

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
Vía	Nombre de la Vía Pública	Número	Escalera
			Piso
			Puerta
Código Postal	Población	Provincia	
Tfno. Domicilio	Tfno. Móvil/Trabajo	Fax	Correo electrónico

Declaración responsable:

El firmante acepta que el seguro entrará en vigor una vez sea aceptada por el alta por Premaat y haya pagado el primer recibo de cuota, sometiéndose a lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares, así como en los Estatutos de Premaat, comprometiéndose a comunicar, tan pronto se produzca, cualquier variación de su situación personal, familiar o profesional, en especial, los cambios que pudieran tener relevancia fiscal o en las coberturas aseguradas.

Reconoce como ciertos los datos y declaraciones contenidas en esta solicitud, conociendo que las ocultaciones e inexactitudes en las respuestas pueden ser causa de denegación o anulación de la solicitud de aceptación y, en su caso, de las prestaciones que pudiera causar, así como haber recibido en esta misma fecha y con anterioridad a la suscripción de este documento **la información** exigida por el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y los artículos 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, referentes al Deber de Información al Tomador del seguro y/o Asegurado por parte de la Entidad Aseguradora, relativas a garantías, primas, derechos, obligaciones y exclusiones, **conociendo y aceptando** la regulación y las características del seguro solicitado, comprometiéndose a observar y cumplir los Estatutos, Reglamentos, condicionado y demás resoluciones dimanadas de los Órganos de Gobierno de la Mutualidad y, en consecuencia, **SOLICITA SU INSCRIPCIÓN o AMPLIACIÓN DE COBERTURAS en el PLAN PREVISIÓN ASEGURADO Premaat.**

El solicitante autoriza a PREMAAT a adeudar en la cuenta señalada los importes y periodicidad que corresponda.

Cuota y domiciliación bancaria:

Desea satisfacer la/s siguiente/s

CUOTAS			
<input type="checkbox"/> Cuota ÚNICA de _____ € (mínimo 1.000 €)	<input type="checkbox"/> Cuota MENSUAL periódica de _____ € (Cuota mínima de 30€/mes)	<input type="checkbox"/> Constante.	<input type="checkbox"/> Creciente al _____ % anual.
<input type="checkbox"/> Cuota EXTRAORDINARIA de _____ € (mínimo 600 €)			

Comunica que para el pago de cuotas y contribuciones a satisfacer a PREMAAT, presenten al cobro los recibos correspondientes a través del siguiente:

NÚMERO DE CUENTA (IBAN)													
E	S												

Designación de beneficiarios en caso de fallecimiento:

<input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de Hecho	<input type="checkbox"/> Otros: { <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>Nombre: _____</td> <td>1^{er} apellido: _____</td> <td>2^o apellido: _____</td> </tr> <tr> <td>Nombre: _____</td> <td>1^{er} apellido: _____</td> <td>2^o apellido: _____</td> </tr> <tr> <td>Nombre: _____</td> <td>1^{er} apellido: _____</td> <td>2^o apellido: _____</td> </tr> </table>	Nombre: _____	1 ^{er} apellido: _____	2 ^o apellido: _____	Nombre: _____	1 ^{er} apellido: _____	2 ^o apellido: _____	Nombre: _____	1 ^{er} apellido: _____	2 ^o apellido: _____
Nombre: _____		1 ^{er} apellido: _____	2 ^o apellido: _____							
Nombre: _____		1 ^{er} apellido: _____	2 ^o apellido: _____							
Nombre: _____	1 ^{er} apellido: _____	2 ^o apellido: _____								
<input type="checkbox"/> Hijos.										
<input type="checkbox"/> Padres.										

La designación genérica del cónyuge o pareja de hecho atribuirá al que lo sea en el momento del fallecimiento del mutualista. Si la designación se hace en favor de varios beneficiarios la prestación se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales. La parte no adquirida por un beneficiario acrecerá a los demás. El mutualista puede revocar en cualquier momento la designación de beneficiario, debiendo comunicarlo a PREMAAT de forma expresa y escrita.

Documentación a adjuntar:

Juan Ramón Jiménez 15
28036 Madrid

T +34 915 720 812
F +34 915 710 901

premaat@premaat.es
www.premaat.es

Página 1 de 3. Debe firmarlas todas
SMPPA1017



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

✓ Fotocopia N.I.F.

✓ Ficha cumplimentada de datos personales.

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 _____
El/La Solicitante,

La cumplimentación de esta solicitud no implica la inscripción o la ampliación de coberturas, al requerirse la aceptación expresa de PREMAAT, quien establecerá la fecha de efectos de la misma. En el supuesto de no ser aceptada la solicitud, el solicitante puede presentar recurso ante la Junta de Gobierno de PREMAAT. Si es rechazada la solicitud, las contribuciones adelantadas serán devueltas en su integridad.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

Petición de Movilización al Plan de Previsión Asegurado de Premaat:

Estimados Srs.:

Les ruego movilicen el valor del saldo consolidado del Plan de Previsión Asegurado o Plan de Pensiones reseñado a continuación (Origen) y que contraté con Vds., al Plan de Previsión Asegurado indicado más abajo (Destino) que he contratado con Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos (Premaat), entidad a la cual autorizo para realizar las gestiones necesarias para la movilización de los derechos consolidados y solicitar toda la información financiera y fiscal necesaria para realizarlo.

Aprovecho esta oportunidad para solicitarles que, a partir de esta fecha, no me sea pasado al cobro ningún recibo más como aportación al PPA o PP antes indicado gestionado por Vds.

Agradeciendo de antemano su atención, reciban un cordial saludo.

Datos del Plan y Entidad Gestora de Origen:

Entidad Gestora			
CIF			
Domicilio		Provincia	C.P.
Teléfono	FAX	Email	
Tipo de Plan Origen:		Número de Plan origen:	
Nombre del Fondo			
Nombre del PPA/PP (*)			
Nombre comercial del PPA/PP (*)			

(*) PPA – Plan de Previsión Asegurado / PP – Plan de Pensiones

Datos de la Entidad aseguradora de destino:

Entidad Aseguradora	Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, Mutualidad de Previsión Social a prima fija (P0081)		
CIF	G28618536		
Domicilio	C/ Juan Ramón Jiménez, 15 28036 Madrid		
Teléfono	91 572 08 12	FAX 91 571 09 01	Email premaat@premaat.es
Nombre del PPA	Plan Previsión Asegurado de Premaat		
CCC	ES11 0081 7064 1100 0156 4863		

Tipo de movilización:

- Total
- Parcial: Importe a movilizar en porcentaje: _____ %
- Aportaciones del año 2006 y anteriores
- Aportaciones posteriores a 31/12/2006
- Aportaciones del año 2006 y anteriores y posteriores a 31/12/2006

En _____ a _____
El/La Solicitante,

Nombre, apellidos:
D.N.I./N.I.F.