SOLICITUD DE ALTA EN SEGURO DE MUPITI
"PENSIÓN DE JUBILACIÓN"

N.I.F. V-28418838. Inscrita en el Registro Administrativo de Entidades Aseguradoras con el nº P-1.703.-

A cumplimentar por MUPITI

Nº MUTUALISTA _____ **FECHA DE ALTA** ……/……/…… **Edad actuarial**

¿Es usted mutualista o ha sido mutualista anteriormente? Sí I__I No I__I Nº Mutualista anterior _____

1 MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

	PRIMA INICIAL	CAPITAL	AFILIACION	FORMA DE PAGO
COMPLEMENTARIO A LA SEGURIDAD SOCIAL ☐			☐ INDIVIDUAL	☐ ANUAL
ALTERNATIVA AL RÉGIMEN ESPECIAL DE TRABAJADORES AUTÓNOMOS ☐			☐ COLECTIVA	☐ SEMESTRAL ☐ TRIMESTRAL ☐ MENSUAL

2 DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDOS …… **NOMBRE** ……

N.I.F. I__I__I__I__I__I__I__I__I__I (Adjuntar Fotocopia D.N.I.) **FECHA DE NACIMIENTO** …… /…… /…… **EDAD** ……

Sexo: HOMBRE I__I MUJER I__I **Estado civil:** CASADO I__I SOLTERO I__I DIVORCIADO I__I VIUDO I__I OTROS I__I

DOMICILIO C/ …… Nº …… BLOQUE …… ESCALERA …… PISO ……

PUERTA …… MUNICIPIO …… C.P. I__I__I__I__I__I PROVINCIA ……

TELF.:…… **TELF./TRABAJO:** ……**TELF./MÓVIL** …… **CORREO ELECTRÓNICO** ……

COLEGIADO EN …… **Nº** …… FECHA …… /…… / …… **FAMILIAR** I__I (Nº mutualista del familiar _____) **EMPLEADO** I__I

PROFESIÓN …… **ACTIVIDAD PROF.** (Ejerciente libre I__I Cuenta ajena I__I)

3 BENEFICIARIOS PARA CASO DE FALLECIMIENTO

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	N.I.F.	% Prestación
……	……	……	……	……
……	……	……	……	……
……	……	……	……	……
……	……	……	……	……
……	……	……	……	……
……	……	……	……	……
……	……	……	……	……
……	……	……	……	……
……	……	……	……	……
……	……	……	……	……

En caso de fallecimiento del Asegurado, de no existir designación expresa de beneficiarios, lo serán por el siguiente orden de prelación preferente y excluyente :

1º Cónyuge y descendientes del Asegurado, 2º Ascendientes del Asegurado, 3º Herederos legales.

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.
El solicitante acepta que los datos facilitados por los asegurados, a través de cualquier documento, son necesarios para valorar y delimitar el riesgo, así como para iniciar y mantener la relación contractual, estando el tratamiento de dichos datos sujetos a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de Protección de Carácter Personal y a las disposiciones dictadas en su desarrollo. Sus datos de carácter personal serán incorporados a los ficheros automatizados de MUPITI 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 otras entidades. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la siguiente dirección: C/ Orense nº 16, 1º 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.
Los abajo firmantes reconocen en estas misma fecha haber recibido con anterioridad a la firma de la presente solicitud de seguro toda la información requerida en el art. 60 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y de los artículos 104 y siguientes del Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Firma del solicitante **En ……, a …… de …… de ……**

---

4 AUTORIZACIÓN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

N.I.F. V-28418838

A partir de la fecha y en base a los datos que a continuación se indican, deberán cargar, hasta tanto no reciban orden en contrario, los recibos que se generen con cargo a esta póliza.

CÓDIGO CUENTA CLIENTE I__I__I__I__I I__I__I__I__I I__I__I I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

ENTIDAD OFICINA DC NUMERO DE CUENTA

Firma del Titular …… **Firma del Solicitante**……

……

El solicitante da conformidad a los datos contenidos en este documento. En ……a …… de ……de ……