



## Solicitud de prestación

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: .....

### TOMADOR / ASEGURADO

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

Nº Mutualista:..... 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: .....

¿Actualmente ejerces la abogacía por cuenta propia? Sí No ¿Unidad familiar monoparental? Sí No

### RELACIÓN CON EL MENOR

Progenitor  Adoptante  Acogedor preadoptivo/permanente  Tutor

### DATOS DEL MENOR

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

DNI/NIE/Pasaporte (obligatorio si mayor de 14 años):..... Fecha de nacimiento: ...../...../.....

### DATOS DEL OTRO PROGENITOR/ADOPTANTE/COGEDOR PREADOPTIVO-PERMANENTE/TUTOR

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

DNI/NIE/Pasaporte:.....

Trabaja por cuenta  Ajena  Propia. En razón de su actividad pertenece al:

Régimen General de la Seguridad Social  Régimen Especial de.....

Funcionario  Otros (Colegio profesional, etc.) .....

¿Tiene derecho a percibir prestación por este concepto? Sí No

¿Está percibiendo prestación por este concepto? Sí No

### MOTIVO DE LA SOLICITUD: Prestación por cuidado de menor afectado por cáncer u otra enfermedad grave

Fecha del ingreso hospitalario del menor:..... Diagnóstico:.....

¿Ha reducido la jornada laboral?  Si  No Fecha inicio de la jornada reducida: .....

Porcentaje de reducción (mínimo un 50%):..... en relación con una jornada semanal de 40 horas.

### El Tomador / Asegurado

**DECLARACIONES DEL TOMADOR**

---

- Que el menor de edad, cuya identidad y relación con el Tomador han sido anteriormente indicadas, padece una enfermedad con cobertura de conformidad con el listado de enfermedades graves contenido en el anexo I del Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.
- Que como consecuencia de la enfermedad que padece el menor a cargo resulta necesario el cuidado directo, continuado y permanente durante el tiempo de hospitalización y tratamiento de la enfermedad, por lo que con motivo de prestar este cuidado reduce su actividad en el ejercicio profesional de la abogacía en una proporción no inferior al 50%, en relación con una jornada semanal de 40 horas.
- Que, en su caso, el otro progenitor, adoptante, acogedor preadoptivo/permanente o tutor del menor realiza una actividad profesional y se encuentra afiliado y en alta en algún régimen de la Seguridad Social o mutualidad de previsión social, y no lleva a cabo reducción de jornada para prestar el cuidado requerido ni percibe prestación económica alguna por este concepto.
- Qué de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 32.2 del Reglamento del Plan Universal, solicita liquidaciones parciales anticipadas a cuenta del pago de la prestación previa remisión por su parte de los correspondientes partes mensuales de confirmación.

**COBRO DE LA PRESTACIÓN** (es necesario adjuntar documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria)

---

**Los datos bancarios para el abono de la prestación son:**

**IBAN**                  **BIC**

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/>

**ES NECESARIO CUMPLIMENTAR LA FECHA Y FIRMAR EN LAS PÁGINAS 1 Y 2.**

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

**El Tomador / Asegurado**



## ACUERDO ENTRE LOS PROGENITORES<sup>1</sup> SOBRE EL DISFRUTE DE LA PRESTACIÓN PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE, EN CASO DE SEPARACIÓN/DIVORCIO CUANDO AMBOS PUEDEN SER BENEFICIARIOS

D/D<sup>a</sup> ..... con DNI/NIE/Pasaporte .....

**Y**

D/D<sup>a</sup> ..... con DNI/NIE/Pasaporte .....,

como progenitores, adoptantes, guardadores con fines de adopción, acogedores permanentes o tutores del menor D/D<sup>a</sup> ..... con DNI/NIE/Pasaporte ..... (obligatorio en mayores de 14 años), teniendo ambos el derecho a solicitar la prestación

### ACUERDAN

que sea D/D<sup>a</sup> ..... quien solicite la prestación económica para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, que iniciará con fecha .....

que el cobro de la prestación por el motivo indicado se realice de forma alterna, por lo que el pago de esta prestación se llevará a cabo por mensualidades alternas.

**En** ..... **, a** ..... **de** ..... **de** .....

**Solicitante designado**

**El otro progenitor, adoptante, acogedor preadoptivo/permanente o tutor**

1. Léase progenitores, adoptantes, acogedores preadoptivos/permanentes o tutores.

**DECLARACIÓN MÉDICA PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS DE CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE.**

**1. DATOS DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN**

Primer apellido..... Segundo apellido..... Nombre.....  
DNI/NIE/Pasaporte..... Teléfono.....  
Relación con el menor:  Progenitor  Adoptante  Acogedor preadoptivo/permanente  Tutor

**2. DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA SANITARIA DEL PACIENTE MENOR**

Primer apellido..... Segundo apellido..... Nombre.....  
Nº de Colegiado..... Especialidad/Cargo.....  
Hospital/Centro sanitario.....  
Localidad.....  
 Servicio Público de Salud o entidad sanitaria concertada con el Servicio Público de Salud  
 Entidad sanitaria privada

**3. DATOS DEL PACIENTE MENOR**

Primer apellido..... Segundo apellido..... Nombre.....  
DNI/NIE/Pasaporte<sup>1</sup>..... Fecha de nacimiento..... Localidad.....  
Diagnóstico:.....  
.....  
.....  
Código<sup>2</sup>.....  
Fecha de ingreso hospitalario: Desde..... Hasta.....  
Hospital.....

**4. PERIODO ESTIMADO DE LA DURACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADO DIRECTO, CONTINUO Y PERMANENTE POR PARTE DEL PROGENITOR, ADOPTANTE, ACOGEDOR PREADOPTIVO/PERMANENTE O TUTOR**

Desde..... Hasta.....

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

Firma y Sello

1. Para mayores de 14 años.
2. Indicar, en su caso, el código de diagnóstico que aparece en el listado de enfermedades (Anexo I Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave).



## INSTRUCCIONES GENERALES:

Este impreso de solicitud de prestación será remitido a las oficinas de la Mutualidad cumplimentando los apartados que en cada caso procedan, 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 en el reconocimiento de la prestación solicitada o su pago, o incluso la imposibilidad de su tramitación. A la vista de la documentación aportada, la Mutualidad podrá requerir cualquier otra documentación para el examen de la prestación solicitada.

**Cuando la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente del menor, según se acredite en la declaración médica emitida al efecto, sea inferior a 3 meses, la prestación se reconocerá por el periodo concreto que conste en el informe. En caso contrario, el pago se realizará mediante liquidaciones parciales a cuenta, de carácter mensual, previa presentación por el beneficiario de los correspondientes partes de confirmación y la documentación exigida en cada caso.**

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

En todos los casos:

- Impreso solicitud normalizado, incluyendo la Declaración médica del facultativo responsable de la asistencia médica del menor y, en su caso, el Acuerdo entre progenitores, adoptantes, acogedores preadoptivos/permanentes o tutores sobre el disfrute de la prestación.
- Documento identificativo (DNI, NIE, Pasaporte) en vigor del progenitor, adoptante, acogedor preadoptivo/permanente o tutor del solicitante si la Mutualidad no dispone de copia actualizada, del no solicitante y del menor (obligatorio si tiene más de 14 años).
- Libro de familia o certificación de la inscripción del hijo en el Registro Civil o, en su caso, resolución judicial por la que se haya constituido la adopción, o la resolución judicial o administrativa por la que se haya concedido el acogimiento familiar preadoptivo o permanente o, en su caso, la tutela del menor.
- Documentación fiscal sobre comunicación de datos al pagador - modelo 145 del IRPF-.
- Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria.
- Informe médico actualizado del especialista que presta la asistencia.
- Acreditaciones del progenitor, adoptante, acogedor preadoptivo/permanente o tutor no solicitante en relación a su situación de afiliación y alta en algún régimen público de la Seguridad Social o Mutualidad de previsión social que corresponda: Certificado actualizado de la empresa, firmado y sellado, en el que consten la base de cotización correspondiente al mes previo al de inicio de la reducción de jornada y, en su caso, el porcentaje de reducción de jornada.
- Certificado de situación en Seguridad Social.

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

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

En el caso de que ambos progenitores, adoptantes, acogedores preadoptivos/permanentes o tutores tengan derecho a prestación (en el sistema público y/o alternativo):

- Acreditaciones del progenitor, adoptante, acogedor preadoptivo/permanente o tutor no solicitante en relación a los requisitos que determinan su derecho a la prestación.
- En el caso de no convivencia de los progenitores, adoptantes, acogedores preadoptivos/permanentes o tutores, y en ausencia de acuerdo sobre el beneficiario de la prestación, documentación acreditativa sobre la custodia o a cargo de quien está el menor.

En el caso de familia monoparental:

- Documentación acreditativa (certificado de defunción o resolución judicial del abandono) si en el libro de familia figuran ambos progenitores.
- En caso de separación judicial, nulidad o divorcio, y si ambos tienen derecho a prestación, es necesaria la cumplimentación del Acuerdo sobre el disfrute de prestación. Sin la cumplimentación del Acuerdo firmado o previsión judicial expresa, la prestación corresponde al que tiene la custodia. Si esta es compartida, la prestación corresponde al que lo solicita en primer lugar. Igual tratamiento en supuestos de ruptura de unidad familiar basada en una relación de afectividad análoga a la conyugal.

**El mutualista beneficiario está obligado a comunicar cualquier circunstancia que implique la suspensión o extinción del derecho a prestación. En cualquier momento la Mutualidad podrá llevar a cabo las actuaciones necesarias y requerir la documentación oportuna para comprobar que los beneficiarios mantienen el cumplimiento de los requisitos exigidos para su reconocimiento.**