



MUTUALIDAD ABOGACÍA

Accidentes Universal

Solicitud de Seguro

Gratuito primer año

Cód. Interno:.....

NIF/NIE:..... Válido hasta:.....

Si no eres mutualista, por favor acompaña fotocopia del NIF/NIE y

Acreditación de titularidad bancaria

En caso de residencia en otro país con documento de identificación propio:

Nº del documento de identificación del país de residencia:.....

Marca con una X la casilla que proceda

TOMADOR/ASEGURADO

Nombre:..... Apellido 1:..... Apellido 2:.....

País de nacimiento: Nacionalidad:.....

Fecha de nacimiento:...../...../..... Sexo:..... Estado CIVIL:..... Profesión:.....

Tipo vía:..... Dirección:..... Nº:..... Piso:..... Letra:..... Esc.:..... Blq.:.....

C.P.:..... Población:..... Provincia:..... País:.....

Tfno.:..... Móvil:..... e-mail:.....

Domicilio fiscal (solo en caso de ser diferente al domicilio particular):

Tipo vía:..... Dirección:..... Nº:..... Piso:..... Letra:..... Esc.:..... Blq.:.....

C.P.:..... Población:..... Provincia:..... País:.....

COBERTURAS Y CAPITALS

- Deseo suscribir el seguro gratuito (por un año) con las coberturas de Incapacidad Permanente por accidente y Fallecimiento por accidente para una suma asegurada de 50.000 € en ambas.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO

- El Cónyuge o pareja de hecho del asegurado; en su defecto los hijos del asegurado por partes iguales; en su defecto, los padres del asegurado por partes iguales; en su defecto los herederos legales del asegurado.
- El Cónyuge o pareja de hecho del asegurado y los hijos del asegurado por partes iguales.
- Herederos legales del asegurado
- Designación expresa
- | | | |
|----------------------|-----------------------------|----------|
| NIF/ NIE / CIF:..... | Nombre o razón social:..... | %: |
| NIF/ NIE / CIF:..... | Nombre o razón social:..... | %: |
| NIF/ NIE / CIF:..... | Nombre o razón social:..... | %: |
| NIF/ NIE / CIF:..... | Nombre o razón social:..... | %: |
| NIF/ NIE / CIF:..... | Nombre o razón social:..... | %: |

Designación libre

.....
.....
.....

- Quiero que esta designación se extienda a todos los planes y productos que tengo en la Mutualidad.

EL TOMADOR/ASEGURADO

