

En el Colegio Oficial de Gestores Administrativos somos conscientes de que tu desarrollo como profesional, en el mundo de la gestión administrativa, es tu prioridad principal.

Por este motivo, trabajamos día a día en la defensa de tus intereses, con el fin que el colectivo sea un referente en todas las áreas relacionadas en el asesoramiento y la gestión integral y sea reconocido tanto delante de las administraciones como de la ciudadanía.

Apoyarte, para atender tus necesidades en una profesión que cada vez tiene más proyección, es nuestro objetivo principal.

Te adjuntamos la documentación necesaria para inscribirte como **colegiado no ejerciente** y para empezar a disfrutar de las ventajas que te ofrece tu Colegio.

Son personas colegiadas no ejercientes aquellas que tienen el título que las habilita para el ejercicio de la profesión de gestor administrativo y se incorporan al Colegio sin la intención de ejercer las funciones propias de la profesión, de acuerdo con lo que dispone el artículo 3 de los Estatutos vigentes, sino de disfrutar de los otros derechos inherentes a la condición de la persona colegiada.

#### DOCUMENTACIÓN COLEGIADO NO EJERCIENTE:

- Solicitud de colegiación
- Domiciliación bancaria
- Documento de utilización de datos personales
- Solicitud de expedición del Título.
  - Aptos convocatoria Cataluña: Rellenar Mod-1
  - Aptes convocatoria Madrid: Rellenar Mod-2
- DNI y fotografía carnet en formato jpg

Te felicitamos por la obtención de tu título, y estamos a tu disposición para cualquier consulta que necesites.





## SOLICITUD DE COLEGIACIÓN NO EJERCIENTES

Nombre .....Apellidos .....

DNI ..... Fecha de nacimiento ..... Sexo .....

Dirección residencia habitual .....

CP ..... Provincia .....Población .....

Dirección despacho profesional .....

CP ..... Provincia .....Población .....

Teléfono..... Móvil..... Fax .....

E-mail..... Teléfono particular .....

### EXPONGO:

- A. Que tengo el título de ..... y he estado declarado apto para el ejercicio de la profesión de gestor administrativo en data .....
- B. Que me comprometo a cumplir con la normativa establecida en los Estatutos en referencia a los colegiados sin ejercicio y, por tanto, me obligo a no efectuar ninguna de las actividades definidas en el artículo 3 de los Estatutos, sin obtener la preceptiva autorización del Colegio, con cumplimiento previo de los requisitos exigidos a los gestores administrativos en ejercicio.

**SOLICITO:** La admisión de esta solicitud de colegiación y que con los trámites establecidos en los artículos 14 al 16 de los Estatutos se acuerde mi incorporación a este Colegio.

Firma:

Fecha:



**Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA  
colegiado no ejerciente  
SEPA Direct Debit Mandate  
Non-practising members**

A cumplimentar por el acreedor  
To be completed by the creditor

**Referencia de la orden de domiciliación (equivale al número de colegiado):** \_\_\_\_\_  
*Mandate reference*

**Identificador del acreedor:** ES-38-003Q0861001F  
*Creditor Identifier*

**Nombre del acreedor:** Col·legi Oficial de Gestors administratius de Catalunya  
*Creditor's name*

**Dirección:** Plaça Urquinaona 6, planta 6ª  
*Address*

**Código postal - Población - Provincia:** 08010, Barcelona  
*Postal Code - City - Town*

**País:** Espanya  
*Country*

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

*By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.*

A cumplimentar por el deudor  
To be completed by the debtor

**Nombre del deudor/es / Debtor's name**  
*(titular/es de la cuenta de cargo)*

**Dirección del deudor / Address of the debtor**

**Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town**

**País del deudor / Country of the debtor**

**Swift BIC** (puede contener 8 u 11 posiciones) / *Swift BIC (up to 8 or 11 characters)*

**Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN**

*En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES  
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES*

**Tipo de pago:**  
*Type of payment*

**Pago recurrente**  
*Recurrent payment*

**o**  
*or*

**Pago único**  
*One-off payment*

**Fecha - Localidad:** \_\_\_\_\_  
*Date - location in which you are signing*

**Firma del deudor:** \_\_\_\_\_  
*Signature of the debtor*

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.  
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL  
ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.  
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST  
BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.



El **Colegio Oficial de Gestores Administrativos de Cataluña**, (de ahora en adelante, la Entidad) os informa que los datos de carácter personal que nos habéis facilitado facultativamente para su incorporación en el Colegio, así como cualquier otro que sea facilitado a lo largo de la relación colegial, serán objeto de tratamiento por la Entidad con el fin de la prestación y la entrega adecuada de los productos o servicios solicitados, la gestión de los cobros y pagos consecuencia de éstos, la resolución de incidencias, la promoción y prestación de los servicios de terceros que hayáis solicitado, la gestión ordinaria de la actividad colegial, incluyendo la promoción de la profesión y del colectivo profesional, y la realización de servicios vinculados en beneficio de los colegiados así como el envío de comunicaciones relativas al ejercicio de la profesión de gestor administrativo.

[ ] Marcando esta casilla otorgáis la prestación del consentimiento inequívoco para que la Entidad os pueda remitir comunicaciones informativas en otros ámbitos, pero relacionados con la Entidad por correo electrónico u otro medio de comunicación electrónica existente (Whatsapp, SMS, etc.), en los términos establecidos por la Ley 34/2002, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico y su normativa de desarrollo o complementaria.

Sus datos se conservarán mientras se mantenga esta relación. El mencionado consentimiento informado, tiene carácter expreso para que los datos personales puedan ser cedidos y transferidos a terceros con la finalidad propia de la actividad colegial en sentido amplio, incluyendo la prestación de servicios para terceras empresas con las cuales la Entidad mantenga convenios de colaboración, siempre con las mismas finalidades anteriormente indicadas, y respetando en todo caso la legislación vigente.

Asimismo, se hace expresa mención que la Entidad, con domicilio en Barcelona, Plaça d'Urquinaona núm. 6, 6a planta y correo electrónico [colcatalunya@gestors.cat](mailto:colcatalunya@gestors.cat) es la destinataria final de los datos mencionados y que las personas interesadas podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición de sus datos personales, en los términos legales, mediante carta dirigida a la dirección indicada anteriormente, a la atención del responsable de Gestión Colegial. Tiene igualmente derecho a retirar el consentimiento prestado en cualquier momento. La retirada del consentimiento no afectará a la licitud del tratamiento efectuado antes de la retirada del mismo. También tiene derecho a presentar una reclamación, si considera que el tratamiento de datos personales no se ajusta a la normativa vigente, ante la Autoridad de control ([www.apdcat.cat](http://www.apdcat.cat) i [www.agpd.es](http://www.agpd.es)).

La Entidad garantiza la confidencialidad en el tratamiento de los datos de carácter personal que se recogen, así como la implementación de las medidas, de orden técnico y organizativo, que garantizan la seguridad de los datos personales facilitados.

Asimismo, y supuesto que, en ejecución de la relación colegial, sean facilitadas a la Entidad datos de carácter personal de empleados de los clientes o de terceras personas, garantice que estáis facultados legítimamente para facilitar los datos mencionados y que habéis informado a los interesados de la cesión de datos mencionada, cumpliendo en todo momento la vigente legalidad. En caso de que no sea así, os comprometéis a responsabilizaros de cualquier infracción o multa que se le pueda imponer a la Entidad, derivada del incumplimiento mencionado de la normativa en materia de protección de datos de carácter personal.

Asimismo, y ante la posibilidad que los datos que nos habéis facilitado varíen en un futuro, os pedimos que los actualicéis lo antes posible para garantizar la adecuada calidad de los datos y la actualización de nuestros archivos.

Finalmente, y a fin y efecto de dejar constancia de vuestro expreso consentimiento respecto al que aquí se recoge, os pedimos que firméis este documento. En caso de que manifestáis vuestra oposición al tratamiento de los datos de carácter personal que nos habéis facilitado facultativamente para su incorporación al Colegio, cosa que imposibilitará la prestación y la entrega adecuada de los productos o servicios solicitados, la gestión de los cobros y pagos consecuencia de éstos, la resolución de incidencias, la promoción y prestación de los servicios de terceros que habéis solicitado, la gestión ordinaria de la actividad colegial y la realización de servicios vinculados en beneficio de los colegiados.

Autorizo que mis datos personales se usen conforme a los párrafos anteriores.

**NO** Autorizo que mis datos personales se usen conforme a los párrafos anteriores.

Autorizo al envío de comunicaciones comerciales conforme a los párrafos anteriores.

**NO** Autorizo al envío de comunicaciones comerciales conforme a los párrafos anteriores.

Nombre y apellidos:

Firma:

Localidad y fecha:

**SOLICITUD DE TÍTULO/SOLICITUD DE CERTIFICADO DE ANTECEDENTES REGISTRADOS**

**Datos de la persona solicitante**

Nombre	
1º Apellido	
2º Apellido	
DNI / Pasaporte	
Fecha de nacimiento (día/mes/año)	
Municipio de nacimiento	
Provincia de nacimiento	
Nacionalidad	
Dirección (vía y número)	
Dirección (municipio y código postal)	
Dirección electrónica	
Teléfono de contacto	

**Datos de acceso al título**

Año de convocatoria de las pruebas:	Año:
Máster en Gestión Administrativa en la Universidad:	Año:

**Documentación aportada**

Fotocopia del DNI o Pasaporte	(X)
Fotocopia compulsada del título universitario oficial o documento equivalente	
Declaración jurada o solemne de no inhabilitación ni separación del servicio público	
Fotocopia compulsada del certificado C de catalán o promesa formal de disposición	
Acreditación del pago de la tasa de expedición	
En caso de extranjeros, acreditación de reciprocidad de títulos y derechos	

**Colegio de incorporación**

Col·legi Oficial de Gestors Administratius de Catalunya	(X)
Col·legi Oficial de Gestors Administratius de Tarragona	
Otro:	
(especificar)	

**Modalidad de colegiación**

Ejerciente  No ejerciente

**Solicito**

Expedición del título

**Firma**

Fecha

**Sello de recepción**

Fecha

Los datos de este formulario serán objeto de tratamiento por parte del Consell de Col·legis Oficials de Gestors Administratius de Catalunya, entidad que es la responsable del tratamiento, y los tratará para gestionar vuestros datos a los efectos de registro y expedición del título de gestor administrativo, y remitir de la profesión. Los conservará mientras se mantenga esta relación. Se hace expresa mención que el Consell de Col·legis Oficials de Gestors Administratius de Catalunya, con domicilio en Barcelona, Plaça d'Urquinaona 6, 6ª planta, es el destinatario final de los datos mencionados y que los interesados podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición de sus datos personales, en los términos legales, mediante carta dirigida a la dirección indicada anteriormente, a la atención del responsable de Protección de Datos. Los datos personales (nombre, apellidos y dirección postal y correo electrónico) podrán ser facilitados a entidades, empresas o instituciones colaboradoras del Consell de Col·legis Oficials de Gestors Administratius de Catalunya, para ofrecer productos y servicios de utilidad para el acceso a la profesión. Puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Para cualquier reclamación puede acudir a las autoridades de control a apdcat.cat y agpd.es. Para más información sobre Protección de Datos, consulte nuestra página web.

En consecuencia, autorizo la difusión de mi nombre y dirección para recibir esta información: Sí  NO

## DECLARACIÓN JURADA

....., con DNI  
....., bajo mi responsabilidad y en conocimiento de las sanciones que por  
falsedad pueda incurrir, por infracción de los artículos del Código penal, **declaro que:**

No he sido inhabilitado/ada para el ejercicio de funciones públicas ni separado/ada por expediente disciplinario del servicio de ninguna de las administraciones públicas españolas, ni de las de algún estado de la Unión Europea, de un estado firmante del Acuerdo sobre el espacio Económico Europeo o de un estado que conceda reciprocidad de títulos y derechos con el Reino de España.

Y para que así conste a los efectos legales de poder contratar con la Administración, firmo declaración a  
..... de ..... de .....

Firma del declarante

## DECLARACIÓN JURADA

....., con DNI  
....., bajo mi responsabilidad y con conocimiento de las sanciones que  
por falsedad pueda incurrir, por infracción de los artículos del Código penal, declaro que:

A los efectos del que dispone la Resolución, por la cual se convocan las pruebas para la obtención del título de gestor administrativo, me comprometo a disponer de personal contratado que disponga del certificado C de conocimiento de catalán de la Secretaría de Política Lingüística, o de uno de los otros títulos, diplomas y certificados equivalentes que establece la Orden PRE/228/2004, de 21 de junio, sobre los títulos, diplomas y certificados equivalentes a los certificados de conocimientos de catalán de la Secretaría de Política Lingüística, siempre y cuando mi despacho profesional principal se ubique en la Comunidad de Cataluña.

Y para que así conste a los efectos legales de poder contratar con la Administración, firmo declaración a  
..... de ..... de .....

Firma del declarante

**CARTA DE PAGO/ AUTOLIQUIDACIÓN DE DERECHOS**

**Datos de la persona solicitante**

Nombre	
1º Apellido	
2º Apellido	
DNI / Pasaporte	
Fecha de nacimiento (día/mes/año)	
Dirección (vía y número)	
Dirección (municipio y código postal)	
Dirección electrónica	
Teléfono de contacto	

**Autoliquidación**

150 euros en concepto de la expedición del Título de Gestor Administrativo.

**Validación de la entidad**

Sello de la entidad bancaria que acredita que la persona solicitante ingresa la cantidad y concepto indicado en el apartado AUTOLIQUIDACIÓN a la cuenta bancaria **ES30. 2100. 0679. 19.0200552620**

**Os recordamos que es obligatorio efectuar el abono de los derechos antes de presentar la respectiva solicitud.**

**Firma**

Fecha

**Sello de recepción**

Fecha



# Solicitud del Título de Gestor Administrativo

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con N.I.F. \_\_\_\_\_  
nacido el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ provincia de \_\_\_\_\_ y domiciliado en  
\_\_\_\_\_ n<sup>o</sup> \_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ localidad  
\_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ con  
teléfono \_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_

## Forma de Acceso a la Profesión:

- Convocatoria de Pruebas de Acceso del año \_\_\_\_\_
- Master en Gestión Administrativa en \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

(indicar el Centro donde se obtuvo)

## Declara:

- Que no ha sido expulsado o separado en virtud de expediente disciplinario de ninguna de las Administraciones Públicas.
- Que no se halla inhabilitado para el desempeño de funciones públicas, en el ámbito de ninguno de los Estados miembros de la Unión Europea, demás Estados signatarios del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, o Terceros Estados con los que existan convenios de reciprocidad en la materia.

## Solicita al Sr. Presidente del Consejo General de Colegios de Gestores Administrativos:

- Le sea expedido el Título Oficial de Gestor Administrativo. A estos efectos aporta la documentación exigida, así como justificante de haber abonado los derechos de expedición.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Firma del Interesado

## Documentación que debe aportar junto con esta solicitud

- D.N.I. o de algún otro documento oficial que acredite la identidad y nacionalidad.
- Justificante del pago de las tasas por la expedición del Título por importe de 150 euros (ES64 0081 7110 9000 0222 4225).
- En caso de haber superado el Máster Universitario Oficial en Gestión Administrativa, fotocopia compulsada de dicho Título o bien la certificación supletoria provisional que goce de idéntico valor jurídico que aquél y que incorpore el número de Registro Nacional de Titulados Universitarios Oficiales firmada por el Rector.
- En caso de haber superado las pruebas de acceso a la profesión, fotocopia compulsada del Título Universitario requerido para la admisión a dichas pruebas o bien la certificación supletoria provisional que goce de idéntico valor jurídico que aquél y que incorpore el número de Registro Nacional de Titulados Universitarios Oficiales firmada por el Rector.

SI [ ] NO [ ], consiento que mis datos personales sean tratados en base a la información a continuación:

## Información LOPD

- Responsable: Consejo General de Colegios Oficiales de Gestores Administrativos de España.
- Finalidad: Gestión de títulos y registro profesional.
- Legitimación: Consentimiento del interesado.
- Destinatarios: Colegios de Gestores Administrativos, correspondiente Ministerio de adscripción de los Gestores Administrativos, Mutualidad de Gestores Administrativos y a entidades, empresas o instituciones colaboradoras del Consejo General para ofrecer productos y servicios de utilidad para el ejercicio de la profesión.
- Derechos: Acceso, rectificación, supresión, portabilidad de los datos, limitación u oposición al tratamiento. Encontrará las indicaciones adecuadas en "Información adicional"
- Información adicional: <https://www.consejogestores.org/politica-de-privacidad/>

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A LA MUTUALIDAD**
**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):**

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

Deseo hacer aportaciones mensuales de: \_\_\_\_\_ (aportaciones múltiples de 25€)

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

Al objeto de dar cumplimiento a cuanto establece la disposición adicional decimoctava de la Ley 8/2015, de 30 de octubre,

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 <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 Mutualidad como alternativo, no podrá ejercitar dicha opción con posterioridad.

**3. 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?  **SI**  **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 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 Alternativo:** Sistema de prestaciones de suscripción conjunta que comprenden las contingencias de jubilación, incapacidad absoluta y permanente, incapacidad temporal profesional, riesgo durante el embarazo, maternidad, paternidad, fallecimiento y subsidio de defunción.  
**Plan Complementario:** 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 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.
- **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.
- **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, y la Ley 29/1987, de 18 de diciembre, del Impuesto

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

Firma:

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". 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, 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

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

Firma:

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.

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 expresados y no haber ejercido como Gestor Administrativo bajo la colectiva del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, 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:

### RELACIÓN 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:

