

Mediador	Clave	Fecha efecto solicitada

Datos personales:

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 <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Puerta <input type="checkbox"/>
Código Postal	Población	Provincia	
Tfno. Domicilio	Tfno. Móvil/Trabajo	Fax	Correo electrónico

(*) Si no señala ninguna opción, se interpretará que la utiliza conforme figure en los archivos de PREMAAT.

En su calidad de Mutualista beneficiario nº _____, **solicita la Prestación de Incapacidad Permanente** que desea percibirla de la siguiente forma:

Forma	Opción	Especifique
• Capital	<input type="checkbox"/>	Pago único
• Renta Vitalicia sin reversión y sin contraseguro	<input type="checkbox"/>	
• Renta Vitalicia con Contraseguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia con devolución decreciente del capital constitutivo (1)
		<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia con devolución parcial <input type="checkbox"/> o total <input type="checkbox"/> del capital constitutivo (2)
• 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 _____%.
• Renta Vitalicia con reversión a un tercero en caso de fallecimiento	<input type="checkbox"/>	Indicar Beneficiario en (3)
• Mixta (Capital + Renta)	<input type="checkbox"/>	Capital de _____ € y con el resto constituir una:
		<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia sin reversión y sin contraseguro
		<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia con Contraseguro
		<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia con devolución decreciente del capital constitutivo (1) <input type="checkbox"/> Renta Vitalicia con devolución parcial <input type="checkbox"/> o total <input type="checkbox"/> del capital constitutivo (2)
		<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 _____%.
	<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia con reversión a un tercero	Indicar Beneficiario en (3)

- Renta Vitalicia con devolución decreciente del capital constitutivo:** Con esta modalidad de contraseguro la mutualidad se compromete al pago de una renta mensual mientras viva el mutualista. Llegado el fallecimiento del mutualista, el/los beneficiario/s (3), recibirán el capital constitutivo al inicio menos las rentas satisfechas hasta el momento del óbito.
Se reconoce el derecho de reembolso, siendo su importe el capital constitutivo al inicio menos las rentas satisfechas hasta el momento de solicitarlo.
- Renta Vitalicia con devolución parcial o total del capital constitutivo:** Con esta modalidad de contraseguro la mutualidad se compromete al pago de una renta mensual mientras viva el mutualista. Llegado el fallecimiento del mutualista, el/los beneficiario/s (3), recibirán, como capital de fallecimiento, el 101.5% (total) o el 50% (parcial) del capital constitutivo según la opción solicitada.
Se reconoce el derecho de reembolso, siendo su importe el menor entre su provisión matemática y el 101.5% (total) o el 50% (parcial) del capital constitutivo, según la opción solicitada.
- Cónyuge o Pareja de Hecho. (Se atribuirá al que lo sea en el momento del fallecimiento del mutualista)
 D/Dª _____ NIF _____ Sexo: ____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
- Sólo los mutualistas alternativos al RETA, con cónyuge no separado, e/o hijos menores de 21 años, pueden optar a esta forma de cobro



Documentación a adjuntar:

- ✓ Fotocopia N.I.F.
- ✓ Impreso Fiscal**.
- ✓ Resolución Seguridad Social.
- ✓ Dictamen Técnico Facultativo o Informes médicos

(**) Modelo 145 de la Agencia Tributaria e/o Impreso Fiscal mutualistas no colegiados. Para beneficiario con residencia en los territorios Forales (País Vasco y Navarra) se debe acompañar certificado de residencia en territorio foral.

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 Incapacidad Permanente 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. Excepto 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,

MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL A PRIMA FIJA Ins. Registro Administrativo de Entidades Aseguradoras de la D.G.S.F.P. con la clave P-0081, Ins. Reg. Mer. Madrid T 6313 F 46 Secc. 8 H M87081 Ins. 1º N.I.F. G 28618536