MUTUALIDAD DE LA ABOGACIA

Plan Universal

Incapacidad Temporal Profesional

Solicitud de Seguimiento Médico

Nº Siniestro:.....

Fecha de solicitud de intervención:.....

DATOS PERSONALES

Nº de Mutualista:.....

Fecha de contratación de la cobertura:...../...../..... Instrumentación: ☐ Individual ☐ Colectiva

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

Fecha de nacimiento:...../...../..... NIF:.....Sexo:.....Estado Civil:.....

Tipo vía:.....Dirección:.....Nº:..... Piso:..... Letra:..... Esc.:..... Blq.:.....

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

Tfno.:..... Móvil:..... e-mail:.....

ORIGEN

☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐ Intervención quirúrgica

Fecha de la baja:.....

Descripción:.....

Centro Médico donde ha sigo asistido/a:.....

Ingresado/a:.....

Antecedentes:.....

DIAGNÓSTICO INICIAL

.....

.....

.....

.....

.....

En..... a ..... de ..... de..... **EL TRAMITADOR**

Inf-SSM-IT-01/09-DE 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: V-28/024149- Dom. Soc. Serrano 9-28001 Madrid