

Solicitud de prestación Cobertura de Incapacidad Temporal Profesional

Las comunicaciones deberán efectuarse dentro del plazo de 7 días desde la ocurrencia del siniestro, de conformidad con el Artículo 32.4 del Reglamento del Plan Universal.

Marca con x lo que proceda

NIF/CIF:.....

Nº Mutualista:.....

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:.....

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

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

Tfno:..... Móvil:..... e-mail:.....

¿Actualmente ejerces la abogacía por cuenta propia? Sí No

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

Incapacidad Temporal por enfermedad

Paternidad

Incapacidad Temporal por accidente

Patología psicológica o psiquiátrica

Parto, aborto o adopción mutualista

Hospitalización

Hospitalización patologías embarazo

Intervenciones quirúrgicas o Tratamientos

Descripción de la Incapacidad Temporal:

El Mutualista declara que se encuentra en una situación de incapacidad temporal que le impide totalmente el ejercicio profesional Sí No

Enfermedad ¿Cuál?..... ¿En qué fecha empezó?.....

Accidente: Día, lugar y hora..... Actividad que realizabas:.....

Descripción y causas del accidente:.....

Quien prestó asistencia al accidente:.....

¿Precisas un acto quirúrgico para la curación? Sí No ¿Cuál?..... ¿Fecha?.....

¿Has requerido o requerirás hospitalización? Sí No

¿Has requerido intervención quirúrgica-tratamiento? Sí No ¿Cuál/es?.....

..... ¿Fecha?.....

Maternidad: Parto Aborto Adopción Paternidad

¿Fecha de inicio del embarazo o de la solicitud de la adopción?

Documentación que aporta:.....

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 15/99 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 las 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 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 TOMADOR / ASEGURADO

ES NECESARIO CUMPLIMENTAR FECHA Y FIRMA

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:

- Por haber cesado las dolencias Reinicio actividad profesional
 Considerar su incapacidad como permanente Otros

Observaciones:

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

Días improductivos Días de baja parcial

El Médico (firma y sello)
Nº Colegiado:

El Tomador / Asegurado (firma)
Nº Mutualista:

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

ES NECESARIO CUMPLIMENTAR FECHA, FIRMA Y SELLO

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 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 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 para el examen de la prestación solicitada.

Las comunicaciones deberán efectuarse dentro del plazo de 7 días desde la ocurrencia del siniestro, de conformidad con el Artículo 32.4 del Reglamento del Plan Universal.

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 por el médico, o
- Informe médico con los mismos requerimientos del Impreso de baja/confirmación.
- Documentación fiscal sobre comunicación de datos al pagador, facilitado por la mutualidad - modelo 145 del IRPF-.
- Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria.

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.
- Partes de confirmación.

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/Historial clínico del ingreso hospitalario con los siguientes datos:
 - o Fecha de ingreso y alta.
 - o Origen y antecedentes de la enfermedad o accidente que motivaron el ingreso.
 - o Evolución de la situación clínica.

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.

Las comunicaciones deberán efectuarse dentro del plazo de 7 días desde la ocurrencia del siniestro, de conformidad con el Artículo 32.4 del Reglamento del Plan Universal.