



**PREMAAT**  
MUTUA DE LA ARQUITECTURA TÉCNICA

## Solicitud de Prestación Por Fallecimiento

Plan PREMAAT Profesional  
 Plan PREMAAT Plus

Grupo Básico  
 Grupo Complementario 1º

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  viudo/a,  huérfano/a o  beneficiario/a del mutualista nº \_\_\_\_\_, D./Dª. \_\_\_\_\_  
solicita la Prestación de Fallecimiento.

### Declaración responsable

El solicitante declara que, al producirse el hecho causante de la prestación solicitada, la afiliación del mutualista de Premaat era como sistema:

**ALTERNATIVO** al RETA.  **COMPLEMENTARIO** de previsión social

Para los planes o grupos alternativos al RETA, si no se señala ninguna opción, se interpretará que la utiliza conforme figura en los archivos de Premaat.

### Documentación a adjuntar

Certificado médico de defunción del mutualista causante	✓
Fotocopia compulsada del libro de familia	✓
Fotocopia del NIF y fe de vida de los beneficiarios	✓
Impreso fiscal*	✓
Impreso de domiciliación pago	✓
Certificado del Registro de Actos de últimas voluntades	✓
Último testamento del causante y, caso de no haberlo, declaración de herederos	✓

(\*) 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.

### Formas de percibir la prestación

	Profesional	Plus Ahorro Jubilación	Plus Jubilación Viudedad	Básico con Ampliación	Básico	Comp. 1º
Capital todos los beneficiarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja de hecho todo en renta vitalicia	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja de hecho todo en renta financiera en un importe a percibir de _____ € ó nº _____ pagos, <input type="checkbox"/> mensual ó <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> Constante ó <input type="checkbox"/> Creciente anual al _____ %.						
<input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja de hecho, el _____ % en capital y resto en renta vitalicia						
<input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja de hecho el _____ % en capital y resto en renta financiera en un importe a percibir de _____ € ó nº _____ pagos, <input type="checkbox"/> mensual ó <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> Constante ó <input type="checkbox"/> Creciente anual al _____ %.						



# 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 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.

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 concertos 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,