



Boletín de

Solicitud de adhesión Solicitud de modificación

Fecha en la que desea darse de alta¹ ___ / ___ / ____

En caso de solicitud de nueva alta cumplimentar todos los datos.

En otros casos cumplimentar únicamente los datos modificados.

(1) Rellenar este impreso no supone el alta automática ni la entrada en vigor de la cobertura de la póliza, dado que se realiza un proceso de admisión que debe ser superado.

Datos del Solicitante / Asegurado

Nombre y apellidos _____

NIF/NIE _____ Fecha nacimiento ___ / ___ / ____ Nacionalidad _____

Dirección _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Email _____ Teléfono _____

Colegiado N^o _____ del Colegio Oficial de Ingenieros Navales y Oceánicos.

SOLICITA: La incorporación a la Póliza Colectiva MW14 1579 en los términos de Capital Asegurado establecido. (En función de la edad declarada)

Si no se realiza designación expresa de beneficiarios, los mismos serán los herederos legales (Ver artículo 18 de las Condiciones Generales). En el caso de designación expresa con mas de un beneficiario, indicar si el importe debe ser repartido entre todos los beneficiarios y de que forma, o según el orden señalado y excluyente.

El asegurado puede modificar la designación cuando lo estime oportuno, mediante notificación por escrito al asegurador.

Designación Expresa de Beneficiarios (No es necesario rellenar, leer punto anterior)

Herederos legales

Libre designación

1. _____ NIF _____

2. _____ NIF _____

3. _____ NIF _____

A partes iguales Por orden prevalente y excluyente

Indicaciones sobre la designación de beneficiarios.

