



Plan Universal

Parte mensual de confirmación

Cobertura de Incapacidad Temporal Profesional Sistema Profesional.
Cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave

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:

DATOS DEL MENOR

Nombre:..... Apellido 1:..... Apellido 2:..... DNI/NIE/Pasaporte:.....

DECLARACIÓN DEL TOMADOR

El Tomador declara que desde la fecha del último parte de confirmación remitido a la Mutualidad, no se ha producido ninguna circunstancia que implique la suspensión o extinción del derecho a la prestación, conforme se prevé en el artículo 26.3 g) del Reglamento del Plan Universal, o que altere o pueda alterar la información anteriormente suministrada y que propició el reconocimiento de la prestación. En caso contrario dar detalles del suceso producido y las duraciones y fechas en las que tuvo lugar y, en su caso, finalizó:

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

LA FIRMA Y REMISIÓN DE ESTA DECLARACIÓN ES IMPRESCINDIBLE PARA EL COBRO DE LA LIQUIDACIÓN PARCIAL ANTICIPADA A CUENTA DE LA INDEMNIZACIÓN, CONFORME SE PREVÉ EN EL ARTÍCULO 32.2 DEL REGLAMENTO DEL PLAN UNIVERSAL.

En..... ade de.....

El Tomador / Asegurado