

Impreso de Fe de Vida

Para beneficiarios de prestaciones de devengo periódico

Nº mutualista/beneficiario:

NIF:

Persona beneficiaria de la prestación:

El presente impreso lo puede firmar la propia persona beneficiaria de la prestación o su representante cuando se trate de menores o personas discapacitadas. En caso de que lo firme el representante, es necesario acompañar el documento que lo acredite. No es necesario dicho documento cuando, en el caso de menores o personas discapacitadas, su representante sea el padre o la madre. Tampoco es necesario cuando ya se haya acreditado en años anteriores.

Por favor, indíquenos quien efectúa la declaración y, por lo tanto, firma el presente documento:

La persona beneficiaria de la prestación

Su representante:

Relación con el/la beneficiario/a: NIF :

Nombre: Apellido 1: Apellido 2:

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

C.P.: Población: Provincia:

Tfno: Móvil: e-mail:

MANIFIESTA

Que en la persona beneficiaria de la prestación siguen concurriendo las circunstancias personales que sirvieron de base para el reconocimiento de la misma, acreditando con su firma el hecho de su existencia.

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

FIRMA

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, la Mutuality General de la Abogacia 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 25 50 50. 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 caso de que se proporcionen datos de terceros, es responsabilidad de quien lo haga haberles informado de todo lo previsto en esta cláusula y haber obtenido su consentimiento.

Impreso de Fe de Vida

Para beneficiarios de prestaciones de la Obra social

Nº mutualista

NIF:

Persona beneficiaria de la prestación:

MANIFIESTA

Que en la persona de mi hijo/a siguen concurriendo las circunstancias personales que sirvieron de base para el reconocimiento de mi prestación social, acreditando con mi firma el hecho de su existencia.

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

FIRMA

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa de que los datos de carácter personal facilitados serán incorporados a un fichero del que es responsable la Mutualidad General de la Abogacia, con domicilio en c/ Serrano, 9-3º, 28001 Madrid, para la gestión del Seguro contratado. Si deseas ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos en la Ley, puedes dirigirte por escrito a la Mutualidad General de la Abogacia en la citada dirección.