



Planes Básicos anteriores a 26 de noviembre de 2005

Solicitud de prestación

P.S.P./P.P.P.A./Plus 50/Plus 70/Plus Familia

NIF/NIE:.....

Nº Mutualista:.....

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

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

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:.....

Nº de hijos:.....

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 (en su caso si procede)

Por cuenta propia Desde Hasta

Por cuenta ajena Desde Hasta

Actividad laboral por cuenta ajena (cumplimentar cuando se solicite la prestación por Incapacidad Permanente):

Empresa u Organismo Puesto de trabajo

Fecha de Alta Fecha de Baja

¿Estuvo o está afiliado a la Seguridad Social? Sí No

¿Tiene reconocida por la Seguridad Social pensión por incapacidad permanente absoluta o por gran Invalidez?

Sí. Importe bruto anual No

BENEFICIARIO (Cumplimentar cuando es distinto del mutualista)

NIF/NIE:.....

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:.....

Relación de parentesco con el Tomador/Asegurado

EL SOLICITANTE

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

EI REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE DEL BENEFICIARIO MENOR DE EDAD O INCAPACITADO

NIF/NIE:.....
 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:.....
 Relación de parentesco con el Beneficiario

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Plan Básico:

- Plan de Seguridad Profesional Plan de Previsión Profesional de la Abogacía
- Sistema Plus 50 Sistema Plus Familia
- Sistema Plus 70

Cobertura:

- Subsidio/ Capital defunción Jubilación Incapacidad Permanente
- Viudedad Orfandad A favor de padres

FORMA DE PAGO DE LA PRESTACIÓN

Abono en cuenta, por lo que a continuación indico datos bancarios (obligatorio para prestaciones en forma de renta):

IBAN E S **BIC**

CUESTIONARIO DE SALUD PARA PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE:

La dolencia o dolencias que presenta, son consecuencia de: Enfermedad Accidente

En caso de enfermedad

¿De que enfermedad se trata?.....

¿Desde cuando lo padece?.....

¿Qué síntomas le provoca?.....

¿Se encuentra actualmente en tratamiento/rehabilitación de la misma? Sí No

En caso negativo ¿Va a ser sometido a tratamiento? Sí No

En caso afirmativo indique los siguientes datos:

Médicos que le atienden

Nombre y dirección de la consulta o clínica donde realiza el tratamiento/rehabilitación.....

En caso de accidente

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

¿Qué actividad realizaba el asegurado?

¿Cuáles han sido las causas del accidente y en que caso se produjo?

.....

¿Por quien o quienes se ha prestado asistencia al accidentado?.....

.....

EL SOLICITANTE

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

EI REPRESENTANTE LEGAL

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 mercadotecnia 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

ES NECESARIO CUMPLIMENTAR FECHA Y FIRMAR EN LA PÁGINA 1 Y 2

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

EI REPRESENTANTE LEGAL

NIF/NIE:.....

Nombre y Apellidos

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

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.

En el caso de varios beneficiarios, deberán cumplimentar cada uno una solicitud.

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

En todos los casos :

- Fotocopia del NIF/NIE del beneficiario solicitante de la prestación.
- Certificado de defunción del Registro Civil para las contingencias por fallecimiento.
- Certificado médico o informes médicos, indicando: comienzo, naturaleza , origen y evolución de la patología causante de la invalidez para la contingencia por invalidez permanente.
- En su caso, Certificado del Colegio de Abogados respectivo en el que se haga constar el número de años completos de ejercicio profesional, indicando las fechas de alta y baja como letrado ejerciente o, en su caso, la condición de no ejerciente.
- Certificado del Registro de Actos de últimas Voluntades.
- Copia del último Testamento o del acta notarial de declaración de herederos.
- Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria.

Además de la documentación señalada, según el caso, se deberá acompañar:

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 casos de prestaciones que tributen como Rendimiento de Trabajo Personal y el beneficiario sea persona física:

- Documento fiscal sobre Comunicación de datos al pagador (facilitado por la Mutualidad).

Para la prestación del Subsidio de Defunción/Capital de Fallecimiento/:

En el caso de que el beneficiario sea menor o incapacitado:

- Fotocopia del NIF/NIE. del representante.
- Copia del Libro de Familia o certificado de nacimiento del beneficiario si el representante es el padre o la madre.
- Copia de la resolución judicial donde se le otorga la condición de representante o tutor cuando no sea el padre o la madre del beneficiario.

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.

Para la prestación por invalidez permanente:

- Documento acreditativo de la baja en el Impuesto de Actividades Económicas y/o en la actividad laboral.
- En el caso de abogados ejercientes, certificado del respectivo Colegio de Abogados acreditativo de la baja en el ejercicio de la abogacía.
- En su caso, resolución del INSS en la que conste la calificación de la incapacidad y los datos económicos de la prestación reconocida.
- En el caso de invalidez derivada por accidente: Testimonio de las diligencias judiciales o documento acreditativo del acaecimiento del mismo y sus circunstancias.

Para la prestación por viudedad:

- Libro de familia o certificado de matrimonio.
- En su caso: Resolución judicial sobre separación, divorcio o anulación.

Para la prestación por orfandad:

- Libro de familia o certificado de nacimiento.
- Hijos mayores de 18 años y menores de 23 años: Certificado de convivencia expedido por el respectivo Ayuntamiento y declaración jurada de convivencia a expensas del mutualista causante.
- Hijos incapacitados: Certificado médico en impreso oficial o informes médicos.

Para la prestación a favor de padres del mutualista:

- Libro de familia.
- Certificado de convivencia con el mutualista causante expedido por el respectivo Ayuntamiento y declaración jurada de convivencia a expensas del mismo.
- Última declaración de la renta o certificación negativa por parte de la Hacienda Pública.

Para el complemento por hijos de las prestaciones de jubilación e invalidez del Plan de Seguridad Profesional o del Plan de Previsión Profesional de la Abogacía:

- Fotocopia del Libro de Familia o Certificado de nacimiento del hijo.
- Hijos mayores de 18 años y menores de 23 años: Certificado de convivencia con el mutualista causante expedido por el respectivo Ayuntamiento y declaración jurada de convivencia a expensas del mismo.
- Hijos incapacitados: Certificado médico en impreso oficial o informes médicos.