

## Solicitud de prestación

### Cobertura de Fallecimiento Sistema de Previsión Profesional

**NIF/NIE:**.....

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:.....

**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:.....

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

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

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

Años que acredita de ejercicio de la abogacía (en su caso si procede) .....

Por cuenta propia Desde ..... Hasta .....

Por cuenta ajena Desde ..... Hasta .....

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

**REPRESENTANTE DEL BENEFICIARIO MENOR O INCAPACITADO**

---

NIF/NIE:.....  
Nombre:..... Apellido 1:..... Apellido 2:.....  
País de nacimiento: ..... Nacionalidad:.....  
Tipo vía:..... Dirección:..... Nº:..... 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:..... Nº:..... Piso:..... Letra:..... Esc.:..... Blq.:.....  
C.P.:..... Población:..... Provincia:..... País:.....

Relación de parentesco con el Beneficiario .....

**EL SOLICITANTE** **EI REPRESENTANTE LEGAL** (En el caso de no poder cumplimentar esta solicitud 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:..... Nº pagos año:.....
  - Renta temporal a..... años Nº pagos año:.....
  - Importe igual a los rendimientos
- Renta vitalicia:
  - A cobrar en caso de vida exclusivamente
  - Con periodo de cobro cierto. Nº de años del periodo de cobro cierto ..... (máximo 25 años)
  - Con reversión A TERCERO en caso de fallecimiento.
    - Porcentaje:  50%  60%  70%  75%  100%
  - Con devolución parcial de capital
  - Con devolución total de capital

**Datos bancarios para abono de la prestación:**

IBAN E S □□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ BIC □□□□□□

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO/S DE: SALDO REMANENTE /REVERSIÓN IRREVOCABLE A TERCERO/RENDA VITALICIA CON DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL**

---

Nombre:..... Apellido 1:..... Apellido 2:.....  
Fecha de nacimiento:..... Sexo\* ..... NIF/NIE:.....  
Nombre:..... Apellido 1:..... Apellido 2:.....  
Fecha de nacimiento:..... Sexo\* ..... NIF/NIE:.....  
Nombre:..... Apellido 1:..... Apellido 2:.....  
Fecha de nacimiento:..... Sexo\* ..... NIF/NIE:.....

**EL SOLICITANTE**

**La designación de beneficiarios en la reversión de las rentas a tercero será irrevocable.\* Necesario cumplimentar el sexo en este caso.**

En aplicación de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos, autorizas y das consentimiento expreso a la Mutualidad General de la Abogacía para que los datos personales que facilitas, incluidos los datos de salud, sean tratados y, en su caso, incorporados a un fichero de aquella con la finalidad de valorar y conocer la contingencia que solicitas. Estos datos pueden ser cedidos a aquellas entidades a los que la Mutualidad esté obligada por la normativa vigente y puedes ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que te asisten mediante escrito dirigido a la Mutualidad en C/ Serrano, 9-3º, 28001 Madrid. 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 Mutualidad, 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](mailto:buzon@mutualidadabogacia.com) o en el teléfono de atención al mutualista 902 255 050. Salvo que marques esta casilla , autorizas a la Mutualidad 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 SOLICITANTE**

**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.**

**EI REPRESENTANTE LEGAL**

**NIF/CIF:**.....

Nombre y Apellidos .....

**Enviar por fax 914 31 99 15, 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 los casos de prestaciones que tributen como Rendimiento de Trabajo Personal y el beneficiario sea persona física:

- Documento fiscal sobre Comunicación de datos al pagador –modelo 145 IRPF-- (facilitado por la Mutualidad).

Si el mutualista causante era colegiado deberán presentar:

- Certificado del Colegio de Abogados respectivo en el que se haga constar el número de años completos de ejercicio profesional, indicando las fechas de alta y baja como letrado ejerciente o, en su caso, la condición de no ejerciente.

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.