

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN A LA MUTUALIDAD DE LOS
PROCURADORES DE LOS TRIBUNALES DE ESPAÑA****SUSCRIPCIÓN AL RÉGIMEN GENERAL
SEGURO PREVISIÓN SOCIAL**

Nº de Mutualista

FOTO

1. Datos personales del solicitante

NOMBRE Y APELLIDOS		NIF	
FECHA DE NACIMIENTO / /	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL	Nº HIJOS
COLEGIO DE PROCURADORES		POBLACIÓN DE EJERCICIO	

(Marque con un aspa la dirección en la que desea recibir la correspondencia. Por favor, rellene todos los datos para facilitar la comunicación entre Mutualidad y Mutualista)

 PARTICULAR

DIRECCIÓN	Nº	PISO
POBLACION	PROVINCIA	C.P.
EMAIL	TFNO.	MÓVIL

 DESPACHO PROFESIONAL

DIRECCIÓN	NUM	PISO
POBLACION	PROVINCIA	C.P.
EMAIL	TFNO.	MÓVIL

2. Cuota a abonar

Marcar expresamente una de las opciones de cuota a contratar, según caso:

En régimen **alternativo** al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social:

 Cuota mensual bonificada (durante los primeros 4 años)

	1 ^{er} año	2 ^o año	3 ^{er} año	4 ^o año
Hasta los 34 años	25 €/mes	50 €/mes	50 €/mes	150 €/mes
A partir de los 35 años	50 €/mes	100 €/mes	100 €/mes	150 €/mes

 Cuota general mensual vigente en la fecha inicial del contrato.



MUTUALIDAD DE PROCURADORES

En régimen **complementario**:

- Cuota general.
 Cuota reducida.
 Cuota reducida mínima.

3. Datos de los familiares del solicitante

CÓNYUGE:

NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	FECHA NACIMIENTO
		/ /
DOMICILIO	TELÉFONO	

HIJOS:

NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	FECHA NACIMIENTO	MINUSVALÍA PSÍQUICA*	DEFICIENCIA
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

* En su caso, entregar el certificado médico correspondiente.

4. Beneficiarios en caso de fallecimiento

Marcar expresamente una de las dos opciones:

- DESIGNACIÓN GENÉRICA. Beneficiarios con derecho a prestación de viudedad y orfandad* o, en su defecto, y por este orden: los hijos, los padres, los herederos legales.
- DESIGNACIÓN ESPECÍFICA. Si marca esta opción, indicar beneficiarios en el cuadro siguiente:

Beneficiarios con derecho a prestación de viudedad y orfandad* o, en su defecto, los indicados expresamente en el cuadro inferior.

*Según las reglas generales y condiciones de reparto aprobadas por la Mutualidad.

MUTUALIDAD DE PROCURADORES

NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	PARENTESCO	DOMICILIO	POBLACIÓN-CP

NOTA: Si se marca la casilla de designación genérica y se indica a su vez expresamente el nombre de beneficiarios específicos en el cuadro inferior, éstos últimos tendrán preferencia, una vez salvadas las prestaciones de viudedad y orfandad (hijos, padres, herederos legales).

5. Declaración de salud

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

1. ¿Cuál es su estatura? Cm. ¿y su peso? Kg.
2. ¿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		



MUTUALIDAD DE PROCURADORES

Amplíenos información de las respuestas contestadas afirmativamente, detallando 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 solicitante a los reconocimientos médicos que considere precisos, con el único fin de valorar y delimitar el riesgo. En el caso de negativa del solicitante al reconocimiento médico propuesto, la Mutualidad denegará la formalización del seguro de previsión social por existir dolo o mala fe por parte del futuro Mutualista, ante la imposibilidad de contrastar su estado de salud, conforme a la información suministrada por él mismo en el presente cuestionario.

Si el contrato de seguro ya se hubiera formalizado, y se detectase la omisión de alguna patología previa a la contratación del seguro de previsión social que pudiere agravar el riesgo, se excluirán las prestaciones de incapacidad tanto permanente absoluta, como temporal.

No obstante lo anterior, el Mutualista, mientras dure 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.

6. Documentación a aportar

- Certificación expedida por el Colegio de Procuradores de haber solicitado su incorporación (independiente del certificado de la jura).

MUTUALIDAD DE PROCURADORES

- Certificado de nacimiento.
- Fotocopia del D.N.I.
- Certificado Médico Oficial.
- Fotografía tamaño carnet.
- Suscripción al Régimen General Seguro de Previsión Social.
- Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA.

7. Solicitud alta mutualista

El firmante declara que está informado y conoce los Estatutos y Reglamentos por los que se rige la Mutualidad de Previsión Social de los Procuradores de los Tribunales de España, adhiriéndose totalmente a su contenido, así como a las modificaciones que pueda experimentar, siempre que sean aprobadas por la Asamblea General, Consejo Directivo u Organismo competente, quedando enterado de que la incorporación a esta Mutualidad supone la suscripción y conformidad a todo lo regulado en sus Estatutos y Reglamentos, en lo concerniente a las prestaciones, así como las que en un futuro puedan crearse, tal y como se establezcan o regulen. Los importes de las prestaciones se ajustarán conforme a la normativa de la Mutualidad y no tienen por qué ser coincidentes con los establecidos y determinados en la legislación básica de la Seguridad Social, al encontrarnos ante un sistema de capitalización individual de carácter voluntario, que puede ser complementario o alternativo al alta en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos.

Cualquier incidencia en la presente contratación que no pueda ser solucionada conforme a la normativa interna de la Mutualidad, se solventará aplicando, de forma supletoria, la legislación aplicable a los seguros privados.

8. Protección de datos

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 la 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



MUTUALIDAD DE PROCURADORES

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 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.

En _____, a _____ de _____ de _____

FIRMA SOLICITANTE