

# SOLICITUD DE ADHESIÓN

Los requisitos para adquirir la condición de Mutualista son:

1. Hacer una aportación al Fondo Mutual de la Mutualidad de 250 €, 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 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 trimestral (€) \_\_\_\_\_ (Aportación máxima trimestral 6.062,50€)

Cuenta de cargo

Iban	Entidad	Oficina	DC	Cuenta

En caso de solicitar el cobro de un recibo, debes enviar debidamente cumplimentado y firmado el formulario SEPA adjunto a esta Solicitud de Adhesión.

## DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO 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 la que se adhiere y acata.

MUTUALIDAD DEPORTISTAS PROFESIONALES MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL A PRIMA FIJA es el Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales, el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), la Ley Orgánica (ES) 15/1999 de 13 de diciembre (LOPD) y el Real Decreto (ES) 1720/2007 de 21 de diciembre (RDLOPD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento: El interesado declara que los datos indicados son ciertos. Fin del tratamiento: formalizar la inscripción, y poder enviar (por cualquier medio) información, etc. de su interés.

Criterios de conservación de los datos: se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

Comunicación de los datos: se podrán ceder los datos, en su totalidad o en parte, a otras Entidades o Instituciones colaboradoras, con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de reaseguros., salvo obligación legal.

Derechos que asisten al Interesado:

Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.

Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.

Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.



Datos de contacto para ejercer sus derechos:

MUTUALIDAD DE DEPORTISTAS PROFESIONALES

C/ Castello, 23 – 6º izda.

admon@mutualidad-deportistas.org

El Interesado consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos

**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 DEL SOLICITANTE**

En.. \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_



**DESIGNACIÓN DE AUTORIZADOS PARA RECIBIR INFORMACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ como

Titular de las aportaciones y/o prestaciones con la Mutualidad de Deportistas Profesionales

Autorizo a:

Autorizado:

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Autorizado:

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Sin este consentimiento la Mutualidad no facilitará ninguna información al respecto a nadie que no sea el propio titular, asegurando de esta manera las garantías establecidas en la normativas vigentes en protección de datos personales, el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), la Ley Orgánica (ES) 15/1999 de 13 de diciembre (LOPD) y el Real Decreto (ES) 1720/2007 de 21 de diciembre (RDLOPD)

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

En.. \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_



**Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA**  
*SEPA Direct Debit Mandate*

Referencia de la orden de domiciliación:

Nombre del acreedor: [Mutualidad de Deportistas Profesionales](#)

C.I.F del acreedor: [G - 82699653](#)

Dirección: [C/ Castello, 23 - 6º I](#)

Código postal - Población – Provincia: [28001 - Madrid - Madrid](#)

País: [España](#)

Nombre del deudor/es:  
(titular/es de la cuenta de cargo)

N.I.F.del deudor:

Dirección del deudor:

Código Postal - Población - Provincia - País:

Número de cuenta – IBAN:

Tipo de pago:

Pago recurrente

Pago único

Fecha – Localidad:

Firma del deudor:

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTA DOS OBLIGATORIAMENTE.  
UNA VEZ FIRMADA EST A ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

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. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera