



Solicitud de prestación Cobertura de Incapacidad Temporal Profesional

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:

Marca con **x** lo que proceda

- Parte Inicial de Baja** **Parte de Confirmación de Baja**
 Parte de Alta médica

TOMADOR / ASEGURADO (Sólo en el parte inicial de Baja)

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:.....
¿Actualmente ejerces la abogacia por cuenta propia? Sí No

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:

Causa de la Solicitud de indemnización (solo en el parte inicial de Baja)

- | | |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal por enfermedad | <input type="checkbox"/> Paternidad |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal por accidente | <input type="checkbox"/> Patología psicológica o psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Maternidad o adopción del mutualista | <input type="checkbox"/> Hospitalización |
| <input type="checkbox"/> Aborto espontaneo | <input type="checkbox"/> Intervenciones quirúrgicas o Tratamientos |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización patologías embarazo | |

Descripción de la Incapacidad Temporal:

Diagnostico que motiva la baja:.....
 Accidente: Día, lugar y hora..... Actividad que realizabas:.....
Descripción y causas del accidente:.....

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

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

BIC

--

MUTUALIDAD GENERAL DE LA ABOGACIA, Mutuality de Prevención Social a Prima Fija. Inscrita en el Reg. de Entidades Aseguradoras, Sec. Previsión Social con el nº 2131 - CIF: V-28/024149 - Dom. Soc. Serrano 9-28001 Madrid Sol-PU-IND-ITP-09/16-DE

Circunstancias personales:

1. ¿Actualmente ejerces tu actividad profesional por cuenta propia? Sí No
2. ¿Te encuentras afectado por una Incapacidad Permanente o percibes una pensión por dicha causa o tu estado de salud es irreversible? Sí No Causa
3. ¿Te encuentras actualmente en situación de: Jubilación Desempleo Situación asimilada

En aplicación de la Ley Orgánica 15/1999 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

ES NECESARIO CUMPLIMENTAR LA FECHA, FIRMAR Y SELLAR EN LAS PÁGINAS 1 Y 2

EL TOMADOR / ASEGURADO

INSTRUCCIONES GENERALES:

Este impreso será remitido a las oficinas de la Mutuality, siendo la cumplimentación de todos sus apartados, imprescindibles para 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 incluso la imposibilidad de su tramitación.

A la vista de la documentación aportada, la Mutuality podrá requerir cualquier otra documentación 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:

- Impreso solicitud normalizado.
- Impreso de baja/confirmación baja firmado y sellado por el médico, o
- Informe médico con los mismos requerimientos del Impreso de baja/confirmación firmado y sellado.
- Documentación fiscal sobre comunicación de datos al pagador, facilitado por la mutuality - modelo 145 del IRPF-.
- Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria.
- DNI en vigor

En caso de Baja por enfermedad:

- Informes médicos en los que se indique enfermedad, causas y fecha de inicio de la patología, pronóstico en cuanto a duración de la baja firmado y sellado.
- Partes de confirmación firmado y sellado.

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 Baja por accidente:

- Informe médico de urgencias o primera asistencia tras el accidente.
- Documentación que acredite la ocurrencia del accidente (parte de accidente de trabajo, parte de accidente de tráfico, sino se trata de este tipo de accidente y no poseemos documentación, hay un espacio reservado en la solicitud para describir el accidente).

En caso de hospitalización:

- Informe del alta hospitalaria

En caso de indemnización por parto, aborto o adopción o paternidad:

- Informe firmado por el médico que ha seguido el embarazo.
- En caso de aborto, certificado del centro hospitalario en el que se detalle esta contingencia.
- En los supuestos de parto o indemnización por paternidad, deberá presentarse informe de alta hospitalaria y copia del libro de familia o certificado de la inscripción del niño/a en el registro civil.
- En el supuesto de adopción deberá aportar copia del libro de familia o inscripción del niño/a en el registro Civil, además de copia de la solicitud de adopción y resolución judicial por la que se constituye la misma.

PARTE MÉDICO DE BAJA O DE CONFIRMACIÓN

A cumplimentar por el médico que asiste al Asegurado (avalado con informe médico a adjuntar)

Nombre facultativo: Apellido 1: Apellido 2:

Médico con ejercicio en: Especialidad.....

Nº de Colegiado: En el colegio de:

Declara que:

D/Dña.....

Padece.....

Fecha de diagnóstico de la enfermedad que causa la incapacidad:/...../.....

Motivado por.....

Antecedentes (Informar explícitamente):

.....

.....

Pronóstico de duración de la situación de incapacidad temporaldías

Fecha de inicio de la Incapacidad Temporal Total (baja laboral).....

¿Puede desempeñar parcialmente su trabajo? Sí No

¿Ha padecido con anterioridad a la fecha esta clase de dolencia o su causa está relacionada con periodos de incapacidad anteriores? Sí No ¿Cuándo?.....

La dolencia que presenta: Implicará intervención quirúrgica y/o hospitalización

En caso de parto, aborto, paternidad o patologías derivadas, indicar fecha de inicio del embarazo.....

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

El Médico (firma y sello)

PARTE DE ALTA LABORAL (avalado con informe médico a adjuntar)

En el día de la fecha, ha sido dado de alta laboral el mutualista cuyos datos a continuación se detallan:

D/Dña:.....

Duración total de la incapacidad:..... días, desglosado de la siguiente manera:

Días impeditivos Días de baja parcial

Por haber cesado las dolencias

Reinicio actividad profesional

Considerar su incapacidad como permanente

Otros

Observaciones:.....

El Médico (firma y sello)

Nº Colegiado:

El Tomador / Asegurado (firma)

Nº Mutualista:

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