

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

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN PARA COLEGIADOS

1. DATOS PERSONALES

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

2. DOMICILIO

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

3. DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja:			
Entidad:	Sucursal:	D.C.:	Nº Cuenta

4. DATOS FAMILIARES

Nombre y apellidos del cónyuge:	Fecha de nacimiento:
Nombre y apellidos de los hijos/as:	Fecha de nacimiento:
Nombre y apellidos de los hijos/as:	Fecha de nacimiento:
Nombre y apellidos de los hijos/as:	Fecha de nacimiento:
Nombre y apellidos de los hijos/as:	Fecha de nacimiento:

5. DECLARACIÓN DE SALUD

Peso (kgs):	Estatura (cms):	Tensión arterial:
¿Que enfermedades ha tenido?		¿Cuándo y cuánto tiempo han durado?
¿Ha estado hospitalizado alguna vez?	¿Por qué?	¿Cuándo?
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?	¿Por qué?	¿Cuándo?
¿Ha sufrido algún accidente?	¿Cuándo?	
¿Tiene prevista alguna consulta o prueba médica?	Tipo:	¿Cuándo?
¿Está de baja laboral por accidente o enfermedad?	¿Por qué?	¿Desde?

¿Tiene reconocida alguna minusvalía o incapacidad?	Motivo:	¿Desde?
¿Está tramitando algún expediente de minusvalía o invalidez?	Motivo:	¿Desde?
¿Fuma?	¿Cuánto al día?	
¿Consume bebidas alcohólicas?	Cantidad al día:	
¿Tiene algo más que declarar?	Observaciones:	

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

Aporta la siguiente documentación:

Fotocopia D.N.I.
Fotografía tamaño carnet
Certificado médico **oficial**
Justificante abono Dchos. Incorporación (61 €)

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.

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 básicas de muerte, viudedad, orfandad, invalidez y jubilación.
- 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 básicas de muerte, viudedad, orfandad, invalidez y jubilación.
- 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

Obligatoriamente

- Solicitud de alta debidamente cumplimentada
- Certificado médico
- Fotocopia de D.N.I. del solicitante
- Impreso de domiciliación de cuotas para la Mutualidad debidamente cumplimentado
- Recibo de pago de derechos de incorporación

Opcionalmente

- Documento de opción para los Gestores Administrativos ejercientes por cuenta propia
- Solicitud de alta en el servicio médico

DERECHOS A SATISFACER PARA LA INCORPORACIÓN

Cuota de inscripción	60,00 €
Certificación acreditativa de incorporación	1,00 €
TOTAL	61,00 €

CUOTAS MENSUALES A SATISFACER

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 en función de su edad, la de su cónyuge, el número y las edades de sus hijos y las prestaciones adicionales que contrate.

* Según la legislación vigente.