

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

Nº Mutualista Nº 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

| 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"/> Básica | <input type="radio"/> Doble |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| | 36.000 | 72.000 |
| | 18.000 | 36.000 |
| | 18.000 | 36.000 |
| | 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

ES

Firma del Titular de la cuenta

Fecha de solicitud

Firma del solicitante



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? 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