



MUTUALIDAD DE LOS PROCURADORES
DE LOS TRIBUNALES DE ESPAÑA
MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL A PRIMA FIJA

INSTRUCCIONES GENERALES

Instrucciones para que los Procuradores que se incorporen a los Colegios de Procuradores, puedan optar por la Afiliación/Alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social (RETA), o por la Inscripción en la Mutualidad de Previsión Social de los Procuradores de los Tribunales de España

La disposición adicional decimoquinta de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, modificada por la Ley 50/1998, de 30 de noviembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, establece que quienes ejerzan una actividad por cuenta propia (Decreto 2530/1970, de 20 de agosto) que requiera la incorporación a un Colegio Profesional, cuyo colectivo no hubiera sido integrado en el RETA, se entenderán incluidos en el campo de aplicación del mismo, debiendo solicitar, en su caso, la afiliación/alta en dicho Régimen Especial.

La misma disposición **declara expresamente la exención de la obligación de alta en el RETA** a los colegiados que opten o hubieran optado por incorporarse a la Mutualidad establecida por el correspondiente Colegio Profesional, como es el caso de los Procuradores, cuya Mutualidad está constituida, con anterioridad al 10 de noviembre de 1995, al amparo del apartado 2, artículo 1, del Reglamento de Entidades de Previsión Social, aprobado por el Real Decreto 2615/1985, de 4 de diciembre.

A tal fin será tenido en cuenta lo siguiente:

Incorporación de los colegiados para ejercer la profesión

1. Los Procuradores que se colegien como ejercientes pueden optar entre la afiliación al RETA o su inscripción en la Mutualidad de Procuradores. Si el interesado, teniendo derecho, no optara por incorporarse a esta Mutualidad, no podrá ejercitar dicha opción con posterioridad.
2. Para ello deberá expresar su opción en el documento específico y entregar en el Colegio copia del documento de afiliación al RETA o la solicitud de inscripción en la Mutualidad, como documento necesario para la colegiación.
3. El colegiado que cause alta en el RETA podrá inscribirse, de forma voluntaria en la Mutualidad de Procuradores, dado que sus pensiones son compatibles y no concurrentes con las del sistema público.

NOTA INFORMATIVA

En cumplimiento de lo establecido en el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (artículo 105), antes de la contratación del seguro, le informamos sobre:

- a) **Denominación social de la Entidad contratante y forma jurídica:** Mutualidad de los Procuradores de los Tribunales de España, mutualidad de previsión social a prima fija.
- b) **Dirección del domicilio social de la entidad:** Madrid, Bárbara de Braganza, nº 2
- c) **Definición de garantías básicas:** Sistema de prestaciones de suscripción conjunta que comprenden las contingencias de invalidez, jubilación, fallecimiento y viudedad.
- d) **Duración del contrato:** Se mantendrá durante todo el tiempo en que el mutualista permanezca en la situación de alta y se extinguirá por la baja del mismo en la Mutualidad, por el devengo de cualquiera de las prestaciones integradas en esta modalidad y por cumplir los 65 años.
- e) **Condiciones para su rescisión:** Se causará baja en las coberturas del seguro, perdiendo la condición de mutualista, por cualquiera de los siguientes motivos:
 - Fallecimiento.
 - A petición propia del mutualista manifestada por escrito, acreditando su alta en el RETA, para el supuesto de que continúe en el ejercicio de la profesión.
 - Por falta de pago de las cuotas periódicas.
- f) **Condiciones, plazos y vencimientos de las cuotas:** La obligación de pago de las primas correspondientes, nace simultáneamente en la fecha de efectos 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, por el devengo de cualquiera de las prestaciones y por cumplir los 65 años.
- g) **Valores garantizados:** El asegurado que cause baja en el régimen General de Capitalización Individual, 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.

- h) **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, con devolución por parte del asegurador de las cantidades percibidas y el reintegro de gastos, si los hubiere.

La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por escrito expedido por el tomador del seguro en el plazo indicado.

- i) **Indicaciones generales relativas al régimen fiscal aplicable:** Aquéllas 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.
- Ley 29/1987, de 18 de diciembre, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

Con sus respectivos Reglamentos y restantes disposiciones que las desarrollen.

En cuanto a los Mutualistas residentes a efectos tributarios en Navarra, Alava, Guipúzcoa y Vizcaya, estarán afectados por la legislación sobre imposición personal que les sea aplicable en cada momento y territorio.

◆ ◆ ◆



MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL
DE LOS PROCURADORES DE LOS TRIBUNALES
DE ESPAÑA

**SUSCRIPCION AL REGIMEN GENERAL DE CAPITALIZACION INDIVIDUAL
DE LA MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL
DE LOS PROCURADORES DE LOS TRIBUNALES DE ESPAÑA**

El que suscribe D. _____, 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, que recibe en este acto y se adhiere totalmente a su contenido, así como a las modificaciones que puedan experimentar, siempre que sean aprobadas por la Asamblea General u Organismo competente, quedando enterado de que la incorporación a esta Mutualidad supone la suscripción 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 y regulen, comprometiéndose al abono de la cuota anual establecida así como a la adhesión de pólizas de esta Institución, en el modo y forma establecidos en el Art. 6º del Reglamento. Igualmente declara que se le ha informado de las indicaciones generales relativas al régimen fiscal aplicable y que inciden en la presente modalidad de cobertura.

Asimismo y de conformidad con lo regulado en la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de Octubre, sobre el tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, el firmante declara que los datos indicados son ciertos y otorga su consentimiento expreso para que puedan ser tratados automatizadamente con el fin de formalizar la inscripción en la Mutualidad de Procuradores. Esta información solo podrá ser cedida, en su totalidad o en parte, a otras Entidades o Instituciones colaboradoras de la Mutualidad de Procuradores, con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de reaseguros.

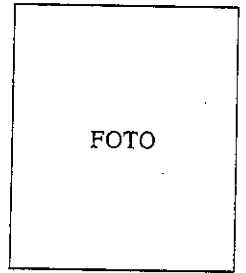
Asimismo, podrá hacerse uso de esta información para ofrecer al Mutualista otros productos o servicios de la Mutualidad.

....., a de de 200.....

FIRMA DEL PROCURADOR SOLICITANTE



MUTUALIDAD DE LOS PROCURADORES
DE LOS TRIBUNALES DE ESPAÑA
Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija



**SOLICITUD DE AFILIACION A LA MUTUALIDAD
DE LOS PROCURADORES DE LOS TRIBUNALES DE ESPAÑA**
Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija

**SUSCRIPCIÓN AL RÉGIMEN GENERAL
CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL**

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE.

¿Ha sido Vd. Mutualista anteriormente? NO

SI

(En caso afirmativo indique el nº de Mutualista)

Apellidos y Nombre		
N.I.F.	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Estado Civil:	Sexo	Nº de Hijos:
Colegio de Procuradores al que pertenece:		Población de ejercicio:

2. DOMICILIO.

(Marque con una x donde desea recibir la correspondencia)

Particular

Calle/Plaza _____ nº _____ Piso _____

Código Postal _____ Población _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____

Despacho Profesional

Calle/Plaza _____ nº _____ Piso _____

Código Postal _____ Población _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail: _____



MUTUALIDAD DE LOS PROCURADORES
DE LOS TRIBUNALES DE ESPAÑA
Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija

FOTO

**SOLICITUD DE AFILIACION A LA MUTUALIDAD
DE LOS PROCURADORES DE LOS TRIBUNALES DE ESPAÑA**
Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija

**SUSCRIPCIÓN AL RÉGIMEN GENERAL
CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL**

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE.

¿Ha sido Vd. Mutualista anteriormente? NO

SI

(En caso afirmativo indique el nº de Mutualista)

Apellidos y Nombre		
N.I.F.	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Estado Civil:	Sexo	Nº de Hijos:
Colegio de Procuradores al que pertenece:		Población de ejercicio:

2. DOMICILIO.

(Marque con una x donde desea recibir la correspondencia)

Particular

Calle/Plaza _____ nº _____ Piso _____

Código Postal _____ Población _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____

Despacho Profesional

Calle/Plaza _____ nº _____ Piso _____

Código Postal _____ Población _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail: _____

3. DOMICILIACION BANCARIA

Deseo hacer efectiva la cuota de la Mutualidad para los ejercicios sucesivos, mediante la modalidad señalada a continuación:

- Pago mediante **un solo recibo**, en el mes de marzo de cada año.
- Pago mediante **cuatro recibos trimestrales**, en el primer mes de cada trimestre natural.

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

Entidad bancaria o de ahorro: _____

Dirección de la Oficina o Sucursal: _____

Población, localidad o plaza y código postal: _____

Código Cuenta Cliente (C.C.C.):

Entidad	Sucursal	D.C.	Número de C/C. ó L. Ahorro

4. DATOS FAMILIARES DEL SOLICITANTE

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

NOMBRE 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. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS DEL SUBSIDIO DE DEFUNCIÓN POR MUERTE NATURAL.

El cónyuge del Mutualista, en su defecto los hijos del Mutualista, en su defecto los padres del Mutualista, en su defecto los herederos legales del Mutualista.

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

NOMBRE Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO N.I.F.	PARENTESCO	DOMICILIO	POBLACION CODIGO POSTAL

6. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA EL CASO DE MUERTE POR ACCIDENTE.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO N.I.F.	PARENTESCO	DOMICILIO	POBLACION CODIGO POSTAL

A falta de designación expresa, se entenderá como beneficiario en primer lugar el cónyuge del Mutualista, en su defecto los hijos del Mutualista, en su defecto los padres del Mutualista, en su defecto los herederos legales del Mutualista.

7. DECLARACION 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
3. 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?		
Según su más leal saber o entender, ¿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.

8. DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPaña EL SOLICITANTE

- Documento de Opción
- Certificación expedida por el Colegio de Procuradores de haber solicitado su incorporación (independiente del certificado de la jura).
- Certificado de Nacimiento
- Fotocopia del D.N.I.
- Certificado Médico Oficial.
- Suscripción al Régimen de Capitalización Individual de la Mutualidad de los Procuradores de los Tribunales de España, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija.
- Otros. (indique cuales) _____

9. FECHA Y FIRMA

En _____, a _____ de _____ de _____

FIRMA DEL PROCURADOR SOLICITANTE



MUTUALIDAD DE LOS PROCURADORES
DE LOS TRIBUNALES DE ESPAÑA
Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija

DOCUMENTO DE OPCION PARA LOS PROCURADORES

Opción entre la afiliación al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos
o la inscripción en la Mutualidad de Procuradores

DATOS PERSONALES DEL COLEGIADO

Nombre _____

1º Apellido _____ 2º Apellido _____

N.I.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____

Población _____ Provincia _____

C.P. _____ Teléfonos _____

Colegio de Procuradores al que pertenece _____ Fecha de Alta _____

(Marque con una X lo que proceda)

Al objeto de dar cumplimiento a cuanto dispone la disposición adicional decimoquinta de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, modificada por la Ley 50/1998, de 30 de noviembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, declaro expresamente que:

- SI**, deseo causar alta en la Mutualidad de Previsión Social de los Procuradores de los Tribunales de España, a cuyo efecto se acompaña la solicitud a la misma.
- NO**, deseo causar alta en la Mutualidad de Previsión Social de los Procuradores de los Tribunales de España (1)

(En caso negativo, deberá aportar fotocopia del documento de afiliación/alta en el Régimen de Autónomos de la Seguridad Social)

(1) Si el interesado, teniendo derecho, no optara por incorporarse a esta Mutualidad, no podrá ejercitar dicha opción con posterioridad.

..... a de de 200.....

FIRMA DEL PROCURADOR SOLICITANTE



MUTUALIDAD DE LOS PROCURADORES
DE LOS TRIBUNALES DE ESPAÑA
Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija

DOCUMENTO DE OPCION PARA LOS PROCURADORES

**Opción entre la afiliación al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos
o la inscripción en la Mutualidad de Procuradores**

DATOS PERSONALES DEL COLEGIADO

Nombre _____

1º Apellido _____ 2º Apellido _____

N.I.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____

Población _____ Provincia _____

C.P. _____ Teléfonos _____

Colegio de Procuradores al que pertenece _____ Fecha de Alta _____

(Marque con una X lo que proceda)

Al objeto de dar cumplimiento a cuanto dispone la disposición adicional decimoquinta de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, modificada por la Ley 50/1998, de 30 de noviembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, declaro expresamente que:

- SI**, deseo causar alta en la Mutualidad de Previsión Social de los Procuradores de los Tribunales de España, a cuyo efecto se acompaña la solicitud a la misma.
- NO**, deseo causar alta en la Mutualidad de Previsión Social de los Procuradores de los Tribunales de España (1)

(En caso negativo, deberá aportar fotocopia del documento de afiliación/alta en el Régimen de Autónomos de la Seguridad Social)

(1) Si el interesado, teniendo derecho, no optara por incorporarse a esta Mutualidad, no podrá ejercitar dicha opción con posterioridad.

..... a de de 200.....

FIRMA DEL PROCURADOR SOLICITANTE

FICHA PARA PROCURADORES NO MUTUALISTAS

DATOS PERSONALES

- NOMBRE:.....
APELLIDOS:.....
- N.I.F.:.....
- FECHA DE NACIMIENTO:.....
- DOMICILIO DE CORRESPONDENCIA:
Calle/Plaza:.....

POBLACIÓN:.....
PROVINCIA:.....
CÓDIGO POSTAL:.....
- TELÉFONOS:.....
..

DOMICILIACIÓN BANCARIA (PARA COBRO PRESTACIÓN):

- BANCO/CAJA:
DIRECCIÓN:.....
POBLACIÓN:.....
- C/C/C:
(Código cuenta cliente – con veinte dígitos)

DATOS PROFESIONALES

- COLEGIO AL QUE PERTENECE:
- POBLACIÓN DE EJERCICIO:.....
- FECHA DE ALTA EN EL COLEGIO:.....
- NÚMERO DE COLEGIADO:.....
- ¿ESTÁ AFILIADO/A AL R.E.T.A.?.....

Firma Procurador/a

(Sello del Colegio)