

## 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  
 Incapacidad permanente parcial por accidente hasta  
 Incapacidad 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

Firma del Titular de la cuenta

ES







## 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..



# Solicitud de alta Seguro Complemento de Accidentes Reducidos

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales (LOPDGDD) se informa en los siguientes términos:

## Responsable del tratamiento:

Mutualidad de previsión social de peritos e ingenieros técnicos e industriales a prima fija (MUPITI)

C/ Orense 16, 1ª

28020 Madrid

## Finalidad:

Se 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 mantenerle informado de cuantas acciones y productos de la Mutualidad puedan ser de su interés.

## Conservación:

Los datos serán conservados mientras exista relación con la mutualidad y el tiempo necesario para satisfacer las obligaciones legales a las que Mupiti venga obligada.

## Base de legitimación

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).

## Destinatarios

Los datos facilitados podrán ser comunicados a terceros única y exclusivamente en el contexto de la ejecución de la relación contractual y en el caso de determinados servicios complementarios, a terceras compañías aseguradoras para que tengan conocimiento del alta y puedan proporcionarle el servicio de asistencia correspondiente si Vd. lo demandase. También podremos comunicar sus datos a las entidades financieras para el cobro de las prestaciones y a las Administraciones Públicas si somos requeridos en el cumplimiento de nuestras obligaciones legales.

## Derechos

Vd. podrá solicitar dejar de recibir información comercial en cualquier momento que nos lo solicite. Asimismo puede solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos personales enviando un email a [protecciondedatos@mupiti.com](mailto:protecciondedatos@mupiti.com) indicando el derecho que quiere ejercer (acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad) y una copia del documento que le identifique. En el caso de las comunicaciones comerciales podrá darse igualmente de baja en cada email comercial que reciba ya que 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.

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.

## Delegado de protección de datos

Hemos designado un Delegado de Protección de Datos con quien Vd. puede contactar en 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).

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

## Información muy importante:

A través de Mupiti se puede realizar el ejercicio libre de la profesión sin tener que darse de alta en la Seguridad Social.

¿Quieres recibir más información?  SI  NO

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 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
- 

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

Firma del solicitante

