



Cód. Interno:.....

NIF/NIE Mutualista Senior:..... Válido hasta: .....

NIF/NIE Mutualista Junior:..... Válido hasta: .....

**MUTUALISTA SENIOR** (Tomador y asegurado de las coberturas de riesgo)

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

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

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

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

País: .....Fecha de nacimiento:.....Tfno.: .....

Móvil: ..... e-mail: .....

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: .....

**MUTUALISTA JUNIOR** (Tomador cobertura de ahorro y Beneficiario de las de riesgo)

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

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

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

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

País: .....Fecha de nacimiento:.....Tfno.: .....

Móvil: ..... e-mail: .....

**REPRESENTANTE LEGAL** (Rellenar sólo si modificación. Si no hay relación con el menor de filiación adjuntar documento acreditativo)

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

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

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

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

País: .....Fecha de nacimiento:.....Tfno.: .....

Móvil: ..... e-mail: .....NIF/NIE.....

**COBERTURAS**

**COBERTURA DE AHORRO**

Deseo reanudar el pago de las aportaciones periódicas para la cobertura de Ahorro manteniendo la planificación de la cotización interrumpida:

incluido el pago de las cuotas pendientes de aportación

sin incluir el pago de las cuotas pendientes de aportación

Deseo una nueva planificación de cuotas para la cobertura de Ahorro de acuerdo con las siguientes condiciones:

Nueva aportación periódica anual  
(aportación mínima de 60€ por recibo)

€

Crecimiento anual acumulativo cuotas  
(Señalar con un aspa o indicar otro hasta 10%)

0%      3%      5%      Otro  
           

Periodicidad:

Anual     Semestral     Trimestral     Mensual

**EL MUTUALISTA SENIOR**

**EL MUTUALISTA JUNIOR**

(Si es mayor de edad y suscrita Cobertura Ahorro)

**EL REPRESENTANTE LEGAL MUTUALISTA JUNIOR**

(Si Mutualista Junior menor de edad y suscrita Cobertura Ahorro)

**COBERTURA DE RIESGO:**

- Deseo reanudar el pago de las cuotas periódicas para las coberturas de Riesgo manteniendo la planificación de la cotización interrumpida y abonar el importe correspondiente a las cuotas impagadas.

**Para terminar de tramitar tu solicitud, nuestros Servicios Médicos te realizarán una entrevista telefónica en el número de teléfono que nos has facilitado.**

La Mutualidad podrá requerir reconocimiento médico por razón de edad, cuantía o patología declarada.

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 TODAS LAS PÁGINAS**

**MUTUALISTA SENIOR**

**MUTUALISTA JUNIOR**

(Si es mayor de edad y suscrita Cobertura Ahorro)

**REPRESENTANTE LEGAL MUTUALISTA JUNIOR**

(Si Mutualista Junior menor de edad y suscrita Cobertura Ahorro)

**Enviar por fax 914 31 99 15 o por correo ordinario a: C/ Serrano 9 - 3ª planta. 28001 Madrid**