

IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
SERVICIO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

PARA HECHOS CAUSANTES
POSTERIORES AL 11-04-2003

DECLARACIÓN SOBRE MEJOR DERECHO AL SUBSIDIO POR DEFUNCIÓN

1	DATOS DEL MUTUALISTA FALLECIDO			
	Número de afiliación	1º apellido	2º apellido	Nombre
2	DATOS DEL DECLARANTE			
	1º apellido	2º apellido	Nombre	NIF/Pasaporte/D.Identificación (U.E.)
3	DECLARACIÓN			
	<i>La declaración se entiende realizada sobre el contenido del párrafo cuya cuadrícula se marque con "X". Sólo podrá marcarse una de las dos cuadrículas. En cualquier caso, para el supuesto de solicitar el Subsidio en un mismo expediente varias personas que consideren que tienen igual derecho al mismo, esta declaración deberá ser presentada por cada uno de los solicitantes.</i> DECLARO bajo mi responsabilidad: Que conozco la designación del mutualista fallecido fijando orden de preferencia para la percepción del Subsidio por Defunción; que, asimismo, sé que son requisitos indispensables para dicha percepción la convivencia ininterrumpida con el mutualista, al menos, durante el año previo al momento del fallecimiento y haber vivido a sus expensas. Por ello, manifiesto que no existe ninguna otra persona que, según el orden de aquella designación y los requisitos exigibles, tenga mejor derecho al Subsidio que yo, sin perjuicio del igual derecho de los demás interesados que han formulado conmigo la correspondiente solicitud. Que conozco que, por no haber designado el mutualista fallecido orden de preferencia para la percepción del Subsidio por Defunción, el orden aplicable es el general, derivado del Art. 15.1 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo (B.O. del E. de 11 de abril), que se reproduce en el impreso de solicitud del Subsidio. Asimismo, sé que dicho orden se aplica entre quienes cumplen los requisitos de convivencia ininterrumpida con el mutualista, al menos, durante el año previo al momento del fallecimiento y haber vivido a sus expensas. Por ello, manifiesto que no existe ninguna otra persona que, según dicho orden general y los requisitos exigibles, tenga mejor o igual derecho al Subsidio que yo. Autorizo a MUFACE a recabar electrónicamente los datos de identidad y residencia a través de la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), sin perjuicio de poder revocar mi autorización en cualquier momento mediante escrito dirigido a MUFACE.			

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. El tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.

Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos> Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL DECLARANTE, o de su representante debidamente acreditado (art. 5 Ley 39/2015 del PAC de las AAPP)

IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE

SERVICIO PROVINCIAL

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

**PARA HECHOS CAUSANTES
POSTERIORES AL 11-04-2003****DECLARACIÓN SOBRE MEJOR DERECHO AL
SUBSIDIO POR DEFUNCIÓN****1****DATOS DEL MUTUALISTA FALLECIDO**

Número de afiliación

1º apellido

2º apellido

Nombre

2**DATOS DEL DECLARANTE**

1º apellido

2º apellido

Nombre

NIF/Pasaporte/D.Identificación (U.E.)

Domicilio

Código Postal

Localidad

Provincia

3**DECLARACIÓN**

La declaración se entiende realizada sobre el contenido del párrafo cuya cuadrícula se marque con "X". Sólo podrá marcarse una de las dos cuadrículas. En cualquier caso, para el supuesto de solicitar el Subsidio en un mismo expediente varias personas que consideren que tienen igual derecho al mismo, esta declaración deberá ser presentada por cada uno de los solicitantes.

DECLARO bajo mi responsabilidad:

Que conozco la **designación del mutualista fallecido fijando orden de preferencia** para la percepción del Subsidio por Defunción; que, asimismo, sé que son requisitos indispensables para dicha percepción la convivencia ininterrumpida con el mutualista, al menos, durante el año previo al momento del fallecimiento y haber vivido a sus expensas. Por ello, manifiesto que no existe ninguna otra persona que, según el orden de aquella designación y los requisitos exigibles, tenga mejor derecho al Subsidio que yo, sin perjuicio del igual derecho de los demás interesados que han formulado conmigo la correspondiente solicitud.

Que conozco que, por no haber designado el mutualista fallecido orden de preferencia para la percepción del Subsidio por Defunción, el **orden** aplicable es el **general**, derivado del **Art. 15.1 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo**, aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo (B.O. del E. de 11 de abril), que se reproduce en el impreso de solicitud del Subsidio. Asimismo, sé que dicho orden se aplica entre quienes cumplen los requisitos de convivencia ininterrumpida con el mutualista, al menos, durante el año previo al momento del fallecimiento y haber vivido a sus expensas. Por ello, manifiesto que no existe ninguna otra persona que, según dicho orden general y los requisitos exigibles, tenga mejor o igual derecho al Subsidio que yo.

Autorizo a MUFACE a recabar electrónicamente los datos de identidad y residencia a través de la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), sin perjuicio de poder revocar mi autorización en cualquier momento mediante escrito dirigido a MUFACE.

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. El tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.
Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos> Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL DECLARANTE, o de su representante debidamente acreditado (art. 5 Ley 39/2015 del PAC de las AAPP)