



ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE LA INGENIERÍA CIVIL, M.P.S.  
PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE  
COLEGIO OFICIAL DE INGENIEROS AGRÓNOMOS DE CENTRO

BOLETÍN DE: - SOLICITUD DE ADHESIÓN   
- SOLICITUD DE MODIFICACIÓN

FECHA DE ALTA (1):

1er Apellido:		2º Apellido:		Nombre:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha Nacimiento:	Sexo:	N.I.F.:	Profesión:		
<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Domicilio:					
<input type="text"/>					
Localidad:			C. Postal:	Provincia:	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tfno. fijo:	Tfno. móvil:	e-mail:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Colegiado nº:  del Colegio Oficial de Ingenieros Agrónomos de Centro.

**SOLICITA:** La incorporación a la Póliza Colectiva MW02 10001 en los términos de Capital Asegurado por Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente de: **3.500,00 €**

Designación de Beneficiarios del capital por fallecimiento (2)		
Apellidos y Nombre:		N.I.F.:
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indicaciones sobre la designación de beneficiarios
<input type="text"/>

Firmado en  a  de  de 201

**EL/LA SOLICITANTE**

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

(2) 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 here-deros 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 los Seguros Privados (R.D. 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 al dorso.**

**CUESTIONARIO RESERVADO**  
(DECLARACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE)

¿Tiene Vd. ya un seguro de vida? En caso afirmativo: ¿En que Compañía? ¿Cual 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: ¿Cuales? Indicar para cada una de ellas, la época y la duración. ¿Consecuencias actuales?	
¿Ha sufrido Vd. operaciones quirúrgicas? En caso afirmativo: ¿Cuales? ¿En que fecha? ¿Cuales fueron sus secuelas?	
¿Ha consultado Vd. con un medico durante los cinco últimos años? En caso afirmativo: ¿Con motivo de que enfermedades?	
¿Ha sufrido Vd. un examen medico para su admisión en la Empresa a que Vd. pertenece? ¿Cuando?	
¿Ha fallecido su padre? ¿De que enfermedad? ¿A que edad?	
¿Ha fallecido su madre? ¿De que enfermedad? ¿A que edad?	
¿Ha fallecido algún hijo suyo? ¿De que enfermedad? ¿A que edad?	
¿Se encuentra Vd. en estado de invalidez total o parcial? En caso afirmativo, sírvase indicar la clase de invalidez.	
¿Cual es su peso (Kg.)? <input type="text"/>	¿Cual es su altura (cm)? <input type="text"/>

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.

Firmado en  a  de  de 2.01

**EL/LA SOLICITANTE**