

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 ejerciente** y para empezar a disfrutar de las ventajas que te ofrece tu Colegio.

Son personas colegiadas ejercientes aquellas que tienen el título que las habilita para el ejercicio de la profesión de gestor administrativo y se incorporan al Colegio como gestor administrativo para ejercer las funciones propias de la profesión, de acuerdo con el que dispone el artículo 3 de los Estatutos vigentes.

DOCUMENTACIÓN COLEGIADO EJERCIENTE:

- Solicitud de colegiación
- Domiciliación bancaria
- Documento de utilización de datos personales
- Declaración de no estar comprendido en ninguna de las causas de incompatibilidad
- Solicitud de expedición del Título.
 - Aptos convocatoria Cataluña: Rellenar Mod-1
 - Aptes convocatoria Madrid: Rellenar Mod-2
- Solicitud de ingreso en la Mutualidad General de Previsión de los Gestores Administrativos
- Certificado de antecedentes penales
- DNI y fotografía carnet en formato jpg

UNA VEZ ACEPTADA LA INCORPORACIÓN POR LA JUNTA DE GOBIERNO

- Documento que justifica el alta en el censo tributario
- Acreditación de haber suscrito a póliza de responsabilidad civil para la actividad de gestoría administrativa en la forma y cuantía reglamentariamente establecidas.

Aprovechamos por desearte todos los éxitos en el ejercicio de tu profesión, y estamos a tu disposición para cualquier aclaración o consulta que necesites.



NombreApellidos

DNI Fecha de nacimiento Sexo

Dirección residencia habitual

CP ProvinciaPoblación

Dirección despacho profesional

CP ProvinciaPoblación

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 fecha
- B. Que me comprometo, una vez aceptada la incorporación al Colegio por la Junta de Gobierno, a cumplir, en el plazo de dos meses establecidos en los Estatutos, los tramites siguientes:
 - 1. Satisfacer los derechos de incorporación al Colegio.
 - 2. Causar alta de obligaciones censales
 - 3. Solicitar el ingreso en la Mutualidad General de Previsión de Gestores Administrativos, o la afiliación al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos.
 - 4. Tener suscrita la póliza de seguros de Responsabilidad Civil.
- C. Que ejerceré la profesión personalmente, según determina el artículo 22 de los Estatutos.
- D. Que reúno los requisitos exigidos en el artículo 13 de los Estatutos mencionados para incorporarme como colegiado ejerciente.

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 ejerciente
SEPA Direct Debit Mandate
practising members

A complir per el 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 6^a
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. Esta orden de domiciliación está prevista para operaciones exclusivamente entre empresas y/o autónomos. El deudor no tiene derecho a que su entidad le reembolse una vez que se haya realizado el cargo en cuenta, pero puede solicitar a su entidad que no efectúe el adeudo en la cuenta hasta la fecha debida. Podrá obtener información detallada del procedimiento en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorize (A) [NAME OF 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 [NAME OF CREDITOR]. This mandate is only intended for business-to-business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due. Please contact your bank for detailed procedures in such a case.

A complir per el deudor

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: *Pago recurrente* *O* *Pago único*
Type of payment *Recurrent payment* *or* *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 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 i 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:

DECLARACIÓN DE NO ESTAR BAJO NINGUNA CAUSA DE INCOMPATIBILIDAD

----- con el DNI núm. -----,
con domicilio en -----
CP ----- calle ----- núm. -----
piso ----- teléfono ----- para tener efecto en la solicitud que
formulo ante el Colegio Oficial de Gestors Administrativos de Cataluña, para
ejercer la profesión de Gestor Administrativo en la localidad de

DECLARO Y HAGO CONSTAR:

Que no estoy sometido a alguna causa de incompatibilidad establecida por ley, según se citan al artículo 14.2.c) de los estatutos de este Colegio, publicados en el Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña, núm. 5528, en fecha 17-12-2009, y por esto no estoy comprendido en ninguna causa de incompatibilidad para el ejercicio de la profesión de Gestor Administrativo a la localidad mencionada.

----- , ----- de -----20-----

Firma:

--

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

(X)

Fotocopia del DNI o Pasaporte	
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

(X)

Col·legi Oficial de Gestors Administratius de Catalunya	
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^a _____, con N.I.F. _____
nacido el ____ / ____ / ____ en _____ provincia de _____ y domiciliado en
_____ n^o ____ 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 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 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
 - 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, 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, 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:

QÜESTIONARI – SOL·LICITUD D'ADHESIÓ

PÒLISSA DE RESPONSABILITAT CIVIL PROFESSIONAL PER ALS COL·LEGIATS

PÒLISSA COL·LECTIVA

ALLIANZ – CONSELL DE COL·LEGIS OFICIALS DE GESTORS ADMINISTRATIUS DE CATALUNYA

Empleneu el present qüestionari ÍNTEGRAMENT, i si calgués afegir un annex amb informació addicional.

DADES DEL PRENEDOR							
Nom i Cognoms / Raó Social				DNI/CIF/NIF			
Domicili				Població			CP
IBAN				e-mail			
Telèfon				Mòbil			
Descripció detallada de l'activitat professional a assegurar				Gestor administratiu			
Nº de col·legiat				Nº de registre societat			
¿Des de quan exerceix l'activitat?							
Treballa de manera predominant o exclusivament per a alguna persona o entitat? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
Indiqueu quines són:							
Indiqueu quines són les especialitats en les quals treballeu (tot i que sigui esporàdicament) i indiqueu el percentatge que, sobre el total de la seva facturació, suposi cadascuna de les activitats en el següent quadre:							
Àrees d'activitat	Sí	No	%	Àrees d'activitat	Sí	No	%
Assessoria/Tramitació de Préstecs Hipotecaris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Gestió en Matèria Mercantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assessoria/Tramitació d'herències	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Gestió Immobiliària	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assessoria/Tramitació Tributària	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Gestió Comptable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assessoria/Tramitació en Matèria Laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Assessoria Jurídica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treballu per a alguna entitat bancària?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Assessoria/Tramitació Estrangeria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treballu predominantment per a alguna persona o entitat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tramitació Administrativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Honoraris / Facturació anual							

Personal Empleat:

Nº de socis

Nº d'empleats titulats

Nº d'empleats administratius

Nº de col·laboradors lliures

Detall de les titulacions dels socis i dels empleats titulats

Heu tingut alguna assegurança de responsabilitat civil? Sí No

Assegurances anteriors. Indiqueu la companyia i el motiu de l'anul·lació:

Sinistralitat

Heu tingut reclamacions per responsabilitat civil en els últims 5 anys? Sí No

En cas afirmatiu, quines varen ser les causes d'aquestes reclamacions?

Quines d'aquestes reclamacions estan pendents de liquidació?

¿A quant pugen les reclamacions?

Altres dades que considereu d'interès per tal de millorar el coneixement del risc?

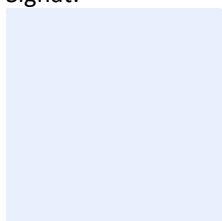
Cobertures contractades: RC Professional + RC Explotació + RC Patronal

Límit de cobertura

650.000 €

El sotasignat declara al seu millor saber i entendre, les declaracions aquí fetes són certes. Aquesta sol·licitud no vincula el Col·legiat ni la Companyia, però es convé que aquesta sol·licitud servirà de base al contracte formant part de la mateixa. El Col·legiat convé que si la informació facilitada canviés entre la data d'aquesta sol·licitud i aquella en què s'emeti la pòlissa, notificarà immediatament aquests canvis a la Companyia.

Signat:



Data:

OBSERVACIONS IMPORTANTS:

La inexactitud a la declaració dels honoraris pot provocar, en cas de sinistre, l'aplicació de la regla proporcional amb el consegüent perjudici econòmic que això pot suposar per a vostè.

Si desitgeu més informació, podeu contactar amb:

Joaquín Llobet

jllibet@ferrerojeda.com

93 206 14 45

609 10 52 66

AVÍS LEGAL

En compliment de l'establert a la Llei 26/2006 de 17 de Juliol de Mediació d'Assegurances i Reassegurances privades us proporcionem expressament la següent informació:

1. Ferrer&Ojeda Asociados Correduría de Seguros, S.L., amb domicili a Barcelona, carrer Tamarit, 155-159, codi postal 08015, inscrita al Registre Mercantil de Barcelona, amb CIF.: B58265240, tom 7925, llibre 7185 secció 2a, foli 61, fulla 92589, inscripció 1a.
2. Ferrer & Ojeda és una marca comercial registrada al Butlletí Oficial de la Propietat Industrial (BOPI) de Barcelona amb el número 1808384/6, classe 36.
3. Estem inscrits al registre administratiu especial de mediadors d'assegurances de la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions amb el número J-812.
4. No ostentem cap participació directa o indirecta al capital social de les entitats asseguradores, ni cap entitat asseguradora o empresa vinculada a les mateixes ostenta cap participació al nostre capital social.
5. Estem obligats a proporcionar, com a part de la nostra tasca de mediació d'assegurances, un assessorament professional objectiu sobre el tipus de contracte d'assegurances que s'ajusta a les seves necessitats.
6. De conformitat amb l'establert en l'Ordre ECO/734/2004, d'11 de març (BOE 24 de març de 2004), us informem que si desitgeu formular qualsevol queixa o reclamació relativa a la nostra intervenció com a mediadors, podeu adreçar-vos al nostre departament d'atenció al client a l'adreça de correu electrònic elcol-legi@elcol-legi.org qui té un termini de dos mesos per resoldre. Tenim a la vostra disposició el reglament de funcionament de l'esmentat departament adaptat a la legalitat vigent.
7. La mediació de les seves pòlisses es realitzarà prenent com a base la seva informació i dades sobre el risc i cobertures que finalment resultin del seu interès. Us recordem la importància que reviseu en el seu moment les dades del risc, cobertures i declaracions contingudes en el condicionat particular de la pòlissa i que si hi observeu qualsevol error o divergència respecte als temes acordats i/o la seva petició ens ho feu saber immediatament, hi ha un termini de 30 dies des del lliurament de la pòlissa per a sol·licitar la vostra esmena.
8. Tenim contractada una assegurança de Responsabilitat Civil i de Caució conforme a l'art. 27 de la Llei 26/2006 de Mediació d'Assegurances.

POLÍTICA DE PRIVACITAT I PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

S'informa al client que les dades que faciliti a la corredoria d'assegurances **Ferrer & Ojeda** podran ser objecte del següent tractament:

- **Responsable del tractament** FERRER & OJEDA Asociados Correduría de Seguros, S.L.
- **Finalitat del tractament**
 - › La completa execució del contracte d'intermediació d'assegurances sol·licitades i, en particular, l'assessorament objectiu i la informació sobre les condicions del contracte d'assegurances i l'assistència en cas de sinistre.
 - › L'enviament de comunicacions comercials sobre productes financers i d'assegurances intermediades per la Corredoria.
- **Base jurídica del tractament** Consentiment per a la contractació d'assegurances i interès legítim del responsable per a la remissió d'informació comercial sobre altres productes d'assegurances intermediades per ell.
- **Destinataris** la Corredoria cedirà les seves dades als Col·legis Oficials de Gestors Administratius de Catalunya que integren el Consell de Col·legis de Gestors Administratius de Catalunya, a efectes de la incorporació col·legial del prenedor i en virtut de les normes legals i estatutàries que obliguen a la contractació d'una pòlissa de RCP per a l'exercici de la professió de gestor administratiu; per a la formalització del contracte d'assegurança, la Corredoria cedirà les seves dades a l'entitat asseguradora que hagués estat designada per donar cobertura al risc assegurat.
- **Drets del titular de les dades** Podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, oposició, limitació del tractament, supressió i portabilitat de les vostres dades, dirigint-se al Servei d'Atenció al Client de la Corredoria d'Assegurances situat a: Col·legi de Mediadors D'assegurances de Barcelona, Pg. Sant Joan, 33 - 08010 Barcelona, Telf. 932153223, correu electrònic elcol-legi@elcol-legi.org, adjuntant còpia del vostre DNI.

De conformitat amb l'establert en el Reglament (UE) 2016/679, del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades, la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, així com en la Llei 26/2006, de 17 de juliol, de mediació d'assegurances i reassegurances privades, s'informa al Client que les dades de caràcter personal seran objecte de tractament en el sentit dispostat a l'article 4.2 del citat Reglament. El responsable d'aquest tractament és FERRER & OJEDA Asociados Correduría de Seguros, S.L, amb CIF B-58265240 i domicili social a C/Tamarit, 155 CP 08015 Barcelona.

La Corredoria d'assegurances tracta la informació dels clients per a gestionar el contracte d'assegurances que li sigui sol·licitat i, en particular, per manteniment de la relació establerta entre la Corredoria i el Client, l'assessorament i informació en la contractació i durant la vigència dels contractes d'assegurances, per a l'assistència en cas de sinistre, tot la qual cosa legitima el tractament de conformitat amb el que es disposa en l'article 6.1.b) del RGPD.

D'altra banda, la Corredoria d'assegurances tractarà dades personals del Client per a l'enviament de comunicacions comercials sobre productes d'assegurances intermediades per la Corredoria a l'efecte de la qual la Corredoria tracta les dades amb aquesta finalitat sobre la base de l'interès legítim. No obstant això, el Client pot en qualsevol moment oposar-se a aquest tipus de tractament, sense que aquesta oposició no limiti en cap cas l'execució del contracte principal.

S'informa al Client que les dades personals que faciliti a la Corredoria seran conservats mentre subsisteixi la finalitat per la qual van ser recaptats i fins al venciment dels terminis de prescripció de les accions que poguessin derivar-se del compliment del contracte, fins i tot després d'haver estat resolt el contracte d'assegurances, sent bloquejats quan hagin deixat de ser pertinents per al compliment d'aquesta finalitat.

Així mateix, quan la supressió derivi de l'exercici del dret d'oposició conforme a l'article 21.2 del Reglament (UE) 2016/679, el responsable podrà conservar les dades identificatives de l'afectat, quan siguin necessaris amb la finalitat d'impedir tractaments futurs per a finalitats de màrqueting directe.

El Client queda informat que la no aportació de la informació requerida suposa la impossibilitat de subscripció del contracte d'intermediació. De conformitat amb l'establert en l'article 99.1 de la Llei 20/2015, de 14 de juliol, d'ordenació, supervisió i solvència de les entitats asseguradores i reasseguradores, la Corredoria podrà cedir les dades de caràcter personal del Client a la companyia asseguradora, únicament als efectes de garantir el ple desenvolupament del contracte d'assegurances i el compliment de les obligacions establertes en aquesta Llei i en les seves disposicions de desenvolupament.

El Client tindrà dret a revocar el seu consentiment en qualsevol moment, sempre que el tractament no sigui necessari per al compliment del contracte. La retirada del consentiment no afectarà a la licitud del tractament basada en el consentiment previ a la seva retirada. En última instància, pot sol·licitar informació sobre els seus drets i presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades, amb domicili al carrer Jorge Juan, nº 6, 28001 Madrid.