

Renta Vitalicia Remunerada

Solicitud de alta o ampliación de Seguro

SEGURO N° :
(sólo en caso de ampliación)

Cód. Interno:.....

TOMADOR

Nombre/Razón Social: Apellido 1: Apellido 2:
 Fecha Nacimiento:/...../..... Sexo: NIF:
 Tipo vía: Dirección: N°: Piso: Letra: Esc.: Blq.:
 C.P.: Población: Provincia:
 Tfno.: Móvil: e-mail:

ASEGURADO (si es persona distinta)

Fecha Nacimiento:/...../..... Sexo: NIF:
 Nombre: Apellido 1: Apellido 2:
 Tipo vía: Dirección: N°: Piso: Letra: Esc.: Blq.:
 C.P.: Población: Provincia:
 Tfno.: Móvil: e-mail:

MODALIDAD DE RENTA VITALICIA MENSUAL (Señalar la modalidad que se desea contratar)

- 1. RENTA VITALICIA EXCLUSIVAMENTE A COBRAR EN CASO DE VIDA
- 2. RENTA VITALICIA CON PERIODO DE COBRO CIERTO
Número de años del periodo de cobro cierto: (máximo 25 años)
- 3. RENTA VITALICIA EN CASO DE VIDA CON REVERSIÓN A FAVOR DE OTRA PERSONA EN CASO DE FALLECIMIENTO
Porcentaje de reversión al Beneficiario tras el fallecimiento del Asegurado: 50% 60% 70% 75% 100%
- 4. RENTA VITALICIA CON DEVOLUCIÓN PARCIAL DEL CAPITAL APORTADO EN CASO FALLECIMIENTO
- 5. RENTA VITALICIA CON DEVOLUCIÓN TOTAL DEL CAPITAL APORTADO EN CASO DE FALLECIMIENTO
(Mayores 70 años: Capital de fallecimiento limitado a la aportación + 2% de la misma, con el límite para dicho 2% de 1.000 euros)

DOMICILIACIÓN BANCARIA DE LA RENTA VITALICIA MENSUAL

Entidad			Oficina			D.C.		Nº Cuenta							

Cuenta de abono de la renta vitalicia mensual:

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO (El beneficiario de la renta vitalicia será el propio Asegurado)

En las modalidades 2, 4 o 5: Beneficiarios del pago del 100% de la renta durante el periodo de cobro cierto o del capital de fallecimiento:

Nombre (si distinto de herederos legales): N.I.F.:
 Nombre (si distinto de herederos legales): N.I.F.:
 Nombre (si distinto de herederos legales): N.I.F.:

En la modalidad 3: Beneficiario irrevocable de la reversión de la renta:

Nombre: Fecha Nacimiento:/...../..... Sexo: N.I.F.:

APORTACIÓN INICIAL O ADICIONAL Y DATOS BANCARIOS

(el importe mínimo de la aportación inicial es de 10.000 euros y el de la adicional es de 3.000 euros)

Importe de la aportación (euros):

Pago de la aportación mediante:

- Ingreso o transferencia en la cuenta de la Mutuality nº 2100-4563-93-0200056786
- Domiciliación en la misma cuenta que la aportación inicial (sólo en caso de ampliación)
- Domiciliación del recibo de este seguro:

Entidad				Oficina				D.C.		Nº Cuenta							

En el caso de ingreso o transferencia, debe acompañarse a la Solicitud el justificante del pago.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, la Mutuality General de la Abogacía te informa de que los datos personales que aportas, junto a los obtenidos durante la vigencia del contrato en tu condición de mutualista, serán incluidos en sus ficheros de datos de carácter personal para la gestión de los productos o servicios contratados. Salvo que indiques lo contrario marcando esta casilla , tus datos serán utilizados también para enviarte información, incluso por medios electrónicos, sobre los productos y servicios de la Mutuality, referencia de los Convenios de Colaboración que suscriba y para impulsar ofertas en el ámbito del Club del Mutualista. En cualquier momento puedes oponerte a dicho uso en la dirección de e-mail buzon@mutualidadabogacia.com o en el teléfono de atención al mutualista 902 255 050. Igualmente, puedes ejercer tus derechos de acceso, rectificación y cancelación y oposición dirigiéndote por escrito a la Mutuality, C/ Serrano, 9, 3º, 28001 Madrid. Salvo que marques esta casilla , autorizas a la Mutuality para que tus datos puedan ser comunicados a terceras entidades de los sectores de gran consumo, telecomunicaciones, financiero y seguros, ocio, formación, automoción, energía y suministros y ONG que hayan alcanzado acuerdos de colaboración con nosotros para ofrecer a nuestros miembros sus productos o servicios en condiciones especialmente ventajosas. En caso de que nos proporciones datos de terceros, es tu responsabilidad haberles informado de todo lo previsto en esta cláusula y haber obtenido su consentimiento.

En..... a de de.....

EL TOMADOR/ASEGURADO

ES NECESARIO CUMPLIMENTAR FECHA Y FIRMA

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