



**PREMAAT**  
MUTUA DE LA ARQUITECTURA TÉCNICA

## Solicitud de Incapacidad Temporal

Plan Premaat Profesional.  Grupo Básico con ampliación

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 <input type="checkbox"/> Alternativo al RETA <input type="checkbox"/> Complementario		Colegiado en COAATIE: <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

(1) 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....., **solicita la Prestación de Incapacidad Temporal.**

**Causa y descripción** que ha producido la Incapacidad Temporal solicitada.

Causa	Descripción	Fechas
<input type="checkbox"/> Enfermedad	Descripción: _____ _____ _____	Fecha de inicio: ___/___/___
<input type="checkbox"/> Accidente	Lugar: _____ Descripción y causa del accidente: _____ _____ Actividad que realizaba: _____ Asistencia recibida: _____ _____	Fecha: ___/___/___ Hora: __:__
<input type="checkbox"/> Parto		Fecha: ___/___/___
<input type="checkbox"/> Riesgo por embarazo	Número de semanas de embarazo al solicitar la prestación: _____ Puesto de trabajo que influye negativamente en su salud o la del feto: _____ (PARTES DE BAJA) Fecha: ___/___/___	

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 5313 F 46 Sec. 8 H MB7081. Ins. 1º N.I.F. G 28618536



**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																						

### Documentación a adjuntar:

- ✓ Fotocopia N.I.F.
- ✓ Informes médicos.
- ✓ Impreso Fiscal <sup>1</sup>.

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

### 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.

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,