

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

Otros datos:

Profesional de la Arquitectura Técnica:	Colegiado:	Afiliado a Premaat como:	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, en el Colegio de: <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sistema alternativo al RETA ¹	<input type="checkbox"/> Sistema complementario de previsión social

(1) Régimen Especial de la Seguridad Social de Trabajadores Autónomos.

Declaración responsable:

De conformidad con lo establecido en los Estatutos y Reglamentos vigentes, si esta solicitud es aceptada por PREMAAT, el/la solicitante **se compromete** al pago de las cuotas establecidas en la Tabla de Cuotas y Prestaciones, así como a comunicar a la mutualidad, 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, **conociendo y aceptando** la reglamentación y las características de las prestaciones, comprometiéndose a observar y cumplir los Estatutos, Reglamentos 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 PREMAAT PROFESIONAL**

Domiciliación bancaria:

NÚMERO DE CUENTA (IBAN)															
E	S														

Opción: Plan PREMAAT Profesional (Alternativo al RETA)

Reducción cuota alternativos al RETA menores de 30 años (35 si es mujer) ⁽²⁾ :		Reducción cuota alternativos al RETA de 30 o más años ⁽²⁾	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

(2) **IMPORTANTE.** Al acogerse a esta reducción el interesado **declara responsablemente** que no ha estado en situación de "activo" en PREMAAT por algún plan o grupo alternativo al RETA en los cinco años inmediatamente anteriores a la fecha de efectos de su inscripción.

Opción: Plan PREMAAT Profesional Parcial (No Alternativo al RETA)

PLAN PROFESIONAL PARCIAL	Cuota Ahorro mensual Min. 30€
<input type="checkbox"/> Jubilación. + Fallecimiento. + Incapacidad Permanente Absoluta + Incapacidad Temporal (excluido Riesgo durante el embarazo).	
<input type="checkbox"/> Jubilación. + Fallecimiento. + Incapacidad Permanente Absoluta	
<input type="checkbox"/> Jubilación. + Fallecimiento	
<input type="checkbox"/> Jubilación	

Las prestaciones contratables se encuentran reguladas en los artículos 36 a 39 y 40. A) del Reglamento de los Planes de Previsión de PREMAAT



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

Ampliaciones voluntarias:

Mejorar el FONDO DE JUBILACIÓN mediante la aportación de:	Ampliar la cobertura de INCAPACIDAD TEMPORAL, de los 20 €/día incluidos en el plan a:		Mejorar la cobertura de FALLECIMIENTO, incrementándola en:	Mejorar la cobertura de INCAPACIDAD PERMANENTE, incrementándola en:
Cuota extraordinaria de _____ €.	<input type="checkbox"/> 40 €/día.	<input type="checkbox"/> 60 €/día.	_____ € (Cobertura máx. 150.000 €).	_____ € (Cobertura máx. 150.000 €).
Cuota mensual suplementaria de _____ €.				

Designación de beneficiarios en caso de fallecimiento:

- Cónyuge/Pareja de Hecho
 Hijos.
 Padres.
- Otros:

{	Nombre: _____ 1 ^{er} apellido: _____ 2 ^o apellido: _____
	Nombre: _____ 1 ^{er} apellido: _____ 2 ^o apellido: _____
	Nombre: _____ 1 ^{er} apellido: _____ 2 ^o apellido: _____

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.

No obstante, si al causar la prestación el mutualista estuviera utilizando este plan como sistema alternativo al Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos sin haber designado expresamente beneficiarios, lo serán el cónyuge no separado o pareja de hecho, y los hijos menores de 21 años. La prestación, en este supuesto será distribuida en un 60% al cónyuge o pareja de hecho y el 40% restante a los huérfanos menores de 21 años, a no ser que el causante de forma expresa hubiera indicado otro porcentaje distinto de distribución.

Cónyuge	Hijos
_____ %	_____ %

Documentación a adjuntar:

- Fotocopia N.I.F.
 Ficha cumplimentada de datos personales.
 Declaración de Estado de Salud

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.