



Póliza colectiva de seguro de vida e invalidez permanente absoluta



Boletín de:

Solicitud de adhesión Solicitud de modificación

Fecha en la que desea darse de alta (1): 1 Enero 1 Abril 1 Julio 1 Octubre

En caso de solicitud de nueva alta o solicitud de modificación por mayor capital asegurado, cumplimentar todos los datos.
En otros casos cumplimentar únicamente los datos modificados.

(1) Rellenar este impreso no supone el alta automática ni la entrada en vigor de la cobertura de la póliza, dado que se realiza un proceso de admisión que debe ser superado.

Datos del Solicitante / Asegurado

Apellidos y nombre: _____ F. nacimiento: _____
 Tipo Doc: N I F NIE Num.: _____ Hombre Mujer E. civil: _____ Profesion: _____
 Domicilio particular (CL/PL): _____
 Localidad: _____ Código Postal: _____ Provincia: _____
 Email: _____ Teléfono: _____ Móvil: _____ Fijo: _____
 Colegiado Nº _____ del Colegio Oficial de Ingenieros Industriales de _____

SOLICITA: La incorporación a la Póliza Colectiva en la modalidad siguiente: _____ Euros / trimestre
 (Consultar con el personal del Colegio las opciones de módulos de cuota trimestral a contratar.)

Si no se realiza designación expresa de beneficiarios, los mismos serán los herederos legales (Ver artículo 18 de las Condiciones Generales). En el caso de designación expresa con mas de un beneficiario, indicar si el importe debe ser repartido entre todos los beneficiarios y de que forma, o según el orden señalado y excluyente.
 El asegurado puede modificar la designación cuando lo estime oportuno, mediante notificación por escrito al asegurador.

Designación Expresa de Beneficiarios. (No es necesario rellenar, leer punto anterior)

Marcar con una x la casilla que corresponda:

- 1 Herederos legales.
 2 Libre designación
 1. D./Dña. NIF:
 2. D./Dña. NIF:
 3. D./Dña. NIF:

A partes iguales

Por orden prevalente y excluyente

Indicaciones sobre la designación de beneficiarios

El/la solicitante

Firma y fecha: _____ En _____ a _____ de _____ de _____

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y del Reglamento que la desarrolla, así como de la Ley 34/2002, de 11 de Julio (Ley de Servicios de Información y del Comercio Electrónico), MUTUALIDAD DE LA INGENIERIA le comunica la inclusión de los datos facilitados en un fichero para su tratamiento automatizado, cuya finalidad es el establecimiento y desarrollo de la relación contractual aseguradora y/o, si procede, de Socio Mutualista. El responsable del fichero es MUTUALIDAD DE LA INGENIERÍA, con domicilio en la ciudad de Madrid, Calle Téllez 24, 1ª planta oficina 3, que garantiza a todos los efectos la confidencialidad de dicha información, así como el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y, en su caso, cancelación. Tales derechos podrán ser ejercidos enviando a la dirección anteriormente indicada una solicitud firmada al respecto, en la que se incluya el nombre, apellidos y fotocopia del DNI del solicitante. Por la aceptación de la presente solicitud, usted otorga el permiso expreso para que AMIC, MUTUALIDAD DE LA INGENIERÍA realice el tratamiento de sus datos, incluyendo aquellos que puedan ser considerados sensibles, de acuerdo con la legislación aplicable de protección de datos. Usted autoriza a que los datos facilitados puedan ser cedidos a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude. Se entiende, salvo que se manifieste lo contrario del modo establecido anteriormente, que estos datos podrán ser utilizados con fines comerciales y ser cedidos a las entidades del grupo MUTUALIDAD DE LA INGENIERÍA: MUTUALIDAD DE LA INGENIERÍA y CORREDURÍA DE LA INGENIERIA, AMIC, S.L.U., para remitir información por medios tradicionales o cualquier medio de comunicación electrónico, sobre cualesquiera bienes o servicios que tales entidades comercialicen directa o indirectamente. Asimismo le informamos de que los datos facilitados pueden ser cedidos a otras entidades reaseguradoras para fines de reaseguro. La obtención de sus datos y las declaraciones son necesarias para la efectiva formalización del contrato, pudiéndose denegar la formalización del seguro en caso contrario. El solicitante manifiesta expresamente haber recibido la información a que se refieren los artículos 104 y 105 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (RD 2486/1998 de Noviembre) de conformidad con lo establecido en el artículo 107 de la referida normativa.



Póliza colectiva de seguro de vida e invalidez permanente absoluta



Cuestionario reservado (Declaración de salud del solicitante)

1. ¿Tiene Vd. ya un seguro de vida? En caso afirmativo, ¿en qué Compañía? ¿Cuál es el capital asegurado?	
2. ¿Ha presentado Vd. a Compañías de Seguros sobre la Vida, solicitudes que hayan sido aplazadas, rechazadas o aceptadas en condiciones especiales?	
3. ¿Ha sufrido Vd. enfermedades graves? En caso afirmativo: ¿Cuáles? Indicar para cada una de ellas, la época y la duración. ¿Consecuencias actuales?	
4. ¿Ha sufrido Vd. operaciones quirúrgicas? En caso afirmativo: ¿Cuáles? ¿En qué fecha? ¿Cuáles fueron sus secuelas?	
5. ¿Ha consultado Vd. con un médico durante los cinco últimos años? En caso afirmativo: ¿con motivo de qué enfermedades?	
6. ¿Ha sufrido Vd. un examen médico para su admisión en la Empresa a que Vd. pertenece? ¿Cuándo?	
7. ¿Ha fallecido su padre? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad?	
8. ¿Ha fallecido su madre? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad?	
9. ¿Ha fallecido algún hijo suyo? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad?	
10. ¿Cuál es su peso (kg)?	
11. ¿Cuál es su altura (cm)?	
12. ¿Se encuentra Vd. en estado de invalidez total o parcial? En caso afirmativo, sírvase indicar la clase de invalidez.	

El abajo firmante, autoriza que los datos recabados en este formulario sean incluidos en un fichero de datos de carácter personal para el desarrollo y cumplimentación del seguro contratado. Asimismo, autoriza expresamente la comunicación de sus datos a profesionales sanitarios para el diagnóstico médico y la incorporación de sus conclusiones en el mencionado fichero. AMIC, Mutualidad de la Ingeniería, MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA, con domicilio en calle Téllez nº24, 1º of 3, Madrid, como responsable del fichero, garantiza el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos facilitados. El solicitante declara que los datos anteriores son verdaderos, y que no se ha incidido en inexactitudes o reticencias.

Firma y fecha:

En

a

de

de