

N.I.F.	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido			
Fecha Nacimiento __/__/__	Vía	Nombre de la vía pública	Número	Escalera	Piso	Puerta
Código Postal	Población		Provincia			
Tfno. Domicilio	Tfno. Móvil/Trabajo		Fax	Correo electrónico		

En su calidad de Mutualista nº _____ / beneficiario de mutualista nº _____ solicita la Prestación de:

Jubilación Incapacidad Permanente Fallecimiento Dependencia

Documentación a adjuntar

	Jubilación	Incapacidad	Fallecimiento	Dependencia
Certificado médico de defunción del mutualista causante			✓	
Fotocopia del NIF y fe de vida de los beneficiarios			✓	
Fotocopia del NIF del solicitante	✓	✓		✓
Impreso fiscal*	✓	✓	✓	✓
Certificado del Registro de Actos de últimas voluntades ²			✓	
Certificado de Jubilación emitido por la Seguridad Social o Entidad competente	✓			
Último testamento del causante y, caso de no haberlo, declaración de herederos**			✓	
Informes médicos		✓		✓
Dictamen Técnico del Organismo Competente		✓		✓

(*) Modelo 145 de la Agencia Tributaria. En caso de residencia en los territorios Forales se debe acompañar CERTIFICADO DE RESIDENCIA EN TERRITORIO FORAL.

(**) Documentación no necesaria si existe Designación expresa de beneficiarios suscrita por el mutualista.

Forma de Percibir la Prestación

Fallecimiento y Dependencia		
• Capital		Las prestaciones fallecimiento y dependencia se percibirán en forma de capital
Jubilación e Incapacidad Permanente	Opción	Especifique
• Capital ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Una sola vez <input type="checkbox"/> Varios pagos. (min. 6.000 €) - Primer pago de _____ €
• Renta Financiera	<input type="checkbox"/>	Importe a percibir _____ € ó nº _____ pagos, <input type="checkbox"/> mensual ó <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> Constante ó <input type="checkbox"/> Creciente anualmente al _____%.
• Mixta (Capital + Renta)	<input type="checkbox"/>	Capital de _____ € y con el resto constituir una: <input type="checkbox"/> Renta Financiera de _____ € ó nº _____ pagos, <input type="checkbox"/> mensual ó <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> Constante ó <input type="checkbox"/> Creciente anualmente al _____%.

(1) En una sola vez o en varios pagos sin periodicidad regular. En caso de optar por percibir el capital en varios pagos, estos no podrán ser inferiores a 6.000 € cada uno, excepto el último si resultase de importe inferior.



PREMAAT

MUTUA DE LA ARQUITECTURA TÉCNICA

Domiciliación Pago

Comunica que para el abono del/los importe/s la prestación desea que le sea transferido a la siguiente cuenta:

NÚMERO DE CUENTA (IBAN)																							
E	S																						

Declaración responsable

El solicitante declara que es conocedor de que la opción de percibir la Prestación de Jubilación exclusivamente en forma de capital puede suponer la baja en la Mutualidad si no está afiliado a la misma por otro Grupo o Plan, careciendo de cualquier derecho en la misma salvo aquellos que le conceda la normativa vigente.

Protección de Datos de Carácter Personal

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), PREMAAT le informa que los datos personales cumplimentados en la presente solicitud, serán objeto de tratamiento automatizado o no en los ficheros de la Mutualidad con la finalidad de gestionar integralmente la relación suscrita como socio mutualista, tomador y/o asegurado. Los datos facilitados serán objeto de cesión a aquellas Administraciones Públicas a que obliga la normativa, a ficheros comunes para la prevención del fraude en el sector asegurador, a otras compañías aseguradoras por motivo de reaseguro y a aquellas otras entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, intervengan en la gestión del seguro. Todos los datos solicitados son considerados necesarios y, en caso de no cumplimentarlos, su solicitud no podrá ser tramitada.

En cumplimiento de la Ley, el solicitante deberá, en su caso y con carácter previo, haber informado de los aspectos reflejados en la presente cláusula y solicitado el consentimiento expreso de su cónyuge o beneficiarios para el tratamiento de los datos con la finalidad mencionada en calidad de beneficiario de las prestaciones del seguro.

El mutualista autoriza a que sus datos sean utilizados para remitirle información de su interés sobre productos y servicios propios o de entidades colaboradoras en virtud de los convenios y conciertos suscritos por PREMAAT (servicios concertados), salvo oposición por escrito dirigida a la entidad. Salvo que indique lo contrario marcando esta casilla , sus datos serán utilizados también para remitirle la citada información por medios electrónicos, pudiendo revocar el consentimiento en cualquier momento en la dirección de correo electrónico premaat@premaat.es. En cualquier caso, a tenor de la LOPD los interesados podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a PREMAAT, a la siguiente dirección: c/Juan Ramón Jiménez, 15 – 28036 Madrid

Fecha y sello de entrada del mediador

En _____, a _____ de _____ de _____
El/La Solicitante,