



**ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE LA INGENIERÍA CIVIL, M.P.S.
PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE VIDA
COLEGIO OFICIAL DE INGENIEROS NAVALES Y OCEÁNICOS- NÚM. 1579 -**

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 Navales y Oceánicos					

SOLICITA: La incorporación a la Póliza Colectiva 1579 en los términos de Capital Asegurado establecido. (en función de la edad declarada).

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 talla?	
¿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

