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro. Ley 10/2010 de Prevención del Blanqueo de Capitales y de la Financiación del Terrorismo y su Reglamento de desarrollo; Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de medidas para la reforma del sistema financiero. Estas disposiciones tienen relación, entre otras cuestiones con: Gestión de pólizas, tratamientos de datos actuariales y provisiones, servicios de quejas y reclamaciones, gestión del cobro de primas, etc.
- Consentimiento de los interesados: para ciertos tratamientos relacionados con el envío de comunicaciones comerciales y con tratamientos publicitarios.
- Necesidad de mantener nuestra relación comercial o precontractual: gestión de nuestros procesos de contratación, gestión de pólizas, encuestas de calidad y satisfacción, realización de estudios de mercado.

Destinatarios

- Ficheros comunes del sector asegurador constituidos o que pudieran constituirse a través de UNESPA, TIREA, y las sociedades y agrupaciones que pudieren sustituirles en el cumplimiento de sus fines.
- Ficheros de solvencia patrimonial y crédito consulta de datos y comunicación en relación con incumplimiento de obligaciones dinerarias para prevención del fraude y gestiones internas del riesgo.
- Entidades que pueden recibir tus datos para la gestión de los productos contratados: TIREA, HNA SC, ASITUR, CENTRO ZARAGOZA, ACTUALIZE. ACTICIMEX, SERVIALL, ARAG, DAS, Centros Sanitarios públicos o privados y médicos de sus cuadros médicos, talleres, peritos y demás personas que puedan o deban intervenir en la gestión de un siniestro o prestación de un servicio. Así como Bancos, entidades financieras, para gestionar nuestra relación contractual, llevar a cabo el pago de la prima, así como para el pago de posibles indemnizaciones, liquidaciones y/o extornos de prima etc.
- Autoridades públicas, Organismos públicos, Cuerpos y fuerzas de estado, tales como; Jueces y Tribunales, Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, SEPBLAC u otros órganos de la Administración competentes por motivos de control, registro e inspección, Agencia Tributaria, para el cumplimiento de las obligaciones fiscales.
- Auditores financieros para el cumplimiento de las obligaciones financieras; Otras entidades que como consecuencia de la prestación de un servicio a Helvetia puedan acceder a tus datos de carácter personal.

Trasferencias Internacionales: A nuestra matriz [Helvetia Group –Helvetia Holding AG–] o cualquier otra entidad perteneciente al grupo, en Suiza, que es un país de protección equiparable en materia de protección de datos.

Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, y demás derechos previstos, tal y como se detalla en la información adicional.

Información adicional: Puedes consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <https://www.helvetia.es/proteccion-datos>

2 Consentimientos

Deseo recibir envíos de comunicaciones comerciales, publicitarias y promocionales, incluso por correo electrónico u otro medio de comunicación equivalentes (SMS, MMS, etc.), hasta que revoque mi consentimiento.

- Sí
 NO

Acepto que Helvetia Seguros realice perfiles para enviarme comunicaciones comerciales y que incluso complete mi perfil mediante la utilización de fuentes externas a ella con la finalidad de realizarme ofrecimientos comerciales de sus productos.

- Sí
 NO

Acepto que Helvetia Seguros contacte conmigo una vez haya expirado la validez del proyecto o resuelto el contrato de seguro para ofrecerme nuevas condiciones u otros productos que comercializa la entidad, hasta que revoque mi consentimiento

- Sí
 NO

Número de ejemplares a imprimir: _____

El Solicitante, de forma expresa, RECONOCE haber sido informado mediante entrega de un ejemplar con del seguro.

Observaciones: _____

En _____ a las []:[] del _____ de _____

El Solicitante Tomador del Seguro

Cuestionario de salud importes garantizados inferiores a 100.000,00 €

Número de cuestionario:

Por favor responda a las siguientes preguntas sobre su salud

1. En los últimos 10 años, ¿ha sido ingresado en algún hospital o centro sanitario o de rehabilitación o le han operado?
 SÍ NO
2. En los últimos 5 años ¿le han recomendado realizar o tiene programado algún estudio o investigación médica, derivación a un médico especialista, hospitalización, rehabilitación o cirugía?
 SÍ NO
3. ¿Está actualmente, o lo ha estado en los 5 últimos años, bajo revisión o control por un médico oncólogo, cardiólogo, neurólogo, psiquiatra, psicólogo para algún estudio o tratamiento?
 SÍ NO
4. ¿Toma actualmente, o ha tomado en los últimos 3 años, alguna medicación de manera regular, o continuamente por más de 3 semanas?
 SÍ NO
5. ¿Sufre de alguna enfermedad, de algún grado de invalidez o discapacidad (mental o física), lesión corporal o recibe alguna prestación por motivos médicos?
 SÍ NO
6. ¿Ha estado en los últimos 5 años de baja laboral por motivos de salud durante más de 10 días consecutivos o ha recibido tratamiento debido a accidente, depresión o por consumo de alcohol o drogas?
 SÍ NO

Cuestionario de Salud importes garantizados superiores a 100.000,00 €

Número de cuestionario:

1. ¿Durante los últimos 28 días ha viajado a países de alto riesgo por el coronavirus (por ejemplo, China, EE.UU, Rusia, Korea, Japón, Brasil, Italia, España, Francia, Irán, etc.) o planea un viaje a esos países en los próximos 3 meses?
 SÍ NO
2. ¿Durante los últimos 3 meses se contagió con el coronavirus o está en cuarentena médica debido a sospecha de contagio (esto excluye las órdenes de confinamiento emanadas de las autoridades a la población para permanecer en casa)
 SÍ NO
3. Durante los últimos 14 días, ¿ha tenido fiebre acompañada de alguno de los siguientes síntomas: tos, dificultades para respirar, fatiga, debilidad, producción / expectoración de esputo (flema), dolor de garganta, falta de apetito, dolor muscular, disgeusia (distorsión del sentido del gusto) o anosmia (pérdida del sentido del olfato)?
 SÍ NO
4. ¿Está en contacto con personas infectadas con el Coronavirus?
 SÍ NO

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o trastornos?:

5. ¿Cáncer o cualquier anomalía sospechosa de cáncer como nódulo, quiste tumor o lesión?
 SÍ NO
6. ¿Ataque al corazón (Infarto de miocardio), insuficiencia cardiaca, arritmia, angina de pecho u otra enfermedad del corazón?
 SÍ NO
7. ¿Hipertensión o diabetes?. Por favor, también responda afirmativamente si usa o ha usado medicamentos para controlar su presión arterial o su azúcar en la sangre.
 SÍ NO
8. ¿Enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), apnea del sueño, bronquitis crónica, asma u otra enfermedad respiratoria?
 SÍ NO
9. ¿Enfermedad de la tiroides, problemas de colesterol o triglicéridos u otra enfermedad endocrina?
 SÍ NO
10. ¿Enfermedades del aparato digestivo que afectan al esófago, estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar o páncreas?
 SÍ NO
11. ¿Enfermedades renales, enfermedades del sistema reproductor (problemas de testículos o próstata) o enfermedades del tracto urinario?
 SÍ NO
12. ¿Enfermedades reumáticas como artritis, fiebre reumática, lupus o esclerodermia?
 SÍ NO

13. ¿Enfermedades de la sangre como leucemia, anemia, trastornos de coagulación, trombosis venosa profunda, embolismo u otros trastornos de la sangre o de los vasos sanguíneos?
 SÍ NO
14. ¿Accidente cerebrovascular, aneurisma cerebral, epilepsia, parálisis, esclerosis múltiple, enfermedad de la motoneurona u otro desorden neurológico?
 SÍ NO
15. ¿Depresión, psicosis, esquizofrenia, alcoholismo u otros problemas psiquiátricos?
 SÍ NO
16. ¿Ceguera, impedimentos visuales (como miopía superior a 8 grados o astigmatismo superior a 5 grados), queratocono, problemas de retina (como desprendimiento de retina o retinopatía), u otros problemas de la visión?
 SÍ NO
17. ¿Sordera o problemas de la audición u otros problemas de los oídos?
 SÍ NO
18. ¿Problemas en los discos de la columna (como hernia discal) o en la espalda / trastornos del cuello (como dolor, pinzamiento de nervios, deformidades, otros problemas de espalda y cuello), trastornos musculares o discapacidad física de las extremidades?
 SÍ NO

Información adicional sobre su salud:

19. ¿Le han realizado pruebas cardiológicas, pruebas de imagen o radiológicas, endoscopia o pruebas para detección del VIH/HIV que hayan mostrado resultados alterados?
 SÍ NO

Por favor, proporcione información sobre sus actividades y estilo de vida:

20. ¿En el desempeño de su profesión u ocupación laboral se cumple ALGUNA de las siguientes circunstancias: viajar a países en guerra; manipular armas de fuego, explosivos, abrasivos o sustancias radiactivas o inflamables; trabajar con maquinaria pesada, trabajos en altura o bajo tierra o con líneas de alta tensión; pesca en alta mar o en la extracción de minerales, piedras preciosas, gas o petróleo o reparto en motocicleta?
 SÍ NO
21. ¿Participa o tiene intención de participar en cualquier actividad o deporte peligroso como deportes acuáticos, competiciones con vehículos motorizados, montañismo, aviación / deportes de vuelo, artes marciales, puentismo (bungee jumping) o en otros deportes extremos?
 SÍ NO
22. ¿Usted consume o ha consumido marihuana, cocaína, ácido (LSD) u otro químico que pueda causar dependencia sin tener prescripción médica?
 SÍ NO

Si en alguna de las preguntas formuladas anteriormente ha contestado de forma positiva le rogamos amplie información a dicha respuesta indicando el número de la pregunta, fecha de ocurrencia, duración del proceso, tratamiento y situación actual del mismo.

.....

.....

.....

.....

Con estas preguntas finaliza la declaración de salud que sirve de base a la emisión del contrato del seguro de vida solicitado. Por favor compruebe que ninguna de ellas se ha quedado sin contestar.

Firma de la persona a asegurar

Declaro, que las respuestas dadas a las preguntas de la presente solicitud, son en todo conformes con la verdad, y quedo enterado de que la póliza que se emita no tendrá valor ni efecto si mi estado de salud al recibirla ha sufrido variaciones desde la fecha de mi declaración y que no entrará en vigor mientras no sea firmado por mi su duplicado y pagado el importe de la primera prima.

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

1 Información

Responsable: HELVETIA COMPAÑÍA SUIZA SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS, Paseo de Cristóbal Colón, 26 - 41001 Sevilla. Delegado Protección de Datos (DPD). Email:delegadoprotecciondatos@helvetia.es

Finalidad: La finalidad en el tratamiento de tus datos es:

- La gestión de nuestra relación contractual.
- Tratamientos con fines comerciales.
- Tratamientos para prevención del fraude y tarificación del riesgo.
- Tratamiento de enriquecimiento de datos para mantener actualizada la información relativa a tus pólizas.
- Blanqueo de capitales.
- Estudios de mercado, encuestas de satisfacción y/o calidad.
- Datos especialmente protegidos relativos a tu salud para el desarrollo de la actividad aseguradora (si procede por la naturaleza de la póliza contratada).

Legitimación

- Interés legítimo de Helvetia: Ciertas actividades relacionadas con los tratamientos publicitarios; tratamientos para la prevención del fraude, tratamientos para la tarificación de seguros, realización de encuestas, estudios de mercado, ofrecimiento de nuestros productos.
- Habilitación Legal: Ley 20/2015, de 14 de Julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro. Ley 10/2010 de Prevención del Blanqueo de Capitales y de la Financiación del Terrorismo y su Reglamento de desarrollo; Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de medidas para la reforma del sistema financiero. Estas disposiciones tienen relación, entre otras cuestiones con: Gestión de pólizas, tratamientos de datos actuariales y provisiones, servicios de quejas y reclamaciones, gestión del cobro de primas, etc.
- Consentimiento de los interesados: para ciertos tratamientos relacionados con el envío de comunicaciones comerciales y con tratamientos publicitarios.
- Necesidad de mantener nuestra relación comercial o precontractual: gestión de nuestros procesos de contratación, gestión de pólizas, encuestas de calidad y satisfacción, realización de estudios de mercado.

Destinatarios

- Ficheros comunes del sector asegurador constituidos o que pudieran constituirse a través de UNESPA, TIREA, y las sociedades y agrupaciones que pudieran sustituirles en el cumplimiento de sus fines.
- Ficheros de solvencia patrimonial y crédito consulta de datos y comunicación en relación con incumplimiento de obligaciones dinerarias para prevención del fraude y gestiones internas del riesgo.
- Entidades que pueden recibir tus datos para la gestión de los productos contratados: TIREA, HNA SC, ASITUR, CENTRO ZARAGOZA, ACTUALIZE. ACTICIMEX, SERVIALL, ARAG, DAS, Centros Sanitarios públicos o privados y médicos de sus cuadros médicos, talleres, peritos y demás personas que puedan o deban intervenir en la gestión de un siniestro o prestación de un servicio. Así como Bancos, entidades financieras, para gestionar nuestra relación contractual, llevar a cabo el pago de la prima, así como para el pago de posibles indemnizaciones, liquidaciones y/o extornos de prima etc.
- Autoridades públicas, Organismos públicos, Cuerpos y fuerzas de estado, tales como; Jueces y Tribunales, Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, SEPBLAC u otros órganos de la Administración competentes por motivos de control, registro e inspección, Agencia Tributaria, para el cumplimiento de las obligaciones fiscales.
- Auditores financieros para el cumplimiento de las obligaciones financieras; Otras entidades que como consecuencia de la prestación de un servicio a Helvetia puedan acceder a tus datos de carácter personal.

Trasferencias Internacionales: A nuestra matriz [Helvetia Group –Helvetia Holding AG–] o cualquier otra entidad perteneciente al grupo, en Suiza, que es un país de protección equiparable en materia de protección de datos.

Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, y demás derechos previstos, tal y como se detalla en la información adicional.

Información adicional: Puedes consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <https://www.helvetia.es/proteccion-datos>.

2 Consentimientos

Deseo recibir envíos de comunicaciones comerciales, publicitarias y promocionales, incluso por correo electrónico u otro medio de comunicación equivalentes (SMS, MMS, etc.), hasta que revoque mi consentimiento.

- SÍ
 NO

Acepto que Helvetia Seguros realice perfiles para enviarme comunicaciones comerciales y que incluso complete mi perfil mediante la utilización de fuentes externas a ella con la finalidad de realizarme ofrecimientos comerciales de sus productos.

- SÍ
 NO

Acepto que Helvetia Seguros contacte conmigo una vez haya expirado la validez del proyecto o resuelto el contrato de seguro para ofrecerme nuevas condiciones u otros productos que comercializa la entidad, hasta que revoque mi consentimiento

- SÍ
 NO

Número de ejemplares a imprimir: _____

El Solicitante, de forma expresa, RECONOCE haber sido informado mediante entrega de un ejemplar con del seguro.

Observaciones: _____

En _____ a las []:[] del _____ de _____ de _____
Firma de la persona a asegurar

INFORME DEL SERVICIO MÉDICO DE LA COMPAÑÍA

--

Anexo: Información complementaria a la solicitud de seguro de vida sobre conocimiento del cliente de acuerdo a la normativa aplicable en materia de Blanqueo de Capitales y Financiación del Terrorismo y otras medidas fiscales

V. 07.2020

PERSONA FÍSICA

1 INFORMACIÓN DEL CLIENTE

1.1 Identificación del cliente

Nombre y apellidos:

NIF/NIE:

Hay que acompañar a este documento copia del NIF/NIE **LEGIBLE Y EN VIGOR**

1.1.1 Identificación del titular real

El Tomador actúa por: cuenta propia; de terceros; es menor/incapacitado (señale lo que proceda).

Si actúa por cuenta de terceros identifique los clientes finales de la operación:

Si el Tomador es menor de edad o incapacitado indique la(s) persona(s) que actúa(n) en su nombre:

Nombre y apellidos	NIF	Nacionalidad	Residencia fiscal	Fecha Nto.	Naturaleza ⁽¹⁾
.....

⁽¹⁾ Naturaleza del interés o participación que determinen su consideración como titular real (tipo familiar, apoderado, tutor).

OBSERVACIONES

1.2 Conocimiento del cliente

Trabajador cuenta ajena Pensionista Desempleado Otros (Ama de Casa/Estudiante/Personas No Perceptores)

Autónomo (Código CNAE) Concepto Código CNAE:

Ingresos anuales

- Sin Ingresos

- menor o igual de 30.000 €

- mayor de 30.000 € y menor o igual de 60.000 €

- mayor de 60.000 € y menor o igual de 100.000 €

- mayor de 100.000 €

Patrimonio estimado

- Sin patrimonio

- menor o igual de 100.000 €

- mayor de 100.000 € y menor o igual de 300.000 €

- mayor de 300.000 €

Si los fondos provienen del Cónyuge, adicionalmente hay que identificar(NIF) y Conocer (FCC) a éste. NIF del Cónyuge

OBSERVACIONES

2 PEP'S: PERSONAS CON RESPONSABILIDAD PÚBLICA

En relación al Tomador de la Póliza o del Titular Real ¿alguno de ellos tiene la condición de personas con responsabilidad pública conforme a la definición del artículo 14 de la Ley 10/2010, de 28 de abril, o es familiar o allegado de persona con dicha condición?* Sí No .

En caso afirmativo Identifique a la persona, nacionalidad y cargo desempeñado.

Nombre y apellidos	NIF	Nacionalidad	Cargo desempeñado
.....

* Ver definición de PEP en el Manual de PBC/FT Anexo N° 8

OBSERVACIONES

Cliente (Tomador)

Anexo: Información complementaria a la solicitud de seguro de vida sobre conocimiento del cliente de acuerdo a la normativa aplicable en materia de Blanqueo de Capitales y Financiación del Terrorismo y otras medidas fiscales

V. 07.2020

PERSONA FÍSICA

3 ORIGEN DE LOS FONDOS

Origen de los fondos <input type="checkbox"/> Salarios y/o Rentas profesionales <input type="checkbox"/> Pensión y Renta privada <input type="checkbox"/> Ingresos de Valores mobiliarios <input type="checkbox"/> Rentas inmobiliarias <input type="checkbox"/> Venta vivienda	<input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Premios <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Fondos de la empresa <input type="checkbox"/> Otros (especificar)
---	--

OBSERVACIONES

4 FINALIDAD DE LA SUSCRIPCIÓN

El tomador manifiesta que la suscripción del seguro de vida es AHORRO o RIESGO

5 FATCA y CRS

Debido a los requisitos que se derivan de la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras (FATCA) y de la normativa europea sobre intercambio automático de información tributaria (CRS), Helvetia Seguros se ve obligada a conocer información detallada de distinta índole respecto de los ciudadanos estadounidenses (personas físicas o jurídicas) o aquellas personas con residencia fiscal en el extranjero que quieran contratar una Póliza de Seguros de ramos vida con la Entidad Aseguradora. A estos efectos, el Tomador/Solicitante DECLARA de manera expresa, que no tiene el status de Ciudadano Americano, conforme a la referida Ley. Ello significa que:

NO es Ciudadano Americano, aunque tenga también otra nacionalidad adicional.

NO posee Tarjeta de Residencia Permanente en Estados Unidos (Green Card).

NO ha permanecido durante más de 31 días en el año en curso en Estados Unidos, ni durante 183 días entre el año en curso y los dos anteriores.

NO es propietario de un US-Estate (Legado de EE.UU.).

NO es una persona jurídica que se rija por la legislación americana.

Y que no tiene residencia fiscal en el extranjero.

Asimismo, el Tomador/Solicitante se compromete a comunicar a Helvetia Seguros la adquisición del status de Ciudadano Americano o la residencia fiscal en el extranjero, según se ha descrito anteriormente, si se produce la misma durante la vigencia de un Contrato de Seguro de ramos vida suscrito con la Compañía.

Si el Tomador tiene residencial fiscal en el extranjero debe indicar: **País Residencia Fiscal:**

Nota: Si el Tomador tiene residencia fiscal en más de un país, debe de indicar la relación completa de los mismos

OBSERVACIONES

El cliente ha sido informado por Helvetia Seguros que la legislación vigente sobre prevención de blanqueo de capitales obliga a las entidades aseguradoras a obtener de sus clientes la información de su actividad económica y a realizar una comprobación de la misma. Con este exclusivo fin de verificación de la información facilitada, el cliente presta su consentimiento expreso a Helvetia Seguros para que en su nombre pueda solicitar ante la Tesorería General de la Seguridad Social y ante cualquier Administración Tributaria sea cual sea su ámbito territorial dicha información. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para tal fin, en caso de incumplimiento de esta obligación por parte de la Entidad Aseguradora, se actuará de acuerdo a lo previsto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y la libre circulación de estos datos, Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y normativa que los desarrolle.

El cliente declara que todos los datos y documentos aportados se encuentran en vigor a la fecha de la emisión de la presente Póliza o Suplemento y se compromete a comunicar a la Entidad Aseguradora cualquier cambio relevante en el contenido del presente documento.

Cliente (Tomador)	Mediador	Gestor Cuentas/Gestor Negocio Vº Bº
-------------------	----------	-------------------------------------

Para Mediadores y Gestores Cuentas/Gestores de Negocios: En caso de que se firme Por Ausencia, Por Orden, etc., es necesario que se identifique la persona que firma, cargo que ocupa y justificación de por qué firma.

OBSERVACIONES GENERALES

Firma Observaciones Empleado de Helvetia
(Completar solo en caso de haber realizado alguna Observación)

Nombre y apellidos

En calidad de

Cuestionario de salud importes garantizados inferiores a 100.000,00 €

Número de cuestionario:

Por favor responda a las siguientes preguntas sobre su salud

1. En los últimos 10 años, ¿ha sido ingresado en algún hospital o centro sanitario o de rehabilitación o le han operado?
 SÍ NO
2. En los últimos 5 años ¿le han recomendado realizar o tiene programado algún estudio o investigación médica, derivación a un médico especialista, hospitalización, rehabilitación o cirugía?
 SÍ NO
3. ¿Está actualmente, o lo ha estado en los 5 últimos años, bajo revisión o control por un médico oncólogo, cardiólogo, neurólogo, psiquiatra, psicólogo para algún estudio o tratamiento?
 SÍ NO
4. ¿Toma actualmente, o ha tomado en los últimos 3 años, alguna medicación de manera regular, o continuamente por más de 3 semanas?
 SÍ NO
5. ¿Sufre de alguna enfermedad, de algún grado de invalidez o discapacidad (mental o física), lesión corporal o recibe alguna prestación por motivos médicos?
 SÍ NO
6. ¿Ha estado en los últimos 5 años de baja laboral por motivos de salud durante más de 10 días consecutivos o ha recibido tratamiento debido a accidente, depresión o por consumo de alcohol o drogas?
 SÍ NO

Cuestionario de Salud importes garantizados superiores a 100.000,00 €

Número de cuestionario:

1. ¿Durante los últimos 28 días ha viajado a países de alto riesgo por el coronavirus (por ejemplo, China, EE.UU, Rusia, Korea, Japón, Brasil, Italia, España, Francia, Irán, etc.) o planea un viaje a esos países en los próximos 3 meses?
 SÍ NO
2. ¿Durante los últimos 3 meses se contagió con el coronavirus o está en cuarentena médica debido a sospecha de contagio (esto excluye las órdenes de confinamiento emanadas de las autoridades a la población para permanecer en casa)
 SÍ NO
3. Durante los últimos 14 días, ¿ha tenido fiebre acompañada de alguno de los siguientes síntomas: tos, dificultades para respirar, fatiga, debilidad, producción / expectoración de esputo (flema), dolor de garganta, falta de apetito, dolor muscular, disgeusia (distorsión del sentido del gusto) o anosmia (pérdida del sentido del olfato)?
 SÍ NO
4. ¿Está en contacto con personas infectadas con el Coronavirus?
 SÍ NO

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o trastornos?:

5. ¿Cáncer o cualquier anomalía sospechosa de cáncer como nódulo, quiste tumor o lesión?
 SÍ NO
6. ¿Ataque al corazón (Infarto de miocardio), insuficiencia cardíaca, arritmia, angina de pecho u otra enfermedad del corazón?
 SÍ NO
7. ¿Hipertensión o diabetes?. Por favor, también responda afirmativamente si usa o ha usado medicamentos para controlar su presión arterial o su azúcar en la sangre.
 SÍ NO
8. ¿Enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), apnea del sueño, bronquitis crónica, asma u otra enfermedad respiratoria?
 SÍ NO
9. ¿Enfermedad de la tiroides, problemas de colesterol o triglicéridos u otra enfermedad endocrina?
 SÍ NO
10. ¿Enfermedades del aparato digestivo que afectan al esófago, estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar o páncreas?
 SÍ NO
11. ¿Enfermedades renales, enfermedades del sistema reproductor (problemas de testículos o próstata) o enfermedades del tracto urinario?
 SÍ NO
12. ¿Enfermedades reumáticas como artritis, fiebre reumática, lupus o esclerodermia?
 SÍ NO