

## 1.- Datos del Solicitante

 Nombre y apellidos *(Escribir en letras mayúsculas)*


 Nif  Fecha de nacimiento  Hombre  Mujer  Estado civil 

 Domicilio  Código Postal 

 Localidad  Provincia 

 Teléfono Fijo  Teléfono Móvil  E-mail 

 N° Mutualista  N° Colegiado  Colegiado En 

¿Es usted familiar de algún mutualista? En caso afirmativo, indíquenos el nombre y apellidos y grado de parentesco.

## 2.- Actividad Profesional

 **Ejerciente Libre**, En caso afirmativo, ¿Cotiza en el Reta?  Si  No  **Trabajador por cuenta Ajena**  **Ambas**

## 3.- Beneficiarios

Nombre y apellidos	Dni	Parentesco	Fecha nacimiento	% Prestación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 y 3º Herederos Legales.

## 4.- Garantías y Capitales asegurables

### Garantías:

Incapacidad permanente absoluta por accidente  
 Invalidez permanente parcial por accidente hasta  
 Invalidez permanente total por accidente  
 Muerte por accidente

	<input type="radio"/> <b>Básica</b>	<input type="radio"/> <b>Doble</b>
Incapacidad permanente absoluta por accidente	36.000	72.000
Invalidez permanente parcial por accidente hasta	18.000	36.000
Invalidez permanente total por accidente	18.000	36.000
Muerte por accidente	21.000	42.000

### Cobertura complementaria:

 Incapacidad permanente absoluta, total o parcial por enfermedad  6.000  12.000  18.000  24.000  30.000

## Autorización Bancaria

 **Domiciliación bancaria:** El tomador y deudor de esta póliza, una vez firmada dicha solicitud, autoriza a Mupiti a que adeude en dicha cuenta bancaria, el importe relativo a dicha póliza contraída, con la periodicidad que corresponda, así como otros cargos relacionados con la misma. Del mismo modo, también autoriza a la entidad bancaria colaboradora de Mupiti a efectuar los adeudos oportunos en la cuenta indicada, siguiendo las instrucciones de Mupiti.

 Nombre y apellidos del titular de la cuenta *(Escribir en letras mayúsculas)*

Nif

 IBAN  Entidad  Oficina  DC  Cuenta 

Firma del Titular de la cuenta

Fecha de solicitud

Firma del solicitante



La persona a asegurar, solicita a Mupiti el alta en el seguro, de acuerdo con los datos de esta solicitud, y acepta que el seguro entrará en vigor una vez el Asegurador acepta el alta y se haya pagado el primer recibo de prima. 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. En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, Mupiti le informa de que los datos personales que aporta, junto a los obtenidos durante la vigencia del contrato en su condición de Mutualista, serán incluidos en nuestros ficheros de datos de carácter personal para la gestión de los productos y servicios contratados, gestionar las relaciones con el mutualista, así como las coberturas y prestaciones que correspondan a otros. Asimismo, y salvo que indique lo contrario, marcando esta casilla , sus datos serán almacenados en el sistema y usados para informarle puntualmente de productos y ofertas de MUPITI, así como si no marca esta casilla  sus datos podrán ser usados para remitirle información de las compañías médicas y aseguradoras con las que MUPITI tiene relación. La información que aparece de terceras personas, tendrá el mismo tratamiento de protección de datos que los demás datos, así como se entiende que usted tiene el consentimiento de éstos para incorporar sus datos en la solicitud. Por último, ante requerimiento de las Administraciones Públicas, estamos obligados a transmitir la información que ellos nos precisen. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, enviando un escrito a Mupiti - Calle Orense, 16 1ª Planta - 28020 Madrid o por email a reclamaciones@mupiti.com



# Declaraciones Complementarias a la Solicitud de Alta

## A cumplimentar por la persona a asegurar

Nombre y apellidos (Escribir en letras mayúsculas)

Nif

Fecha de nacimiento

Hombre

Mujer

### Instrucciones de cumplimentación

- Cumplimentar cuidadosamente. Todas las preguntas deben ser contestadas.
- No utilizar signos ni rayas como respuestas.
- Cuando se deba responder Sí o No a una pregunta determinada, marcar con una X en la casilla.
- Detalle por favor con fechas y datos lo más minuciosos y completos posible, las respuestas que se hayan marcado afirmativamente.

## Declaración de Actividades y Coberturas preexistentes

1. ¿Tiene usted trabajo o va a ejercer en un futuro inmediato? .....  Sí  No
- ¿Cual es su profesión?
- ¿Qué funciones ejerce?
- ¿Cual es la actividad de la empresa en que trabaja?
2. ¿Practica deportes **como aficionado**? .....  Sí  No
- Por favor indique cuales:
3. ¿Se desplaza fuera de la Unión Europea alguna vez, o tiene intención de hacerlo próximamente? .....  Sí  No
- Países:  Motivo:  Frecuencia:
4. ¿Hace uso de medios de transporte aéreo de otro modo que como pasajero? .....  Sí  No
5. ¿Ha suscrito o tiene en tramitación otras pólizas de seguro de vida, accidente o salud? .....  Sí  No
- En caso afirmativo, por favor indique, de que tipo, y si es un producto de vida, capital y la entidad donde lo tiene contratado
- 

**Firma del solicitante**

