

De acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos personales, le informamos que el Responsable del tratamiento de los datos personales incluidos en este documento y cualquier otro dato facilitado por usted o terceras entidades para el desarrollo de las relaciones contractuales es la MUTUALIDAD DE LA ABOGACÍA (en adelante "la Mutualidad"), cuyos datos son CIF: V-28/024149, Dirección Postal: calle Serrano, 9, 28001, Madrid, Teléfono: 914352486, Correo Electrónico: buzon@mutualidadabogacia.com, contacto del Delegado de Protección: proteccion.datos@mutualidadabogacia.com. Sus datos serán tratados con la finalidad de establecer, gestionar y desarrollar las relaciones contractuales que le vinculan con la Mutualidad como Entidad Aseguradora, así como prevención del fraude. Asimismo, la Mutualidad tratará sus datos personales con la finalidad de informarle sobre nuestros servicios y productos, salvo que se oponga a ello, lo cual podrá hacer en cualquier momento y de manera gratuita. La Mutualidad no facilitará sus datos personales a terceros salvo obligación legal prevista en la normativa que es de aplicación. Únicamente realizará la cesión de los mismos a terceros colaboradores de la Mutualidad que por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa de gestión del contrato, intervengan en la gestión de riesgos, gestión de la póliza o de sus siniestros, en los supuestos legalmente habilitados.

Sus datos se conservarán durante la vigencia de su contrato y una vez finalizada la misma, se conservarán bloqueados durante el plazo exigido legalmente para la atención de posibles responsabilidades nacidas del tratamiento. Cumplido el citado plazo se procederá a la supresión. En el supuesto de que, suministrados sus datos a la Mutualidad, el contrato no llegue a formalizarse, los mismos se conservarán bloqueados durante el plazo exigido legalmente para la atención de posibles responsabilidades nacidas del tratamiento. Cumplido el citado plazo se procederá a la supresión.

La base legal para el tratamiento de sus datos personales es la ejecución del contrato de seguro. En relación al tratamiento con fines de mercadotécnica directa por parte de la Mutualidad la base legal es el interés legítimo en poder atender mejor sus expectativas como cliente. La cesión de sus datos personales a terceros colaboradores de la Mutualidad que por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa de gestión del contrato, intervengan en la gestión de riesgos, gestión de la póliza o de sus siniestros se basa en el cumplimiento del contrato y habilitación de la normativa del sector asegurador.

En cuanto a los datos personales referentes a otras personas físicas, que, por motivo del contrato deba comunicarnos deberá, con carácter previo a su comunicación, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.

Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales objeto de tratamiento, así como solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión, además de ejercer el derecho de oposición, limitación al tratamiento y de portabilidad de los datos. Puede solicitarlos por escrito ante la Mutualidad a través de proteccion.datos@mutualidadabogacia.com. En el caso de que no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Para más información puede consultar el siguiente enlace: <https://www.mutualidadabogacia.com/politica-de-privacidad-tomadores-y-asegurados/>

En , a de de

ES NECESARIO CUMPLIMENTAR LA FECHA Y LA FIMAR EN LAS PÁGINAS 1 Y 2

EL TOMADOR / ASEGURADO

INSTRUCCIONES GENERALES:

Este impreso será remitido a las oficinas de la Mutualidad cumplimentando 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

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 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 y sellado por el médico, o
- Informe médico con los mismos requerimientos del Impreso de baja/confirmación firmado y sellado.
- Documentación fiscal sobre comunicación de datos al pagador, facilitado por la mutualidad - modelo 145 del IRPF-.
- Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria.
- DNI en vigor

En caso de Baja por enfermedad:

- Informes médicos en los que se indique enfermedad, causas y fecha de inicio de la patología, pronóstico en cuanto a duración de la baja firmado y sellado.
- Partes de confirmación firmado y sellado.

En el caso que tenga la residencia fiscal fuera de España:

- Certificado de residencia expedido por la autoridad fiscal competente del país correspondiente.

En caso de Baja por accidente:

- Informe médico de urgencias o primera asistencia tras el accidente.
- Documentación que acredite la ocurrencia del accidente (parte de accidente de trabajo, parte de accidente de tráfico, sino se trata de este tipo de accidente y no poseemos documentación, hay un espacio reservado en la solicitud para describir el accidente).

En caso de hospitalización:

- Informe del alta hospitalaria

En caso de indemnización por parto, aborto o adopción o paternidad:

- Informe firmado por el médico que ha seguido el embarazo.
- En caso de aborto, certificado del centro hospitalario en el que se detalle esta contingencia.
- En los supuestos de parto o indemnización por paternidad, deberá presentarse informe de alta hospitalaria y copia del libro de familia o certificado de la inscripción del niño/a en el registro civil.
- En el supuesto de adopción deberá aportar copia del libro de familia o inscripción del niño/a en el registro Civil, además de copia de la solicitud de adopción y resolución judicial por la que se constituye la misma.

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:.....
Médico con ejercicio en:..... Especialidad.....
Nº de Colegiado:..... En el colegio de:.....

Declara que:

D/Dña.....
Padece.....
Fecha de diagnóstico de la enfermedad que causa la incapacidad:/...../.....
Motivado por.....
Antecedentes (Informar explícitamente):.....
.....
.....
Pronóstico de duración de la situación de incapacidad temporaldías

Fecha de inicio de la Incapacidad Temporal Total (baja laboral).....

¿Puede desempeñar parcialmente su trabajo? Sí No
¿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 que presenta: Implicará intervención quirúrgica y/o hospitalización
En caso de parto, aborto, paternidad o patologías derivadas, indicar fecha de inicio del embarazo.....

En..... a de de..... **El Médico** (firma y sello)

PARTE DE ALTA LABORAL (avalado con informe médico a adjuntar)

En el día de la fecha, ha sido dado de alta laboral el mutualista cuyos datos a continuación se detallan:
D/Dña:.....
Duración total de la incapacidad:..... días, desglosado de la siguiente manera:
Días improductivos Días de baja parcial
 Por haber cesado las dolencias Reinicio actividad profesional
 Considerar su incapacidad como permanente Otros
Observaciones:.....

El Médico (firma y sello)
Nº Colegiado:

El Tomador / Asegurado (firma)
Nº Mutualista:

En..... ade de.....