

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

N° Mutualista

N° 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 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 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, Capitales asegurados (mínimo 6.000 €, máximo 120.000 €)

Capital base a contratar: € **Periodicidad Cuota:** Anual Semestral Trimestral Mensual

Garantías:
 Fallecimiento. (Obligatorio contratarlo)
 Incapacidad permanente absoluta
 Fallecimiento por accidente. (1)
 Incapacidad por accidente.(1)
 Fallecimiento por accidente de circulación. (2)
 Incapacidad por accidente de circulación.(2)
Notas: (1) Para contratar Fallecimiento/Incapacidad por accidente, tenemos que contratar también Fallecimiento/Incapacidad total respectivamente.

(2) Para contratar Fallecimiento/Incapacidad por accidente de circulación, tenemos que contratar también Fallecimiento/Incapacidad Absoluta y Fallecimiento/Incapacidad absoluta por accidente

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 / CIF

ES

IBAN

Entidad

Oficina

DC

Cuenta

 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) 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:

Mutua 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 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) 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.

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
- ¿Cuál es su profesión?
- Describe las tareas que desarrolla:
- ¿Cuál es la actividad de la empresa en que trabaja?
2. ¿Practica deportes como aficionado, y/o realiza actividades peligrosas (cualquier actividad aérea, puenting, escalada.....)? 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
- En caso afirmativo, por favor indique, de que tipo, y si es un producto de vida, capital asegurado y la entidad donde lo tiene contratado

Declaración de Salud

1. ¿Está de **BAJA LABORAL** o lo ha estado más de 15 días consecutivos en los últimos cinco años? (Omitir las bajas por maternidad y/o paternidad) Sí No
- Duración: Motivo:
2. ¿Ha sido **TRATADO, EXAMINADO EN HOSPITALES O CLÍNICAS**, y/o sometido a alguna **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**? (Omitir reconocimientos de empresa en los que no le hayan recomendado consultar a un médico) Sí No
- Motivos y fecha de ocurrencia:
3. ¿Tiene alguna alteración física o sensorial? Sí No
- Indique cual:
4. ¿Ha sufrido algún accidente? Sí No
- Fecha: Secuelas:
- Tratamiento:
5. ¿Está tramitando o tiene algún tipo de **INVALIDEZ, INCAPACIDAD o MINUSVALÍA** reconocida o no? Sí No
- Grado, fecha de reconocimiento y causas/s:
6. ¿Está tramitando, le han aconsejado hacerlo o tiene cita programada con algún médico especialista o consulta de alguna especialidad médica? Sí No
- ¿Le han realizado o tiene previsto realizarse alguna de las siguientes **PRUEBAS MÉDICAS**: Examen Radiológico, Electrocardiograma, Electroencefalograma, Ecocardiograma, Ecografía, TAC (tomografía computerizada), Resonancia magnética, Endoscopia, Biopsia, Angiografía, Cateterismo, Stent, Pruebas hepáticas o test VIH - SIDA? ¿Le han aconsejado o prescrito algún tratamiento o alguna prueba adicional? (Omitir ecografías realizadas como consecuencia de embarazo) Sí No
- Tipo de prueba/s, fecha/s de realización de la/s prueba/s, resultado/s y motivo/s:

Declaración de Salud (continuación)

7. Le han diagnosticado

¿Algún tipo de cáncer o tumor, o se encuentra bajo seguimiento o supervisión médica por posible tumor maligno? _____ Sí No

Tipo/s, fecha/s de diagnóstico y tratamiento/s:

¿Alguna enfermedad del CORAZÓN o VASCULAR como infarto, angina de pecho, accidente cerebrovascular, hipertensión, arritmia u otras? _____ Sí No

Enfermedad/es, fecha/s de los diagnósticos y tratamientos/s recibido/s:

¿Alguna enfermedad o trastorno METABÓLICO, ENDOCRINO o HEMATOLÓGICO como diabetes, colesterol elevado, triglicéridos elevados, bocio, hipertiroidismo, hipotiroidismo, nódulos en la tiroides, anemia, talasemia, hemocromatosis, hemofilia, trombocitemia, trombosis, leucemia, linfomas u otras? _____ Sí No

Enfermedad/es, fecha/s de los diagnósticos y tratamientos/s recibido/s:

¿Alguna enfermedad RESPIRATORIA como asma, bronquitis crónica, enfisema, apnea del sueño, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) u otras? _____ Sí No

Enfermedad/es, fecha/s de los diagnósticos y tratamientos/s recibido/s:

¿Alguna enfermedad INFECCIOSA como SIDA, hepatitis B/C, tuberculosis u otras infecciones graves o es portador del VIH? _____ Sí No

Enfermedad/es, fecha/s de los diagnósticos y tratamientos/s recibido/s:

¿Alguna enfermedad AUTOINMUNE como lupus, celiaquía, esclerodermia, vasculitis, miastenia grave, hepatitis autoinmune u otras? _____ Sí No

Enfermedad/es, fecha/s de los diagnósticos y tratamientos/s recibido/s:

¿Alguna enfermedad del APARATO DIGESTIVO o del HÍGADO como hepatitis, pancreatitis, cirrosis, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, úlcera gástrica u otras? _____ Sí No

Enfermedad/es, fecha/s de los diagnósticos y tratamientos/s recibido/s:

¿Alguna enfermedad RENAL, UROLÓGICA o GINECOLÓGICA como insuficiencia renal, glomerulonefritis, cálculo renal, cólico nefrítico, pielonefritis, enfermedad poliquística, SOP (síndrome de ovario poliquístico), mioma, quistes de mama y/o útero, pólipos u otras? _____ Sí No

Enfermedad/es, fecha/s de los diagnósticos y tratamientos/s recibido/s:

¿Alguna enfermedad del SISTEMA NERVIOSO, como epilepsia, convulsiones, vértigo, síncope, migrañas, temblor, parálisis, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, ELA (esclerosis lateral amiotrófica), parálisis bulbar o pseudobulbar, esclerosis lateral primaria, atrofia muscular espinal, enfermedad de Alzheimer u otras? _____ Sí No

Enfermedad/es, fecha/s de los diagnósticos y tratamientos/s recibido/s:

¿Alguna enfermedad PSÍQUICA como depresión, anorexia, trastorno bipolar, esquizofrenia u otras? _____ Sí No

Enfermedad/es, fecha/s de los diagnósticos y tratamientos/s recibido/s:

¿Algún trastorno o enfermedad relacionados con el SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO (huesos, articulaciones, espina dorsal, discos vertebrales, músculos, ligamentos, tendones) como artritis, artrosis, hernia discal, reumatismo, distrofia muscular, poliomielitis, síndrome de fatiga crónica, fibromialgia u otras? _____ Sí No

Enfermedad/es, fecha/s de los diagnósticos y tratamientos/s recibido/s:

¿Algún trastorno o enfermedad relacionados con LA VISTA o EL OIDO como glaucoma, miopía mayor de 8 dioptrías, ceguera, hipoacusia, sordera u otras? _____ Sí No

Enfermedad/es, fecha/s de los diagnósticos y tratamientos/s recibido/s:

¿Algún trastorno o enfermedad relacionados con LA PIEL como psoriasis, hidradenitis supurativa u otras? _____ Sí No

Enfermedad/es, fecha/s de los diagnósticos y tratamientos/s recibido/s:

Declaración de Salud (continuación)

- ¿Sufre alguna **malformación**? _____ Sí No
 En caso afirmativo, por favor indique cual:
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. ¿Consume o ha consumido de forma crónica o temporal algún **MEDICAMENTO** con o sin prescripción médica? _____ Sí No
 Indicar medicamento/s, fecha/s de inicio y duración/es:
11. ¿Consume o ha consumido **ALCOHOL y/o DROGAS**? (En el caso de **ALCOHOL**, conteste afirmativamente si consume o ha consumido más de 3 unidades de alcohol/día o más de 14 a la semana. Una unidad de alcohol equivale a: 1 vaso de vino o 1 tercio (33cl) de cerveza o una copa de licor (whisky, vodka, ginebra, ron...)) _____ Sí No
12. ¿Es o ha sido fumador en los últimos 10 años? _____ Sí No
 En caso afirmativo, indique la cantidad diaria:
13. Por favor, indíquenos con **datos actuales** la siguiente información:
- Peso (kgs): Altura (cms) Tensión Arterial: //

Autorizaciones y Aceptaciones

La aseguradora podrá requerirle información complementaria respecto de las aclaraciones realizadas.

Autorizo a los médicos y personas que la Entidad necesite consultar, a dar confidencialmente los informes que ésta precisara.

El solicitante del seguro queda informado de que los datos personales solicitados son los que se consideran necesarios para la formalización del presente contrato y el mantenimiento de la relación establecida entre las partes. Dichos datos se incorporan a fichero del Asegurador, a quien autoriza para el tratamiento automatizado de los mismos para su utilización en relación con el desenvolvimiento de la relación contractual y la oferta y contratación de sus productos y servicios, y su conservación hasta que hayan prescrito las acciones derivadas del contrato u operación de que se trate.

También autoriza el solicitante del seguro al Asegurador a ceder los datos a otras Entidades Aseguradoras por razones de reaseguro o cesión de cartera o con fines estadísticos-actuariales, o en su caso de prevención del fraude.

El Solicitante del Seguro, queda asimismo informado de su derecho de acceso, rectificación y cancelación, en su caso, de sus datos personales, pudiendo ejercitar estos derechos en el domicilio social del Asegurador, responsable del fichero.

El Solicitante/Asegurado consiente expresamente a que los datos de salud recogidos en el presente documento, así como cualquier información médica facilitada, puedan ser utilizados por la Entidad Aseguradora para conocer y valorar la verdadera entidad del riesgo de los contratos de seguro que el Solicitante/Asegurado tuviese contratados con anterioridad en la Entidad Aseguradora, así como los futuros que pudiese contratar, pudiendo, en consecuencia, la Entidad Aseguradora oponerse al pago de las prestaciones previstas en dichos seguros, cancelarlos u oponerse a su contratación y/o modificar la prima y/o garantías pactadas en dichos contratos, en el caso de que del presente cuestionario se desprendan omisiones del Solicitante/Asegurado.

Las autorizaciones para cesión de datos y comunicaciones, serán revocables en cualquier momento por los titulares de los datos, mediante comunicación escrita dirigida al Asegurador en la que se deberá indicar si la revocación es total o parcial, expresando claramente este último la cesión o tipo de comunicación revocada.

La declaración de salud no será objeto de cesión, sólo será utilizada por el Asegurador.

Atención: Las respuestas a las preguntas de este cuestionario tienen incidencia en la valoración del riesgo por la Entidad Aseguradora. El Contrato de Seguro que Ud. solicita es de "máxima buena fe" y Mupiti confía en sus declaraciones y le informa de que las falsedades, omisiones o inexactitudes podrían llegar a invalidarlo, pudiendo suponer la reducción proporcional de la indemnización en caso de siniestro, o incluso la denegación de la misma.

El solicitante del seguro declara que ha leído el cuestionario de salud y/o que ha respondido a las preguntas que se le han hecho, que ha contestado verazmente y sin reservas a las preguntas que contiene, que no tiene nada que añadir sobre su estado de salud y que recibe una copia del mismo junto con el título del contrato de seguro.

Fecha

Firma de la persona a asegurar



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