



Cód. Interno:.....

Número de Plan:.....

NIF/NIE Mutualista Senior:.....

NIF/NIE Mutualista Junior:.....

En caso de ser menor de edad y cambio de representante, también acompañar DNI

MUTUALISTA SENIOR

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

País de nacimiento:Nacionalidad:.....

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

C.P.:..... Población: Provincia:.....

País:Fecha de nacimiento:.....Tfno.:

Móvil: e-mail:

MUTUALISTA JUNIOR

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

País de nacimiento:Nacionalidad:.....

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

C.P.:..... Población: Provincia:.....

País:Fecha de nacimiento:.....Tfno.:

Móvil: e-mail:

REPRESENTANTE LEGAL (Cumplimentar sólo si es distinto al Mutualista Senior y el Mutualista Junior es menor de edad)

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

País de nacimiento:Nacionalidad:.....

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

C.P.:..... Población: Provincia:.....

País:Fecha de nacimiento:.....Tfno.:

Móvil: e-mail:NIF/NIE.....Valido hasta:

BENEFICIARIO (Sólo si es distinto del Mutualista Junior. Indicar con x si el Beneficiario es el Mutualista Senior)

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

País de nacimiento:Nacionalidad:.....

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

C.P.:..... Población: Provincia:.....

País:Fecha de nacimiento:.....Tfno.:

Móvil: e-mail:NIF/NIE.....Valido hasta:

CAUSA Y FORMA DE PAGO DE LA PRESTACIÓN (marca con X la que proceda)

COBERTURA DE AHORRO:

Vencimiento de la Cobertura (Como máximo el fondo acumulado se liquidará en el mes en que el Mutualista Junior alcance la edad de 30 años)

Capital inmediato Capital diferido. Fecha de diferimiento: / / (día /mes/año)

Renta financiera. Fecha de inicio de cobro: / / (día /mes/año)

Importe anual: euros. Nº pagos año:

Renta temporal a..... años. Nº pagos año:

Crecimiento anual: %

Mixta: Renta financiera con un capital inmediato de: euros

Pago no periódico. Importe:..... euros

Anticipo del fondo acumulado remanente

EL SOLICITANTE

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

Rescate

Rescate Total. Cancelación de la cobertura de ahorro

Rescate Parcial. Importe del Rescate a realizar:.....€ (rescate mínimo 250€ y saldo mínimo después rescate de 60€)

BENEFICIARIOS EN CASO 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

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

COBERTURAS DE RIESGO Y OTRAS GARANTÍAS:

Fallecimiento del Mutualista Senior: Por enfermedad Por accidente

Incapacidad Permanente Absoluta del Mutualista Senior: Por enfermedad Por accidente

Fallecimiento del Mutualista Junior

Fallecimiento del cónyuge/pareja de hecho en el mismo accidente que el que causó el fallecimiento/incapacidad del Mutualista Senior

Incapacidad Permanente del cónyuge/pareja de hecho en el mismo accidente que el que causó el

fallecimiento/incapacidad del Mutualista Senior

Nombre cónyuge/pareja de hecho..... / NIF/NIE.....

Las prestaciones y sus formas de pago se corresponden con las garantías suscritas y reflejadas en las Condiciones Particulares del Plan Universal Junior.

COBRO DE LA PRESTACIÓN

Solicito recibir la prestación/ rescate:

Abono en el fondo acumulado del Mutualista Junior (sólo prestaciones derivadas de las coberturas de riesgo)

Abono mediante cheque bancario nominativo

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

IBAN

E	S																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 BIC

EL SOLICITANTE

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

A CUMPLIMENTAR EN CASO DE INCAPACIDAD ABSOLUTA Y PERMANENTE

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

En caso de **enfermedad**:

¿De que enfermedad se trata?.....

¿Desde cuando la 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:

Médico/s 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 forma se produjo?.....

.....

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

.....

OBSERVACIONES A RELLENAR POR LA MUTUALIDAD

.....

.....

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.....

ES NECESARIO CUMPLIMENTAR FECHA Y FIRMAR EN TODAS LA PÁGINAS

REPRESENTANTE LEGAL

EL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos:

NIF/NIE:

Enviar por fax 914 31 99 15 o por correo ordinario a:

Mutualidad de la Abogacia, C/ Serrano 9 - 3ª planta. 28001 Madrid

EL SOLICITANTE

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

INSTRUCCIONES GENERALES:

Este impreso será remitido a las oficinas de la Mutualidad cumplimentando 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 (márquese 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 de la 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 caso de Fallecimiento:

- Certificado de defunción del Mutualista Senior (también cónyuge/pareja de hecho si se trata de la garantía de Doble Prestación por accidente) o del Mutualista Junior causante expedido por el Registro Civil para la contingencia por fallecimiento.
- Certificado o informe del médico que haya asistido al fallecido, indicando origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente causante del fallecimiento.
- Testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.

En caso de Incapacidad Permanente y Absoluta:

- Certificado médico en impreso oficial o informes médicos a cumplimentar por el médico, en los que se hará constar: comienzo, naturaleza, origen y evolución de la patología alegada, diagnóstico, pronóstico, deficiencia que padece y discapacidad que le condiciona, acompañando todas las pruebas clínicas.
- En su caso, documento acreditativo de la baja en el Impuesto de Actividades Económicas y/o en la actividad laboral.
- En su caso, declaración firme, por el INSS u órgano judicial competente del grado de incapacidad permanente, su fecha de efectos económicos y el importe bruto anual a percibir.
- En el caso de que la situación de incapacidad derive de accidente: Atestado policial o actuaciones judiciales en caso de existir, parte de primera asistencia, informe de seguimiento e informe de alta y secuelas.

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

- Fotocopia del N.I.F/NIE del representante (si esta información no obra en poder de la Mutualidad).
- 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 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 a favor de Instituciones:

- Fotocopia del C.I.F.

En el caso de fallecimiento de beneficiario designado o heredero

- Certificado de defunción del beneficiario.