

SOLICITUD DE ADHESIÓN

Los requisitos para adquirir la condición de Mutualista son:

1. Hacer una aportación al Fondo Mutual de la Mutualidad de 25 0€, mediante transferencia o abono a la cuenta **ES67-0049-5926-41-2616000674** y en concepto debes poner nombre, dos apellidos y DNI.
2. Hacer una aportación a favor de la Mutualidad en la cuenta **ES63-0049-5926-49-2916000402**, en concepto debes poner nombre, dos apellidos y DNI. La aportación mínima es de € 100,00. La aportación anual máxima en 2017 es de 24.250,00 € para la Parte Especial del Plan (la que puede cobrarse un año después de dejar de ser deportista profesional) y 8.000,00 €, para la parte General.
3. Remitir esta solicitud cumplimentada y firmada, y una fotocopia del DNI y resguardo de las ordenes de transferencia, por fax al número **91 314 71 09** o por correo a la dirección abajo indicada.

La Solicitud tendrá efecto a partir de las 24 horas del día en que sea recibida la última de las transferencias en la cuenta de la Mutualidad.

DATOS PERSONALES

Apellidos.....

Nombre..... N.I.F..... Fecha. Caducidad NIF: ___/___/___

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

Domicilio.....

Población..... Provincia..... C.P.....

Correo electrónico..... Teléfonos..... /.....

Situación profesional: Deportista en activo sujeto al R.D. 1006/85 DAN

Deporte..... Club.....

(*) DAN = Deportista de Alto Nivel.

APORTACIONES INICIALES

Aportación al Fondo Mutual de 250 € abonada mediante transferencia realizada el día.....

Aportación al Plan de Ahorro de..... € abonada mediante transferencia realizada el día.....

DOMICILIACIÓN BANCARIA (VOLUNTARIO)

Recibo Mensual Importe mensual (€)..... (Aportación máxima mensual 2.020,83€)

Recibo Trimestral Importe mensual (€)..... (Aportación máxima trimestral 6.062,50€)

Cuenta de cargo

Iban	Entidad	Oficina	DC	Cuenta

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

En caso del fallecimiento del Mutualista la prestación será abonada al o a los siguientes beneficiarios a partes

iguales: Beneficiario:

Apellidos.....

Nombre..... Dni.....

Beneficiario:

Apellidos.....

Nombre..... Dni.....

Otros.....

ENTIDAD ASEGURADORA Y PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

La Mutualidad de Deportistas Profesionales, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija inscrita en el Registro de Mutualidades de Previsión Social con el número P-3156 y N.I.F. G82699653, con domicilio social, en Madrid, C/ Castelló, 23, 6ª planta, asume el riesgo contractual pactado. El Estado miembro al que pertenece la Mutualidad es España.

De conformidad con lo establecido en la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión General del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, los asegurados podrán formular reclamaciones ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda, a la cual corresponde el control de la actividad aseguradora de la Mutualidad.

Los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados y derechohabientes de los mismos podrán dirigirse a las siguientes instancias de reclamación, no pudiendo simultanear las mismas:

- Servicio de Atención al Mutualista, mediante escrito dirigido al domicilio: C/ Castelló, 23, 6ª planta, 28001 Madrid, España o por fax al nº 91 3147109. Si este Servicio de Atención no ha resuelto la reclamación en un plazo de dos meses, o si el contenido de la resolución resulte negativa para sus intereses, podrá interponerse reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, mediante escrito dirigido al domicilio Pº de la Castellana, 44, 28046, Madrid, España.
- Tribunales Ordinarios de Justicia.”

DECLARACIONES ADICIONALES

El Mutualista suscribiente, como tomador del seguro y asegurado conforme a los preceptos del Reglamento del Plan de Previsión y Ahorro (DEPORPLAN), declara formalmente que está debidamente instruido de la normativa aplicable y que ha recibido, de conformidad con lo establecido de la Ley y el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, u na Nota Informativa, los Estatutos y el Reglamento del Plan de Ahorro y Previsión de la Mutualidad de Deportistas Profesionales, M.P.S.P.F, a los que se adhiere y acata.

De conformidad con lo previsto en la Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre y Normativa de Desarrollo, de protección de datos de carácter personal (en adelante, LOPD) le informamos que sus datos de carácter personal han sido incorporados a un fichero debidamente registrado en la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es) . El abajo firmante declara que los datos indicados son ciertos y otorga su consentimiento expreso para que puedan ser tratados con el fin de formalizar la inscripción en la Mutualidad de Deportistas Profesionales. Esta información solo podrá ser cedida, en su totalidad o en parte, a otras Entidades o Instituciones colaboradoras de la Mutualidad de Deportistas Profesionales, con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de reaseguros. Asimismo, se autoriza, el tratamiento de sus datos personales para el envío por cualquier medio (correspondencia, teléfono, fax, mailing, o cualquier otro medio telemático) propio o de terceros.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados con los fines señalados, puede ejercitar el derecho de oposición, junto con el de acceso, rectificación y cancelación mediante comunicación dirigida a C/ CASTELLO 23, 6ª PLANTA - 28001 MADRID (MADRID)

DECLARACIÓN DE SALUD.

¿Padece actualmente trastornos en su estado de salud, se encuentra afectado por alguna dolencia o está incapacitado total o parcialmente para trabajo o presenta algún defecto físico? En caso afirmativo, indicar con detalle.....
.....

FIRMA DE SOLICITANTE

En....., a..... de.....de 201...



DESIGNACIÓN DE AUTORIZADOS PARA RECIBIR INFORMACIÓN

El titular de las aportaciones y/o prestaciones autoriza a la Mutualidad de Deportistas Profesionales a ceder la información sobre el estado de las mismas

SI
NO

Autorizado:
Apellidos.....
Nombre..... Dni.....

Autorizado:
Apellidos.....
Nombre..... Dni.....

Otros.....

Sin este consentimiento la Mutualidad no dará ninguna información al respecto a nadie que no sea el propio titular de las aportaciones y/o prestaciones, asegurando de esta manera las garantías establecidas en la L.O.P.D. (Ley 15/1999) y Normativa de Desarrollo.

FIRMA DEL SOLICITANTE

En....., a..... de.....de 201...