

## Solicitud de prestación

Cobertura de Fallecimiento/Incapacidad permanente absoluta

NIF/CIF:.....

Nº Mutualista:.....

### TOMADOR

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

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

C.P.:..... Población:..... Provincia:.....

Tfno.:..... Móvil:..... e-mail:.....

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

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

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

### BENEFICIARIO PARA CASO DE FALLECIMIENTO

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

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

C.P.:..... Población:..... Provincia:.....

Tfno.:..... Móvil:..... e-mail:.....

Sexo:..... Fecha de Nacimiento:...../...../..... NIF:.....

### MOTIVO DE LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN (marca con x la que proceda)

Fallecimiento del asegurado:  Por enfermedad  Por accidente

Incapacidad Permanente Absoluta del asegurado:  Por enfermedad  Por accidente

Fallecimiento del asegurado y del cónyuge en el mismo accidente.

Incapacidad Permanente Absoluta del asegurado y del cónyuge en el mismo accidente.

### COBRO DE LA PRESTACIÓN

Solicito recibir la prestación:

Mediante talón

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

Entidad				Oficina				D.C.		Nº Cuenta							

En aplicación de la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos, autorizo y doy consentimiento expreso a la Mutuality General de la Abogacia para que los datos personales obtenidos, incluidos los datos de salud, sean tratados y, en su caso, incorporados a un fichero de aquella con la finalidad de valorar y conocer la contingencia que solicito. Tengo conocimiento de que estos datos pueden ser cedidos a aquellas entidades a los que la Mutuality esté obligada por la normativa vigente y de que puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que me asisten mediante escrito dirigido a la Mutuality en C/ Serrano, 9-3º, 28001 Madrid.

En.....,a.....de..... de..... **EL SOLICITANTE** (firma)

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

**EL REPRESENTANTE LEGAL** (firma):

Nombre y Apellidos:.....

N.I.F.:.....

### CUESTIONARIO A RELLENAR POR EL ASEGURADO

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 quien 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.

En aplicación de la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos, autorizas y das consentimiento expreso a la Mutualidad General de la Abogacía para que los datos personales que facilitas, incluidos los datos de salud, sean tratados y, en su caso, incorporados a un fichero de aquella con la finalidad de valorar y conocer la contingencia que solicitas. Estos datos pueden ser cedidos a aquellas entidades a los que la Mutualidad esté obligada por la normativa vigente y puedes ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que te asisten mediante escrito dirigido a la Mutualidad en C/ Serrano, 9-3º, 28001 Madrid. Salvo que indiques lo contrario marcando esta casilla , tus datos serán utilizados también para enviarte información, incluso por medios electrónicos, sobre los productos y servicios de la Mutualidad, referencia de los Convenios de Colaboración que suscriba y para impulsar ofertas en el ámbito del Club del Mutualista. En cualquier momento puedes oponerte a dicho uso en la dirección de e-mail [buzon@mutualidadabogacia.com](mailto:buzon@mutualidadabogacia.com) o en el teléfono de atención al mutualista 902 255 050. Salvo que marques esta casilla , autorizas a la Mutualidad para que tus datos puedan ser comunicados a terceras entidades de los sectores de gran consumo, telecomunicaciones, financiero y seguros, ocio, formación, automoción, energía y suministros y ONG que hayan alcanzado acuerdos de colaboración con nosotros para ofrecer a nuestros miembros sus productos o servicios en condiciones especialmente ventajosas. En caso de que nos proporciones datos de terceros, es tu responsabilidad haberles informado de todo lo previsto en esta cláusula y haber obtenido su consentimiento".

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** (firma)

Nombre y Apellidos: .....

N.I.F.: .....

### ES NECESARIO CUMPLIMENTAR FECHA Y FIRMA

**Enviar por fax 914 31 99 15 o 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.

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

En todos los casos.

Fotocopia del N.I.F. del beneficiario. No será necesario si ya obra en el expediente del mutualista.

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

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.

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.

En caso de Fallecimiento:

Certificado de defunción del mutualista causante expedido por el Registro Civil para la contingencia por fallecimiento.

Certificado o informe del médico que haya asistido al asegurado, indicando origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente causante del fallecimiento o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.