

SOLICITUD DE LAS COBERTURAS PARA LA OPCIÓN POR MUPITI COMO ALTERNATIVA AL RETA

FECHA DE CONTRATACIÓN:..... Nº Mutualista: Edad actuarial:

ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDOS: NIF:

DOMICILIO: POBLACIÓN:

C.P.: PROVINCIA: TELÉFONO:

TNO. MÓVIL: E-MAIL:.....

Estado civil: Sexo: F. Nacim.: Edad:

Colegiado en: Nº Colegiado: FECHA ALTA:

PROFESIÓN: LUGAR DE TRABAJO:

ACTIVIDAD PROFESIONA (C. Ajena/C. Propia): Otros: (C. Pasivas)

LUGAR DE TRABAJO: TELEFONO:

BENEFICIARIOS

LOS LEGALES CÓNYUGE OTROS:

NOMBRE, APELLIDOS, FECHA DE NACIMIENTO Y NIF

SEGUROS A CONTRATAR

SEGURO	COBERTURA	CUOTA O CAPITAL
MUPITI ACCIDENTES	<input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/> C. Enf. <input type="checkbox"/>
MUPITI VIDA	<input type="checkbox"/> Mínima <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/>	30.000 € <input type="checkbox"/> otra:
PENSIÓN JUBILACIÓN	<input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/>
PENSIÓN JUBILACION +65 AÑOS	<input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/>
ASISTENCIA SANITARIA	<input type="checkbox"/> Compañía:	Seguridad Social Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

FORMA DE PAGO (En el Seguro "Mupiti Accidentes" está establecida solo la forma de pago con cuota anual)

MENSUAL TRIMESTRAL SEMESTRAL ANUAL

DOMICILIACIÓN BANCARIA:
Entidad Agencia DC Nº de cuenta o libreta

Firma de la persona a asegurar En..... a de..... de.....

El firmante declara que la información facilitada es cierta, incluida la relativa a la edad y relación de parentesco, y se somete a lo establecido en los Estatutos y Reglamentos de MUPITI. Sus datos de carácter personal serán incorporados a los ficheros automatizados de la Mutualidad de Previsión Social de Peritos e Ingenieros Técnicos Industriales con la finalidad de gestionar las relaciones con los mutualistas, así como las coberturas y prestaciones que correspondan a estos. Salvo indicación en contrario, el mutualista da su consentimiento para que se le remita información de su interés en el ámbito de los convenios de colaboración celebrados entre esta Mutualidad y las otras entidades. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la siguiente dirección: C/ Orense nº 16, 1ª Planta, 28020 Madrid. MUPITI dispone de un "departamento de atención al mutualista" para atender la recepción y resolución de las quejas o reclamaciones presentadas por los mutualistas y/o beneficiarios, referente a los servicios prestados por la Mutualidad, relacionadas con sus intereses y derechos legales reconocidos. Las reclamaciones o quejas deberán ser presentadas por escrito en el Registro de las oficinas de la Mutualidad, personalmente o mediante representación en soporte papel o bien mediante correo electrónico, siendo remitidas a nuestra sede social (c/ Orense, 16 1ª Planta, 28.020 Madrid), Nº de fax: 91 399 46 83 o mediante la dirección de correo electrónico reclamaciones@mupiti.com.

Declaraciones complementarias a cumplimentar por la persona a asegurar

Cumplimentar cuidadosamente. Todas las preguntas deben ser contestadas. No utilizar signos ni rayas como respuesta. Cuando se deba responder Sí o No a una pregunta determinada marcar con una X en la casilla adecuada.

Declaración de Actividades y Coberturas preexistentes (de cumplimentación obligatoria)

1. ¿Cuál es su profesión y que funciones ejerce?
¿Cuál es la actividad de la empresa en la que trabaja?
2. ¿Práctica deportes? |_ | SI |_ | NO
En caso de respuesta afirmativa indique cuáles _____
3. ¿Se desplaza Ud. fuera de la Unión Europea alguna vez o tiene intención de hacerlo próximamente? |_ | SI |_ | NO
Países _____ Motivo _____ Frecuencia _____
4. ¿Hace Ud. uso de medios de transporte aéreo de otro modo que como pasajero? |_ | SI |_ | NO
¿En calidad de qué? _____ ¿Clases de aeronaves? _____

Declaración de salud (de cumplimentación obligatoria)

1. ¿Ha suscrito Usted o tiene en tramitación otras pólizas de seguros de vida, accidente o salud? |_ | SI |_ | NO
2. ¿Alguno de sus familiares consanguíneos más directos ha padecido o padece alguna enfermedad cardiaca, cerebrovascular, renal, diabetes, cáncer, hipertensión o alguna otra de carácter hereditario antes de cumplir los 65 años? |_ | SI |_ | NO
3. ¿Está usted de baja por enfermedad o accidente; tiene prevista alguna hospitalización, intervención quirúrgica o consulta médica próxima? |_ | SI |_ | NO
4. ¿Tiene alguna alteración física, ha sufrido algún accidente/intervención quirúrgica y/o le ha sido concedida algún tipo de invalidez? |_ | SI |_ | NO
5. ¿Le han aconsejado someterse o se ha sometido a algún chequeo o revisión médica, incluyendo electrocardiogramas, scanner, resonancia magnética, pruebas hepáticas o similares? |_ | SI |_ | NO
6. ¿Ha padecido o padece usted alguna enfermedad cardiaca, renal, cerebrovascular, respiratoria, neurológica, nerviosa o de transmisión sexual, hepatitis, sida, cáncer, diabetes o hipertensión? |_ | SI |_ | NO
7. ¿Ha padecido o padece alguna otra enfermedad, no mencionada anteriormente, que le haya obligado a estar bajo supervisión o tratamiento médico durante más de 15 días y/o ha recibido alguna transfusión? |_ | SI |_ | NO
8. ¿Ha tomado o toma medicinas, drogas, estimulantes u otros productos farmacéuticos? |_ | SI |_ | NO

DETALLE con fechas y datos lo más minuciosos y completos posible, las respuestas que se hayan marcado afirmativamente:

Y, por favor, CUMPLIMENTE con datos actuales las informaciones que sobre su persona le pedimos a continuación:

Peso (kgs): _____ Altura (cms): _____ Tensión Arterial: _____ / _____

Consumo diario de bebidas (indicar nº de copas, vasos, cañas): _____ de licor; _____ de vino; _____ de cerveza.

Consumo diario de tabaco (indicando su número): _____ cigarrillos; _____ pipas; _____ puros.

La persona a asegurar declara que disfruta de buen estado de salud, que no está de baja por incapacidad temporal y no está tramitando o tiene declarada ninguna incapacidad permanente. Declara haber contestado con exactitud a cada una de las preguntas y conocer que las mismas son la base para la valoración de riesgo y para la formalización del contrato de seguro, de manera que cualquier falsedad, omisión o inexactitud de estas declaraciones que incidan en la citada valoración será causa de nulidad del referido contrato. Autorizo a los médicos y personas que la Entidad necesite consultar, a dar confidencialmente los informes que ésta precisara.

En _____ a _____ de _____ de 200 ____.

Firma de la persona a asegurar