

CUESTIONARIO ACCIDENTES CONVENIO

1. DATOS DEL INTERESADO

NIF/CIF

Nombre y Apellidos/Razón Social

--	--

Domicilio

Población

Código Postal

--	--	--

Fecha de Nacimiento

Sexo

Teléfonos

		H		M	
--	--	---	--	---	--

3. INFORMACIÓN DEL RIESGO

Convenio Colectivo

Empleados

Ámbito

--	--	--

NOTA: En el caso de solicitar la contratación de la póliza:

DOCUMENTACIÓN NECESARIA

- Copia último TC2 o C.C.C.

C.C.C.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Domiciliación Bancaria:

Banco

Oficina

D.C

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Nº Cuenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Forma de Pago:

Anual

Semestral

Trimestral

- Si se desean incluir a los "autónomos" en el seguro se deberán facilitar los siguientes datos:

- Nombre y Apellidos:
- DNI:
- Fecha de Nacimiento:
- Dirección:
- Nº Afiliación Seguridad Social:

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999, por la que se regula el derecho de información en la recogida de datos, se advierte de los siguientes extremos: Los datos de carácter personal, recogidos en este acto, se incluirán en los ficheros creados por TEMIS SERVICIOS INTEGRALES, S.L. La finalidad de los ficheros es optimizar las relaciones administrativas, comerciales y de asesoramiento en materia de contratos de seguros. Asimismo, el afectado consiente en la cesión de los datos a las entidades aseguradoras con las que finalmente se formalicen los contratos de seguro. Los datos personales recogidos se utilizarán para dichas finalidades y el afectado podrá acceder a sus datos personales, rectificarlos o en su caso cancelarlos en TEMIS SERVICIOS INTEGRALES, S.L., C/Carabela La Pinta, 19 - 2º F - 36300 - BAIONA, como responsable del fichero.