

¿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](http://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? .....

.....

.....