

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:**

**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 o AMPLIACIÓN DE COBERTURAS en el SEGURO DE VIDA ADAAPTA en la prestación de SEGURO DE VIDA. Quedando sometido a las Condiciones Generales, Particulares y/o Especiales.

**Prestaciones aseguradas:**

La suma de los capitales asegurados que se garanticen para cada una de las coberturas de fallecimiento e incapacidad permanente, y sus coberturas accesorias, **no podrán exceder 300.000 euros**, teniendo en cuenta también el resto de productos que pudiera tener contratados con la mutualidad.

Cobertura Principal (Contratación obligatoria):	Coberturas accesorias (señálese la que se desea):		
<b>Fallecimiento por cualquier causa:</b>  <b>Capital asegurado:</b> _____ euros. (Límite máximo: 150.000 euros)	<input type="checkbox"/> <b>a) Fallecimiento por Accidente (FA):</b> Doble capital asegurado como cobertura principal y no adicional al mismo.  <input type="checkbox"/> <b>b) Fallecimiento por Accidente de Circulación (FAC):</b> Triple capital asegurado como cobertura principal y no adicional al mismo.  La cobertura accesoria b) no podrá contratarse con independencia de la a)	<input type="checkbox"/> <b>c) Incapacidad Permanente Absoluta (IPA):</b>  <b>Capital asegurado:</b> _____ euros. (Límite máximo: 150.000 euros)	<input type="checkbox"/> <b>d) Incapacidad Permanente Absoluta por accidente (IPAA):</b> Doble capital asegurado como cobertura de Incapacidad Permanente Absoluta (IPA) y no adicional al mismo.  <input type="checkbox"/> <b>e) Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente de Circulación (IPAAC):</b> Triple capital asegurado como cobertura Incapacidad Permanente Absoluta (IPA) y no adicional al mismo.  La cobertura accesoria d) no podrá contratarse con independencia de la a) y c) y la accesoria e) sin haber contratado la a), b), c) y d).

**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													



# PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

## Forma de pago

Anual

Semestral

## Designación de beneficiarios en caso de fallecimiento:

Cónyuge/Pareja de Hecho

Hijos.

Padres.

Otros:

Nombre: \_\_\_\_\_ 1<sup>er</sup> apellido: \_\_\_\_\_ 2<sup>o</sup> apellido: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ 1<sup>er</sup> apellido: \_\_\_\_\_ 2<sup>o</sup> apellido: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ 1<sup>er</sup> apellido: \_\_\_\_\_ 2<sup>o</sup> 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.

En caso de incapacidad permanente absoluta el beneficiario será el propio asegurado.

## Documentación a adjuntar:

✓ Fotocopia N.I.F

✓ Ficha cumplimentada de datos personales.

## Información básica sobre Protección de Datos:

En cumplimiento de la normativa en materia de protección de datos, le informamos:

<b>Responsable</b>	Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, MPS (PREMAAT). CIF.: G 28618536
<b>Datos de contacto</b>	e-mail: <a href="mailto:dpo@premaat.es">dpo@premaat.es</a>
<b>Finalidades</b>	Gestión de su/s contrato/s de Seguro. Envío de comunicaciones comerciales sobre productos propios. Envío de comunicaciones comerciales sobre productos de terceros. Gestión de envío de información y, boletines de noticias de la Mutualidad.
<b>Legitimación</b>	El consentimiento prestado por el titular a la ejecución de su/s contrato/s o, en su caso de la relación precontractual. El interés legítimo de PREMAAT en el envío de comunicaciones comerciales sobre productos propios. El consentimiento del interesado para el envío de comunicaciones comerciales sobre productos de terceros.
<b>Destinatarios</b>	Las entidades reaseguradoras. Las entidades o personas colaboradoras encargados del tratamiento. Colegios Oficiales de Arquitectos Técnicos. Administraciones y Entidades en los casos previstos por la Ley.
<b>Derechos</b>	Acceder, rectificar, suprimir, solicitar su portabilidad o limitar y oponerse al tratamiento de los datos.
<b>Información adicional</b>	Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <a href="http://www.premaat.es">http://www.premaat.es</a> .

Adicionalmente, solicitamos su consentimiento para que sus datos puedan ser utilizados con las siguientes finalidades (marque sí o no):

- Envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios de terceros, relacionados con Seguros, Salud y Bienestar y Ocio y Cultura, de acuerdo con sus intereses.

Si  No

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 [arco@premaat.es](mailto:arco@premaat.es)

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.



**Cuestionario reservado: DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO**

Peso:	Estatura:	Tensión Arterial:
Fumador: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cigarrillos / día:	Consumo diario de bebidas alcohólicas:
Practica algún deporte: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

	SÍ	NO	ENFERMEDAD / FECHA
1. - ¿Ha suscrito Usted o tiene en tramitación otras pólizas de seguros de vida, accidente o salud?			
2. - ¿Alguno de sus familiares consanguíneos más directos ha padecido o padece alguna enfermedad cardíaca, cerebrovascular, renal, diabetes, cáncer, hipertensión o alguna otra de carácter hereditario antes de cumplir los 65 años?			
3. - ¿Está usted de baja por enfermedad o accidente; tiene prevista alguna hospitalización, intervención quirúrgica o consulta médica próxima?			
4. - ¿Tiene alguna alteración física, ha sufrido algún accidente/intervención quirúrgica y/o le ha sido concedida algún tipo de invalidez o reconocida una discapacidad (indicar grado)?			
5. - ¿Le han aconsejado someterse o se ha sometido a algún chequeo o revisión médica, incluyendo electrocardiogramas, scanner, resonancia magnética, pruebas hepáticas o similares?			
6. - ¿Ha padecido o padece usted alguna enfermedad cardíaca, renal, cerebrovascular, respiratoria, neurológica, nerviosa o de transmisión sexual, hepatitis, sida, cáncer, diabetes o hipertensión?			
7. - ¿Ha padecido o padece alguna otra enfermedad, no mencionada anteriormente, que le haya obligado a estar bajo supervisión o tratamiento médico durante más de 15 días y/o ha recibido alguna transfusión?			
8. - ¿Ha tomado o toma medicinas, drogas, estimulantes u otros productos farmacéuticos?			

El solicitante declara haber contestado con exactitud a cada una de las preguntas y conocer que las mismas son la base para la valoración del riesgo y para la formalización del contrato de seguro, de manera que cualquier falsedad, omisión o inexactitud de estas declaraciones que incidan en la citada valoración será causa de nulidad del referido contrato. Autorizo a los médicos y personas que la Entidad necesite consultar a dar confidencialmente los informes que ésta precisara.

Al abajo firmante autoriza que los datos recabados en este formulario sean incluidos en un fichero de datos de carácter personal para el desarrollo, gestión y cumplimiento del seguro contratado. Asimismo, autoriza expresamente la comunicación de sus datos a profesionales sanitarios para el diagnóstico médico y la incorporación de sus conclusiones en el mencionado fichero.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_.

Firma del asegurado