



Castellà  Català

Núm. Doc. Assoc.  A complimentar per l'Asseguradora (1) Mod. Doc. Núm. Assoc. \_\_\_\_\_

Codi Mediator \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_

Data Efecte \_\_\_\_\_

Periodicitat de pagament: M  T  S  A

Revalorització: IPC  Sense  % Fix

### Dades del Soci Mutualista

Cognoms i Nom \_\_\_\_\_ Sexe H  D  Persona: F  J

NIF/CIF \_\_\_\_\_ Adreça \_\_\_\_\_ Núm. \_\_\_\_\_ Pis \_\_\_\_\_

Població \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Tel. fixe \_\_\_\_\_ Mòbil \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Dades de l'Assegurat. El mateix Soci Mutualista en cas afirmatiu, respondre només les preguntes amb (\*)

\*Treballa per: Compte propi  Compte aliè  NIF/CIF \_\_\_\_\_

Cognoms i Nom \_\_\_\_\_ Sexe H  D

\*Data de naixement \_\_\_\_\_ Adreça \_\_\_\_\_ Núm. \_\_\_\_\_ Pis \_\_\_\_\_

Població \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Tel. particular \_\_\_\_\_ Tel. mòbil \_\_\_\_\_ \*Tel. empresa \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ \*Esports que practica \_\_\_\_\_

\*Professió \_\_\_\_\_ \*Detall activitat prof. \_\_\_\_\_

### Informació addicional (marcar el que procedeixi)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí No Personal sanitari d'àmbit laboral exclusivament privat | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí No Utilitza maquinària de tall, dentada o de pressió      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Utilització professional del vehicle                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Treballa en bastides, torres o suspès a més de 5 m. d'alçada |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Utilitza maquinària industrial pesada                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Realitza immersions amb aparells de respiració               |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Manipula materials corrosius, explosius o tòxics             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Practica esports de risc. Especificar _____                  |

### Prestacions i capitals assegurats en €

Opcions de contractació. Marcar amb una X, els productes o combinació de productes ofertats, l'opció de capitals (A,B,C o altres combinacions) y la franquícia desitjada

	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	Altres capitals <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Protecció Professional (2)</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Protecció Vida (3)</b>				
▶ Incapacitat absoluta per malaltia	30.000	60.000	90.000	_____
▶ Incapacitat absoluta per accident	30.000	60.000	90.000	_____
▶ Mort per malaltia	30.000	60.000	90.000	_____
▶ Mort per accident	30.000	60.000	90.000	_____
<input type="checkbox"/> <b>Protecció Accidents (3)</b>				
▶ Incapacitat permanent parcial per accident	% Barem	% Barem	% Barem	_____
▶ Incapacitat permanent absoluta per accident	30.000	60.000	90.000	_____
▶ Mort per infart	30.000	60.000	90.000	_____
▶ Mort per accident	30.000	60.000	90.000	_____
<input type="checkbox"/> <b>Protecció Baixa (3)</b>				
Núm. dies franquícia: 30 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>				
Cobertura: <input type="checkbox"/> Malaltia + Accidents <input type="checkbox"/> Malaltia <input type="checkbox"/> Accidents				
▶ Baixa laboral	30	60	90	_____
▶ Hospitalització	60	120	180	_____

(1) En cas d'inclusió/reducció/ampliació de capitals assegurats, especificar el capital desitjat

(2) Els diferents capitals que s'especifiquen, podrien ser acumulables segons el tipus de contingència que es produeixi

(3) Els diferents capitals que s'especifiquen, en cap cas seran acumulables i només es podrà rebre un dels capitals especificats

