



¿Ha sufrido algún accidente?..... En caso afirmativo,
¿de qué tipo y con qué consecuencias?

¿Tiene Vd. alguna incapacidad física?

Indique, por favor, con cifras: Estatura: cms

Peso: kgs

¿Cuáles son los valores de su tensión arterial?:

Máxima: Mínima:

Autorizo a la Mutuality Escolar SEK a registrar los datos de carácter personal detallados en esta ficha, en un fichero automatizado, así como a utilizarlos con fines informativos siempre a través de la propia Mutuality, bien mediante comunicaciones escritas, telefónicas, electrónicas o cualquier otro medio o método que pudiera considerarse oportuno. Por la ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, vd. podrá acceder, rectificar y cancelar su información poniéndose en contacto con la Administración de la Mutuality Escolar SEK.

El abajo firmante declara que son exactas las contestaciones antes expresadas, y que no ha omitido, desvirtuado ni ocultado antecedentes o dolencia alguna de las consignadas en los apartados precedentes, quedando debidamente impuesto que tales declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo. Asimismo, autoriza a la Mutuality a someterle a reconocimiento médico si a juicio de la Junta Rectora fuese necesario.

Igualmente, manifiesta que conoce y acepta los Estatutos de la Mutuality.

En a de de

Firma del solicitante,



Mutuality Escolar SEK
de Previsión Social General a prima fija



Mutuality Escolar SEK
de Previsión Social General a prima fija

Avda. de la Industria, 8 - Naves 8 y 9

28108 Alcobendas (Madrid)

www.sek.es

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



1. DATOS DEL MUTUALISTA:

Apellidos y nombre

.....

Domicilio

Localidad C.P.

Provincia Tel.:

Móvil E-mail

Fecha de nacimiento: Día Mes Año

D.N.I. Profesión

.....

2. DATOS DEL CÓNYUGE:

Apellidos y nombre

.....

Domicilio

Localidad C.P.

Provincia Tel.

Móvil E-mail

Fecha de nacimiento: Día Mes Año

D.N.I. Profesión

.....

3. DOMICILIO DE COBRO:

Entidad

Sucursal Domicilio

..... C.P.

Localidad Dígito Control

Nº de Cuenta

4. NIVEL DE PROTECCIÓN:

Renta de escolaridad a favor del(los) beneficiario(s) a partir del fallecimiento del mutualista.

5. BENEFICIARIOS:

5.1. Apellidos y nombre

.....

Curso Centro en que cursa estudios

.....

5.2. Apellidos y nombre

.....

Curso Centro en que cursa estudios

.....

5.3. Apellidos y nombre

.....

Curso Centro en que cursa estudios

.....

5.4. Apellidos y nombre

.....

Curso Centro en que cursa estudios

.....

6. DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD DEL MUTUALISTA:

¿Se encuentra Vd. actualmente en buen estado de salud?

.....

¿Está actualmente dado de alta para el trabajo?

¿Qué enfermedades ha padecido?

.....

¿Ha sido operado alguna vez? En caso afirmativo,

¿de qué y en qué fecha?

.....

.....