|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Solicitud de apertura de colectivo Globality CoGenio®/ Mercer Marsh Benefits IMS / Información para preparar contrato colectivo** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Datos del tomador** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre/ razón social de la empresa / organización | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Domicilio social y dirección | | | | | | |  | | | | | | | | |
| CIF | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Persona de contacto (teléfono/ email) | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 1. **Datos del mediador** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y razón social, domicilio y dirección | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Contacto 1 (teléfono/ email) – gestión técnica | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Contacto 2 (teléfono/ email) – gestión administrativa y de prestaciones | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Código mediador / oficina Mercer/ Marsh para liquidación de comisiones  (Marcar la casilla que corresponda) | | | | | | |  | |  | Mercer | | | | | |
|  | Marsh | | | | | |
|  |  | | | | | |
| Contacto DKV Seguros | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 1. **Datos del contrato** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Modalidad de seguro** Globality CoGenio® - marcar casilla correspondiente con “x” (máximo: **2** modalidades sin y/o con EEUU) | | | | | | | | | | | | | | | |
| TTT sin franquicia, **sin** EEUU | | | | |  | | TTT sin franquicia, **con** EEUU | | | | | | | |  |
| TTT con franquicia de 250€, **sin** EEUU | | | | |  | | TTT con franquicia de 250€, **con** EEUU | | | | | | | |  |
| TTT con franquicia de 500€, **sin** EEUU | | | | |  | | TTT con franquicia de 500€, **con** EEUU | | | | | | | |  |
| TTT con franquicia de 1.000€, **sin** EEUU | | | | |  | | TTT con franquicia de 1.000€, **con** EEUU | | | | | | | |  |
| TTP sin franquicia, **sin** EEUU | | | | |  | | TTP sin franquicia, **con** EEUU | | | | | | | |  |
| TPP sin franquicia, **sin** EEUU | | | | |  | | TPP sin franquicia, **con** EEUU | | | | | | | |  |
| TTC sin franquicia, **sin** EEUU | | | | |  | | TTC sin franquicia, **con** EEUU | | | | | | | |  |
| PPP sin franquicia, **sin** EEUU | | | | |  | | PPP sin franquicia, **con** EEUU | | | | | | | |  |
| PPP con franquicia de 250€, **sin** EEUU | | | | |  | | PPP con franquicia de 250€, **con** EEUU | | | | | | | |  |
| PPP con franquicia de 500€, **sin** EEUU | | | | |  | | PPP con franquicia de 500€, **con** EEUU | | | | | | | |  |
| PPP con franquicia de 1.000€, **sin** EEUU | | | | |  | | PPP con franquicia de 1.000€, **con** EEUU | | | | | | | |  |
| PPC sin franquicia, **sin** EEUU | | | | |  | | PPC sin franquicia, **con** EEUU | | | | | | | |  |
| CCC sin franquicia, **sin** EEUU | | | | |  | | CCC sin franquicia, **con** EEUU | | | | | | | |  |
| CCC con franquicia de 250€, **sin** EEUU | | | | |  | | CCC con franquicia de 250€, **con** EEUU | | | | | | | |  |
| Sólo para colectivos con más de 20 empleados: Otras combinaciones de cobertura **modular** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Modalidad/es deseada/s: | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Pagador de la prima:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Empresa | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Asegurado | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Periodicidad** de pago: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mensual | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Trimestral | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Semestral | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| Anual | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Idioma** contractual (español, inglés, alemán o francés): | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 1. Envío de la **documentación** depóliza de los asegurados por **email** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Destinatario** del email | | | |  | | Recibir **copia** | | | | | | | | |  |
| Asegurado | | | |  | | Asegurado | | | | | | | | |  |
| Empresa | | | |  | | Empresa | | | | | | | | |  |
| Mediador  Otros (nombre y domicilio): | | | |  | | Mediador  Otros (nombre y domicilio): | | | | | | | | |  |
|  | |  |
|  | | | |  | |  | | | | | | | | |  |
| 1. Envío de la **documentación** de póliza de los asegurados **en papel** y de las **tarjetas** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| al asegurado | | | |  | |  | | | | | | | | |  |
| a la empresa | | | |  | |  | | | | | | | | |  |
| al mediador | | | |  | |  | | | | | | | | |  |
| Otros (nombre y domicilio): | | | |  | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | | | | | | | |  |
| 1. Envío de las **facturas de primas** por email (en PDF): | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| **Destinatario** del email | | | |  | | Recibir **copia** | | | | | | | | |  |
| Empresa | | | |  | | Empresa | | | | | | | | |  |
| Mediador | | | |  | | Mediador | | | | | | | | |  |
| Otros (indicar nombre y domicilio): | | | |  | | Otros (indicar nombre y domicilio): | | | | | | | | |  |
| Contacto adicional para temas de pagos de primas y comisiones:  [anabelen.caballero@mercer.com](mailto:anabelen.caballero@mercer.com) | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1. **Fecha de inicio del contrato colectivo:** | | | | | | | | DD | | | MM | AAAA | |  | |
| 01 | | |  |  | |
| 1. **Datos del colectivo** | | | | | | | |  | | | | | | | |
| —cumplimentar solo en caso de que **no** se haya facilitado censo de asegurados con los correspondientes datos— | | | | | | | | | | | | | | | |
| País/es de destino  —en caso de EEUU y  Canadá también el Estado federal | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Nacionalidad/es, indicando para cada país  el número de personas de cada nacionalidad | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Indicar si los asegurados se encuentran  todavía en su país de origen o si están  ya en destino | | | | | | | |  | | | | | | | |
| —cumplimentar si existe expectativa de crecimiento del colectivo— | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estimación acerca del potencial de este  colectivo en un plazo de 1-2 años  (n° de asegurados) | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |