



SOL-PU-RPC-SA-06/18DE MUTUALIDAD GENERAL DE LA ABOGACÍA, Mutuality de Previsión Social la Prima Fija. Inscrita en el Reg. de Entidades Aseguradoras, Sec. Previsión Social con el nº 2131- CIF: V-28/024149 - Dom. Soc. Serrano 9-28001 Madrid

**NIF/NIE:**..... **Válido hasta:** .....

**En caso de residencia en otro país con documento de identificación propio:**

**Nº del documento de identificación del país de residencia:**..... **Válido hasta:** .....

**Cód. Interno:**.....

#### TOMADOR/ASEGURADO

Nombre:..... Apellido 1:..... Apellido 2:.....

País de nacimiento: ..... Nacionalidad:.....

Fecha de nacimiento:...../...../..... Sexo:..... Estado Civil:..... Profesión:.....

Tipo vía:..... Dirección:..... Nº:..... Piso:..... Letra:..... Esc.:..... Blq.:.....

C.P.:..... Población:..... Provincia:..... País:.....

Tfno.:..... Móvil:..... e-mail:.....

#### Domicilio fiscal (solo en caso de ser diferente al domicilio particular):

Tipo vía:..... Dirección:..... Nº:..... Piso:..... Letra:..... Esc.:..... Blq.:.....

C.P.:..... Población:..... Provincia:..... País:.....

En cumplimiento con la Ley 10/2010 de 28 de abril, de prevención del blanqueo de capitales y financiación del terrorismo debe facilitar la siguiente información: ¿Desempeña o ha desempeñado en los dos últimos años un cargo público en España (nacional, autonómico o local) o en cualquier otro país, o es familiar o allegado de alguien que lo desempeñe o haya desempeñado? Sí\_\_\_ No \_\_\_. Indicar cargo, organización y país y, en su caso, nombre y apellidos del familiar o allegado: .....

#### **ACTIVIDAD PROFESIONAL Y CONDICIÓN** (Marcar con una X lo que proceda y cumplimentar)

(Incorporado a la Mutuality a título de régimen alternativo al Sistema público de la Seguridad Social)

<input type="checkbox"/> Soy abogado ejerciente por cuenta propia exclusivamente.  <input type="checkbox"/> Soy abogado ejerciente por cuenta propia pero comparto el ejercicio por cuenta propia con otras actividades realizadas al amparo de un Régimen de la Seguridad Social (Pluriactividad).	Colegio:..... Fecha colegiación:..... /...../.....
---	---

#### **OPCIONES DE REANUDACIÓN** (Marcar con una X lo que proceda)

<input type="checkbox"/> Solo periodos de interrupción de hasta 24 meses: deseo reanudar el pago de las aportaciones periódicas, rehabilitando en su caso las coberturas que tenía en el momento de la interrupción.  <input type="checkbox"/> Compensando el plan de pagos con el abono de las aportaciones pendientes desde la interrupción.  <input type="checkbox"/> Sin el abono de las aportaciones pendientes desde la siguiente fecha <sup>1</sup> : ...../...../.....  1. Opción sólo disponible para mutualistas que interrumpieron aportaciones por haber cesado en el ejercicio de la actividad por cuenta propia. Esta situación se acreditará documentalmente mediante la aportación de Certificación Colegial de no ejerciente durante el periodo o documento de baja en el IAE.	<input type="checkbox"/> Solo periodos de interrupción superiores a 24 meses: deseo reanudar el pago de aportaciones periódicas:  <input type="checkbox"/> Compensando el plan de pagos con el abono de las aportaciones que hubieren correspondido de aplicarse la actual escala en fecha 01/01/2013.  <input type="checkbox"/> Sin el abono de las aportaciones pendientes desde la siguiente fecha <sup>1</sup> : ...../...../.....  1. Opción sólo disponible para mutualistas que interrumpieron aportaciones por haber cesado en el ejercicio de la actividad por cuenta propia. Esta situación se acreditará documentalmente mediante la aportación de Certificación Colegial de no ejerciente durante el periodo o documento de baja en el IAE.
---	---

**EL MUTUALISTA**

**Complementariamente a las coberturas anteriormente indicadas, deseo suscribir las siguientes:**

- Aportación periódica anual de Ahorro Jubilación por un importe de**  €  
 (Importe mínimo recibo 60 €  
 Con un crecimiento anual acumulativo de  3%  5%  Otro:.....% (máximo 10%)
- Aportación extraordinaria de Ahorro Jubilación por un importe de**  €  
 (Importe mínimo 600 €)
- Capital adicional de Fallecimiento**   
 Deseo adicionar el siguiente capital a mi cobertura de fallecimiento  
 (en tramos de 10.000 € y con un máximo de 300.000 € entre los tres sistemas del Plan Universal):
- Cobertura de Incapacidad Permanente y Absoluta**  
 **Opción Renta Vitalicia:** Importe de renta mensual  1.200 €  1.500 €  1.800 €  2.100 €  2.400 €  
 La suma de las rentas aseguradas en la cobertura de Incapacidad Permanente, a suscribir entre todos los sistemas del Plan Universal, podrá ser como máximo de un importe equivalente a 2.400 euros al mes en los menores de 48 años o de 1.200 euros con 48 o más años.  
 **Opción Capital:** Deseo asegurar la siguiente suma:   
 Puedes asegurar un capital en tramos de 10.000 € hasta igualar la suma de capital adicional que suscribas para la cobertura de Fallecimiento, con el límite, en el caso de tener contratada la garantía de renta vitalicia de Incapacidad Permanente, de 200.000 € entre todos los sistemas del Plan Universal. Recuerda que como beneficiario, si lo desearas podrías convertir este capital en una renta financiera, en pagos sin periodicidad regular, o en una combinación de las anteriores.
- Cobertura de Incapacidad Temporal Profesional**

<b>GARANTÍAS PRINCIPALES</b>	<b>OPCIÓN A</b>	<b>OPCIÓN B</b>	<b>OPCIÓN C</b>
Incapacidad por enfermedad o accidente que no requiere hospitalización (Máximo 365 días)	30 € día	60 € día	90 € día
Pago por maternidad o adopción	3.600 €	3.600 €	3.600 €
Pago único por aborto espontaneo	600 €	600 €	600 €
Pago único por paternidad	900 €	900 €	900 €
Lactancia (pago único)	75 €	150 €	225 €
Cobertura por peligro vital de la madre o el feto	30 € día	60 € día	90 € día
Hospitalización por patologías del embarazo (máximo 7 días)	15 € día adicionales	30 € día adicionales	45 € día adicionales
Pago único por patología psicológica o psiquiátrica (máximo 60 días)	30 € día	60 € día	90 € día
<b>Deseo suscribir la siguiente opción:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>GARANTÍAS OPCIONALES</b>	<b>OPCIÓN A</b>	<b>OPCIÓN B</b>	<b>OPCIÓN C</b>
<input type="checkbox"/> Hospitalización por enfermedad o accidente	15 € día adicionales	30 € día adicionales	45 € día adicionales
<input type="checkbox"/> Intervenciones Quirúrgicas y Tratamientos*	Puntos Baremo x 30 €	Puntos Baremo x 60 €	Puntos Baremo x 90 €
<input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal Parcial (máximo 15 días)	15 € día del 10% de días baja	30 € día del 10% de días baja	45 € día del 10% de días baja

\*La contratación de esta garantía requiere la contratación previa o simultánea de la Garantía Opcional de Hospitalización por Enfermedad o Accidente. La edad máxima de contratación es de 49 años.

Para todas las garantías se establece una franquicia de 7 días excepto para el caso de maternidad, aborto espontaneo, adopción, paternidad y las incapacidades temporales parciales. Para que las garantías tomen efecto se requiere un plazo de carencia de 60 días con carácter general, con las siguientes excepciones: 1) Para garantías de pago por maternidad, aborto espontaneo o adopción, 240 días desde la contratación de la garantía o ampliación hasta el inicio del embarazo o solicitud de adopción excepto en el caso del sistema Profesional cuando coincida el alta de la cobertura como alternativo al régimen público de las Seguridad Social con la fecha de incorporación en la Mutualidad, en cuyo caso no se considera periodo de carencia en la contratación. 2) Para las garantías de intervenciones quirúrgicas y tratamiento, el periodo de carencia será de 180 días En caso de accidente no se aplicará ningún plazo de carencia. El importe máximo de indemnización diaria es de 90 € entre el Sistema de Previsión Social Profesional y el Sistema de Ahorro Flexible.

- Cobertura de Dependencia** (el importe máximo de contratación entre todos los sistemas del Plan Universal es de 2.100 €/mes).  
 La contratación de esta cobertura es voluntaria. La prestación está integrada por una renta vitalicia mensual del 100% del valor asegurado en caso de Gran Dependencia o del 50% en caso de Dependencia Severa y un capital equivalente a 5 mensualidades de renta. Elige la opción que desees:  
 Importe mensual de renta de  600 €  900 €  1.200 €  1.500 €  1.800 €  2.100 €

## **DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO**

El Cónyuge o pareja de hecho del asegurado; en su defecto los hijos del asegurado por partes iguales; en su defecto, los padres del asegurado por partes iguales; en su defecto los herederos legales del asegurado.

El Cónyuge o pareja de hecho del asegurado y los hijos del asegurado por partes iguales.

Herederos legales del asegurado

Designación expresa

NIF/ NIE / CIF:..... Nombre o razón social:..... %: .....

NIF/ NIE / CIF:..... Nombre o razón social:..... %: .....

NIF/ NIE / CIF:..... Nombre o razón social:..... %: .....

NIF/ NIE / CIF:..... Nombre o razón social:..... %: .....

NIF/ NIE / CIF:..... Nombre o razón social:..... %: .....

Designación libre

.....  
.....  
.....

Quiero que esta designación se extienda a todos los planes y productos que tengo en la Mutualidad.

## **DATOS BANCARIOS Y FORMA DE PAGO** de las aportaciones

Forma de pago:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

Datos Bancarios:

**Con el fin de terminar de tramitar tu solicitud, nuestros Servicios Médicos te realizarán una entrevista telefónica en el número de teléfono que nos has facilitado.**

La Mutualidad podrá requerir reconocimiento médico por razón de edad, cuantía solicitada o patología declarada.

De acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos personales, le informamos que el Responsable del tratamiento de los datos personales incluidos en este documento y cualquier otro dato facilitado por usted o terceras entidades para el desarrollo de las relaciones contractuales es la MUTUALIDAD DE LA ABOGACÍA (en adelante "la Mutualidad"), cuyos datos son CIF: V-28/024149, Dirección Postal: calle Serrano, 9, 28001, Madrid, Teléfono: 914352486, Correo Electrónico: [buzon@mutualidadabogacia.com](mailto:buzon@mutualidadabogacia.com), contacto del Delegado de Protección: [proteccion.datos@mutualidadabogacia.com](mailto:proteccion.datos@mutualidadabogacia.com). Sus datos serán tratados con la finalidad de establecer, gestionar y desarrollar las relaciones contractuales que le vinculan con la Mutualidad como Entidad Aseguradora, así como prevención del fraude. Asimismo, la Mutualidad tratará sus datos personales con la finalidad de informarle sobre nuestros servicios y productos, salvo que se oponga a ello, lo cual podrá hacer en cualquier momento y de manera gratuita. La Mutualidad no facilitará sus datos personales a terceros salvo obligación legal prevista en la normativa que es de aplicación. Únicamente realizará la cesión de los mismos a terceros colaboradores de la Mutualidad que por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa de gestión del contrato, intervengan en la gestión de riesgos, gestión de la póliza o de sus siniestros, en los supuestos legalmente habilitados.

Sus datos se conservarán durante la vigencia de su contrato y una vez finalizada la misma, se conservarán bloqueados durante el plazo exigido legalmente para la atención de posibles responsabilidades nacidas del tratamiento. Cumplido el citado plazo se procederá a la supresión. En el supuesto de que, suministrados sus datos a la Mutualidad, el contrato no llegue a formalizarse, los mismos se conservarán bloqueados durante el plazo exigido legalmente para la atención de posibles responsabilidades nacidas del tratamiento. Cumplido el citado plazo se procederá a la supresión.

La base legal para el tratamiento de sus datos personales es la ejecución del contrato de seguro. En relación al tratamiento con fines de mercadotécnica directa por parte de la Mutualidad la base legal es el interés legítimo en poder atender mejor sus expectativas como cliente. La cesión de sus datos personales a terceros colaboradores de la Mutualidad que por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa de gestión del contrato, intervengan en la gestión de riesgos, gestión de la póliza o de sus siniestros se basa en el cumplimiento del contrato y habilitación de la normativa del sector asegurador.

En cuanto a los datos personales referentes a otras personas físicas, que, por motivo del contrato deba comunicarnos deberá, con carácter previo a su comunicación, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.

Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales objeto de tratamiento, así como solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión, además de ejercer el derecho de oposición, limitación al tratamiento y de portabilidad de los datos. Puede solicitarlos por escrito ante la Mutualidad a través de [proteccion.datos@mutualidadabogacia.com](mailto:proteccion.datos@mutualidadabogacia.com). En el caso de que no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Para más información puede consultar el siguiente enlace: <https://www.mutualidadabogacia.com/politica-de-privacidad-tomadores-y-asegurados/>

En..... a ..... de ..... de.....

**EL MUTUALISTA**

**ES NECESARIO CUMPLIMENTAR FECHA Y FIRMAR EN TODOS LAS PÁGINAS**

**Enviar por correo ordinario a: C/ Serrano 9 - 3ª planta. 28001 Madrid**