

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**

Plan o Grupo:

- Plan PREMAAT Profesional Grupo Básico Grupo Básico con Ampliación Grupo Complementario 1º

Prestación que solicita:

Prestación	Descripción	Fechas
1. Maternidad/Paternidad/Natalidad Adopción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y apellidos del hijo/a, adoptado/a o tutelado/a: _____ _____	Fecha nacimiento: Fecha inicio prodto.:
2. Nupcialidad		Fecha matrimonio:
3. Subsidio por Accidente e infarto (Reembolso gastos médicos) <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Infarto	Lugar: _____ Descripción y causa del accidente: _____ Actividad que realizaba: _____ Asistencia recibida: _____ ¿Hubo terceros responsables? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En su caso indique nombre, apellidos y domicilio: _____ ¿Dispone de seguro el tercero responsable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En su caso indique Cía. Aseguradora y nº de Póliza: _____ ¿Existen acciones judiciales derivadas de este accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No su caso indique Juzgado y nº de autos: _____	Fecha: Hora.:
4. Incapacidad transitoria hospitalaria <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Maternidad biológica	(si es por accidente o infarto, deberá rellenar el cuestionario anterior) Número de días de internamiento hospitalario con pernociación: _____	Fecha del accidente, infarto o maternidad:



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

Documentación a adjuntar:

- ✓ Fotocopia N.I.F. (1, 2, 3, y 4)
- ✓ Certificado nacimiento/libro de familia (1)
- ✓ Resolución de adopción/tutela (1)
- ✓ Impreso Fiscal * (1, 2, 3 y 4)
- ✓ Certificado de matrimonio (2)
- ✓ Parte de urgencia e informes médicos (3 y 4).
- ✓ Justificantes originales de gastos pagados por accidente o infarto (3).
- ✓ Justificante del hospital con fecha de entrada, salida y motivo del internamiento (4)
- ✓ Certificado de titularidad bancaria (1,2,3 y 4).

(*) Modelo 145 de la Agencia Tributaria e/ 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.

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,