

**INSTÀNCIA PER A L'OBTENCIÓ D'UNA PRESTACIÓ DE DEFUNCIÓ DE L'IL·LUSTRE
COL·LEGI DE L'ADVOCACIA DE LLEIDA (FAMICALL)**

En/na _____, major
d'edat, amb DN _____, amb domicili a
_____,
amb telèfon de contacte _____ i amb adreça de correu electrònic _____

(que autoritzo expressament a utilitzar a efectes de practicar qualsevol notificació vàlida),
mitjançant la present instància,

MANIFESTO: que d'acord amb el vigent Reglament del Fons d'Assistència Mútua de l'Il·lustre Col·legi de l'Advocacia de Lleida, soc beneficiari/a de la prestació per defunció de l'Advocat/da _____, segons acredito documentalment, el qual estigué incorporat/da en aquest Col·legi, amb número de col·legiació _____, qui va morir en data _____ i qui de conformitat amb l'esmentat Reglament era partícip dels Fons d'Assistència Mútua de l'Il·lustre Col·legi de l'Advocacia de Lleida i complia amb tots els requisits establerts per tenir dret a aquesta prestació (segons consta al dors del present document).

SOL·LICITO: el reconeixement de la prestació per DEFUNCIÓ.

Acompanyo la documentació que es requereix.

En virtut de la normativa de Protecció de Dades de Caràcter Personal, per la present autoritzeu a que les dades personals facilitades siguin tractades pel Col·legi de l'Advocacia de Lleida, amb seu social a la Plaça Sant Joan, n. 6-8, 1a planta, 25007 Lleida (Lleida), per a la gestió del Fons Mutua.

La finalitat d'aquest tractament és la de gestionar i controlar el servei del Fons Mutua d'Assistència del Col·legi de l'Advocacia de Lleida.

Aquestes dades no seran transmeses a tercers i es conservaran durant el temps de tramitació del pertinent expedient (o d'altres que se'n derivin), i, en tot cas, una vegada finalitzat, i tractant-se d'història clínica, durant un període de 15 anys.

En qualsevol cas podreu indicar la revocació del consentiment atorgat, així com exercitar els drets d'accés, rectificació o supressió, la limitació del tractament o oposar-vos, així com el dret a la portabilitat de les dades. Aquestes peticions caldrà que les feu a la seu col·legial o a la següent adreça de correu col.legi@advocatslleida.org. Així mateix també podreu presentar una reclamació davant l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades o posar-vos en contacte amb el Delegat de Protecció de Dades a la següent adreça dpo@advocatslleida.org

Lleida, a _____ de _____ de 202__

Signat

REQUISITS I OBLIGACIONS:

L'advocat/da ha de ser partícip del FAMICALL i complir els requisits establerts:

- Estar incorporat al FAMICALL o be haver-ho estat un mínim de 8 anys ininterrompudament, havent causat baixa del Fons per compliment dels 69 anys o havent passat a la situació de col·legiat no exercent per jubilació o incapacitat.
- Estar al corrent de pagament de les quotes del FAMICALL i de les quotes del Col·legi.
- No estar en situació de suspensió o inhabilitació de l'exercici de la professió per sanció disciplinària o resolució judicial.
- Haver complert un període de carència o antiguitat mínima en el FAMICALL de 6 mesos, en el moment en què es produeixi la defunció.

La persona beneficiària ha d'haver estat expressament designada pel causant o ser-ne l'hereu:

- El beneficiari haurà de presentar al Col·legi la corresponent sol·licitud escrita de la prestació, aportant la documentació requerida.
- El termini per sol·licitar aquesta sol·licitud de prestació és de sis mesos des del moment de la defunció.

DOCUMENTACIÓ REQUERIDA:

- Certificat mèdic de la defunció.
- Document de designa expressa de persona beneficiària d'aquesta prestació o document notarial de testament o ultimes voluntats, acreditant ser beneficiaris.
- Llibre de família i DNI dels beneficiaris/hereus.
- Certificat del compte bancari del/s beneficiari/s o hereu/s.