



**ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE LA INGENIERÍA CIVIL, M.P.S.
PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE
CONSEJO SUPERIOR DE COLEGIOS DE INGENIEROS DE MINAS- NÚM. 1557 –
(POSTGRADUADOS)**

BOLETÍN DE : - SOLICITUD DE ADHESIÓN

- SOLICITUD DE MODIFICACIÓN

En caso de solicitud de nueva alta, cumplimentar todos los datos. En otros casos cumplimentar únicamente los datos modificados.

1 ^{er} Apellido:		2 ^o Apellido:		Nombre:	
F. Nacimiento:		Sexo: (M/F)	N.I.F.:	Profesión:	
Domicilio:					
Localidad:			C. Postal:	Provincia:	
Teléfono fijo:		Teléfono Móvil:		E_mail:	
Colegiado nº del Colegio Oficial de Ingenieros de Minas de:					

SOLICITA: La incorporación a la Póliza Colectiva 1557 en los términos de Capital Asegurado por fallecimiento o invalidez absoluta y permanente de:

18.030,36 €

Designación de Beneficiarios del capital por fallecimiento (1)		
	Apellidos y Nombre:	N.I.F. :
1		
2		
3		
4		

Indicaciones sobre la designación de beneficiarios _____

Firmado en _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA SOLICITANTE

(1) En el caso de designar varios beneficiarios indicar si el importe debe ser proporcional o según el orden señalado. En defecto de designación serán beneficiarios los herederos legales. El Asegurado puede modificar la designación hecha cuando lo estime oportuno, mediante notificación por escrito al Asegurador.

El solicitante declara haber recibido del tomador la información a que se refieren los artículos 104 (Deber general de información al Tomador), 105 (Deber particular de información en el caso de los seguros sobre la vida) y 106 (Seguros Colectivos) del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (RD 2486/1998 de noviembre), de conformidad con lo establecido en el artículo 107 (Constancia de la recepción de la información) de la referida normativa.

Cumplimentar dorso.

CUESTIONARIO RESERVADO (DECLARACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE)

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

El abajo firmante declara que son exactas y sinceras las respuestas anteriores. Cualquier información sobre declaración de salud puede ser completada mediante un escrito adjunto firmado por el solicitante. La omisión o inexactitud de lo declarado puede afectar a la validez del Seguro.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA SOLICITANTE

La cumplimentación de los datos personales expresados se realiza por el interesado de forma totalmente voluntaria, siendo necesaria para el mantenimiento de las relaciones y el cumplimiento del contrato de seguro. Los datos facilitados se incluirán en ficheros que se conservarán de forma confidencial y de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal y en especial en la Ley 15/1999 de 13 de diciembre, por AMIC MUTUALIDAD. El solicitante podrá dirigirse a la Entidad Aseguradora para pedir su consulta y actualización, o ejercer sus derechos de rectificación, oposición o cancelación, si así lo desea. El interesado otorga su consentimiento expreso para que dichos datos sean conservados, aun cuando no llegara a emitirse la póliza correspondiente o se anulara, y puedan ser cedidos a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines de colaboración estadístico-actuarial o para prevención del fraude.