

## 1.- Datos del Asegurado

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

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 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. En caso de incapacidad, el beneficiario es el asegurado

## 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

### Capital Contratado

18.000 €  
9.000 €  
9.000 €  
12.000 €

### 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 contratada, 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



## 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, y 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](mailto: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 de datos que los demás datos, así como 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 obligaciones 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](mailto:delegadoprotecciondedatos@mupiti.com).

Le informamos que tiene Vd. derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos ([www.agpd.es](http://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 solicitante**

