

**SOLICITUD 89 '5 @H 'D@B'7 CAD@A9BH5 F-€ EJERCIENTE**
**1/6**

Este número es indicativo del riesgo del producto, siendo 1/6 indicativo de menor riesgo y 6/6 de mayor riesgo.  
El cobro de la Prestación sólo es posible en el caso de producirse alguna de las contingencias cubiertas.  
No se prevé derecho de rescate.

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

A

 **PLAN COMPLEMENTARIO EJERCIENTE**, sistema complementario desde 25 €/mes.

A

Deseo hacer aportaciones mensuales de: \_\_\_\_\_ (aportaciones múltiples de 5€)

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

|                     |            |                           |
|---------------------|------------|---------------------------|
| Nombre y apellidos: |            |                           |
| N.I.F.:             |            | Fecha de nacimiento:      |
| Estado civil:       | Sexo:      | Nº de hijos:              |
| Ejerciente:         | Colegio:   | Afiliado R.E.T.A. SI / NO |
| Dirección:          |            |                           |
| Código Postal:      | Población: | Provincia:                |
| Teléfono:           | Fax:       | Móvil:                    |
| E-mail:             |            |                           |

En cumplimiento con la Ley 10/2010 de 28 de abril, de prevención del blanqueo de capitales y financiación del terrorismo debe facilitar la siguiente información:

¿Desempeña o ha desempeñado en los dos últimos años un cargo público en España (nacional, autonómico o local) o en cualquier otro país, o es familiar o allegado de alguien que lo desempeñe o haya desempeñado?

 SÍ       NO

 Indicar cargo, organización y país y, en su caso, nombre y apellidos del familiar o allegado:
   
  
 \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

 Firma:
   
  
 \_\_\_\_\_

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

En cumplimiento de lo establecido en el artículo Art.174 del RD-Ley 3/2020, Libro Segundo, Título I que transpone la Directiva (UE) 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre la distribución de seguros, 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, en los artículos 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras, y en la Resolución de 20 de octubre de 2008, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sobre obligaciones de información de las entidades aseguradoras que comercialicen Planes de Previsión Asegurados, se informa de los siguientes aspectos con carácter previo a la contratación del seguro:

- **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. Inscrita en el Registro de Entidades de Previsión Social, con fecha 14 de abril de 1945, con el número 295 y C.I.F. G-28263101.
- **Dirección del domicilio social de la entidad**  
Madrid, calle Hermosilla, 79, 1ª planta. 28001.
- **Estado miembro y Autoridad de Control**  
El Estado miembro en el que está establecido el domicilio social de la Mutualidad es España, y corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda, el control y supervisión de su actividad aseguradora.
- **Legislación aplicable**  
El contrato se rige por lo dispuesto en los Estatutos de la Mutualidad. La legislación aplicable al contrato es la siguiente: Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; Ley 10/2010, de 28 de abril, de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo, y su Reglamento, aprobado por Real Decreto 304/2014, de 5 de mayo; Ley 35/2006 de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas; Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Mutualidades de Previsión Social; Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y se modifica el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones; Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo de 2004, por la que se regulan los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras; así como en las demás normas legales y reglamentarias que sean de aplicación.
- **Definición de garantías y opciones ofrecidas**  
**Plan Complementario Ejerciente:** Sistema de prestaciones que comprenden las contingencias de jubilación, incapacidad absoluta y permanente, fallecimiento y subsidio de defunción.  
La información correspondiente a los siguientes apartados, se encuentra recogida en el Reglamento de Prestaciones y Aportaciones para mutualistas incorporados a partir del 1 de enero de 2000 que está a su disposición para su consulta y descarga en formato electrónico en nuestra página web [www.mutuaga.com](http://www.mutuaga.com)
  - a) Definición de las garantías y opciones ofrecidas.
  - b) Periodo de vigencia del contrato.
  - c) Condiciones para su rescisión.
  - d) Condiciones, plazos y vencimientos de las primas.
  - e) Método de cálculo y de asignación de las participaciones en beneficios.
  - f) Indicación de los valores de rescate y de reducción y naturaleza de las garantías correspondientes.
- **Duración del contrato, 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.
- **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.
- **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 treinta 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.
- **Valores garantizados**  
Para los incorporados a partir del día 1 de enero de 2000 (sistema de capitalización individual), transcurrido el quinto 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.
- **Rentabilidad esperada**  
La rentabilidad esperada de la operación de seguro es el tipo de interés anual que iguala los valores actuales de las prestaciones esperadas que se puedan percibir en la operación por todos los conceptos y los pagos esperados de prima.  
Mediante circular se regulará el mecanismo de cálculo de esta rentabilidad esperada, considerando al menos los factores del período al que afecta la garantía, las tablas biométricas, el pago de primas futuras o la posible existencia de participación en beneficios.  
El tomador de seguro podrá solicitar a la entidad aseguradora el detalle del cálculo de la rentabilidad esperada debiendo ser entregado por ésta en un plazo máximo de diez días.  
Se habilita a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones para que mediante resolución pueda precisar las operaciones de seguros de vida que tengan un alto grado de componente biométrico que se excluyan de la obligación de información de la rentabilidad esperada. <http://www.dgsfp.mineco.es/es/Paginas/Iniciocarrusel.aspx>.
- **Tipo de venta y remuneración**  
Los empleados de la Mutualidad, que participan directamente en la distribución de seguros, realizan una venta informada, en base a las necesidades y exigencias del cliente, a través de una información objetiva y expuesta de forma comprensible, acerca del producto, no percibiendo comisión o remuneración adicional alguna por la realización de dicha labor.

Fecha: \_\_\_\_\_.

Firma:

• **Indicaciones generales relativas al régimen fiscal aplicable**

Aquellas que inciden en la presente modalidad de cobertura son: Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio, Ley 12/2022, de 30 de junio, de regulación para el impulso de los planes de pensiones de empleo, por la que se modifica el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, 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.

• **Informe de situación financiera y solvencia**

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 122.5 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, se halla a disposición de los mutualistas tomadores en la página web de la Mutualidad [www.mutuaga.com](http://www.mutuaga.com), el informe de situación financiera y de solvencia correspondiente al último ejercicio cerrado.

• **Defensor del mutualista**

Las quejas o reclamaciones deberán de presentarse en la sede de la Mutualidad de Gestores Administrativos, c/ Hermosilla, 79, 1º, 28001 de Madrid, con el fin de que la Mutualidad pueda resolver o aclarar cualquier situación, en primera instancia.

De no resultar satisfactoria la respuesta recibida, la Mutualidad de Gestores Administrativos dispone conforme a lo previsto en la Orden ECO 734/2004 de 11 de marzo, de la figura del Defensor del mutualista, encargado de atender y resolver las quejas y reclamaciones presentadas por sus mutualistas, beneficiarios, derechohabientes o terceros perjudicados.

Las resoluciones de este Servicio que finalicen los procedimientos de quejas y reclamaciones, en caso de ser disconformes con lo solicitado, dan la posibilidad de acudir al Comisionado para la defensa del asegurado y del partícipe de planes de pensiones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía".

<http://www.dgsfp.mineco.es/es/Paginas/Iniciocarrousel.aspx>.

Asimismo, podrá someterse la controversia al Arbitraje previsto en el artículo 97.4 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre de Arbitraje y el artículo 26 de los Estatutos de la Mutualidad. La administración del arbitraje y la designación de árbitros se encomendarán a la Sección Española de la Asociación Internacional de Derechos de Seguros (S.E.A.I.D.A.), con sede en Madrid, calle Sagasta 18.

Por último, el mutualista podrá interponer las acciones que considere pertinentes ante la jurisdicción civil ordinaria de su domicilio. En este caso, la prescripción es de 5 años.

**Cláusula de Protección de Datos**

Conforme a lo establecido en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y a la ley orgánica 3/2018 de 5 diciembre de Protección de Datos personales y garantía de los derechos digitales, la Mutualidad informa que sus datos personales proporcionados en esta solicitud y los contenidos en la documentación, que en su caso acompañe, serán incorporados y tratados en los ficheros titularidad de la Mutualidad, de los cuales la misma entidad es responsable, para la gestión de los productos o servicios contratados, comprometiéndose a tratarlos de formar confidencial, por el tiempo que dure la prestación de servicios, es decir, hasta 10 años después de la baja efectiva como mutualista.

El Mutualista podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal mediante solicitud por escrito acompañando copia del DNI o documento equivalente junto con el domicilio a efectos de notificaciones dirigido a: MUTUALIDAD GENERAL DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS GESTORES ADMINISTRATIVOS A PRIMA FIJA CIF. G28263101, a la Calle Hermosilla nº 79, 1º, Madrid, 28001, o a través del correo electrónico [dpo@mutuaga.com](mailto:dpo@mutuaga.com), indicando como referencia en el asunto "Protección de Datos".

Sus datos serán utilizados también para enviarle información, incluso por medios electrónicos, sobre los productos y servicios de la Mutualidad, referencia de los Convenios de Colaboración que la Mutualidad suscriba y para impulsar ofertas que la Mutualidad concierte para sus mutualistas, salvo que indique lo contrario marcando aquí ( ).

Como mutualista queremos que controle sus datos personales, y que pueda decidir quién accede a ellos, en qué condiciones y para qué finalidad, de manera que la Mutualidad ha sintetizado la información básica cuyo detalle podrá consultar en la web <https://www.mutuaga.com/términos-y-condiciones/>

**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 Plan Alternativo.
- 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 Plan correspondiente.
- 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.

Fecha: \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_

- 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.

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.

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. 19ª de la Ley 8/2015 de 30 de diciembre.

#### 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, responsabilizándose 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.

**Solicito que mi alta sea cursada con fecha de efecto de:**

#### Aportar la siguiente documentación obligatoria:

- Fotocopia D.N.I.
- Declaración de salud y relación de beneficiarios (Adjunto al impreso)
- Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA (Adjunto al impreso)

Fecha: \_\_\_\_\_.

Firma:

### DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

|                                               |         |                      |
|-----------------------------------------------|---------|----------------------|
| Nombre y apellidos del cónyuge:               | N.I.F.: | Fecha de nacimiento: |
| Nombre y apellidos de los hijos/as:           | N.I.F.: | Fecha de nacimiento: |
| Nombre y apellidos de los hijos/as:           | N.I.F.: | Fecha de nacimiento: |
| Nombre y apellidos de otros beneficiarios/as: | N.I.F.: | Fecha de nacimiento: |
| Nombre y apellidos de otros beneficiarios/as: | N.I.F.: | Fecha de nacimiento: |

### DECLARACIÓN DE SALUD

|                                                              |                                     |                   |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| Peso (kgs):                                                  | Estatura (cms):                     | Tensión arterial: |
| ¿Qué enfermedades has tenido?                                | ¿Cuándo y cuánto tiempo han durado? |                   |
| ¿Has estado hospitalizado alguna vez?                        | ¿Por qué?                           | ¿Cuándo?          |
| ¿Has 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:                      |                   |

Fecha: \_\_\_\_\_.

Firma:

