

A cumplimentar por MUPITI

Nº MUTUALISTA FECHA DE EFECTO/...../.....

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

1 MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	
CUOTA	FORMA DE PAGO
ANUAL <input type="checkbox"/>	AFILIACION INDIVIDUAL POR BANCO <input type="checkbox"/> AFILIACION COLECTIVA COLEGIAL <input type="checkbox"/>
SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	
TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	
MENSUAL <input type="checkbox"/>	

2 TOMADOR DEL SEGURO

NOMBRE.....

3 PERSONA A ASEGURAR

APELLIDOS NOMBRE

N.I.F. [][][][][][][][][] (Adjuntar Fotocopia D.N.I.) FECHA DE NACIMIENTO/...../..... EDAD.....

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

DOMICILIO C/ Nº BLOQUE ESCALERA PISO

PUERTA MUNICIPIO C.P. [][][][] PROVINCIA

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

COLEGIADO EN Nº FECHA/...../..... EMPLEADO

FAMILIAR (Nº mutualista del familiar) Grado de Parentesco.....

PROFESIÓN ACTIVIDAD PROF. (Ejerciente libre Cuenta ajena)

4 GARANTIAS Y CAPITALES ASEGURADOS (mínimo 6.000 euros, máximo 90.000 euros)

Garantías	- Fallecimiento	Capital base *	-----
	- Incapacidad permanente absoluta		(igual al capital base)
	- Muerte e Incapacidad por accidente		(doble del capital base)
	- Muerte e Incapacidad por accidente de circulación		(triple del capital base)

* En caso de optar por Mupiti como Alternativa al RETA el capital mínimo a contratar es de 30.000 Euros.

5 BENEFICIARIOS PARA CASO DE FALLECIMIENTO

En caso de Incapacidad : El Asegurado.

En caso de Fallecimiento:

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	SEXO	FECHA NACIMIENTO	NIF	% 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.

La persona a asegurar solicita a Mupiti, el alta en la póliza de seguro, de acuerdo con los datos de esta solicitud, y acepta que el seguro entrará en vigor una vez el Asegurador acepte el alta y se haya pagado el primer recibo de prima.

De acuerdo con lo regulado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, el Tomador y la persona a asegurar otorgan su consentimiento expreso para que sus datos puedan ser tratados por el Asegurador directamente, o por otra entidad aseguradora por razones de coaseguro o reaseguro, con el fin de suscribir y administrar el seguro. Consienten expresamente que los datos personales y de salud que aportan, así como los que se generasen en caso de siniestro, puedan ser cedidos, en su totalidad o en parte, con el exclusivo objeto de gestionar y administrar el seguro, y tramitar y liquidar siniestros, como consecuencia de la relación contractual concertada. Las Aseguradoras podrán establecer ficheros comunes que contengan datos de carácter personal para la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial, con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos, y la elaboración de estudios de técnica aseguradora y para la lucha contra el fraude. Asimismo, podrá hacerse uso de esta información para ofrecer al Tomador otros productos o servicios que comercialice Mupiti.

El Tomador y la persona a asegurar podrán ejercer el derecho de acceso, rectificación y cancelación de la autorización del uso de dichos datos de carácter personal. Para ello lo comunicará por escrito dirigido a Mupiti C/ Orense, 16 -1º Planta, - 28020 MADRID como responsable del fichero. En todo momento estos datos serán tratados por el Asegurador de forma confidencial. MUPITI, dispone de un "Servicio de Atención al Mutualista" para atender las consultas, quejas y/o reclamaciones que Tomadores, Asegurados y Beneficiarios deseen formular, con carácter facultativo y previo a cualquier otro organismo de reclamación. Deben remitir su escrito y documentación acreditativa a la siguiente dirección: MUPITI "SERVICIO DE ATENCIÓN AL MUTUALISTA", C/ Orense, 16 – 1º Planta – 28020 MADRID.

Los abajo firmantes reconocen en esta 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 2486/1.998, 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

6 AUTORIZACIÓN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

N.I.F. G-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	[][][][]	[][][][][]	[][][][][][][][]
	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

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 qué funciones ejerce? ¿Cuál es la actividad de la empresa en la que trabaja?	.....	.....	.....	.....
2.	¿Practica deportes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles?	.....	.....
3.	¿Se desplaza Ud. fuera de la Unión Europea alguna vez o tiene intención de hacerlo próximamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Países?	¿Motivo?	¿Frecuencia?
4.	¿Hace Ud. uso de medios de transporte aéreo de otro modo que como pasajero?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En calidad de qué?	¿Clase de aeronaves?	.....
5.	¿Tiene actualmente contratados, o solicitados seguros de vida sobre su persona, o cualquier otro seguro que le ofrezca cobertura en caso de Enfermedad Grave o Incapacidad Profesional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Coberturas?	¿Cuantías de las mismas?	¿Entidades?

Declaración de salud (de cumplimentación obligatoria)

1)	¿Cuál es su estatura y su peso?	Cms	kgs .....	.....
2)	¿Cuál es su presión arterial?	.....	.....	.....
3)	¿Ha tenido o tiene cifras altas de tensión arterial o elevación del colesterol, triglicéridos, glucosa o valores hepáticos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indicar detalles:	.....
4)	¿Ha habido entre sus ascendientes o hermanos padecimientos antes de los 65 años de algunas de las siguientes enfermedades?: afecciones cardíacas, accidente cerebrovascular, hipertensión sanguínea, afecciones renales, psiquiátricas, enf. de Alzheimer, diabetes, cáncer, epilepsia, suicidio.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indicar detalles:	.....
5)	Otros antecedentes familiares	.....	.....	.....
6)	¿Padece o ha padecido alguna de las enfermedades o situaciones siguientes?	Sí	No	Sí No
a)	Afecciones del corazón o del sistema circulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Ha sido víctima de algún accidente o traumatismo grave <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c)	Accidente cerebrovascular o hipertensión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e)	Diabetes, cáncer, tumores u otro tipo de afección maligna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Infecciones AIV (como el SIDA o relacionadas) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g)	Afecciones de riñón, vejiga, hígado o aparato digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) Afecciones oculares (miopía, hipermetropía, etc.) o afecciones de los oídos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i)	Asma, bronquitis, tos con esputos, o afecciones respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) Afecciones de columna, hernias, lumbago o ciática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k)	Alguna afección mental o nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l) Otra afección que exigiera tratamiento por más de 1 mes. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m)	Alguna enfermedad psíquica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)	¿Ha padecido o padece alguna enfermedad crónica, necesitada de control médico o tratamiento durante un periodo superior a 15 días consecutivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indicar detalles:
8)	En caso de ser mujer: ¿Está Vd. embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9)	En caso de respuesta afirmativa a alguna de las cuestiones de los apartados anteriores, rogamos amplíe información:			
a)	Nombre de la enfermedad, accidente o situación:	.....	
b)	Fecha en que se manifestó (si es reciente, precisar el mes exacto de su inicio):	.....	
c)	Duración y evolución de la misma:	.....	
d)	Eventualmente, secuelas que ha dejado:	.....	
e)	Médicos que le han atendido (nombre y dirección actual):	.....	
10)	¿Ha sido sometido (o va a serlo próximamente) a intervención quirúrgica, tratamiento de rayos o de pruebas diagnósticas por imagen, tratamiento en sanatorios, hospitales, clínicas o balnearios?	Sí	No	Detalles:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11)	¿Fuma Ud. o consume alcohol u otras drogas?	Sí	No	Consumo diario de tabaco u otras drogas:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consumo semanal de alcohol:
12)	¿Le han recomendado que se sometiese o se ha sometido Ud. al Test del SIDA?	Sí	No	¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Resultado?
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13)	¿Quién es su médico de cabecera? (nombre y dirección exactas) ¿Quién es el último médico que ha consultado? ¿Cuándo? ¿Por qué?	.....	

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 del 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.

Firma de la persona a asegurar

En.....a de..... de.....