

NIF:.....

Si no eres mutualista, por favor acompaña fotocopia del DNI

Cód. Interno:.....

TOMADOR/ASEGURADO

Número de Mutualista:.....

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

Tipo vía: Dirección: N°: Piso: Letra: Esc.: Blq.:.....

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

Tfno.: Móvil: e-mail:

CONDICIÓN DEL SOLICITANTE

- Profesional de la abogacía
- Familiar de mutualista Nombre completo del mutualista:.....
Parentesco:.....
- Empleado del Colegio/Consejo de:.....
- Otros:.....

SISTEMAS A CONTRATAR

Solicito la apertura de la siguiente modalidad del Plan Universal:

- Sistema de **Previsión Personal** (Plan de Previsión Asegurado)
- Sistema de **Ahorro Flexible** (Plan Individual de Ahorro Sistemático o Seguro de Vida de Ahorro)

COBERTURAS

Cobertura de Ahorro-Jubilación

Aportación inicial
extraordinaria

€

Aportación periódica anual
(aportación mínima de 60 € por recibo)

€

Crecimiento anual acumulativo cuotas
(señalar con un aspa o indicar)

0% 3% 5% Otro

Si suscribes el Sistema de Ahorro Flexible y deseas recibir la prestación en una fecha distinta a la de tu 65 aniversario, indica cuál:/...../.....

Cobertura de Fallecimiento

Además del valor acumulado en el momento del fallecimiento, el 10 % del valor acumulado en el mes anterior en la cobertura de Ahorro-Jubilación (1,1% a partir de los 65 años) con un máximo de 10.000 euros (importe mínimo).

Adicionalmente deseo asegurar el siguiente capital de fallecimiento: €

(en tramos de 10.000 € con un máximo de 300.000 € entre los tres sistemas)

Deseo como Beneficiarios para la cobertura de Fallecimiento

- Cónyuge e hijos por partes iguales Cónyuge, y en su defecto, los hijos del matrimonio por partes iguales
- Herederos legales Otros:.....

Cobertura de Incapacidad Permanente y Absoluta

Opción Renta Vitalicia:

Importe renta mensual	1.200 €	1.800 €	2.400 €
Renta constante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2% crecimiento anual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3% crecimiento anual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opción Capital:

Deseo asegurar la siguiente suma: €

Puedes asegurar un capital en tramos de 10.000 € con un máximo de 200.000 € si lo suscribes conjuntamente con la opción de Renta Vitalicia, o 300.000 € si te decantas sólo por esta opción. Este límite es conjunto para los tres sistemas.

Cobertura de Incapacidad Temporal Profesional

Esta cobertura está dividida entre un grupo de garantías básicas (Cobertura Básica) y otras Garantías opcionales.

COBERTURA BÁSICA	OPCIÓN A	OPCIÓN B	OPCIÓN C
Incapacidad por enfermedad o accidente que no requiere hospitalización (Máximo 365 días)	30 € día	60 € día	90 € día
Pago único por parto, aborto o adopción	1.800 €	3.600 €	5.400 €
Lactancia (pago único)	75 €	150 €	225 €
Cobertura por peligro vital de la madre o el feto	30 € día	60 € día	90 € día
Hospitalización por patologías del embarazo (máximo 7 días)	15 € día adicionales	30 € día adicionales	45 € día adicionales
Patología psicológica o psiquiátrica (máximo 15 días)	30 € día	60 € día	90 € día
Deseo suscribir la siguiente opción:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Además, puedes suscribir las siguientes garantías opcionales cuyo alcance corresponde a la opción que has marcado en el cuadro anterior.

Marca con un X aquellas que desees:

GARANTÍAS OPCIONALES	OPCIÓN A	OPCIÓN B	OPCIÓN C
<input type="checkbox"/> Hospitalización por enfermedad o accidente	15 € día adicionales	30 € día adicionales	45 € día adicionales
<input type="checkbox"/> Intervenciones Quirúrgicas y Tratamientos*	Puntos Baremo x 30 €	Puntos Baremo x 60 €	Puntos Baremo x 90 €
<input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal Parcial (máximo 15 días)	15 € día del 10% de días baja	30 € día del 10% de días baja	45 € día del 10% de días baja

*La suscripción de esta garantía requiere la contratación previa o simultánea de la Garantía Adicional de Hospitalización por Enfermedad o Accidente. La edad máxima de contratación es de 49 años.

Para todas las garantías se establece una franquicia de 7 días. Para que las garantías tomen efecto se requiere un plazo de carencia de 60 días, excepto para aquellas relacionadas con el embarazo y/o maternidad que será de 300 días o la de intervenciones quirúrgicas y tratamientos que será de 180 días. En caso de accidente no se aplicará ningún plazo de carencia. El límite máximo de contratación de indemnización es de 90 € entre el Sistema de Previsión Social Profesional y el Sistema de Ahorro Flexible.

DATOS BANCARIOS Y FORMA DE PAGO EN APORTACIONES PERIODICAS

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Datos Bancarios:

Entidad	Oficina	D.C.	Nº Cuenta

DECLARACIÓN DE SALUD (cumplimentar cuando se contrata cobertura adicional de Fallecimiento e Incapacidad Permanente)

- ¿Practicar deportes o actividades manifiestamente peligrosas? Sí NO En caso afirmativo, indica cuales:..... ¿Eres zurdo? Sí NO
- Estatura:..... cm. Peso:..... Kgs. Tensión Arterial:...../..... Si la desconoces, ¿eres hipertenso? Sí NO
- ¿Fumas? Sí NO Cig./día:..... ¿Bebes alcohol? (Salvo 1 ó 2 vasos de 1/5 de vino-cerveza/día) Sí NO Vasos/día:..... Vasos/día otros:..... ¿Tomas otros estupefacientes no prescritos médicamente? Sí NO ¿Cuáles?.....
- ¿Tienes reconocida una discapacidad con un grado de minusvalía física o sensorial igual o superior al 65%, psíquica igual o superior al 33% o declarada judicialmente con independencia de su grado? Sí NO
- ¿Estás incapacitado, total o parcialmente para el trabajo o presentas algún defecto físico? ¿Padeces actualmente trastornos en tu estado de salud o te encuentras afectado por alguna dolencia? ¿Tomas actualmente algún medicamento de forma habitual o sigues algún tratamiento? ¿Durante los últimos 24 meses y por enfermedad o accidente, has consultado algún médico o dejado de trabajar más de 15 días? Sí NO (En caso afirmativo dar detalles y adjuntar informes médicos).....
- ¿Has sido o vas a ser intervenido quirúrgicamente o tratado en un centro sanitario? ¿Has tenido que consultar alguna vez a un médico debido a trastornos cardiacos o circulatorios, colesterol, presión arterial, tuberculosis, asma, cáncer, tumores, albúmia, azúcar o sangre en orina, diabetes, S.I.D.A, V.I.H., vesícula biliar, riñones, hígado, afección en la columna vertebral, epilepsia, trastornos nerviosos, mentales o enfermedad grave o larga duración? Sí NO (En caso afirmativo dar detalles y adjuntar informes médicos).....
- ¿Alguno de tus familiares consanguíneos han padecido o padecen alguna enfermedad cardiaca, cerebrovascular, renal, diabetes, cáncer, hipertensión, o alguna otra de carácter hereditario antes de cumplir los 65 años? Sí NO (En caso afirmativo, dar detalles y adjuntar informes médicos)
- ¿Tienes previsto algún ingreso hospitalario médico o quirúrgico en el próximo año? Sí NO
- ¿Has padecido alguna vez, los siguientes síntomas o procesos?: Dolores de espalda, articulares, vértigos, fisura, fistula anal, alteraciones de próstata, cólicos, tendinitis, artrosis y otros reumatismos, hepatitis, hernias, defectos visuales o auditivos? Sí NO (En caso afirmativo dar detalles y adjuntar informes médicos)
- ¿Dispones de otros seguros o garantías que cubran el fallecimiento, la incapacidad permanente y/o temporal? Sí NO ¿Cuáles?..... Año de contratación:.....

La mutualidad podrá requerir reconocimiento médico por razón de edad, cuantía o patología declarada.

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