



MUTUALIDAD DEL CLERO ESPAÑOL

Teléf. 914 45 49 21*
Fax 915 94 43 86
www3.planalfa.es/mce
E-mail: info@mutualclero.es

C/ SAN BERNARDO, 101
28015 MADRID

POLIZA NUM.....

DESEO ASOCIARME AL COLECTIVO DE LA MUTUALIDAD DEL CLERO, ACEPTANDO INTEGRAMENTE EL CONTENIDO DE SUS ESTATUTOS Y REGLAMENTO, INSCRIBIENDOME EN LAS SECCIONES SEÑALADAS CON X

Form for TITULAR NOMBRE Y APELLIDOS, FECHA NACIMIENTO, D.N.I./N.I.F., DIOCESIS, and address details.

Form for BENEFICIARIOS with columns for name, birth date, D.N.I./N.I.F., parentesco, and section selection.

EN CASO DE MUERTE POR ACCIDENTE, DECLARO BENEFICIARIO A: D. / Dª.

Cuestionario a cumplimentar para inscribirse solamente en la sección de asistencia sanitaria

Health questionnaire with checkboxes for surgical operations, hospital stays, medical treatments, and current illnesses.

Si ha/n contestado que sí a cualquier pregunta, dar detalles:

Declaro que los datos expresados son ciertos, dándome por enterado de que el coste de cualquier servicio prestado por personas o entidades no concertadas, correrá a mi cargo.

(1): Secciones a que se inscriben: E: Enfermedad. AC: Accidentes. P/P: Plan de Pensiones (en este caso debe rellenar el boletín de pie de página). SA: Sanitas. AD: Adeslas. AS: Asisa.

SOLICITO MI INCORPORACIÓN AL PLAN DE PENSIONES MUTUALIDAD DEL CLERO

Form for NOMBRE Y APELLIDOS, FECHA NACIMIENTO, D.N.I./N.I.F., DIOCESIS, and address details.

BENEFICIARIO [SI/NO] NOMBRE Y APELLIDOS:

IMPORTE INICIAL DE LAS CUOTAS..... € TRIM. APORTACION EXTRAORDINARIA DE€ ENVIADO MEDIANTE.....

ENTIDAD BANCARIA EN LA QUE DESEA SE LE DOMICILIEN SUS RECIBOS

Table with columns: ENTIDAD, OFICINA, DC, NUMERO DE CUENTA

FECHA DE INGRESO:.....DE.....DE..... FIRMA

POR MUTUALIDAD DEL CLERO ESPAÑOL SELLO Y FIRMA