

| | | |
|----------|-------|-------------------------|
| 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 |
| Carácter con que utiliza actualmente la mutualidad* | | Colegiado en COATIE: | |
| <input type="checkbox"/> Alternativo al RETA <input type="checkbox"/> Complementario | | <input type="checkbox"/> Si 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 |

(*) Si no señala ninguna opción, se interpretará que la utiliza conforme figure en los archivos de PREMAAT.

En su calidad de Mutualista beneficiario nº _____, **solicita la Prestación de Incapacidad Temporal**

Causa que ha producido la Incapacidad Temporal solicitada y **descripción.**

| Causa | Descripción | Fechas |
|--|--|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad | Descripción: _____ _____ _____ _____ | Fecha de inicio: _____ |
| <input type="checkbox"/> Accidente | Lugar: _____ Fecha: _____ Descripción y causa del accidente: _____ _____ _____ Actividad que realizaba: _____ Asistencia recibida: _____ Diagnóstico: _____ | |
| Nombre y nº de colegiado del facultativo | Nombre: _____ Apellidos _____ Nº Colegiado: _____ Firma y/o sello: _____ | |



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

Documentación a adjuntar:

✓ Fotocopia N.I.F.

✓ Impreso Fiscal**

✓ Informes médicos / urgencias

(**) 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.

Domiciliación bancaria:

| 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. Gestión de envío de información, boletines de noticias y publicidad sobre productos de seguro y servicios, de acuerdo con sus intereses. |
| Legitimación | La ejecución de su/s contrato/s o, en su caso de la relación precontractual. El interés legítimo de PREMAAT. El consentimiento del interesado. |
| 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 y suprimir los datos, así como otros derechos. |
| 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, 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

En _____, a _____
El/La Solicitante,

Fecha y sello de entrada del mediador