

¿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: cm

Peso: kg

¿Cuáles son los valores de su tensión arterial?:

Máxima: Mínima:

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 Mutualidad a someterle a reconocimiento médico si a juicio de la Junta Rectora fuese necesario.

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

En, a de de

Firma del solicitante

.....

Aprobada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y registrada con el número 3142/83
Administración: Avda. de la Industria, 8 - Oficina, 3-2º D -28108 ALCOBENDAS (Madrid)
Tel.: 91 661 66 50 - Fax: 91 661 86 51



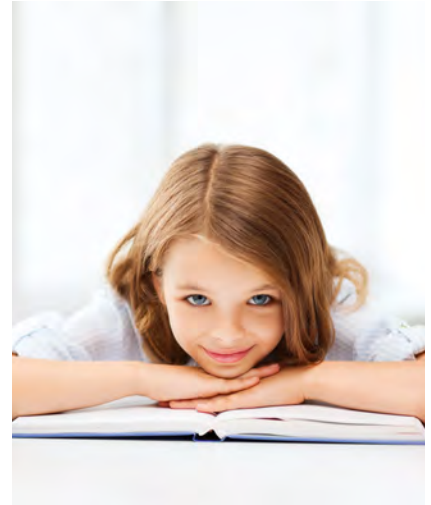
**Mutualidad
Escolar SEK**
de Previsión
Social General
a Prima Fija

Avda. de la Industria, 8
Oficina, 3 - 2º D
28108 Alcobendas - Madrid
www.sek.es



**Mutualidad
Escolar SEK**

de Previsión
Social General
a Prima Fija



Asegure el futuro de sus hijos

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

DNI..... Profesión

.....

2.DATOS DEL CÓNYUGE:

Apellidos y nombre

.....

Domicilio

Localidad C.P.

Provincia Tel.

Móvil E-mail

Fecha de nacimiento: Día Mes Año

DNI..... Profesión

.....

3.DOMICILIO DE COBRO:

Entidad

Sucursal Domicilio

..... C.P.

Localidad Dígitos 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?

.....

.....