Mutualidad Caminos

RESERVADO A LA MUTUALIDAD

Riesgo aceptado el _____

Certificado nº _____

Nº MUTUALISTA _____

SEGURO DE VIDA TRANQUILIDAD
SOLICITUD DE SEGURO

ASEGURADOR: MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL "FONDO DE ASISTENCIA MUTUA" DEL COLEGIO DE INGENIEROS DE CAMINOS, CANALES Y PUERTOS (Mutualidad Caminos)

El seguro de "Vida Tranquilidad", es una modalidad de seguro de suscripción individual, que tiene una duración temporal de carácter anual y es renovable cada año en el mes de febrero, salvo oposición por parte del Tomador en los plazos y términos que establezca la normativa vigente.

El Seguro Vida Tranquilidad que ofrece MUTUALIDAD CAMINOS tiene como **cobertura principal** cubrir el riesgo de fallecimiento del Asegurado por cualquier causa y como **coberturas de carácter adicional** a la anterior, cubrir otras contingencias: Invalidez permanente total para el trabajo habitual, Invalidez permanente absoluta y/o proteger más intensamente el riesgo de fallecimiento cuando éste se produce por accidente y/o por accidente de circulación. El pago de la prestación de carácter económico en forma de capital, será susceptible de transformarse en una prestación en forma de renta, en favor del Beneficiario designado por el Tomador.

Incorpora, así mismo, una **prestación de supervivencia y fidelidad** que la Mutualidad abonará al Tomador cada tres periodos de vigencia sucesivos sin haberse causado alguna de las anteriores garantías.

MUTUALIDAD CAMINOS, tras valorar la presente Solicitud de Seguro, comunicará al Solicitante su decisión y, de ser ésta afirmativa, queda obligada a recoger la información contenida en esta Solicitud en las Condiciones Particulares del Seguro.

1.- Datos del Solicitante (*)

Nombre y Apellidos

NIF **Fecha de Nacimiento** **Profesión actual**

Indique si su situación profesional o personal responde a alguno de los siguientes supuestos:

- ☐ Ingeniero de Caminos, Canales y Puertos Nº Colegiado
- ☐ Cónyuge o Pareja de hecho de Ingeniero de Caminos Canales y Puertos
- ☐ Familiar en 1er grado o nieto de Ingeniero de Caminos Canales y Puertos
- ☐ Presentado por un Ingeniero de Caminos, Canales y Puertos, por un Mutualista o por alguno de los Socios Protectores de MUTUALIDAD CAMINOS
- ☐ Cliente BANCOFAR ☐ Cliente BANCO CAMINOS ☐ Cliente Fam Caminos

Domicilio del Solicitante **Localidad**

Provincia **Código Postal** **Teléfono** **E-mail**

(*) **El Solicitante**, caso que la MUTUALIDAD acepte la presente Solicitud de Seguro, **tendrá en todo caso la consideración de Tomador de seguro**.

En el Seguro Vida Tranquilidad, la condición de Tomador recae en una persona física que puede coincidir con la de Asegurado y con la de Beneficiario de la prestación de invalidez. Para la prestación de fallecimiento, el Tomador deberá designar, en todo caso, a uno o más beneficiarios.

2.- Datos del Asegurado (persona física sobre la que recaen los riesgos o se han de producir las contingencias cubiertas en la póliza) *(Rellenar únicamente si la condición de Asegurado no coincide con la de Solicitante)*

Nombre y Apellidos

NIF **Fecha de Nacimiento** **Profesión**

Domicilio **Localidad**

Provincia **Código Postal** **Teléfono** **E-mail**

3.- COBERTURA PRINCIPAL: Prestación por Fallecimiento del Asegurado por cualquier causa

Indique el importe del Capital a asegurar en caso de Fallecimiento por cualquier causa: _____ €

4. COBERTURAS COMPLEMENTARIAS: Prestación por Invalidez Permanente en el grado de Total o de Absoluta y por Fallecimiento por Accidente/Accidente de Circulación

- **Deseo contratar la COBERTURA COMPLEMENTARIA DE INVALIDEZ**

☐ **En el grado de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL (cobertura en caso de Inhabilitación para la profesión habitual).** En el supuesto que el Asegurado resulte afectado por una Invalidez Permanente en el grado de Total, la MUTUALIDAD abonará al Asegurado un **capital** cuyo importe será **igual al contratado para la cobertura principal de fallecimiento.**

☐ **En el grado de INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA (cobertura en caso de inhabilitación para cualquier profesión).** Sólo en el supuesto que el Asegurado resulte afectado por una Invalidez Permanente en el grado de Absoluta, MUTUALIDAD CAMINOS abonará al Asegurado un **capital** cuyo importe será **igual al contratado para la cobertura principal de fallecimiento.**

- **¿Desea contratar COBERTURA COMPLEMENTARIA DE DOBLE/TRIPLE CAPITAL POR FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE/ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN?**..... **SI** ☐ **NO** ☐

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

En caso de fallecimiento por ACCIDENTE, la MUTUALIDAD abonaría a los Beneficiarios designados, una prestación en forma de capital, susceptible de transformarse en una prestación en forma de renta, cuyo importe sería EL DOBLE DEL IMPORTE INDICADO COMO PRESTACIÓN DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA. (Ej. si Usted indica como capital asegurado en caso de fallecimiento por cualquier causa natural del Asegurado 80.000 euros, la prestación a percibir en caso de fallecimiento por accidente sería, exclusivamente, de 160.000 euros)

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

En caso de fallecimiento por ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN la MUTUALIDAD abonaría a los Beneficiarios designados, una prestación en forma de capital, susceptible de transformarse en una prestación en forma de renta, cuyo importe sería EL TRIPLE DEL IMPORTE INDICADO COMO PRESTACIÓN DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA. (Ej. si Usted indica como capital asegurado en caso de fallecimiento por cualquier causa natural del Asegurado 80.000 euros, la prestación a percibir en caso de fallecimiento por accidente sería, exclusivamente, de 240.000 euros)

5.- PRESTACIÓN POR SUPERVIVENCIA Y FIDELIDAD

- El seguro incorpora una **prestación de supervivencia y fidelidad** que la Mutualidad abonará al Tomador cada tres periodos de vigencia sucesivos sin haberse causado alguna de las anteriores garantías:
  - El **"primer abono"** se realizará al final del periodo de vigencia de la segunda renovación contabilizada desde el inicio del contrato, por un **importe igual al 1,0%** de la prima comercial anual abonada (sin recargos normativos o impuestos)
  - Los **"sucesivos abonos"** se realizarán al final del periodo de vigencia de la tercera renovación (contabilizada desde la renovación coincidente con el último abono de la prestación) por un **importe igual al último porcentaje establecido para la última prestación abonada más un 0,5% adicional** (sucesivamente el 1,5%, 2,0%, 2,5%, 3,0%, 3,5%, 4,0%, 4,5% y 5,0% de la prima comercial -sin recargos-).

6.- FECHA DE EFECTO DEL SEGURO

EL SEGURO TOMARÁ EFECTO DESDE EL DÍA:

_____ de _____ de _____

Vencimiento y Renovación Anual cada 1 de febrero,
salvo oposición por parte del Tomador según los plazos y términos que se establecen en la normativa vigente

7.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

El Solicitante, caso que su solicitud de seguro sea aceptada por la MUTUALIDAD, designa como Beneficiarios de la prestación por fallecimiento a las siguientes personas:

Nombre y Apellidos	Parentesco	NIF	% Prestación

El solicitante designa como beneficiario de la prestación de fallecimiento a la siguiente Entidad Financiera:

Nombre Entidad	Nº de préstamo

En caso de <u>NO DESIGNAR BENEFICIARIOS</u>, se aplicará el siguiente orden de prelación:

1. Su cónyuge, siempre que no esté separado legalmente o su pareja de hecho inscrita en el registro administrativo correspondiente.
2. Sus hijos, a partes iguales. Si alguno hubiera fallecido, su parte la percibirán los hijos de éste y si no los hubiere será repartida entre los restantes hijos vivos del Asegurado fallecido.
3. Los padres que le sobrevivan, a partes iguales; si alguno ya hubiere fallecido, su parte acrecerá al superviviente.
4. Los abuelos que le sobrevivan, a partes iguales; si alguno ya hubiere fallecido, su parte acrecerá a los supervivientes.
5. Los hermanos que le sobrevivan, a partes iguales.
6. Los demás herederos legales.

8.- DOMICILIACIÓN BANCARIA (Mandato de Adeudo Directo SEPA Recurrente)

Nombre y Apellidos del titular de la cuenta **NIF/CIF**

Entidad Financiera (*)

Domiciliación (*) IBAN/BIC (swift) /

*Mediante este Mandato de Adeudo, el titular de la domiciliación bancaria autoriza a **Mutualidad Caminos**, a girar contra la domiciliación indicada, los recibos por las primas vinculadas a esta póliza de seguro.*

(*) Para Entidades Financieras ubicadas fuera de España será necesario cumplimentar la casilla BIC (Swift).

9.- CUESTIONARIO MÉDICO

Profesión actual o actividad laboral/profesional que desarrolla actualmente:

Peso (Kg) **Altura (cm)** **Tensión Arterial** Máx. Mín. Fecha

Marque con una X para responder SÍ o NO. En caso afirmativo, detalle por favor con fechas y datos lo más minuciosos y completos posible.

- ¿Realiza alguna actividad deportiva? ¿Cuál? ¿Amateur o profesional?
  SÍ NO ¿Cuál?
- ¿Padece o ha sido diagnosticado de: cáncer, enfermedades cardiacas, vasculares, digestivas, respiratorias, hepáticas, renales, ,neurológicas, de la sangre, huesos, músculos, tendones, de la mama o aparato genital, o es seropositivo al virus V.I.H.?
  SÍ NO ¿Cuál?
- ¿Ha padecido o padece de alguna enfermedad del sistema endocrino o metabólico (enfermedades del tiroides, cualquier tipo de diabetes, hemocromatosis, gota, aumento del colesterol, de los triglicéridos o cualquier otra?
  SÍ NO ¿Cuál?
- Durante los últimos 5 años: ¿Ha sido ingresado en un centro hospitalario? ó ¿ha causado baja laboral por más de 15 días consecutivos? (no considerar bajas e ingresos por embarazo o maternidad).
  SÍ NO Motivo
- ¿Ha padecido en los últimos cinco años o padece alguna enfermedad psiquiátrica/psicológica :ansiedad, depresión, estrés, neurosis, intentos de suidicio o cualquier otra?
  SÍ NO ¿Cuál?
- ¿Tiene reconocida o está en vías de tramitación de minusvalía o incapacidad laboral?
  SÍ NO ¿Cuál?
- ¿Presenta limitaciones sustanciales en los órganos sensoriales (oído, vista....)?
  SÍ NO ¿Cuál?
- ¿Consume medicamentos de forma regular para el control de la tensión arterial o por alguna otra enfermedad?
  SÍ NO ¿Cuál?
- ¿Fuma? ¿Consume o ha consumido bebidas alcohólicas o algún tipo de droga?
  SÍ.. NO ¿Cuál y cantidad?
- ¿Ha sido diagnosticado de Codvid-19 o presenta en el momento actual síntomas relacionados con esta enfermedad? En caso de haber sido diagnosticado indicar fecha y secuelas.
  SÍ NO ¿Cuál?

Yo, ..., en caso de producirse alguna de las coberturas contratadas, relevo del secreto profesional a los médicos, personal auxiliar y establecimientos sanitarios que me hayan asistido, cualquiera que sea la fecha, y autorizo a los facultativos de la MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL FONDO DE ASISTENCIA MUTUA DEL COLEGIO DE INGENIEROS DE CAMINOS, CANALES Y PUERTOS para que puedan obtener de los mismos cuantos datos consideren oportunos para la comprobación de la veracidad de mi declaración de salud.

En..... a .....de..... de ..... **LEIDO Y CONFORME**

10.- INFORMACIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD del Solicitante

En cumplimiento de la Ley 10/2010, de 28 de abril, de prevención del blanqueo de capitales y financiación del terrorismo, el Solicitante debe facilitar la siguiente información:

¿Desempeña o ha desempeñado en los dos últimos años un cargo público en España (nacional, autonómico o local) o en cualquier otro país, o es familiar o allegado de alguien que lo desempeñe o lo haya desempeñado?

SI ☐ **NO** ☐

En caso afirmativo, indicar cargo, organización y país o, en su caso, nombre y apellidos del familiar allegado:

_____

11. A rellenar SÓLO CUANDO el Solicitante venga presentado por un Ingeniero de Caminos, Canales y Puertos o por un Mutualista

DATOS PERSONALES DEL INGENIERO DE CAMINOS O DEL MUTUALISTA QUE PRESENTAN AL SOLICITANTE:

Nombre y Apellidos: **Relación que el "presentador" mantiene con el Solicitante**

Domicilio Código Postal Localidad

Teléfono Fijo Teléfono Móvil E-mail

Firma del Titular de los datos anteriores

Mediante la firma del presente documento el Tomador D./Dña. ....., acredita haber recibido y entendido la información general del Seguro de Vida Tranquilidad.

MUTUALIDAD CAMINOS, como Responsable del Tratamiento tratará los datos personales que aporte en el momento de la solicitud de suscripción del seguro, junto con los obtenidos durante la vigencia del contrato, para las finalidades de contratación del seguro, cobro de las primas, peritación de siniestros, pago de indemnizaciones. La base legal que legitima el tratamiento de sus datos es la ejecución del contrato de seguro en el que es parte o para la aplicación de medidas precontractuales. Le informamos que sus datos podrán ser comunicados o cedidos a las entidades aseguradoras, a administraciones públicas, a tomadores, a peritos, exclusivamente para realizar las finalidades anteriormente descritas.

Igualmente le informamos que Mutualidad Caminos empleará sus datos para enviarle información, incluso por medios electrónicos, sobre nuestros productos y servicios, la base legal que legitima el tratamiento de sus datos es el interés legítimo del Responsable. Puede darse de baja en cualquier momento del envío de esta información comercial remitiendo su solicitud a **protecciondedatos@mutualidadcaminos.es,** sin que ello afecte a la licitud del tratamiento para la ejecución del contrato.

Le informamos que sus datos no serán objeto de transferencias internacionales.

Podrá ejercer los derechos que le confiere la normativa sobre protección de datos conforme a lo establecidos en la Información Adicional de Protección de Datos disponible en el reverso de la presente solicitud.

En..... a .....de..... de .....

LEIDO Y CONFORME
EL SOLICITANTE

INFORMACIÓN ADICIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de la Legislación vigente de Protección de Datos, el solicitante reconoce estar informado que el Responsable del Tratamiento de sus datos personales es MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL FONDO DE ASISTENCIA MUTUA DEL COLEGIO DE INGENIEROS DE CAMINOS, CANALES Y PUERTOS, (MUTUALIDAD CAMINOS) con NIF V78293719, y domicilio social en C/ Almagro, 42, 3º 28010 – Madrid.

Asimismo se informa que los datos de contacto del Delegado de Protección de Datos de MUTUALIDAD CAMINOS: dpo@mutualidadcaminos.es

El Solicitante queda informado y reconoce que sus datos personales puedan ser tratados para las siguientes finalidades:

- Tratar sus datos personales para gestionar la actividad aseguradora contratada. El Solicitante reconoce que los datos solicitados son indispensables para la contratación y mantenimiento del seguro que solicita. La base legal del tratamiento se legitima en la relación contractual y precontractual del contrato de seguro solicitado.
- Tratar sus datos personales, salvo sus datos de salud, para remitirle información sobre nosotros, nuestras actividades, productos y servicios, así como envío de actualizaciones en relación con los mismos, por diferentes medios, inclusive el correo electrónico o por cualquier otro medio de comunicación electrónica equivalente (como SMS) así como a través de la realización de llamadas telefónicas. La base legal que legitima el tratamiento de sus datos es el interés legítimo del Responsable. Puede darse de baja en cualquier momento del envío de esta información comercial remitiendo su solicitud a **protecciondedatos@mutualidadcaminos.es**, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento para la ejecución del contrato.

En caso de que los datos personales sean aportados por persona distinta del titular de los mismos (información aportada sobre beneficiarios, asegurados, etc.), el aportante de dichos datos garantiza que tiene la autorización del titular de los mismos para comunicarlos a MUTUALIDAD CAMINOS con objeto de celebrar el presente contrato. Así mismo, el aportante reconoce tener la obligación de haber informado a los titulares de la existencia de un tratamiento de datos por parte de MUTUALIDAD CAMINOS como Responsable del Tratamiento, de sus derechos recogidos en la presente cláusula, así como de haber obtenido el consentimiento de esos titulares para su tratamiento.

El Solicitante se encuentra informado y reconoce que sus datos personales pueden ser cedidos a terceros. El Solicitante reconoce y acepta que:

- Que, los datos personales puedan ser cedidos a las administraciones públicas al objeto de cumplir la normativa vigente relativa a la lucha contra el fraude, normativas de información tributaria, así como, a otras entidades del ramo asegurador directamente relacionadas con el seguro contratado (reaseguro o coaseguros), y en especial la información necesaria para la liquidación de las prestaciones.
- Que, en aquellos seguros en los que sea indispensable para la correcta valoración del riesgo recabar datos relativos a la salud, el Solicitante titular de esos datos otorga su consentimiento expreso para que MUTUALIDAD CAMINOS proceda al tratamiento de los mismos, permitiendo que estos sean cedidos exclusivamente a los servicios sanitarios necesarios para cubrir las actuaciones relacionadas con el contrato.
- Que, en aquellos seguros en los que sea necesario, puedan ser cedidos a los peritos para la valoración del siniestro.
- Que, no se realizarán transferencias internacionales de sus datos, salvo obligación legal.

Así mismo, MUTUALIDAD CAMINOS le informa que sus datos se conservarán por el plazo determinado en base los siguientes criterios: i) obligación legal de conservación; (ii) d duración de los tratamientos por los que se recaban los datos; (iii) plazo de prescripción de las responsabilidades legales que pudieran derivarse de los tratamientos; y (iv) solicitud de supresión por parte del interesado en los supuestos en los que proceda.

En los términos y legislación establecida en protección de datos, le informamos que usted puede ejercer los siguientes derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad. En concreto usted tiene derecho a:

- Confirmar si en MUTUALIDAD CAMINOS estamos tratando datos personales que le conciernan o no, a acceder a los mismos y a la información relacionada con su tratamiento.
- Solicitar la rectificación de los datos inexactos.
- Solicitar la supresión de los datos cuando, entre otros motivos, ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos, en cuyo caso MUTUALIDAD CAMINOS dejará de tratar los datos salvo para el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- Solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente podrán ser tratados con su consentimiento, a excepción de su conservación y utilización para el ejercicio o la defensa de reclamaciones o con miras a la protección de los derechos de otra persona física o jurídica o por razones de interés público importante de la Unión Europea o de un determinado Estado miembro.
- Oponerse al tratamiento de sus datos, en cuyo caso, MUTUALIDAD CAMINOS dejará de tratar los datos, salvo para la defensa de posibles reclamaciones.
- Recibir en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica los datos personales que le incumban y que haya facilitado a MUTUALIDAD CAMINOS que los transmita directamente a otro responsable cuando sea técnicamente posible.
- Retirar el consentimiento otorgado, en su caso para la finalidad de remitirle información comercial y/o publicitaria de MUTUALIDAD CAMINOS sin que ello afecte a la licitud del tratamiento para la ejecución del contrato.

Los anteriores derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad pueden ejercerse directamente por el titular de los datos o mediante representante legal o voluntario, a través de los siguientes medios:

- Remitiendo una comunicación postal, junto con copia de su DNI a la A/A Delegado Protección de Datos; Calle Almagro 42, 3º 28010 de Madrid.
- Enviando una comunicación, junto con copia de su DNI, a la A/A Delegado de Protección de Datos a través del correo electrónico **protecciondedatos@mutualidadcaminos.es.**

Asimismo, le informamos que puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, especialmente cuando considere que no ha obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos, a través de la página web habilitada a tales efectos por la Autoridad de Control correspondiente.