

## 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.

## Actividad Profesional

**Ejerciente Libre**, En caso afirmativo, ¿Cotiza en el Reta?

Sí  No

**Trabajador por cuenta Ajena**

**Ambas**

## 2.- Beneficiarios en caso de fallecimiento

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"/>

En caso de fallecimiento del mutualista asegurado, serán beneficiarios de esta prestación el cónyuge no separado y los hijos menores de 21 años. La prestación, en dicho supuesto será distribuida en un 60% al cónyuge y el 40% restante a los huérfanos menores de 21 años, a no ser que el causante, de forma expresa, hubiera indicado otro porcentaje distinto de distribución entre ellos. Cuando no hubiera cónyuge no separado o hijos menores de 21 años, la parte que no proceda repartir, acrecerá en la otra. En caso de no existir cónyuge no separado o hijos menores de 21 años los beneficiarios serán los designados expresamente.

## 3.- Cuota y forma de pago

1.- Opción de cuota reducida si es menor de 30 años:

Reducción por tramos (80% , 50%, 30%)

2.- Opción de cuota reducida si es mayor o igual a 30 años:

Reducción por tramos (80% , 50%, 30%)

3.- Opción de cuota reducida por ser persona con discapacidad, víctima de violencia de género o de terrorismo.

Reducción general por tramos (80% , 50%,). Si elige esta opción, adjuntar la documentación acreditativa de la misma

## Domiciliación 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 / CIF

IBAN  
ES

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 para los Seguros de Mupiti

## 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 constestadas.
- 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 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  Sí  No
4. ¿Hace uso de medios de transporte aéreo sólo como pasajero?  Sí  No
5. ¿Ha suscrito o tiene en tramitación otras pólizas de seguro de vida, accidente o salud?  Sí  No
6. En caso afirmativo, por favor indique, de que tipo, y si es un producto de vida, capital y la entidad donde lo tiene contratado
- 

## Declaración de Salud

1. ¿Está en baja por enfermedad o accidente?  Sí  No
- Duración:  Motivo:
2. ¿Ha tenido o tiene prevista alguna hospitalización o intervención quirúrgica?  Sí  No
- Causa:  Patología:  Fecha:
3. ¿Tiene alguna alteración física o sensorial?  Sí  No
- Indique cual:
4. ¿Ha sufrido algún accidente?  Sí  No
- Fecha:  Secuelas:
- Tratamiento:
5. ¿Le ha sido concedida algún tipo de invalidez o grado de minusvalía?  Sí  No
- En caso afirmativo, por favor indique, el tipo y causa
- 
6. ¿Le han aconsejado someterse o le han realizado algún chequeo, revisión médica o prueba diagnóstica (ej. Biopsia)?  Sí  No
- (Incluyendo electrocardiogramas, scanner, resonancia magnética, pruebas hepáticas o similares)
- En caso afirmativo, por favor indique, el tipo de chequeo o prueba, si ha sido realizado en forma ambulatoria u hospitalaria y si los resultados fueron normales
- 
7. ¿Ha padecido o padece de..
- Diabetes  Sí  No
- Transtornos hormonales  Sí  No
- Lupus  Sí  No
- Enfermedad cardíaca o cardiovascular  Sí  No
- Hipertensión arterial  Sí  No

## Declaración de Salud (continuación)

¿Ha padecido o padece de...

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Cáncer o tumor maligno .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedades del hígado (p. ej. hepatitis o cirrosis) .....                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedades digestivas .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedades del sistema respiratorio .....                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedades del sistema circulatorio .....                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedades del aparato endocrino .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedades mentales (p. ej. trastornos de ansiedad, depresión, epilepsia) ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedades del sistema nervioso .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Alguna dolencia del aparato locomotor .....                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedades reumatológicas (p. ej. fibromialgia, artrosis, artritis) .....       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Algún déficit visual o auditivo (miopía de más de 8 dioptrías, glaucoma) .....    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedades renales o biliares .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedades del páncreas .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedades de la piel (p. ej. psoriasis) .....                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedades hereditarias .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Malformaciones congénitas .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| SIDA o infección VIH .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermedades de transmisión sexual .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

En caso de que haya padecido alguna de las dolencias referidas, especificar en cada una de ellas, (Enfermedad, estado del diagnóstico, fecha último tratamiento/síntoma/consulta a un médico y tipo de tratamiento)

8. Ha padecido o padece alguna otra enfermedad, no mencionada anteriormente, que le haya obligado a estar bajo supervisión médica o tratamiento médico?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor indique cual

9. ¿Ha recibido alguna transfusión?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor indique motivo y fecha

10. ¿Le han recomendado algún tratamiento o medicación recientemente o ha precisado tomar de manera habitual alguna medicación?  Sí  No

Indique por favor tratamiento/medicación, motivo y fecha de inicio/finalización del tratamiento

11. ¿Toma o ha tomado, drogas, estimulantes u otros productos farmacéuticos?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor indique cual

12. Por favor indiquenos con datos actuales la siguiente información:

Peso (Kgs)  Altura (cms)  Tensión Arterial  /  Consumo diario de bebidas (indicar nº copas, vaso o cañas):  
 De licor:  De vino:  De cerveza:   
 Consumo diario de tabaco (indique su número):  Cigarrillos:  Pipas:  Puros:

Fecha

Firma de la persona a asegurar

