Accidentes Universal
Solicitud de Seguro

NIF/CIF:.....

Cód. Interno:.....

TOMADOR

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

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

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

Tfno.:..... Móvil:..... e-mail:.....

ASEGURADO (si es persona distinta)

Fecha Nacimiento:...../...../..... Sexo:.....

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

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

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

Tfno.:..... Móvil:..... e-mail:.....

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Deseo contratar la/s siguiente/s cobertura/s:

☐ Incapacidad Permanente derivada de accidente: Suma Asegurada cobertura de Incapacidad Permanente:
☐ 100.000 € ☐ 125.000 € ☐ 150.000 € ☐ 200.000 € ☐ 250.000 € ☐ 300.000 €

☐ Fallecimiento derivado de accidente: Suma Asegurada cobertura de Fallecimiento:
☐ 100.000 € ☐ 125.000 € ☐ 150.000 € ☐ 200.000 € ☐ 250.000 € ☐ 300.000 €

Aunque las sumas aseguradas están expresadas en forma de capital, podrán percibirse a elección del Beneficiario, en forma de renta o de capital de pago único. El seguro incluye coberturas adicionales (en Incapacidad Permanente) de prótesis ortopédicas, cirugía plástica reparadora y adaptación al entorno y (en Fallecimiento) de anticipo de gastos de sepelio y asesoramiento a Beneficiarios.

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO (en caso de Incapacidad Permanente el Beneficiario será el propio Asegurado)

☐ Cónyuge e hijos por partes iguales

☐ Cónyuge, y en su defecto, los hijos del matrimonio por partes iguales

☐ Herederos legales ☐ Otros:.....

DATOS BANCARIOS Y FORMA DE PAGO (en caso de fraccionamiento de pago, el importe mínimo por recibo debe ser de 5 €)

Datos bancarios: ☐ Deseo domiciliar el seguro en la misma cuenta que los recibos del Plan Universal

☐ Deseo domiciliar el recibo de este seguro en una cuenta distinta:

Entidad	Oficina	D.C.	Nº Cuenta
4 dígitos	4 dígitos	2 dígitos	10 dígitos

Forma de pago: ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐ Misma periodicidad del Plan Universal

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

1. Profesión:..... ¿Eres zurdo? ☐ SÍ ☐ NO
2. ¿Estás incapacitado total o parcialmente para el trabajo? ☐ **Sí** ☐ **No** ¿Padeces algún defecto físico o limitación funcional, enfermedad diagnosticada o patología en estudio? ☐ **Sí** ☐ **No** ¿Cuál? (Explica con precisión el cuadro clínico, pérdida anatómica o funcional, o anquilosamiento que padeces):.....
3. ¿Practicas algún deporte, afición o actividad violenta y/o peligrosa? ☐ **Sí** ☐ **No** Cuáles:.....

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 cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, la Mutualidad General de la Abogacía te informa de que los datos personales que aportas, junto a los obtenidos durante la vigencia del contrato en tu condición de mutualista, serán incluidos en sus ficheros de datos de carácter personal para la gestión de los productos o servicios contratados. 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. Igualmente, puedes ejercer tus derechos de acceso, rectificación y cancelación y oposición dirigiéndote por escrito a la Mutualidad, C/ Serrano, 9, 3º, 28001 Madrid. 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

Enviar por fax 914 31 99 15 o por correo ordinario a: C/ Serrano 9 - 3ª planta. 28001 Madrid

Sol-SAU-GE-03/09-DE MUTUALIDAD GENERAL DE LA ABOGACÍA, Mutualidad de Previsión 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