



Solicitud de prestación

Cobertura de Incapacidad Permanente/Fallecimiento

NIF/CIF/NIE:.....

Si no eres mutualista, por favor acompaña fotocopia del NIF/NIE

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

Nº del documento de identificación del país de residencia:.....

Nº Mutualista:.....

TOMADOR

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:.....

ASEGURADO

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

País de nacimiento: Nacionalidad:.....

Fecha de nacimiento:...../...../..... NIF/NIE:..... 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:.....

Años que acredita de ejercicio de la abogacía:.....

Por cuenta propia Desde:..... Hasta:.....

Por cuenta ajena Desde:..... Hasta:.....

BENEFICIARIO

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

País de nacimiento: Nacionalidad:.....

Fecha de nacimiento:...../...../..... NIF/NIE:..... 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:.....

EL SOLICITANTE

EI REPRESENTANTE LEGAL (En el caso de no poder cumplimentar esta solicitud el beneficiario)

MOTIVO DE LA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN (marcar con x la que proceda)

Incapacidad Permanente Parcial

- Coberturas adicionales:
- Prótesis ortopédica (máximo 5.000 €. Remitir factura e informe médico)
 - Cirugía Plástica reparadora (máximo 2.500 €. Remitir factura e informe médico)
 - Adaptaciones del entorno (máximo 2.500 €. Remitir factura y motivos)

Incapacidad Permanente Absoluta

- Coberturas adicionales:
- Prótesis ortopédica (máximo 5.000 €. Remitir factura e informe médico)
 - Cirugía Plástica reparadora (máximo 2.500 €. Remitir factura e informe médico)
 - Adaptaciones del entorno (máximo 2.500 €. Remitir factura y motivos)

Fallecimiento

- Coberturas adicionales:
- Anticipo para gastos de sepelio:.....€ (máximo 5.000 €)

FORMA DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

Solicito cobrar la prestación en forma de: Capital Renta vitalicia Renta temporal a años

Solicito recibirlo:

Abono en cuenta, por lo que a continuación indico datos bancarios

IBAN **BIC**

En caso de fallecimiento del beneficiario se abonará el saldo remanente del seguro, en forma de capital de pago único, a los Herederos Legales del mismo.

CUESTIONARIO A RELLENAR POR EL ASEGURADO

¿Dónde se produjo el accidente? Lugar:.....Fecha:...../...../..... Hora:.....

¿Qué actividad realizaba el asegurado?.....

¿Cuáles han sido las causas del accidente, y en que forma se produjo?.....

.....

.....

¿Por quien o quienes se ha prestado asistencia al accidentado? (en caso de existir atestado policial o actuaciones judiciales deberá aportarlos):.....

.....

.....

.....

¿ Existe proceso civil o penal contra tercero responsable del siniestro? En caso afirmativo, indicar nº de procedimiento y Juzgado o Tribunal:.....

OBSERVACIONES A RELLENAR POR LA MUTUALIDAD

.....

.....

.....

EL SOLICITANTE

EI REPRESENTANTE LEGAL (En el caso de no poder cumplimentar esta solicitud el beneficiario)

Los datos que se recogen en esta declaración son necesarios para valorar y delimitar el riesgo. El solicitante declara que todo cuanto anteriormente figura es verídico, no habiendo ocultado nada que pueda desvirtuar la apreciación del riesgo.

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, contacto del Delegado de Protección: 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. 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 SOLICITANTE

En el caso de no poder cumplimentar esta solicitud el asegurado deberá hacerlo cualquier persona que lo represente.

EL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y Apellidos:.....
NIF/NIE:.....

ES NECESARIO CUMPLIMENTAR FECHA Y FIRMAR EN LAS PÁGINAS 1, 2 y 3
Enviar por correo ordinario a: C/ Serrano 9 - 3ª planta. 28001 Madrid

PARTE MÉDICO

A cumplimentar por el médico que asiste/asistió al Asegurado (avalado con informe médico a adjuntar)

Nombre facultativo:..... Apellido 1:..... Apellido 2:.....
Tipo vía:..... Dirección:..... Nº:..... Piso:..... Letra:..... Esc.:..... Blq.:.....
C.P.:..... Población:..... Provincia:.....
Tfno.:..... Móvil:..... e-mail:.....
Médico con ejercicio en:..... Especialidad:.....
Nº de colegiado:..... En el Colegio de:.....

Declara que:

D/Dña:..... de edad:.....
Profesión:..... con domicilio en:.....
Lugar en el que ha sido reconocido:..... Fecha:...../...../..... Hora:.....

1. Diagnóstico de las lesiones derivadas del accidente e indicar cuál fue el mecanismo lesional:.....
2. ¿Padecía del Asegurado, antes del accidente, alguna limitación funcional, enfermedad diagnosticada o patología en estudio? (en caso afirmativo, consignar con toda precisión el diagnóstico del cuadro clínico, la pérdida anatómica o funcional, o anquilosamiento que padeciera):
3. ¿Se trata de una lesión o lesiones directa y exclusivamente causada por el accidente?: Sí No
4. En caso de existir patologías previas, indicar en qué grado han influido en las secuelas del accidente:.....
5. Tratamiento que se ha adoptado para la curación del accidentado:.....
6. ¿ Es posible algún nuevo tratamiento para la curación del accidentado? Sí No
Especificar:.....
7. Diagnóstico de certeza de las lesiones:.....
8. ¿Existe estabilidad lesional? Sí No En caso afirmativo, describir las secuelas definitivas que supongan pérdida anatómica o limitación funcional:.....

INSTRUCCIONES GENERALES:

Este impreso será remitido a las oficinas de la Mutualidad cumplimentando correctamente todos los apartados cuya información resulta imprescindible para su rápida tramitación.

Asimismo deberá acompañarse la documentación exigida en cada caso y que a continuación se detalla. La falta de algún dato o documento puede producir demoras innecesarias en el reconocimiento de la prestación solicitada o incluso la imposibilidad de su tramitación.

A la vista de la documentación aportada, la Mutualidad podrá requerir cualquier otra documentación que estime pertinente para el examen de la prestación solicitada.

Esta solicitud de prestación debe ir acompañada de la documentación siguiente (marquese la documentación que se presenta):

En todos los casos:

- Fotocopia del NIF/NIE. del beneficiario. No será necesario si ya obra en el expediente del mutualista.
- Documento acreditativo de la Titularidad del cuenta bancaria.

En el caso que tenga la residencia fiscal fuera de España:

- Certificado de residencia expedido por la autoridad fiscal competente del país correspondiente.

En los supuestos de que el mutualista causante sea en el momento del siniestro ejerciente por cuenta propia:

- Certificado del Colegio de Abogados respectivo en el que se haga constar el número de años completos de ejercicio profesional, indicando las fechas de alt y baja como letrado ejerciente o, en su caso, la condición de no ejerciente: Este documento es imprescindible para determinar el tratamiento fiscal de la prestación.
- Documento fiscal sobre comunicación de datos al pagador a efectos del IRPF: Este documento se deberá cumplimentar y firmar por el beneficiario de la prestación o su representante en caso de menores o incapacitados.

Son de obligado cumplimiento para todos los casos los apartados sobre "Datos del perceptor que efectúa la comunicación", "Situación familiar" y "Fecha y firma de la comunicación". Los demás apartados se cumplimentaran si proceden.

La Mutualidad deberá acusar recibo de dicho documento cumplimentando, firmando y sellando el apartado "Acuse de recibo". Se enviará al mutualista junto con el documento de reconocimiento de la prestación.

En caso de Fallecimiento:

- Certificado de defunción del mutualista causante expedido por el Registro Civil para la contingencia por fallecimiento.
- Parte médico incluido en el impreso de solicitud avalado con informe médico.

En el caso de que no existan beneficiarios designados:

- Certificado del Registro de Actos de últimas Voluntades.
- Copia del último Testamento o del acta notarial de declaración de herederos.

En el caso de designación genérica del cónyuge:

- Copia del Libro de familia o Certificado de matrimonio.

En el caso de designación genérica de hijos:

- Copia del Libro de familia o Certificado de nacimiento.

En el caso de designación a favor de Instituciones:

- Fotocopia del C.I.F.

En el caso de fallecimiento de beneficiario designado o heredero :

- Certificado de defunción del beneficiario designado o heredero.

En caso de incapacidad permanente:

- Certificado médico o informes médicos en los que se haga constar: comienzo, naturaleza, origen y evolución de la patología causante de la incapacidad y se acredite el tipo de incapacidad del asegurado. Si no se cumplimenta el parte médico incluido con la solicitud, este informe deberá incluir todos los datos que en dicho parte se requieren.

En caso de coberturas adicionales:

- Factura e informe médico.