



N.I.F.	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Fecha Nacimiento / /	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Estado Civil	Profesión habitual
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 beneficiario nº \_\_\_\_\_  
 Beneficiario/a del mutualista nº \_\_\_\_\_ D/Dª \_\_\_\_\_  
 Representante de los beneficiarios del mutualista nº \_\_\_\_\_ D/Dª \_\_\_\_\_

**Declaración responsable**

El solicitante declara que, al producirse el hecho causante de la prestación solicitada, la afiliación del mutualista a PREMAAT es/era como sistema:  
 **ALTERNATIVO** al RETA.  **COMPLEMENTARIO** de previsión social.

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

**Solicita** la concesión de la **Ayuda del Fondo de Prestaciones Sociales** que indica a continuación:

Ayuda		
<input type="checkbox"/> 1. Orfandad.	<input type="checkbox"/> 2. Hijos con Discapacidad.	<input type="checkbox"/> 3. Huérfanos con discapacidad.

**Documentación a adjuntar** de cada beneficiario o causante:

- Fotocopia del N.I.F.
- Certificado de nacimiento
- Resolución de adopción/ tutela
- Fe de vida
- Certificado médico (sólo para las opciones 2 y 3)
- Dictamen de Organismo Oficial acreditando la discapacidad y el grado (sólo para las opciones 2 y 3)

**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														

**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 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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
 El/La Solicitante,

Fecha y sello de entrada del mediador