altermútua
ADVOCATS

SOL·LICITUD D'INSCRIPCIÓ

Número Mutualista

Assessor Comercial: .....
Data d'efecte: .....

Motiu de la sol·licitud

☐ Alta com a opció alternativa
☐ Alta d'assegurats
☐ Alta com a opció complementària
☐ Modificació dades o ampliació de cobertures*

(*) Indicar-ne el motiu: .....

Dades del sol·licitant

Nom i cognoms ..... NIF .....
Domicili ..... Codi postal .....
Població ..... Província ..... Telèfon .....
Telèfon mòbil ..... Telèfon professional ..... Fax .....
e-mail ..... Data de naixement ..... Sexe: ☐ Home ☐ Dona
Advocat exercent: ☐ Sí ☐ No ☐ Compte propi ☐ Compte aliè Col·legi al que pertany: .....
Domiciliació bancària: Entitat Oficina DC Num. Compte

Dades de la persona a assegurar (només si és diferent del sol·licitant)

Nom i cognoms ..... NIF .....
Data de naixement ..... Sexe: ☐ Home ☐ Dona Professió: .....
Relació amb el mutualista: ☐ Parella ☐ Fill/a ☐ Pare/Mare ☐ Convivent ☐ Laboral ☐ Altres .....

Subscripció de prestacions alternatives al RETA

☐ Inscripció per a mutualistes fins a 50 anys: ☐ ALTER 3.0 (1) ☐ ALTER PLUS (2)

(2) (1) · Subsidi per Incapacitat Professional i Hospitalària
· Servei d'Enterrament
· Plà Previsió Assegurat: ☐ Revalorització ..... % ☐ Sense revalorització ☐ Edat al venciment: ..... anys
Aportació de ..... € ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual
· Assegurança de Vida (TAR): ☐ 50.000€ ☐ 60.000€ ☐ 70.000€ ☐ 80.000€
· Incapacitat Permanent Absoluta: ☐ Renda 1.200 €/mes ☐ Renda: ☐ Constant ☐ Creixent ..... %
· Mort per Accident: ☐ 50.000€ ☐ 60.000€ ☐ 70.000€ ☐ 80.000€
☐ Assegurança de Dependència: ☐ 1.000 €/mes ☐ 2.000 €/mes
☐ Subsidis econòmics: ☐ Interv. Quirúrgiques ☐ Despeses Mèdiques

☐ Inscripciò per a mutualistas a partir de 51 anys
· Estalvi Futur: ☐ Revalorització ..... % ☐ Sense revalorització ☐ Edat al venciment: ..... anys
Aportació de ..... € ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual
· Servei d'Enterrament
· Assegurança de Dependència: ☐ 1.000 €/mes ☐ 2.000 €/mes

Subscripció de prestacions complementàries

☐ Incapacitat Professional i Hospitalària
☐ Subsidis econòmics: ☐ Interv. Quirúrgiques ☐ Hospitalització ☐ Despeses Mèdiques
☐ Assegurança de Salut ☐ Ampliació pròtesis
☐ Estalvi Futur: ☐ Revalorització ..... % ☐ Sense revalorització Edat al venciment: ..... anys
Aportació de ..... € ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Única
☐ Pla Previsió Assegurat: ☐ Revalorització ..... % ☐ Sense revalorització Edat al venciment: ..... anys
Aportació de ..... € ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Única
☐ Mort (TAR): ☐ 10.000€ ☐ 20.000€ ☐ 30.000€ ☐ 40.000€ ☐ 50.000€ ☐ 60.000€ ☐ 70.000€ ☐ 80.000€
☐ Mort per Accident: ☐ 10.000€ ☐ 20.000€ ☐ 30.000€ ☐ 40.000€ ☐ 50.000€ ☐ 60.000€ ☐ 70.000€ ☐ 80.000€
☐ Invalidesa Perm.Total: ☐ 10.000€ ☐ 20.000€ ☐ 30.000€ ☐ 40.000€ ☐ 50.000€ ☐ 60.000€ ☐ 70.000€ ☐ 80.000€
☐ Incapacitat Permanent Absoluta: Renda ☐ 400€/mes ☐ 600€/mes ☐ 800€/mes ☐ 1.200€/mes ☐ ..... €/mes
☐ Assegurança de Dependència: ☐ 1.000 €/mes ☐ 2.000 €/mes
☐ Servei d'Enterrament
☐ Subsidi per la Retirada del Carnet de Conduir per Punts: ☐ 300€/mes ☐ 500€/mes ☐ 1.000€/mes
☐ Prestació d'Orfenesa: ☐ 200€/mes ☐ 400€/mes ☐ 600€/mes ☐ 800€/mes ☐ ..... €/mes
Renda: ☐ Constant ☐ Creixent ..... % Durada: ☐ Fins als 18 anys del menor ☐ Fins als 21 anys del menor
Menors a protegir: Nom i cognoms Data de naixement
....
....

ALTER MÚTUA DE PREVISIÓ SOCIAL DELS ADVOCATS DE CATALUNYA A QUOTA FIXA · CIF: V08264178 · Registre oficial d'entitats de previsió social número 0012 · Inscripció al Registre Mercantil de Barcelona: tom 24631, foli 40, full B71047
Roger de Lluria, 108 - 08037 Barcelona, T. 93 207 77 75 - F. 93 207 11 85 www.altermutua.com

Designació de beneficiaris en cas de mort (hereus): Indiqui nom, cognoms i NIF

.....

.....

Declaració de Salut

1. Ha patit o pateix alguna malaltia greu, infecciosa, del sistema circulatori, cardiorespiratòria, vascular, nerviosa, renal, digestiva, hepàtica, diabetis, hipercolesterolèmia o altres? ☐ Sí ☐ No
Quina? A quina edat? És crònica? És congènita? .....

2. Ha estat hospitalitzat o sotmès a intervenció quirúrgica alguna vegada? ☐ Sí ☐ No
Quan? De què? .....

3. Algun dels seus familiars consanguinis més directes ha patit o pateix alguna malaltia greu o de caràcter hereditari abans de complir els 65 anys?El seu pare, la seva mare o algun dels seus familiars consanguinis més directes ha patit o pateix diabetis, hipertensió, infart, epilèpsia, alteracions vasculocerebrals o alguna malaltia greu o de caràcter hereditari abans de complir els 65 anys? Indiqui quan, quina i el grau de parentiu: ☐ Sí ☐ No

.....

4. Ha estat de baixa per malaltia o accident en els últims 5 anys per un període superior a 10 dies, està de baixa a l'actualitat o es planteja una operació o una concessió d'invalidesa? Indiqui quan, quin/a i el motiu: ☐ Sí ☐ No

.....

5. Està sotmès actualment a control mèdic, medicació de forma regular o a algun tipus de tractament? ☐ Sí ☐ No
Indiqui quin, el motiu i des de quina data: .....

6. Té pendent, li han aconsellat o s'ha sotmès recentment a alguna revisió mèdica, electrocardiograma, scanner, ressonància magnètica, proves hepàtiques, hospitalització i/o intervenció quirúrgica? ☐ Sí ☐ No
Indiqui quan, quin/a i el motiu: .....

7. Té alguna limitació funcional física i/o psíquica? ☐ Sí ☐ No
Indiqui quina i en quin grau: .....

8. Manté o ha mantingut algun tipus d'hàbit tòxic (alcohol, drogues, estimulants, etc.)? ☐ Sí ☐ No
Quan? Quins? Amb quina freqüència? .....

9. Porta algun tipus de pròtesi o material d'osteosíntesi? ☐ Sí ☐ No
Indiqui quin i la localització: .....

10. Pateix de la vista? Indiqui malaltia i pronòstic mèdic..... ☐ Sí ☐ No
☐ Caràcter progressiu ☐ Caràcter degeneratiu Diòptries ull dret ..... Diòptries ull esquerre .....

11. Pateix o ha patit alguna patologia a causa d'un accident? ☐ Sí ☐ No
Quina? Quan? Amb quines seqüeles? .....

12. Té al·lèrgies conegudes? ☐ Sí ☐ No
A què té al·lèrgia? .....

13. Ha patit o pateix alguna malaltia que hagi necessitat assistència psiquiàtrica o psicològica? ☐ Sí ☐ No
Detalli quina i quan: .....

14. Pateix o ha patit alguna malaltia no indicada en les anteriors preguntes? ☐ Sí ☐ No
En cas afirmatiu detalli la resposta: .....

15. Practica algun esport de risc i/o activitat perillosa? ☐ Sí ☐ No
Indiqui el tipus d'esport i freqüència de la seva pràctica: .....

16. En cas que sol·liciti la inscripció d'un nadó, és el seu primer fill/a? ☐ Sí ☐ No

Si sol·licita la prestació de Vida o Orfenesa, a més, respongui les següents preguntes:

17. Té contractades o sol·licitades altres assegurances de vida, accidents o invalidesa i les mantindrà en vigor? ☐ Sí ☐ No
En cas afirmatiu, indiqui capital total i entitat asseguradora:.....

18. Alçada ..... cm. Pes ..... Kg. Tensió arterial: Sistòlica (màxima)..... Diastòlica (mínima) ..... ☐ Sí ☐ No

19. Consumeix begudes alcohòliques? ☐ Sí ☐ No
Consum diari: Gots vi ..... Copes licor ..... Altres .....

19. Fuma? ☐ Sí ☐ No
Consum diari: Cigarrets..... Cigars ..... Pipes .....

Signatura i NIF de la persona a assegurar

El declarant manifesta que a l'entrega de la sol·licitud d'inscripció ha estat informat correctament i accepta les condicions generals i particulars de les prestacions subscrites, així com les clàusules limitatives dels seus drets com a mutualista. Els Estatuts i Reglaments, junt amb la resta de la documentació, li seran lliurats un cop acceptada la seva incorporació a **Alter Mútua**, que serà amb efectes del primer dia del mes següent al de la data en què la Junta Directiva l'hagi aprovada. Així mateix, declara que coneix que la sol·licitud formarà part integrant del contracte d'assegurança i que les respostes a les preguntes que se li han formulat són verídiques, no havent amagat cap detall que pugui desvirtuar l'apreciació del risc, responsabilitat que assumeix íntegrament, coneixent que **Alter Mútua dels Advocats** no es farà càrrec de les patologies congènites i/o preexistents a la data d'entrada en vigor de la cobertura de l'assegurança, i autoritzant a **Alter Mútua dels Advocats**, i les seves reasseguradores si escau, per a consultar i/o demanar la informació necessària als facultatius i centres sanitaris que l'han atès, o que l'atenen, per fer les pertinents comprovacions sobre el seu estat de salut. Les seves dades personals s'incorporaran en un fitxer automatitzat amb núm. de registre **1942702821/22**, que **Alter Mútua dels Advocats** conservarà de manera confidencial i amb ple compliment de les disposicions de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD). Les dades es destinaran a l'execució i desenvolupament de l'objecte de la pòlissa, per facilitar la tramitació de l'assegurança i reassegurança i dels sinistres, per finalitats estadístiques o de prevenció del frau, per a les activitats i funcions pròpies de la Mútua, incloses la promoció i comercialització dels seus serveis, prestacions i productes, comunicacions comercials pròpies o de les empreses participades per **Alter Mútua dels Advocats** i/o entitats o fundacions a les quals està vinculada, amb les referides finalitats als efectes de l'article 21 de la Llei 34/2002 de Serveis dela Societat de la Informació.

....., ... de ..... de 20.....

Signatura i NIF del sol·licitant

ALTER MÚTUA DE PREVISIÓ SOCIAL DELS ADVOCATS DE CATALUNYA A QUOTA FIXA · CIF: V08264178 · Registre oficial d'entitats de previsió social número 0012 · Inscripció al Registre Mercantil de Barcelona: tom 24631, foli 40, full B71047
Roger de Llúria, 108 - 08037 Barcelona, T. 93 207 77 75 - F. 93 207 11 85 www.altermutua.com