

A cumplimentar por MUPITI

Nº MUTUALISTA _____ FECHA DE ALTA...../...../..... Edad actuarial [] Edad actuarial Benef. []

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

1 MODALIDAD DE CONTRATACION

	PRIMA INICIAL	RENTA	AFILIACION	FORMA DE PAGO
VIUDEDAD			<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> COLECTIVA	<input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> MENSUAL

2 DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDOS **NOMBRE**
N.I.F. [] [] [] [] [] [] [] [] (Adjuntar Fotocopia D.N.I.) **FECHA DE NACIMIENTO** / / **EDAD**
Sexo: HOMBRE MUJER **Estado civil:** CASADO OTROS
DOMICILIO C/ Nº BLOQUE ESCALERA PISO
 PUERTA MUNICIPIO C.P. [] [] [] [] PROVINCIA
TELF.: **TELF./TRABAJO:** **TELF./MÓVIL** **CORREO ELECTRÓNICO**
COLEGIADO EN Nº **FECHA** / / **FAMILIAR** (Nº mutualista del familiar) **EMPLEADO**
PROFESIÓN **ACTIVIDAD PROF.** (Ejerciente libre Cuenta ajena)

3 BENEFICIARIO DEL SEGURO

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	N.I.F.
.....

4 DECLARACIÓN DE SALUD


¿Padece o ha padecido alguna de las enfermedades o situaciones siguientes?: **SI** **NO** **¿Ha sido víctima de algún accidente o traumatismo grave?** **SI** **NO**
 Afecciones del corazón o sistema circulatorio Enfermedades venéreas
 Accidente cerebrovascular o hipertensión sanguínea Enfermedades infecciosas: SIDA o relacionadas, meningitis, hepatitis,
 Diabetes, cáncer, tumores u otro tipo de afección maligna tuberculosis, fiebres tifoideas
 Afecciones de riñón, vejiga, hígado o aparato digestivo Afecciones oculares (miopía, hipermetropía, etc.) u oídos
 Asma, bronquitis, neumonía, pleuresia, tos con esputo o afecciones respiratorias Afecciones de columna, hernias lumbago o ciática
 ¿Padece o ha padecido: alergias, anemia? ¿Ha padecido alguna enfermedad distinta a las indicadas?
En caso de respuesta/s afirmativa/s debe indicar:
 La Enfermedad, accidente o situación
 Fecha en la que se manifestó / / Duración y evolución
 Secuelas (descripción)
 Médicos que le han atendido (nombre y dirección actual)
 ¿Ha sido sometido o va a serlo próximamente a intervención quirúrgica, tratamiento de rayos u otros tratamientos en: hospitales, clínicas, sanatorios, balnearios, etc.? **SI** **NO**
 En caso afirmativo, indique motivos, fechas, centros sanitarios
 ¿Fuma usted o consume alcohol o drogas? **SI** **NO** ¿Cuáles?
 En caso afirmativo, indique el consumo diario de tabaco y/o drogas, y semanal de alcohol
 ¿Practica algún deporte? ¿Cual/es?
 ¿Cuál es su estatura? ¿y su peso? ¿Ha adelgazado más de 5 kilos en los últimos 5 años?
La persona a asegurar declara que las respuestas anteriores son ciertas y exactas, y que no ha omitido ninguna información que pueda desvirtuar la valoración del riesgo. Declara que disfruta de buen estado de salud, que no está de baja por incapacidad temporal y no está tramitando o tienen declarada ninguna incapacidad permanente. Autoriza a los médicos e instituciones sanitarias que le han atendido a proporcionar confidencialmente a MUPITI, toda la información referente a su estado de salud necesaria para valorar esta solicitud.

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.

Firma del solicitante

En, a de de

5 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

PRODUCTO “PENSION DE VIUDEDAD” DE MUPITI

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD DE ALTA

La casilla con fondo oscuro “(A cumplimentar por MUPITI)” No debe cumplimentarse.

Si ha sido usted mutualista anteriormente deberá señalar la casilla “sí” de las opciones (si o no). Si desconoce su número de mutualista anterior, deje el espacio en blanco.

1. Modalidad de contratación.

. **Prima inicial o Renta.** Se cumplimentará al menos uno de los dos campos, la **prima inicial** que quiere contratar o la **Renta** que garantiza que, en caso de fallecimiento del mutualista, el cónyuge superviviente percibirá una pensión mensual constante y vitalicia por el importe contratado.

La cuota mínima, es la que corresponde a la contratación de una pensión mensual de **60,10 euros**, pero se pueden incrementar las cuotas, incrementándose proporcionalmente la pensión. **La determinación de la cuota** esta directamente relacionada con la **edad actuarial** de entrada, al contratar el producto de viudedad, tanto del titular como de su beneficiario/a. Para el cálculo de la **edad actuarial** es necesario saber el tiempo transcurrido desde su último cumpleaños, de tal forma que si en el momento de la solicitud han transcurrido seis meses desde su último cumpleaños, usted tiene un año más que su edad actual. En caso contrario su **edad actuarial** es igual que su edad actual.

Afiliación y Forma de Pago son campos obligados de cumplimentar.

. **Afiliación.** Este campo recoge dos opciones (**Individual** o **Colectiva**). **Individual** será mediante domiciliación bancaria. **Colectiva**, significa que mediante comunicación expresa, de su Colegio, este se hará cargo del pago de sus cuotas.

. **Forma de Pago.** Este campo recoge tres opciones “**Anual**”, “**Trimestral**” o “**Mensual**” pudiendo elegir una de las tres. Aunque la cuota tiene carácter anual y se paga por anualidades completas anticipadamente, puede fraccionarse el pago por meses o trimestres mediante el recargo correspondiente.

2. Datos del solicitante.

Los campos **Apellidos, Nombre, NIF, Fecha de Nacimiento, Sexo, Estado Civil, Domicilio, Colegiado en, Profesión y Actividad** son campos que deben cumplimentarse.

. **Sexo.** Este campo recoge dos opciones (**Hombre** o **Mujer**) debiendo marcarse una de las dos.

. **Estado Civil.** Este campo recoge dos opciones (Casado y Otros) debiendo seleccionar aquel que le corresponda.

. **Colegiado en.** En este campo debe de indicar la Provincia en la que usted tenga el alta colegial. Un colegiado-mutualista solo podrá pertenecer a un Colegio como mutualista, pudiendo cambiar la demarcación de su contrato mediante escrito remitido por el Colegio al que quiera pertenecer. Si es usted familiar de un mutualista deberá marcar la casilla “**Familiar**”. Si no sabe el nº de mutualista de su familiar, deje el espacio en blanco. En el caso de ser empleado marque la casilla “**Empleado**” y cumplimente el campo “**Colegiado en**” debiendo señalar en que provincia esta el Colegio donde usted está empleado.

. **Profesión.** Debe indicarse la actividad profesional que se desarrolla indicando mediante la casilla **Actividad profesional** si es “**ejerciente libre**” de la profesión o si por el contrario trabaja por “**cuenta ajena**”. Este campo es obligatorio y es importante marcarlo para determinar el tratamiento que va a tener su solicitud.

Los ejercientes libres de la profesión podrán reducir las cuotas pagadas de la base imponible del impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, con los límites máximos fijados según la legislación vigente.

3. Beneficiarios en caso de fallecimiento.

Los campos **Nombre y Apellidos, Parentesco, Fecha de Nacimiento y N.I.F.** son campos a cumplimentar obligatoriamente.

4. Declaración de salud.

Es obligatorio contestar a todas las preguntas de la declaración de salud mediante las opciones **Sí** o **No**. Si alguna respuesta es afirmativa deberá contestar las preguntas que aparecen en “**En caso de respuesta/s afirmativa/s debe de indicar:**”.

5. Autorización de domiciliación bancaria.




Es obligatorio cumplimentar todos los campos del **Código cuenta cliente (Entidad, Oficina, DC y Número de cuenta)**, así como **Firma del Titular** y **Firma del Solicitante**.

6. PRESENTACION.

La **presentación** de la solicitud de alta en dicho producto se podrá hacer personalmente o por correo en el domicilio de su Colegio o en la sede social de MUPITI (c/ Orense, 16 1ª Planta 28.020 Madrid).

Aceptación de la solicitud. Una vez admitida la solicitud y aceptadas por el tomador las condiciones contractuales establecidas en el Reglamento, la suscripción tomará efecto en el día primero del mes siguiente a la presentación de la solicitud de incorporación, siempre que haya sido firmado por las partes el Título de mutualista previsto en el artículo 29.2 de los Estatutos y el contratante haya pagado el primer recibo de prima.

7. DOCUMENTACION A PRESENTAR.

-  Solicitud de alta en el producto “Pensión Viudedad” correctamente cumplimentado y firmado.
-  Fotocopia del DNI del mutualista y de su beneficiario/a.
-  Fotocopia del Libro de Familia. En el caso de ser **Pareja de Hecho**, se deberá presentar documento acreditativo de dicho estado.

La Mutualidad podrá solicitar examen médico para la inscripción en función de la edad actuarial del titular del seguro y la renta mensual contratada.