

1.- Datos del Solicitante

Nombre y apellidos *(Escribir en letras mayúsculas)*

Nif (*) Adjuntar fotocopia

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

<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

 Básica

36.000

18.000

18.000

21.000

5.- Política de Protección de datos

El firmante de la solicitud declara que la información facilitada es cierta, incluida la relativa a la edad, parentesco y datos de salud (si fuera preciso aplicarlos) y se somete a lo establecido en los Estatutos y Reglamentos de Mupiti, informándole que los datos personales que nos indica son necesarios para el mantenimiento y control de la relación que nos vincula con usted.

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos (RGPD), MUPITI le informa que los datos personales que aporta, junto a los obtenidos durante la vigencia de este y otros contratos que tenga, tendrá o haya tenido en su condición de mutualista, serán objeto de tratamiento para la gestión de los productos y servicios contratados, gestionar las relaciones con el mutualista, cubrir y ejecutar las coberturas y prestaciones que correspondan a otros derivadas de sus contratos. Serán conservados mientras exista relación con la mutualidad y el tiempo necesario para satisfacer las obligaciones legales a las que Mupiti venga obligada.

Basamos el tratamiento de los datos personales que aparecen en el contrato que suscribe con nosotros en la necesidad de los mismos para su correcta ejecución y, en el caso de envío de comunicaciones comerciales sobre productos o servicios similares, en el interés legítimo según lo dispuesto en el artículo 21.2 de la Ley 34/2002 de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico (LSSI).

Vd. podrá solicitar dejar de recibir información comercial en cualquier momento que nos lo solicite. Basta con enviar un email a protecciondedatos@mupiti.com indicando el derecho que quiere ejercer (acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad) o bien en cada email comercial que reciba le ofreceremos un sistema sencillo para solicitar la baja.

La información que aparece de terceras personas (los beneficiarios incluidos en este documento) tendrá el mismo tratamiento de protección que los demás datos, y se entiende que usted tiene el consentimiento de dichas personas 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.

Conservaremos sus datos durante toda la vida del contrato y posteriormente el tiempo imprescindible para cumplir con las exigencias legales a las que Mupiti venga obligada.

Puede contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos y ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión u oposición, así como los derechos de limitación o portabilidad enviando un escrito a Mupiti - Calle Orense, 16 1ª Planta, 28020 (Madrid) o, de otro modo, enviándonos un correo electrónico al siguiente buzón: delegadoprotecciondedatos@mupiti.com.

Le informamos que tiene Vd. derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es) si considera que sus derechos no han sido satisfechos.

Por último, puede revisar la política de privacidad en la dirección <https://mupiti.com/politica-de-privacidad>.

Fecha de solicitud

Firma del solicitante



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 tareas concretas desarrolla?
- ¿Cual es la actividad de la empresa en qué 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:
- Tiempo de permanencia fuera de España 0 a 50 días 51 a 180 días > 180 días
4. ¿Hace uso de medios de transporte aéreo sólo como piloto o personal de tripulación? Sí No
5. ¿Ha suscrito o tiene en tramitación otras pólizas de seguro de vida, accidente o salud? Sí No
6. En caso de tener un seguro de vida, por favor, indique coberturas, capital contratado y entidad donde tiene suscrito dichos seguros
-

Firma del Firma del solicitante



La persona a asegurar declara que disfruta de buen estado de salud, que no está de baja por incapacidad temporal y no está tratando 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.

Nota: Debe de firmar en todos los apartados indicandos por la flecha roja