



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

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN PARA COLEGIADOS

D./Dña. _____, Gestor Administrativo natural de _____, provincia de _____, que nació el día ____ de _____ de _____, de estado civil _____, con domicilio en _____, calle de _____, núm. _____, C.P. _____, teléfono _____, fax _____, correo electrónico _____, y N.I.F. _____ - _____,

DECLARA

Que teniendo presentada solicitud de ingreso a través del Ilustre Colegio de Gestores Administrativos de _____, y conociendo los Estatutos vigentes de la Mutualidad General de Previsión Social de dicha profesión, desea acogerse a lo dispuesto por el mismo y abonar la cuota mínima desde el día de la fecha, obligándose a abonar mensualmente la cantidad de _____ €, aumentada, en su caso, con los gastos que origine la cobranza.

Que su familia está compuesta actualmente por las siguientes personas:

Esposo/a (nombre): _____ Fecha nacimiento: _____
 Hijo/a (nombre): _____ Fecha nacimiento: _____
 Hijo/a (nombre): _____ Fecha nacimiento: _____
 Hijo/a (nombre): _____ Fecha nacimiento: _____
 Hijo/a (nombre): _____ Fecha nacimiento: _____

Que los datos para la domiciliación bancaria (20 dígitos) de las cuotas mutuales son los que siguen:

Entidad	Sucursal	Dígito Control	Cuenta Corriente

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.

En _____, a ____ de _____ de 200__.

Firma

DILIGENCIAS

D./Dña. _____, Presidente de la Comisión Permanente de la Mutualidad General de Previsión Social de los Gestores Administrativos, a Prima Fija, en el Colegio de _____, hace constar que D./Dña. _____ ingresó en esta Mutualidad el día ____ de _____ de _____, habiendo abonado las cantidades siguientes:

Derechos de incorporación	60,00 €
Un ejemplar de los estatutos y título acreditativo	1,00 €
TOTAL	61,00 €

Cumpliendo con lo ordenado por los vigentes Estatutos mutuales, hace entrega de:

- una **certificación de reconocimiento facultativo**
- una **fotocopia de su D.N.I.**

En _____, a ____ de _____ de 200__.

El Delegado de la Mutualidad

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.



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

**DOCUMENTO DE OPCIÓN PARA LOS GESTORES ADMINISTRATIVOS
EJERCIENTES POR CUENTA PROPIA**

Opción entre la afiliación al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos
o la inscripción en la Mutualidad de Gestores Administrativos

DATOS DEL COLEGIADO

Nombre _____ Apellidos _____
 D.N.I. _____ - _____ Lugar y fecha de nacimiento _____
 Domicilio _____ Población _____
 C.P. y provincia _____ Teléfono _____ Fax _____
 Correo electrónico _____

Incorporado al Ilustre Colegio de Gestores Administrativos de _____
 con el núm. _____

DECLARACIÓN DEL COLEGIADO

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 Mutualidad 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 Mutualidad General de Previsión Social de los Gestores Administrativos, a Prima Fija ¹, 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 Mutualidad, no podrá ejercitar dicha opción con posterioridad.

En _____, a ____ de _____ de 200__.

Firma

Nota previa informativa al dorso de este impreso

NOTA PREVIA INFORMATIVA *

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**
Sistema de prestaciones de suscripción conjunta que comprenden las contingencias de defunción, jubilación e invalidez.
- **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
 - 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.
- **Valores garantizados**
Para los incorporados a partir del día 1 de enero de 2001 (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**
Aquellas 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
 - Ley 29/1987, de 18 de diciembre, del Impuesto sobre Sucesiones y Donacionescon 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.

* Según la legislación vigente.