



MUTUALIDAD DE
PROCURADORES

SOLICITUD DE REINGRESO EN LA MUTUALIDAD
DE LOS PROCURADORES DE LOS TRIBUNALES DE ESPAÑA

Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija

**SUSCRIPCION AL REGIMEN GENERAL
CAPITALIZACION COLECTIVA**

FOTO

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Nº de Mutualista

Apellidos y Nombre:		
N.I.F.:	Fecha de Nacimiento:	
Estado Civil:	Sexo:	Nº. de hijos:
Colegio de Procuradores al que pertenece:		Población de ejercicio:

2. DOMICILIO

(Marque con un aspa donde desea recibir la correspondencia)

Particular

Calle/Plaza _____ nº _____ Piso _____
Codigo Postal _____ Población _____ Provincia _____
Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____
Móvil _____

Despacho Profesional

Calle/Plaza _____ nº _____ Piso _____
Codigo Postal _____ Población _____ Provincia _____
Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____
Móvil _____

3. DOMICILIACION BANCARIA

Abonaré las cuotas de la Mutualidad mediante la siguiente domiciliación bancaria:

Entidad bancaria o de ahorro: _____

Código Cuenta Cliente (C.C.C.):

□□□□	□□□□	□□	□□□□□□□□□□□□
------	------	----	--------------

Así mismo, comunico que, hasta nueva orden, opto por la periodicidad de pago que señalo a continuación:

Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

4. DATOS FAMILIARES DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS DE CÓNYUGE	FECHA DE NACIMIENTO
N.I.F.	PROFESION
DOMICILIO	

NOMBRE Y APELLIDOS DE LOS HIJOS	FECHA DE NACIMIENTO

HIJOS CON MINUSVALÍA PSÍQUICA (Coeficiente inferior a 0,8) SI NO

NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	DEFICIENCIA

5. BENEFICIARIOS PARA CASO DE FALLECIMIENTO

Marcar expresamente una de las dos opciones siguientes:

DESIGNACIÓN GENÉRICA.

El cónyuge del Mutualista o en su defecto y por este orden: los hijos, los padres, los herederos legales.

DESIGNACIÓN ESPECÍFICA.

Otros. (Indicar, en su caso, los siguientes datos)

NOMBRE Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO N.I.F	PARENTESCO	DOMICILIO	POBLACIÓN C. P.

6. DECLARACION DE SALUD

Cumplimente los siguientes datos que se recogen en este impreso, necesarios para valorar y delimitar el riesgo:

- ¿Cuál es su estatura? cm. _____ ¿y su peso? Kg. _____ .
- ¿Durante los últimos 24 meses, ha dejado de trabajar durante más de 15 días seguidos como consecuencia de enfermedad o accidente? SI NO
- Conteste a las siguientes preguntas:

	SI	NO
¿Tiene previsto o le ha sido aconsejada alguna intervención quirúrgica?		
¿Ha sufrido algún accidente que le haya dejado secuelas?		
¿Sigue algún tratamiento en la actualidad?		
¿Ha tenido que ser intervenido por motivo de padecimiento o enfermedad?		
¿padece actualmente de alguna enfermedad transitoria o crónica o algún defecto físico congénito o adquirido?		
¿Ha padecido algún proceso neurótico o mental?		
Indique igualmente si ha padecido enfermedades, ha sido o es tratado en relación con:		

- Garganta, nariz, oído		
- Pulmón		
- Corazón y sistema vascular		
- Aparato digestivo		
- Piel		
- Huesos		
- Sangre		
- Sistema nervioso		
- Cualquier otro concepto no especificado en los puntos anteriores		

Amplíenos información de las respuestas contestadas afirmativamente, detallando la dolencia de que se trate, la fecha en que comenzaron los trastornos y su evolución.

El solicitante declara que todo cuanto anteriormente figura es verídico, no habiendo ocultado nada que pueda desvirtuar la apreciación del riesgo. Asimismo, autoriza a los médicos que le han atendido o examinado a proporcionar **confidencialmente a la Mutualidad**, todas las informaciones referentes a su estado de salud.

La Mutualidad, a la vista de la declaración jurada, 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.

7. DOCUMENTACIÓN A APORTAR POR EL SOLICITANTE

- Documento de Opción.
- Certificación expedida por el Colegio de Procuradores de haber solicitado su incorporación.
- Fotocopia del D. N. I.
- Certificado Médico Oficial
- Fotografía tamaño carnet

8. SOLICITUD ALTA MUTUALISTA

La protección de sus datos personales es una de las preocupaciones de la Mutualidad de Procuradores, como responsable de la información recogida, a los efectos de preservar y garantizar en todo momento su intimidad, y en estricto cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. La finalidad de la recogida de los datos incorporados al presente documento es la de completar la fase de admisión de solicitudes de incorporación a nuestra Mutualidad de Procuradores.

Asimismo, le informamos de la posibilidad de que ejerza, en los términos establecidos en la LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal, siendo responsable del fichero que los trata la propia Mutualidad.

La Mutualidad le garantiza, en los términos establecidos en la LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, que tratará confidencialmente sus datos personales, así como que el servidor en el que se almacenarán y tratarán dichos datos goza de las medidas de seguridad necesarias para evitar el acceso a dichos datos por parte de terceros no autorizados.

9. FECHA Y FIRMA

En _____, a _____ de _____ de _____.

FIRMA DEL PROCURADOR SOLICITANTE