

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 se 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:
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 pernoctación: _____	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)

(*) 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:

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

NÚMERO DE CUENTA (IBAN)																											
E	S																										

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.

En cumplimiento de la Ley, el solicitante deberá, en su caso y con carácter previo, haber informado de los aspectos reflejados en la presente cláusula y solicitado el consentimiento expreso de su cónyuge o beneficiarios para el tratamiento de los datos con la finalidad mencionada en calidad de beneficiario de las prestaciones del seguro.

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 conciertos suscritos por PREMAAT (servicios concertados), salvo oposición por escrito dirigida a la entidad. Excepto 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,

MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA Ins. Registro Administrativo de Entidades Aseguradoras de la D.G.S.F.P. con la clave P-0081, Ins. Reg. Mer. Madrid T 5313 F 46 Secc. 8 H M87081 Ins.1º N.I.F. G 28618636

Solicitud de Prestaciones – Plan PREMAAT Profesional/ Grupo Básico/ Complementario 1