



SEDE CENTRAL: C/. José de la Cámara, 5  
Edif. Luis Montoto II, 1ª Plt. 41018 SEVILLA  
Tlf.: 954 98 74 74 · Fax: 954 98 84 09  
Tlf. 24 Horas: 902 11 11 75  
www.montepioconductores.com

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Fecha efecto      Fecha vencimiento  
/ /      al      / /

SOCIO Nº ..... MEDIADOR Nº .....

## SOCIO TOMADOR

Nombre		Apellido 1		Apellido 2		Profesión	
Natural de		Provincia de		Estado Civil		Fecha nacimiento	
Domicilio		C.P.		Población		Provincia	
E-mail*		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil			
Procede del socio Nº		Nombre					

\* Importante cumplimentar

## BENEFICIARIOS

TITULAR	PRESTACIONES	JURÍDICO G - .....							
1	CUOTA/MES								
BENF. 2	CUOTA/MES								
BENF. 3	CUOTA/MES								
4	CUOTA/MES								
BENF. 5	CUOTA/MES								
BENF. 6	CUOTA/MES								

## COBERTURAS Y CUOTAS MENSUALES

Serv. Jurídico: Titular + Nº Beneficiarios Nº Personas	Cuota mes	I. T. Baremada (enfermedad y accidente) Cobertura diaria      Franquicia	Cuota mes	Vida (enfermedad y accidente) Capital Fallecimiento      Capital Invalidez Abs.	Cuota mes
Serv. Deceso Nº Personas	Cuota mes	Grupo: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/>		Accidente e Invalidez Capital Asegurado      Grupo G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3 <input type="checkbox"/>	Cuota mes
Repatriación Nº Asegurados	Cuota mes	Serv. Médico Modalidad      Nº Personas	Cuota mes	Tradicional <input type="checkbox"/> / Básica <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>	
Socorro Defunción Capital Asegurado	Cuota mes	Mod. A <input type="checkbox"/> Mod. B <input type="checkbox"/> Mod. C <input type="checkbox"/> Mod. D <input type="checkbox"/> Salud 100 <input type="checkbox"/>		Asistencia Sanitaria Accidente Grupo G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3 <input type="checkbox"/>	Cuota mes
Serv. Asistencia Viaje Nº de Vehículo	Cuota mes	Retirada Carné Capital Asegurado	Cuota mes	Dependencia Capital Asegurado	Cuota mes
VEHÍCULOS Marca	Modelo	Hospitalización Capital Asegurado	Cuota mes	Soc. Paralización Vehículo Nº de Vehículos      Efectiva <input type="checkbox"/> Presupuestada <input type="checkbox"/>	Cuota mes
Privado <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/>		Soc. Paralización Vehículo Nº de Vehículos      Efectiva <input type="checkbox"/> Presupuestada <input type="checkbox"/>	Cuota mes	TOTAL CUOTA MES	Total Cuota mes

## DATOS BANCARIOS

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D. C.	Nº CUENTA
------	---------	---------	-------	-----------

## FORMA DE PAGO

Día Remesa      ANUAL  SEMESTRAL  TRIMESTRAL  BIMENSUAL

Si el socio Tomador es distinto al titular de la cuenta bancaria, deberá especificar nombre y D.N.I. del titular de la misma y firmar en el espacio reservado para ello.

Titular de la cuenta:  Socio Tomador       Beneficiario nº: \_\_\_\_\_       Nombre: Don/Dña. \_\_\_\_\_      D.N.I.: \_\_\_\_\_

### DEBER DE INFORMACIÓN AL ASEGURADO. Información Básica sobre Protección de Datos

Responsable del tratamiento	MONTEPIO DE CONDUCTORES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA
Finalidad del tratamiento	Gestionar la prestación de servicios contratada y proporcionarle asesoramiento necesario en materia de seguros, y la remisión por cualquier medio, electrónico o de otra naturaleza, de comunicaciones comerciales para hacerle participe de nuevas promociones, ofertas o descuentos en el sector del seguro que puedan ser de su interés.
Legitimación del tratamiento	Ejecución del contrato y consentimiento del interesado para recibir comunicados comerciales.
Destinatarios	Se cederán datos a colaboradores y agentes relacionados con los sectores de los seguros privados, a entidades aseguradoras, reaseguradoras, y a Administraciones públicas que lo soliciten. No se realizarán transferencias internacionales de datos salvo las estrictamente necesarias relacionadas con los servicios contratados.
Derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la página web: www.montepioconductores.com Documento disponible para su descarga desde la URL: https://www.montepioconductores.com/proteccion-de-datos/

Si       No. Consiente que contacten con Ud. para informarle sobre productos y servicios, nuevas promociones, ofertas y descuentos en el sector seguros por parte de Montepío de Conductores, M. P. S. o entidades participadas de la misma Mutualidad así como empresas con las que se mantienen acuerdos de colaboración.

**Declara haber sido informado y otorgado su consentimiento expreso para los tratamientos de sus datos y finalidades, según las condiciones indicadas, siendo necesario para el mantenimiento de las relaciones y el cumplimiento del contrato seguro.**

Mediante el presente documento de solicitud de inscripción a la Mutualidad dirigido a su Junta Directiva, quien suscribe como futuro socio titular manifiesta quedar enterado y conforme con el contenido de los vigentes Reglamentos y Estatutos de la Mutualidad **y declarando bajo juramento y su propia responsabilidad que no padece enfermedad ni lesión o patología alguna que no haya sido declarada expresamente ni propia ni de los beneficiarios incluidos en su padrón familiar.**

Autoriza a la Mutualidad el cargo efectivo de los recibos en la cuenta de su titularidad apuntada a partir de la fecha de contratación. En prueba de conformidad y autorización respecto a todos los apartados anteriores.

En....., a las..... horas del día..... de..... de 20.....

Firma Socio Tomador:

Firma Titular Cuenta:

Nota: Continúa al dorso

Ejemplar para la Central

**PADRÓN FAMILIAR (En caso de tratarse de menor de edad o incapacitado se cumplimentará por el representante legal)**

1	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
	Estado	Parentesco	D.N.I./C.I.F.
		Profesión	Grupo
		Fecha de Nacimiento	Serv. Entierro (C.P.)

**DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD "VIDA INTEGRAL"/"DECESO": CAPITAL FALLECIMIENTO..... CAPITAL INVALIDEZ.....**  
**El solicitante declara que:** 1. Se encuentra en buen estado de salud, sin que tenga conocimiento de ninguna enfermedad y/o accidente, por los que deba ponerse en tratamiento médico, ni pueda derivar su fallecimiento o incapacidad permanente.  Si  No  
 2. ¿Tiene contratado otro seguro de fallecimiento o incapacidad permanente?.  Si  No

**PROTECCIÓN DE DATOS** Declara haber sido informado y otorgado su consentimiento expreso para los tratamientos de sus datos, según las condiciones indicadas, y finalidades, siendo necesario para el mantenimiento de las relaciones y el cumplimiento del contrato seguro.

Firma
Interesado o representante legal.

2	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
	Estado	Parentesco	D.N.I./C.I.F.
		Profesión	Grupo
		Fecha de Nacimiento	Serv. Entierro (C.P.)

**DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD "VIDA INTEGRAL"/"DECESO": CAPITAL FALLECIMIENTO..... CAPITAL INVALIDEZ.....**  
**El solicitante declara que:** 1. Se encuentra en buen estado de salud, sin que tenga conocimiento de ninguna enfermedad y/o accidente, por los que deba ponerse en tratamiento médico, ni pueda derivar su fallecimiento o incapacidad permanente.  Si  No  
 2. ¿Tiene contratado otro seguro de fallecimiento o incapacidad permanente?.  Si  No

**PROTECCIÓN DE DATOS** Declara haber sido informado y otorgado su consentimiento expreso para los tratamientos de sus datos, según las condiciones indicadas, y finalidades, siendo necesario para el mantenimiento de las relaciones y el cumplimiento del contrato seguro.

Firma
Interesado o representante legal.

3	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
	Estado	Parentesco	D.N.I./C.I.F.
		Profesión	Grupo
		Fecha de Nacimiento	Serv. Entierro (C.P.)

**DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD "VIDA INTEGRAL"/"DECESO": CAPITAL FALLECIMIENTO..... CAPITAL INVALIDEZ.....**  
**El solicitante declara que:** 1. Se encuentra en buen estado de salud, sin que tenga conocimiento de ninguna enfermedad y/o accidente, por los que deba ponerse en tratamiento médico, ni pueda derivar su fallecimiento o incapacidad permanente.  Si  No  
 2. ¿Tiene contratado otro seguro de fallecimiento o incapacidad permanente?.  Si  No

**PROTECCIÓN DE DATOS** Declara haber sido informado y otorgado su consentimiento expreso para los tratamientos de sus datos, según las condiciones indicadas, y finalidades, siendo necesario para el mantenimiento de las relaciones y el cumplimiento del contrato seguro.

Firma
Interesado o representante legal.

4	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
	Estado	Parentesco	D.N.I./C.I.F.
		Profesión	Grupo
		Fecha de Nacimiento	Serv. Entierro (C.P.)

**DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD "VIDA INTEGRAL"/"DECESO": CAPITAL FALLECIMIENTO..... CAPITAL INVALIDEZ.....**  
**El solicitante declara que:** 1. Se encuentra en buen estado de salud, sin que tenga conocimiento de ninguna enfermedad y/o accidente, por los que deba ponerse en tratamiento médico, ni pueda derivar su fallecimiento o incapacidad permanente.  Si  No  
 2. ¿Tiene contratado otro seguro de fallecimiento o incapacidad permanente?.  Si  No

**PROTECCIÓN DE DATOS** Declara haber sido informado y otorgado su consentimiento expreso para los tratamientos de sus datos, según las condiciones indicadas, y finalidades, siendo necesario para el mantenimiento de las relaciones y el cumplimiento del contrato seguro.

Firma
Interesado o representante legal.

5	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
	Estado	Parentesco	D.N.I./C.I.F.
		Profesión	Grupo
		Fecha de Nacimiento	Serv. Entierro (C.P.)

**DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD "VIDA INTEGRAL"/"DECESO": CAPITAL FALLECIMIENTO..... CAPITAL INVALIDEZ.....**  
**El solicitante declara que:** 1. Se encuentra en buen estado de salud, sin que tenga conocimiento de ninguna enfermedad y/o accidente, por los que deba ponerse en tratamiento médico, ni pueda derivar su fallecimiento o incapacidad permanente.  Si  No  
 2. ¿Tiene contratado otro seguro de fallecimiento o incapacidad permanente?.  Si  No

**PROTECCIÓN DE DATOS** Declara haber sido informado y otorgado su consentimiento expreso para los tratamientos de sus datos, según las condiciones indicadas, y finalidades, siendo necesario para el mantenimiento de las relaciones y el cumplimiento del contrato seguro.

Firma
Interesado o representante legal.

**OBSERVACIONES**


**SEGURO DE VIDA**

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA COBERTURA POR FALLECIMIENTO**

Sr./Sra.:	DNI	%
Sr./Sra.:	DNI	%
Sr./Sra.:	DNI	%
Sr./Sra.:	DNI	%

Por partes iguales  Por orden preferente y excluyente que se indica  Otros (indicar % de reparto)

En caso de fallecimiento del Asegurado, y en ausencia de designación expresa hecha por el mismo, regirá el orden de prelación preferente y excluyente que se establece a continuación: 1) Cónyuge 2) Hijos o descendientes por partes iguales 3) Padres 4) Hermanos 5) Herederos Legales.

**DATOS NECESARIOS PARA LA CONTRATACIÓN DE I.T.**

BENF.	EMPRESA DONDE TRABAJA	DIRECCIÓN	TELÉFONO