



| | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--------------------|-----------------------------|--------|
| N.I.F. | Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | | |
| Fecha Nacimiento __/__/____ | Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> | Estado Civil | Profesión habitual | | |
| Carácter con que utiliza actualmente la mutualidad* | | Colegiado en COAATIE: | | | |
| <input type="checkbox"/> Alternativo al RETA <input type="checkbox"/> Complementario | | <input type="checkbox"/> Sí, de _____ | | <input type="checkbox"/> No | |
| Vía | Nombre de la Vía Pública | Número | Escalera | Piso | Puerta |
| Código Postal | Población | Provincia | | | |
| Tfno. Domicilio | Tfno. Móvil/Trabajo | Fax | Correo electrónico | | |

(*) Para los planes o grupos alternativos a RETA, si no señala ninguna opción, se interpretará que la utiliza conforme figure en los archivos de PREMAAT.

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

Fallecimiento Incapacidad Permanente Absoluta

Documentación a adjuntar:

| | Fallecimiento | Incapacidad |
|---|---------------|-------------|
| Certificado médico de defunción del mutualista causante | ✓ | |
| Fotocopia del NIF y fe de vida de los beneficiarios | ✓ | ✓ |
| Fotocopia del NIF del solicitante | | ✓ |
| Fe de vida de los beneficiarios | ✓ | |
| Impreso fiscal ¹ | ✓ | ✓ |
| 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 ² | ✓ | |
| Informes médicos | | ✓ |
| Dictamen Técnico del Organismo Competente | | ✓ |
| Atestado Policial en caso de Accidente de Circulación | ✓ | ✓ |

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

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

Forma de percibir la prestación

| | Plus Seguro de Vida Adapta | Plus Seguro de Accidentes (*) |
|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Capital todos los beneficiarios | ✓ | ✓ |

(*) Cumplimentar y firmar la declaración de la siguiente página

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 | | | | | | | | | | | | | | |



PREMAAT

MUTUA DE LA ARQUITECTURA TÉCNICA

Declaración de Accidente o Infarto

| Prestación | Descripción | Fechas |
|------------------------------------|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Accidente | Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ | |
| <input type="checkbox"/> Infarto | Descripción y causa inmediata del accidente: _____ _____ Actividad que realizaba: _____ Asistencia recibida: _____ ¿Hubo terceros responsables? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En su caso, indique nombre apellidos y domicilio: _____ ¿Dispone de seguro el tercero responsable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. En su caso, indique compañía aseguradora y nº de póliza: _____ ¿Existen acciones judiciales derivadas de este accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En su caso, indique juzgado y nº autos: _____ | |

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,