



NIF/NIE:..... **Válido hasta:**.....

Cód. Interno:.....

Si no eres mutualista, por favor acompaña fotocopia del NIF/NIE y

Acreditación de titularidad bancaria

En caso de residencia en otro país con documento de identificación propio:

Nº del documento de identificación del país de residencia:.....

Marca con una X la casilla que proceda

TOMADOR/ASEGURADO

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

País de nacimiento: Nacionalidad:.....

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

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

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

Tfno.:..... Móvil:..... e-mail:.....

Domicilio fiscal (solo en caso de ser diferente al domicilio particular):

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

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

COBERTURAS Y CAPITALS

- Deseo suscribir el seguro gratuito (por un año) con las coberturas de Incapacidad Permanente por accidente y Fallecimiento por accidente para una suma asegurada de 50.000 € en ambas.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO

- El Cónyuge o pareja de hecho del asegurado; en su defecto los hijos del asegurado por partes iguales; en su defecto, los padres del asegurado por partes iguales; en su defecto los herederos legales del asegurado.

- El Cónyuge o pareja de hecho del asegurado y los hijos del asegurado por partes iguales.

- Herederos legales del asegurado

- Designación expresa

NIF/ NIE / CIF:..... Nombre o razón social:..... %:

NIF/ NIE / CIF:..... Nombre o razón social:..... %:

NIF/ NIE / CIF:..... Nombre o razón social:..... %:

NIF/ NIE / CIF:..... Nombre o razón social:..... %:

NIF/ NIE / CIF:..... Nombre o razón social:..... %:

- Designación libre

.....
.....
.....

- Quiero que esta designación se extienda a todos los planes y productos que tengo en la Mutualidad.

El TOMADOR/ASEGURADO

DATOS BANCARIOS Y FORMA DE PAGO (en caso de fraccionamiento de pago, el importe mínimo por recibo debe ser de 5 €)

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

IBAN

E	S																
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 BIC

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

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.

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 mercadotecnia 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 FECHA Y FIRMAR EN TODAS LAS PÁGINAS

EL TOMADOR/ASEGURADO

Enviar por fax 91 431 99 15 o por correo ordinario a: C/ Serrano 9 - 3ª planta. 28001 Madrid