

Plan Universal de la Abogacía
Sistema de Previsión Social Profesional

INSTRUCCIONES GENERALES

Por favor, rellena todos los espacios de esta solicitud con letras mayúsculas, marcando con cuando proceda y comprueba haber firmado el documento. Es necesario que acompañes a esta solicitud la documentación siguiente:

- Fotocopia del D.N.I. Certificado de incorporación en el Colegio de Abogados correspondiente, en su caso

1. DATOS PERSONALES DEL TOMADOR/ASEGURADO

NIF/NIE: _____ En caso de residencia en otro país con documento de identificación propio, adjuntar Número del documento del país de residencia: _____	Profesión: _____ País de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Nº mutualista: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Estado Civil: _____
Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____	

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: _____

Domicilio particular del Tomador/Asegurado:

Tipo vía: _____ Nombre vía: _____ Nº: _____ Blq.: _____ Esc.: _____ Piso: _____ Puerta: _____
C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Tfno.: _____ Móvil: _____ e-Mail: _____ ¿Domicilio fiscal? SÍ NO

Domicilio profesional del Tomador/Asegurado:

Tipo vía: _____ Nombre vía: _____ Nº: _____ Blq.: _____ Esc.: _____ Piso: _____ Puerta: _____
C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
Tfno.: _____ Móvil: _____ e-Mail: _____ ¿Domicilio fiscal? SÍ NO

Marcar con una la dirección en la que deseas que te enviemos la documentación: Particular Profesional

Datos Cónyuge/Pareja de hecho:

NIF/NIE: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: Hombre Mujer
Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____
Contacto (tfno., e-Mail...): El mismo que el del tomador Otro: _____
País de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Datos Hijos:

1) NIF/NIE: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: Hombre Mujer
Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____
Contacto (tfno., e-Mail...): El mismo que el del tomador Otro: _____
País de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

2) NIF/NIE: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: Hombre Mujer
Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____
Contacto (tfno., e-Mail...): El mismo que el del tomador Otro: _____
País de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

3) NIF/NIE: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: Hombre Mujer
Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____
Contacto (tfno., e-Mail...): El mismo que el del tomador Otro: _____
País de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Firma del Tomador/Asegurado

2. CONDICIÓN DEL SOLICITANTE

Abogado colegiado en el Colegio de Abogados de: _____

- Soy abogado ejerciente por cuenta propia exclusivamente y solicito la incorporación en la Mutualidad de la Abogacía como alternativa al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social.
- Soy abogado ejerciente por cuenta propia pero comparto el ejercicio por cuenta propia con otras actividades realizadas al amparo de un Régimen de la Seguridad Social (Pluriactividad), y solicito la incorporación en la Mutualidad de la Abogacía como alternativa al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social.

3. CONTRATACIÓN

- 3.1. PLAN UNIVERSAL DE LA ABOGACÍA. SISTEMA DE PREVISIÓN SOCIAL PROFESIONAL**
(alternativo a Régimen Especial de Trabajadores Autónomos)

Este sistema de previsión incluye automáticamente la siguiente cobertura básica obligatoria que corresponde a los mínimos de contratación en el Sistema Profesional alternativo al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, y es definida en función de la edad en la fecha de contratación:

	MENORES DE 48 AÑOS ¹	DESDE 48 AÑOS ¹
Ahorro-Jubilación ²	Incluida	Incluida
Capital básico de fallecimiento	Incluida (mínimo 150.000 €) ³	Incluida ³
Renta Incapacidad Permanente absoluta	1.200 €/mes	
Incapacidad Temporal Profesional ⁴	30 €/días	

1. Edad en la fecha de contratación
2. Para conocer el capital objetivo estimado a tu jubilación, consulta el documento "Tarifa de Cuotas".
3. En caso de fallecimiento, los beneficiarios percibirán el fondo acumulado en el momento del fallecimiento más el 10% (o el 1,1% a partir de los 65 años) del valor de dicho fondo al final del mes anterior, sin que la suma correspondiente a este porcentaje supere el límite máximo de 10.000 euros. Las nuevas altas con edades inferiores a 48 años cuentan con un capital mínimo, en cualquier caso, de 150.000 euros.
4. Corresponde al conjunto de garantías principales de incapacidad temporal. Consulta el documento de tarifa de cuotas.

Adicionalmente a la cobertura básica obligatoria del Sistema Profesional, deseo suscribir las siguientes coberturas y aportaciones:

- Cobertura de Ahorro-Jubilación

Aportación inicial extraordinaria	Aportación periódica anual	Crecimiento anual acumulativo cuotas (señalar con un aspa o indicar)			
0%	3%	5%	Otro		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

- Cobertura de Fallecimiento

El Sistema Profesional incluye de forma automática la garantía de Capital básico de fallecimiento. Adicionalmente a la misma deseo asegurar el siguiente capital adicional de fallecimiento:

(En tramos de 10.000 € con un máximo de 300.000 € entre todos los sistemas. Consultar el documento "Tarifa de Cuotas")

Firma del Tomador/Asegurado

Cobertura de Incapacidad Permanente y Absoluta

Si eres menor de 48 años en la fecha de contratación, este Sistema Profesional incluye de forma automática la garantía de renta vitalicia de Incapacidad Permanente y Absoluta por un importe de 1.200 euros al mes. Elige una de las siguientes opciones para contratar o ampliar tu garantía de renta vitalicia y/o capital.

Opción Renta Vitalicia

(el importe máximo entre todos los sistemas es de 2.400 €):

Importe renta mensual en euros: 1.200 1.500 1.800 2.100 2.400

La suma de rentas aseguradas para la cobertura de Incapacidad Permanente Absoluta y, en su caso, de Dependencia, a suscribir entre todos los sistemas del Plan Universal, deberá mantener la proporcionalidad exigida en la Base Técnica respecto a la cobertura de Ahorro-Jubilación.

A rellenar por la Mutualidad

Opción Capital:

Deseo asegurar la siguiente suma en euros:

Puedes asegurar un capital en tramos de 10.000 € hasta igualar la suma de capital adicional que suscribas para la cobertura de Fallecimiento, con el límite, en el caso de tener contratada la garantía de renta vitalicia de Incapacidad Permanente, de 200.000 € entre todos los sistemas del Plan Universal. Recuerda que como beneficiario, si lo deseas podrías convertir este capital en una renta financiera, en pagos sin periodicidad regular, o en una combinación de las anteriores.

A rellenar por la Mutualidad

Cobertura de Incapacidad Temporal Profesional

Si eres menor de 48 años en la fecha de contratación, este Sistema Profesional incluye de forma automática la OPCIÓN A de las siguientes garantías principales. Elige una de las siguientes opciones para contratar o ampliar tu cobertura de Incapacidad Temporal Profesional.

GARANTÍAS PRINCIPALES	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 no voluntario o adopción	1.800 €	3.600 €	5.400 €
Pago único por paternidad	450 €	900 €	1.350 €
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:

Además, puedes suscribir las siguientes garantías opcionales cuyo alcance corresponde a la opción que has marcado en el cuadro anterior. **Marca con una 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 contratación de esta garantía requiere la contratación previa o simultánea de la Garantía Opcional 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 excepto para el caso de parto, aborto, adopción, paternidad y las Incapacidades temporales parciales. Para que las garantías tomen efecto se requiere un plazo de carencia de 60 días con carácter general, con las siguientes excepciones: 1) Para garantías de pago único por parto, aborto no voluntario o adopción, 240 días desde la contratación de la garantía o ampliación hasta el inicio del embarazo o solicitud de adopción, excepto en el caso del Sistema Profesional cuando coincida el alta de la cobertura como alternativo al régimen público de las Seguridad Social con la fecha de incorporación en la Mutuality, en cuyo caso no se considera período de carencia. 2) Para las garantías de intervenciones quirúrgicas y tratamiento, el período de carencia será de 180 días. En caso de accidente no se aplicará ningún plazo de carencia. El importe máximo de indemnización diaria es de 90 € entre el Sistema de Previsión Social Profesional y el Sistema de Ahorro Flexible.

Firma del Tomador/Asegurado

6. DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Para terminar de tramitar tu solicitud, nuestros Servicios Médicos te realizarán una entrevista telefónica en el número de teléfono que nos has facilitado.

7. OTRAS DECLARACIONES

He leído y acepto las cláusulas del contrato de acceso a internet para mutualistas (incluido en la carpeta de Solicitud) y autorizo a utilizar mi cuenta de correo electrónico a efectos de comunicaciones. He recibido con antelación la nota informativa previa a la contratación (incluida en la carpeta de solicitud), de acuerdo a la normativa vigente en este momento.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, la Mutuality 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 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 25 50 50. Igualmente, puedes ejercer tus derechos de acceso, rectificación y cancelación y oposición dirigiéndote por escrito a la Mutuality, C/ Serrano, 9, 3º, 28001 Madrid. 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.

Fecha y firma del Tomador/Asegurado

En _____ a _____ de _____ de _____

La firma de esta solicitud conlleva la aceptación de todos los apartados de la misma y la veracidad de los datos aportados.
Es necesario firmar en las todas las hojas.

Firma del Tomador/Asegurado