



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

**SOLICITUD DE EXENCIÓN DEL PAGO DE LA CUOTA MUTUAL**  
(sólo para mutualistas afiliados con anterioridad al 31 de diciembre 2000)

D./Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad, nacido/a en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, calle de \_\_\_\_\_, núm. \_\_\_\_\_, C.P. \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_, correo electrónico \_\_\_\_\_, con N.I.F. \_\_\_\_\_, de estado \_\_\_\_\_, mutualista núm. \_\_\_\_/\_\_\_\_\_, perteneciente a la Delegación de \_\_\_\_\_, al amparo del vigente Estatuto de esa Mutualidad y creyendo reunir los requisitos al efecto para obtener la exención del pago de la cuota mutual, ante Usted y como mejor proceda acude exponiendo:

Que, habiendo cumplido la edad de jubilación en fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, y habiendo cubierto el período de carencia exigido para el disfrute de la pensión de jubilación, lo que justifica **acompañando los siguientes documentos:**

- Copia de acta de nacimiento expedida por el Registro Civil o copia del D.N.I.

Que, al amparo de lo perceptuado en el artículo 9 del Reglamento de Prestaciones para Colegiados hasta 31.12.2000 de esa Mutualidad, solicita la exención del pago de la cuota mensual a partir del \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, conservando los derechos con arreglo a la prestación correspondiente en la fecha de solicitud de esta exención.

Por lo que a Usted solicita que, previos los trámites necesarios, se digno proponer le sea concedida dicha exención.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

Firma

**Señor Presidente de la Mutualidad General de Previsión Social de los Gestores Administrativos, a Prima Fija**

-----

**INFORME DE LA DELEGACIÓN DE LA MUTUALIDAD EN EL ILUSTRE  
COLEGIO OFICIAL DE GESTORES ADMINISTRATIVOS DE \_\_\_\_\_**

Recibida en esta Delegación la presente solicitud el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, se reconoce la firma como la de la propia persona solicitante, D./Dña. \_\_\_\_\_.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

El Delegado de la Mutualidad