

## MUTUALIDAD GENERAL DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS GESTORES ADMINISTRATIVOS, A PRIMA FIJA

### SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A LA MUTUALIDAD

**1. SOLICITUD DE ALTA DE PLAN DE PREVISIÓN SOCIAL** (marqué con una X el Plan de Previsión que solicita):

- PLAN ALTERNATIVO MUTUAGA**, sistema de previsión social obligatorio y alternativo al RETA.
- PLAN COMPLEMENTARIO MUTUAGA**, sistema complementario desde 50 €/mes. (Pase a rellenar el punto 3.)

**2. DECLARACIÓN DEL COLEGIADO** (sólo rellenar si se ha elegido el Plan Alternativo)

Al objeto de dar cumplimiento a cuanto establece la disposición adicional decimoquinta de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, modificada por la Ley 50/1998, de 30 de noviembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, D./Dña. \_\_\_\_\_ declaro expresamente que (marque con una X lo que proceda):

- SI**, deseo causar alta en la Mutuality General de Previsión Social de los Gestores Administrativos, a Prima Fija, suscribiendo sus prestaciones, a cuyo efecto **se acompaña la solicitud de incorporación a la misma**.
- NO**, no deseo causar alta en la Mutuality General de Previsión Social de los Gestores Administrativos, a Prima Fija <sup>1</sup>, a cuyo efecto **se acompaña fotocopia del documento de afiliación/alta en el Régimen de Autónomos de la Seguridad Social**.

**Nota:** De conformidad con la legislación vigente, si el interesado, teniendo derecho, no optara por incorporarse a esta Mutuality como alternativo, no podrá ejercitar dicha opción con posterioridad. **Leer Nota Previa Informativa al dorso.**

**3. DATOS PERSONALES** (rellene los siguientes datos personales):

**1. DATOS DE LA PERSONA**

Nombre y apellidos:		
N.I.F.:		Fecha de nacimiento:
Estado civil:	Sexo:	Nº de hijos:
Ejerciente:	Colegio:	Afiliado R.E.T.A. SI / NO

**2. DOMICILIO**

Dirección:		
Código Postal:	Población:	Provincia:
Teléfono:	Fax:	Móvil:
E-mail:		

**3. DOMICILIACIÓN BANCARIA**

Banco o Caja:			
<b>Entidad:</b>	<b>Sucursal:</b>	<b>D.C.:</b>	<b>Nº Cuenta</b>
<b>Código BIC de la entidad</b>		<b>Código IBAN (2 letras + 20 dígitos)</b>	

**NOTA PREVIA INFORMATIVA** (según la legislación vigente)

En cumplimiento de lo establecido en el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (artículo 105), le informamos sobre:

- **Denominación social de la entidad contratante y forma jurídica:**  
Mutualidad General de Previsión Social de los Gestores Administrativos a Prima Fija, mutualidad de previsión social a prima fija.
  - **Dirección del domicilio social de la entidad:** Madrid, calle Hermosilla, 79, 1ª planta.
- **Definición de garantías:**  
**PAM:** Sistema de prestaciones de suscripción conjunta que comprenden las contingencias de jubilación, incapacidad absoluta y permanente, incapacidad temporal profesional, riesgo de embarazo, maternidad, paternidad, fallecimiento y subsidio de defunción.  
**PCM:** Sistema de prestaciones que comprenden las contingencias de jubilación, incapacidad absoluta y permanente, fallecimiento y subsidio de defunción.
- **Duración del contrato**  
Se mantendrá durante todo el tiempo en que el mutualista permanezca en situación de alta y se extinguirá por la baja del mismo en la Mutualidad y por el devengo de cualquiera de las prestaciones suscritas.
- **Condiciones para su rescisión**  
Se causará baja en las coberturas de este plan, perdiendo la condición de mutualista, por cualquiera de los siguientes motivos: Fallecimiento, a petición propia del mutualista manifestada por escrito y por falta de pago de las cuotas periódicas.
- **Condiciones, plazos y vencimientos de las cuotas**  
La obligación de pago de las primas correspondientes nace simultáneamente en la fecha de efecto de la suscripción, se mantendrá durante todo el tiempo en que el mutualista o asegurado permanezca en la situación de alta y se extinguirá por la baja del mismo en la Mutualidad y por el devengo de cualquiera de las prestaciones. Las primas se revalorizarán cada 1 de enero futuro al 3% acumulativo.
- **Valores garantizados**  
Para los incorporados a partir del día 1 de enero de 2000 (sistema de capitalización individual), transcurrido el primer año de cotización completa, el asegurado que cause baja en la Mutualidad tendrá derecho a los valores de reducción que técnicamente procedan, que figurarán en el correspondiente título de mutualista y se devengarán al producirse el hecho causante de cada prestación.
- **Modalidad y plazo para el ejercicio del derecho de resolución**  
El tomador del seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de los quince días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue el título o un documento de cobertura provisional. La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por escrito expedido por el tomador del seguro en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición. A partir de esa fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte del asegurador y el tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.
- **Indicaciones generales relativas al régimen fiscal aplicable**  
Aqueellas que inciden en la presente modalidad de cobertura son: Ley 40/1998, de 9 de diciembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, Ley 19/1991, de 6 de junio, del Impuesto sobre el Patrimonio, y la Ley 29/1987, de 18 de diciembre, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones con sus respectivos Reglamentos y restantes disposiciones que las desarrollen.

A los mutualistas que sean no residentes, les será de aplicación la Ley 41/1998, de 9 de diciembre, del Impuesto sobre la Renta de No Residentes, normas subsidiarias y en su caso, tratados internacionales suscritos por el Reino de España con otros países para evitar la doble imposición. En cuanto a los mutualistas residentes a efectos tributarios en Navarra, Álava, Guipúzcoa y Vizcaya, estarán afectados por la legislación sobre imposición personal que les sea aplicable en cada momento y territorio.

**DECLARA**

Que, conociendo los Estatutos vigentes de la Mutualidad General de Previsión Social de los Gestores Administrativos, desea acogerse a lo dispuesto por el mismo, obligándose a abonar mensualmente la cuota mínima desde el día de la fecha, aumentada, en su caso, con los gastos que origine la cobranza. Igualmente declara ser exactos los datos anteriormente expresados y se responsabiliza del perjuicio que, por inexactitud de alguno de ellos, pudiera recaerle en su día a él o a sus herederos. La Mutualidad, a la vista de la declaración de salud, se reserva el derecho de someter al mutualista a los reconocimientos médicos que considere precisos, con el único fin de valorar y delimitar el riesgo. No obstante lo anterior, el Mutualista, durante la duración de la relación contractual, deberá comunicar a la Mutualidad, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que aumenten o disminuyan la agravación del riesgo, a los efectos que determinan los artículos 11,12, y 13 de la Ley de Contrato de Seguro.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Firma****Aportar la siguiente documentación obligatoria:**

- Fotocopia D.N.I.
- Fotografía tamaño carnet
- Declaración de salud y relación de familiares

De conformidad con lo regulado en la Ley Orgánica 5/1992 del 29 de octubre sobre tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, el firmante declara que todos los datos indicados son ciertos y otorga su consentimiento expreso para que puedan ser tratados automatizadamente con el fin de formalizar la incorporación en la Mutualidad de Gestores Administrativos. Esta información podrá ser cedida, en su totalidad o en parte, a otras entidades o instituciones colaboradoras de la Mutualidad con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de reaseguro. Así mismo podrá hacerse uso de esta información para ofrecer al mutualista otros productos o servicios de la Mutualidad.

**A cumplimentar por el Colegio** (si procede)

D/Dña.

Ingresó en esta Mutualidad con fecha

Firma y sello colegial.

## REQUISITOS PARA LA INCORPORACIÓN \*

### PERSONAS CON DERECHO DE INCORPORACIÓN

Pueden incorporarse a la Mutualidad con la condición de mutualistas:

- Los incorporados a un Colegio de Gestores Administrativos de España, tanto en calidad de ejercientes como de no ejercientes.
- Los españoles que debidamente habilitados ejerzan la profesión de Gestor Administrativo en el extranjero.
- Los empleados del Consejo General de los Colegios de Gestores Administrativos de España, de los Colegios de Gestores Administrativos de España, o de cualquier otra entidad o institución que, por sus méritos a favor de la Mutualidad, haya sido propuesta por el Consejo Rector y aprobada por la Asamblea y de la propia Mutualidad.
- Los miembros de los Colegios Profesionales con los que la Mutualidad haya establecido el correspondiente convenio.
- Los empleados de los Colegios Profesionales con los que la Mutualidad haya establecido el correspondiente convenio.
- Los familiares y los que fueren o hubieren sido familiares de los mutualistas.
- Los empleados de los mutualistas.
- Los clientes de mutualistas.

### REQUISITOS DE ADMISIÓN

Para incorporarse en la Mutualidad y adquirir la condición de mutualista es necesario:

- Para los Gestores Administrativos que ejerzan la profesión por cuenta propia, suscribir las prestaciones incluidas en el PBM, Plan Básico Mutuaga.
- Para los miembros de los Colegios Profesionales con los que la Mutualidad haya establecido el correspondiente convenio, siempre que ejerzan por cuenta propia, suscribir las prestaciones incluidas en el PBM, Plan Básico Mutuaga.
- Para las demás personas y colectivos enumerados en el apartado de 'Personas con derecho de admisión', suscribir las prestaciones que hayan establecido los órganos sociales de la Mutualidad.
- Para todos los solicitantes, cumplir las condiciones o requisitos que, por afectar a la valoración del riesgo, se establezcan para las distintas prestaciones y coberturas en función de su naturaleza, con carácter general para todos los mutualistas, tales como edad, estado de salud, defectos físicos y otros similares, para lo cual la Mutualidad podrá exigir los oportunos reconocimientos médicos, así como someter al solicitante el correspondiente cuestionario sobre las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, de acuerdo con la legislación vigente. El solicitante tiene la obligación de ser veraz en sus respuestas, produciendo las reservas, reticencias o inexactitudes los efectos previstos en los artículos 10 y 89 de la Ley de Contrato de Seguro.
- Para los que hubieran sido baja como mutualistas, podrán solicitar su reingreso, dentro del plazo de dos años contado desde la fecha de efecto de la baja, previo el oportuno reconocimiento médico, siempre que cumplan las condiciones y requisitos necesarios para su incorporación y abonen las cargas mutuales que tuvieran pendientes al causar la baja.

Los solicitantes podrán suscribir las demás prestaciones y coberturas implantadas o que se puedan implantar en lo sucesivo con carácter opcional.

La Mutualidad, por razones objetivas derivadas de la estimación del riesgo como agravado, podrá rechazar la incorporación del solicitante, o establecer las condiciones especiales que para su aceptación precise la técnica aseguradora.

### DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA INCORPORACIÓN:

#### Obligatorios:

- Solicitud de alta debidamente cumplimentada.
- Fotografía tamaño carnet.
- Fotocopia de D.N.I. del solicitante.
- Declaración de salud y relación de familiares o herederos.

#### Opcionales:

- Documento de opción para los Gestores Administrativos ejercientes por cuenta propia.
- Certificado médico.

Debido a las características del sistema de capitalización individual y de técnica aseguradora por el que se rige la Mutualidad, la cuota mensual de cada afiliado se calcula según las establecidas en el Reglamento de Prestaciones y según lo dispuesto en la D.A. 46ª de la Ley 27/2011.

\* Según la legislación vigente.

**DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS Y DE SALUD**

**DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Bca VfY'mUdY''Xcg'XY''Wbmi [Y.	: YWU'XY'bUWJa JYbhc.
Bca VfY'mUdY''Xcg'XY''cg'\cg#Ug.	: YWU'XY'bUWJa JYbhc.
Bca VfY'mUdY''Xcg'XY''cg'\cg#Ug.	: YWU'XY'bUWJa JYbhc.
Bca VfY'mUdY''Xcg'XY'chfcg'VYbYZ[V]Uf]cg#Ug.	: YWU'XY'bUWJa JYbhc.
Bca VfY'mUdY''Xcg'XY'chfcg'VYbYZ[V]Uf]cg#Ug.	: YWU'XY'bUWJa JYbhc.

**DECLARACIÓN DE SALUD**

DYgc'fL[ gk.	9ghUhi fU'fMā gk.	HYbg]CB'UfhYf]U'.
1/2 i f'YbZYfa YXUXYg'\Ug hYb]Xc3	1/4 i zbXc'mWzbhc'h]Ya dc'\Ub'Xi fUXc3	
1/4 U'YghUXc'\cgd]U'nUXc'U[ i bU'j Yn3	1/2 dcf'ei f3	1/4 i zbXc3
1/4 U'g]Xc' ]bhYf] Yb]Xc'ei ]f• f[ ]WJa YbhY3	1/2 dcf'ei f3	1/4 i zbXc3
1/4 U'gi Z]Xc'U[ • b'UW]XYbhY3	1/4 i zbXc3	
1/4 H]YbY'dfYj ]ghU'U[ i bU'Wcbgi' HU'c'dfi YVU a fX]WJ3	H]dc.	1/4 i zbXc3
1/4 ghr'XY'VU'U'UVcfU'dcf'UW]XYbhY'c YbZYfa YXUX3	1/2 dcf'ei f3	1/8 YgXY3
1/4 H]YbY'fYWcbv]XU'U[ i bU'a ]bi gj U'U'c ]bWdUV]XUX3	A ch] c.	1/8 YgXY3
1/4 ghr' hfUa ]hUbXc'U[ • b'YI dYX]YbhY'XY a ]bi gj U'U'c' ]bj U'X]Yn3	A ch] c.	1/8 YgXY3
1/4 i a U3	1/4 i zbhc'U'X]U3	
1/4 cbgi a Y'VYV]XUg'U'Wc'\CE]WJg3	7Ubh]XUX'U'X]U.	
1/4 H]YbY'U'c'a zg'ei Y'XYWUfUf3	CVgYf] UV]cbYg.	

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_.

**Firma:**