

## Solicitud de indemnización Cobertura de Incapacidad Temporal Profesional

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: .....

Tlfno: ..... Móvil: ..... e-mail: .....

¿Actualmente ejerces la abogacía por cuenta propia?  Sí  No

### Causa de la Solicitud de Indemnización (Sólo en el parte inicial de Baja)

Incapacidad Temporal por enfermedad

Parto, aborto o adopción mutualista

Patología psicológica o psiquiátrica

Incapacidad Temporal por accidente

Hospitalización

Hospitalización patologías embarazo

Intervenciones quirúrgicas o Tratamientos

#### Descripción de la Incapacidad Temporal:

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 ¿Fecha de embarazo o 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

4. ¿Dispones de otros seguros o garantías que cubran la incapacidad temporal?  Sí  No En caso afirmativo, indica cuales.....

En aplicación de la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos, autorizas y das consentimiento expreso a la Mutualidad General de la Abogacia 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](mailto: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 MÉDICO DE BAJA O DE CONFIRMACIÓN

A cumplimentar por el médico que asiste al Asegurado (Avalado con informe médico a adjuntar)

Nombre facultativo: ..... Apellido 1: ..... Apellido 2: .....  
Tipo vía: ..... Dirección: ..... N°: ..... Piso: ..... Letra: ..... Esc: ..... Bloque: .....  
C.P.: ..... Población: ..... Provincia: .....  
Tlfno: ..... Movil: ..... e-mail: .....  
Médico con ejercicio en: ..... Especialidad: .....  
N° de Colegiado: ..... En el colegio de: .....

### Declara que:

D/Dña. .... de edad .....  
Profesión ..... con domicilio en .....  
Padece .....  
Fecha probable de inicio de proceso: .....  
Motivado por ..... Antecedentes .....  
Pronóstico de duración de la situación de incapacidad temporal ..... días

¿La incapacidad es producida o dimanante del ejercicio de su profesión?  Sí  No

Fecha de inicio de la Incapacidad Temporal (baja) ..... ¿Ha padecido con anterioridad a la fecha esta clase de dolencia o su causa está relacionada con periodos de incapacidad anteriores?  Sí  No ¿Cuándo? .....

¿La dolencia le permite ejercer su actividad profesional, aunque sea parcialmente?  Sí  No

La dolencia que presenta:  Le obliga a guardar cama permanentemente (reposo absoluto)  
 Le incapacita para dedicarse a sus ocupaciones habituales  
 Tiene carácter crónico  
 Implicará intervención quirúrgica y/o hospitalización

En caso de parto, aborto o patologías derivadas, indicar fecha de inicio del embarazo .....

¿Con qué periodicidad deberá ser visto el Asegurado? .....

En ..... a ..... de ..... de .....

**El Médico** (firma)

## PARTE DE ALTA (Avalado con informe médico a adjuntar)

En el día de la fecha, ha sido dado de alta 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

**El Médico** (firma)  
**N° Colegiado:**

**El Tomador / Asegurado** (firma)  
**N° Mutualista:**

En ..... a ..... de ..... de .....

**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

#### **INSTRUCCIONES GENERALES:**

Este impreso será remitido a las oficinas de la Mutualidad cumplimentando correctamente 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 innecesarias 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 que estime pertinente para el examen de la prestación solicitada.

**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 las mismos requerimientos del Impreso de baja/confirmación.
- Impreso de alta avalado con informe médico.

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.

Para la garantía de aborto:

- Certificación del Centro Hospitalario en que se detalle la contingencia producida.

Para las garantías de parto y adopción:

- Copia compulsada o validada del Libro de Familia, o
- Certificación de la inscripción del hijo en el Registro civil, o
- Copia de la resolución judicial por la que se constituye la adopción.