

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

OTRAS COBERTURAS Y SERVICIOS INCLUIDOS

Servicios de ayuda a domicilio, tratamientos especializados, consultas telefónicas a especialistas áreas de salud y orientación jurídica.

Servicios prestados por la compañía Alares Human Services, S.A. Consulte condiciones. Los servicios tendrán vigencia durante el año inmediatamente posterior a la suscripción de la póliza, pudiendo ser utilizados por la asegurada, su cónyuge e hijos transcurrido el periodo de **carencia de 1 mes** desde la fecha de emisión de la póliza.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

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

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.

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

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 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.

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

Cuestionario reservado: DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO

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