

Código Interno:

NIF/NIE: _____ Válido hasta: ____ / ____ / ____

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**, adjuntar Número del documento del país de residencia: _____ Válido hasta: ____ / ____ / ____

Marca con una X la casilla que proceda

TOMADOR/ASEGURADO

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____

País de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ • Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre

Estado Civil: _____ Profesión: _____

Tipo vía: ____ Nombre vía: _____ Nº: ____

Piso.: ____ Letra: ____ Esc.: ____ Bloque: ____ C.P.: ____ Población: _____

Provincia: _____ País: _____ Tfno.: _____ Móvil: _____

email: _____

¿Domicilio fiscal? (Solo en caso de ser diferente al domicilio particular)

Tipo vía: ____ Nombre vía: _____ Nº: ____

Piso.: ____ Letra: ____ Esc.: ____ Bloque: ____ C.P.: ____ Población: _____

Provincia: _____ País: _____

COBERTURAS Y CAPITALES☒ **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 euros 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: _____ %: ____

☐ Designación libre: _____**El Tomador/Asegurado**

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 "Mutualidad"), cuyos datos son CIF: V-28/024149, Dirección Postal: c/ Francisco Silvela 106, 28002 Madrid, Teléfono: 914 35 24 86, Correo Electrónico: buzon@mutualidad.com, contacto del Delegado de Protección: proteccion.datos@mutualidad.com. Sus datos serán tratados con la finalidad de establecer, gestionar y desarrollar las relaciones contractuales que le vinculan con Mutualidad como Entidad Aseguradora, así como prevención del fraude. Asimismo, Mutualidad tratará sus datos personales con la finalidad de informarle sobre nuestras actividades, servicios y productos. Mutualidad facilitará sus datos personales a Administraciones públicas y terceros cuando exista obligación legal prevista en la normativa que es de aplicación. También realizará la cesión de los datos necesarios a terceros colaboradores de 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; a los Colegios Profesionales para el control del intrusismo profesional y a entidades públicas con fines estadísticos en los supuestos legalmente habilitados. Sus datos podrán ser objeto de transferencias internacionales; estas transferencias se realizan mediante garantías adecuadas, conforme a lo establecido en la normativa de protección de datos. 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, formulada una solicitud de contratación, el contrato no llegue a formalizarse, los datos facilitados 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 Mutualidad la base legal es el interés legítimo en poder atender mejor sus expectativas como cliente y el consentimiento que puede habernos prestado. También trataremos sus datos personales para el cumplimiento de obligaciones legales.

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 Mutualidad a través de **proteccion.datos@mutualidad.com**. Siempre que lo desee puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

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

El envío de las comunicaciones y notificaciones relativas a la gestión de tu relación contractual con Mutualidad se realizará en el correo electrónico indicado en los datos de contacto.

Si, por el contrario, deseas recibirlas en papel, podrás solicitarlo en cualquier momento a través de tu área personal de la web www.mutualidad.com, por correo electrónico dirigido a buzon@mutualidad.com, por correo postal a la c/ Francisco Silvela 106, 28002 Madrid o en el teléfono 914 35 24 86.

Es necesario cumplimentar fecha y firma en todas las páginas.

El Tomador/Asegurado

En: _____ a: _____ de: _____ de: _____

Enviar por correo ordinario a: c/ Francisco Silvela 106, 28002 Madrid