



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

Solicito recibirla:

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

IBAN 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.

En aplicación de la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos, autorizas y das consentimiento expreso a la Mutuality 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 las que la Mutuality 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 Mutuality 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 Mutuality, 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 o en el teléfono de atención al mutualista 902 255 050. Salvo que marques esta casilla , autorizas a la Mutuality 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

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 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 Mutuality 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 Mutuality 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 Mutuality).

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.