



## Solicitud de prestación Cobertura de Fallecimiento Sistema de Ahorro Flexible (SVA)

**NIF/NIE:**..... **Válido hasta:** .....

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

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

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

**Nº Mutualista:**.....

### 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:.....

**Deseo recibir mi información contractual por medios electrónicos y medios electrónicos duraderos**

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

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

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

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: .....

### BENEFICIARIO

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

País de nacimiento: ..... Nacionalidad:.....

Fecha de nacimiento:...../...../..... NIF/NIE:..... 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:.....

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: .....

**EL SOLICITANTE**

**EI REPRESENTANTE LEGAL** (En el caso de no poder cumplimentar esta solicitud el beneficiario)

## REPRESENTANTE DEL BENEFICIARIO MENOR O INCAPACITADO

---

NIF/NIE:.....  
 Nombre:..... Apellido 1:..... Apellido 2:.....  
 País de nacimiento: ..... Nacionalidad:.....  
 Tipo vía:..... Dirección:..... N°:..... Piso:..... Letra:..... Esc.:..... Blq.:.....  
 C.P.:..... Población:..... Provincia:.....  
 Tfno.:..... Móvil:..... e-mail:.....

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

Tipo vía:..... Dirección:..... N°:..... Piso:..... Letra:..... Esc.:..... Blq.:.....  
 C.P.:..... Población:..... Provincia:..... País:.....  
 Relación de parentesco con el Beneficiario .....

## CAUSAS DEL FALLECIMIENTO

---

Enfermedad  Accidente

## FORMA DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

---

Solicito cobrar la prestación en forma de:

- Capital único  Capital parcial: Importe.....
- Renta financiera: Fecha de inicio de cobro (a día 1 de mes)
- Importe anual: ..... N° pagos año: .....
  - Renta temporal a..... años N° pagos año: .....
  - Importe igual a los rendimientos
- Renta vitalicia:
- A cobrar en caso de vida exclusivamente
  - Con devolución parcial de capital
  - Con devolución total de capital

En caso de fallecimiento del beneficiario se abonará el saldo remanente del plan, en forma de capital del pago único, a los Herederos Legales del mismo.

### Datos bancarios para abono de la prestación

**IBAN** E S                      **BIC**

**EL SOLICITANTE**

**EI REPRESENTANTE LEGAL** (En el caso de no poder cumplimentar esta solicitud el beneficiario)

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](mailto:buzon@mutualidadabogacia.com), contacto del Delegado de Protección: [proteccion.datos@mutualidadabogacia.com](mailto: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](mailto: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 LAS PÁGINAS 1 Y 2

En el caso de no poder cumplimentar esta solicitud el beneficiario deberá hacerlo cualquier persona que lo represente.

### EL SOLICITANTE

#### EL REPRESENTANTE LEGAL

NIF/CIF:.....

Nombre y Apellidos .....

**Enviar por correo ordinario a: C/ Serrano 9 - 3ª planta. 28001 Madrid, o por correo electrónico a [buzon@mutualidadabogacia.com](mailto:buzon@mutualidadabogacia.com)**

#### 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.

En el caso de varios beneficiarios, deberán cumplimentar cada uno una solicitud.

**Esta solicitud de prestación debe ir acompañada de la documentación siguiente (márquese la documentación que se presenta):**

En todos los casos :

- Fotocopia del NIF/NIE. del beneficiario solicitante de la prestación.  Certificado de defunción del Registro Civil.
- Certificado médico o informes médicos, indicando origen, evolución y naturaleza de la patología causante del fallecimiento.
- Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria.  Certificado del Registro de Actos de últimas Voluntades.
- Copia del último Testamento o del acta notarial de declaración de herederos.

Además de la documentación señalada, según el caso, se deberá acompañar:

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

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

En el caso de que el beneficiario sea menor o incapacitado:

- Fotocopia del NIF/NIE. del representante.
- Copia del Libro de Familia o certificado de nacimiento del beneficiario si el representante es el padre o la madre.
- Copia de la resolución judicial donde se le otorga la condición de representante o tutor cuando no sea el padre o la madre del beneficiario.

En el caso de designación genérica del cónyuge:  Copia del Libro de familia o Certificado de matrimonio.

En el caso de designación genérica de hijos:  Copia del Libro de familia o Certificado de nacimiento.

En el caso de designación a favor de Instituciones:  Fotocopia del C.I.F.

En el caso de fallecimiento de beneficiario designado o heredero:  Certificado de defunción del beneficiario.

En el caso de fallecimiento por accidente:  Testimonio de las diligencias judiciales o documento acreditativo del acaecimiento del mismo.