



Solicitud de Seguro de Accidentes



GRATUITO

Datos del nuevo colegiado/asegurado

Nombre: Apellido 1: Apellido 2:
 NIF/CIF..... Colegio..... ¿Ejerces por cuenta propia? Sí No
 Fecha Nacimiento:/...../..... Sexo: Estado Civil: Nº Hijos:
 Dirección: C.P.:
 Población: Provincia:
 Tfno.: e-mail: ¿Eres zurdo? SÍ NO

El asegurado declara que no está incapacitado ni total o ni parcialmente para el trabajo, ni padece ningún defecto físico o limitación funcional, enfermedad diagnosticada o patología en estudio, ni practica ninguna profesión, deporte, afición o actividad violenta y/o peligrosa.

Beneficiarios

- Cónyuge e hijos por partes iguales en caso de fallecimiento
 Cónyuge, y en su defecto, los hijos del matrimonio por partes iguales en caso de fallecimiento
 Herederos legales en caso de fallecimiento Otros:
- (En caso de incapacidad absoluta o parcial, el beneficiario será el propio Asegurado)

Coberturas y sumas aseguradas

Este seguro de accidentes es gratuito el primer año para nuevos colegiados y consta de las coberturas y capitales asegurados siguientes:

| | |
|--|---------------------------------|
| Incapacidad Permanente Absoluta por accidente | 50.000 euros |
| Incapacidad Permanente Parcial por accidente | según baremo hasta 50.000 euros |
| Adicionales: Implantación de prótesis ortopédica..... | hasta 5.000 euros |
| Cirugía plástica reparadora..... | hasta 2.500 euros |
| Adaptación de la vivienda, el despacho y/o automóvil..... | hasta 2.500 euros |
| Fallecimiento por Accidente | 50.000 euros |
| Adicionales: Adelanto para gastos de sepelio..... | 2.500 euros |
| Asesoramiento legal a los beneficiarios. | |

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.

Entidad aseguradora: 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: G-28/024149- Dom. Soc. Serrano 9-28001 Madrid

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 nuevo colegiado

ES NECESARIO CUMPLIMENTAR FECHA Y FIRMA

En caso de que quieras ampliar y/o que tu seguro se prorrogue al finalizar el Período de cobertura gratuita de un año, cumplimentar el dorso



Código interno (a cumplimentar por la Mutualidad)

Envía esta solicitud a la Mutualidad para que el seguro entre en vigor, utilizando el sobre respuesta adjunto que no necesita sello.

Marca con una X lo que proceda si deseas ampliar y/o que tu seguro se prorrogue al finalizar el periodo de cobertura gratuita:

Si, deseo ampliar la suma asegurada y que mi seguro se prorrogue al finalizar el periodo gratuito de un año, pasando de una suma asegurada de 50.000 € a:

- Incapacidad Permanente por accidente: 100.000 € 125.000 € 150.000 € 200.000 € 250.000 € 300.000 €
- Fallecimiento por accidente: 100.000 € 125.000 € 150.000 € 200.000 € 250.000 € 300.000 €

Las coberturas de Incapacidad Permanente y /o Fallecimiento se pueden ampliar hasta las sumas aseguradas que se indican, abonando las cuotas que corresponden al aumento:

CUOTAS MENSUALES ⁽¹⁾

| Suma asegurada | Incapacidad Permanente | | | Fallecimiento | | |
|----------------|------------------------|--------------------------------------|-----------|-----------------------|--------------------------------------|-----------|
| | 1 ^{er} año | 2 ^o y 3 ^{er} año | sucesivos | 1 ^{er} año | 2 ^o y 3 ^{er} año | sucesivos |
| 50.000 € | GRATUITO | 0,22 € | 0,44 € | GRATUITO | 0,82 € | 1,63 € |
| 100.000 € | 0,22 € ⁽²⁾ | 0,44 € ⁽²⁾ | 0,88 € | 0,82 € ⁽²⁾ | 1,63 € ⁽²⁾ | 3,27 € |
| 125.000 € | 0,33 € ⁽²⁾ | 0,55 € ⁽²⁾ | 1,10 € | 1,23 € ⁽²⁾ | 2,04 € ⁽²⁾ | 4,09 € |
| 150.000 € | 0,44 € ⁽²⁾ | 0,66 € ⁽²⁾ | 1,33 € | 1,63 € ⁽²⁾ | 2,45 € ⁽²⁾ | 4,90 € |
| 200.000 € | 0,66 € ⁽²⁾ | 0,88 € ⁽²⁾ | 1,77 € | 2,45 € ⁽²⁾ | 3,27 € ⁽²⁾ | 6,54 € |
| 250.000 € | 0,88 € ⁽²⁾ | 1,10 € ⁽²⁾ | 2,21 € | 3,27 € ⁽²⁾ | 4,09 € ⁽²⁾ | 8,17 € |
| 300.000 € | 1,10 € ⁽²⁾ | 1,33 € ⁽²⁾ | 2,65 € | 4,09 € ⁽²⁾ | 4,90 € ⁽²⁾ | 9,81 € |

- (1) Excluidos Consorcio y CLEA que se abonarán en el primer recibo de cada aniversario de la póliza (máximo 1,92 € anuales).
 (2) Cuotas para nuevos Mutualistas menores de 50 años.

Si, deseo que mi seguro se prorrogue al finalizar el periodo gratuito de un año, pero sin aumento de la suma asegurada

En caso de que trascurrido el primer año desees prorrogar el seguro con las mismas sumas aseguradas que el seguro gratuito inicial, las cuotas serán las que se indican en el cuadro siguiente:

CUOTAS MENSUALES ⁽¹⁾

| Suma asegurada | Incapacidad Permanente | | | Fallecimiento | | |
|----------------|------------------------|--------------------------------------|-----------|---------------------|--------------------------------------|-----------|
| | 1 ^{er} año | 2 ^o y 3 ^{er} año | sucesivos | 1 ^{er} año | 2 ^o y 3 ^{er} año | sucesivos |
| 50.000 € | GRATUITO | 0,22 € ⁽²⁾ | 0,44 € | GRATUITO | 0,82 € ⁽²⁾ | 1,63 € |

- (1) Excluidos Consorcio y CLEA que se abonarán en el primer recibo de cada aniversario de la póliza (máximo 1,92 € anuales).
 (2) Cuotas para nuevos Mutualistas menores de 50 años.

Información sobre la cuotas y prórroga del seguro

Las cuotas correspondientes a la cobertura de 50.000 € de suma asegurada para caso de Incapacidad Permanente y Fallecimiento derivados de accidente están bonificadas al 100% (la cuota ordinaria sería de 25,23 euros) durante el primer año.

Sobre el resto de suma asegurada que se contrate, hasta 150.000 euros, se aplicará a los menores de 50 años una bonificación del 50% de la cuota durante el primer año.

Para el segundo y tercer año, se bonificará a los menores de 50 años el 50% de la cuota correspondiente al total de la suma asegurada. A partir del cuarto año, la cuota a pagar será la que corresponda a las coberturas contratadas.

El contrato se prorrogará automáticamente cada año, a no ser que una de las partes no lo desee y lo comunique por escrito con un mínimo de antelación de dos meses. No obstante, puedes rescindir el contrato en cualquier momento, tomando efecto la baja al día siguiente del vencimiento de la próxima cuota o fracción de la misma siempre que la recepción se realice con por lo menos quince días antes del final del mes.

En cualquier caso, el seguro se extinguirá cuando el Asegurado cumpla 70 años, fallezca o sea indemnizado por incapacidad permanente.

Datos bancarios y forma de pago (sólo en el caso de que desees ampliar o tengas previsto prorrogar tu seguro)

Datos bancarios: Deseo domiciliar los recibos en la siguiente cuenta bancaria:

| Entidad | Oficina | D.C. | Nº Cuenta |
|---------|---------|------|-----------|
| | | | |

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

(en caso de fraccionamiento de pago, el importe mínimo por recibo debe ser de 5 euros)