

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
Colegiado en COATIE: <input type="checkbox"/> Sí, de _____ <input type="checkbox"/> No			
Vía	Nombre de la Vía Pública	Número	Escalera
			Piso
			Puerta
Código Postal	Población	Provincia	
Tfno. Domicilio	Tfno. Móvil/Trabajo	Fax	Correo electrónico

En su calidad de Mutualista beneficiario nº _____, solicita la **Prestación de Incapacidad Permanente** que desea percibirla de la siguiente forma:

Forma	Opción	Especifique
• Capital (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Una sola vez <input type="checkbox"/> Varios pagos. (min. 6.000 €) - Pago a la fecha de _____ €
• Renta Vitalicia sin reversión y sin contraseguro	<input type="checkbox"/>	
• Renta Vitalicia con Contraseguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia con devolución decreciente del capital constitutivo (2)
		<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia con devolución parcial <input type="checkbox"/> o total <input type="checkbox"/> del capital constitutivo (3)
• Renta Vitalicia manteniendo el fondo acumulado o un % del mismo. (4)		Porcentaje del fondo a mantener ____%.
• Renta Vitalicia con reversión a un tercero en caso de fallecimiento	<input type="checkbox"/>	Indicar Beneficiario en (5)
• Renta Financiera	<input type="checkbox"/>	Importe a percibir _____ € ó nº _____ pagos, <input type="checkbox"/> mensual ó <input type="checkbox"/> anual
• Mixta (Capital + Renta)	<input type="checkbox"/>	Capital de _____ € y con el resto constituir una:
		<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia sin reversión y sin contraseguro
		<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia con Contraseguro
		<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia con devolución decreciente del capital constitutivo (2)
		<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia con devolución parcial <input type="checkbox"/> o total <input type="checkbox"/> del capital constitutivo (3)
		<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia manteniendo el fondo acumulado o un % del mismo. (4)
		Porcentaje del fondo a mantener ____%.
		<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia con reversión a un tercero (5)
		<input type="checkbox"/> Renta Financiera de _____ € ó nº _____ pagos, <input type="checkbox"/> mensual ó <input type="checkbox"/> anual

- En una sola vez o en varios pagos sin periodicidad regular.** En caso de optar por percibir el capital en varios pagos, estos no podrán ser inferiores a 6.000 € cada uno, excepto el último si resultase de importe inferior.
- Renta Vitalicia con devolución decreciente del capital constitutivo:** Con esta modalidad de contraseguro la mutualidad se compromete al pago de una renta mensual mientras viva el mutualista. Llegado el fallecimiento del mutualista, el/los beneficiario/s (3), recibirán el capital constitutivo al inicio menos las rentas satisfechas hasta el momento del óbito.
Se reconoce el derecho de reembolso, siendo su importe el capital constitutivo al inicio menos las rentas satisfechas hasta el momento de solicitarlo.
- Renta Vitalicia con devolución parcial o total del capital constitutivo:** Con esta modalidad de contraseguro la mutualidad se compromete al pago de una renta mensual mientras viva el mutualista. Llegado el fallecimiento del mutualista, el/los beneficiario/s (3), recibirán, como capital de fallecimiento, el 101.5% (total) o el 50% (parcial) del capital constitutivo según la opción solicitada.
Se reconoce el derecho de reembolso, siendo su importe el menor entre su provisión matemática y el 101.5% (total) o el 50% (parcial) del capital constitutivo, según la opción solicitada.
- Renta Vitalicia manteniendo el fondo acumulado o un porcentaje del mismo** que será reintegrado a sus beneficiarios o herederos a su fallecimiento o al propio mutualista cuando lo solicite, en cuyo caso será tenido en cuenta el coste que suponga la disposición anticipada del fondo y la realización de las inversiones para hacerle efectivo.
- Cónyuge o Pareja de Hecho. (Se atribuirá al que lo sea en el momento del fallecimiento del mutualista)
 D/Dª _____ NIF _____ Sexo: ____ Fecha de nacimiento ___/___/___



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

Documentación a adjuntar:

- ✓ Fotocopia N.I.F.
- ✓ Impreso Fiscal*
- ✓ Resolución Seguridad Social
- ✓ Dictamen Técnico Facultativo o Informes médicos
- ✓ Certificado de titularidad bancaria

(*) Modelo 145 de la Agencia Tributaria e/o Impreso Fiscal mutualistas no colegiados. Para beneficiario con residencia en los territorios Forales (País Vasco y Navarra) se debe acompañar CERTIFICADO DE RESIDENCIA EN TERRITORIO FORAL.

Declaración responsable:

El solicitante declara que es conocedor de que la opción de percibir la Prestación exclusivamente en forma de capital puede suponer la baja en la Mutualidad si no está afiliado a la misma por otro Grupo o Plan, careciendo de cualquier derecho en la misma salvo aquellos que le conceda la normativa vigente.

Cuenta de abono:

Comunica que desea que el abono del/ de los importe/s de la prestación sea/n transferido/s a la siguiente cuenta:

NÚMERO DE CUENTA (IBAN)															
E	S														

Información básica sobre Protección de Datos:

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

Responsable	Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, MPS (PREMAAT). CIF.: G 28618536
Datos de contacto	e-mail: dpo@premaat.es
Finalidades	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.
Legitimación	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
Destinatarios	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.
Derechos	Acceder, rectificar, suprimir, solicitar su portabilidad o limitar y oponerse al tratamiento de los datos.
Información adicional	Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: http://www.premaat.es

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 la Arquitectura Técnica, 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

Fecha y sello de entrada del mediador

En _____, a _____
El/La Solicitante,