

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:	Cónyuge o familiar de 1º grado de mutualista colegiado:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, en el Colegio de: <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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. **SOLICITA SU INSCRIPCIÓN del seguro PREMAAT PLUS ACCIDENTES**

Prestaciones Aseguradas:

Coberturas Básicas:	Coberturas Optativas (señálese la que se desea):
Muerte o Incapacidad Permanente Absoluta derivadas de Accidente. Capital asegurado: _____ euros. (Límite máximo de contratación: 150.000 euros)	<input type="checkbox"/> Muerte por Accidente de Circulación: Doble capital asegurado como cobertura básica y no adicional al mismo. <input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente de Circulación: Doble capital asegurado como cobertura básica y no adicional al mismo. <input type="checkbox"/> Muerte o Incapacidad Permanente Absoluta derivada de Infarto: 10% del capital asegurado como cobertura básica y no adicional al mismo.

El seguro, si es admitido por PREMAAT, será anual renovable y tendrá efectos desde el día de fecha de efecto solicitada, siempre que se realice el pago de la cuota correspondiente. A su vencimiento, el contrato quedará tácitamente prorrogado por un año y así en lo sucesivo, salvo que PREMAAT o el asegurado se opusieran a su prórroga mediante carta certificada con al menos un mes a la conclusión del período del Seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea PREMAAT. En cualquier caso, el seguro se extinguirá y dejará de tener efecto al término del período correspondiente a la última cuota abonada al cumplir la edad límite establecida. o por el acaecimiento de alguna de las causas de extinción previstas en las condiciones generales.

Cuota y domiciliación bancaria:

La cuota tiene carácter anual y será abonada por anualidades anticipadas, **comunicando** que para el pago a satisfacer a PREMAAT, presenten al cobro los recibos correspondientes a través del siguiente:

NÚMERO DE CUENTA (IBAN)																									
E	S																								

Forma de pago

- Anual Semestral



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

Declaración del asegurado:

Descripción detallada de su actividad profesional o puesto de trabajo en la empresa:

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Tiene contacto con productos peligrosos (tóxicos, corrosivos, explosivos, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Utiliza máquinas de corte, mordedura o presión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Está aquejado de alguna discapacidad física o invalidez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardiovascular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Sigue o ha seguido algún tratamiento médico o toma alguna medicación especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente o tiene prevista alguna intervención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Utiliza moto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Practica algún deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?		
10. Amplíe la información acerca de las respuestas afirmativas, detallando la dolencia de que se trate, la fecha en que comenzaron los trastornos y su evolución:					
<hr/>					
<hr/>					
<hr/>					

Designación de beneficiarios en caso de fallecimiento:

<input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de Hecho	<input type="checkbox"/> Otros: { <table> <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:

- ✓ 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.