

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 1er 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**

Si esta solicitud es aceptada por PREMAAT, el/la solicitante **se compromete** al pago de las cuotas establecidas en la Tabla de Cuotas y Prestaciones y de las aportaciones obligatorias al Fondo Mutual. También **se compromete** a comunicar a PREMAAT, tan pronto se produzca, cualquier variación de su situación personal, familiar o profesional, en especial, los cambios que pudieran tener relevancia fiscal o en las coberturas aseguradas.

**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, **conociendo y aceptando** la regulación y las características del seguro solicitado, comprometiéndose a observar y cumplir los Estatutos, Reglamentos, condicionado y demás resoluciones dimanadas de los Órganos de Gobierno de la Mutualidad y, en consecuencia, **SOLICITA SU INSCRIPCIÓN o AMPLIACIÓN DE COBERTURAS en el PLAN PREVISIÓN ASEGURADO Premaat.**

El solicitante autoriza a PREMAAT a adeudar en la cuenta señalada los importes y periodicidad que corresponda.

**Cuota y domiciliación bancaria**

Desea satisfacer la/s siguiente/s

CUOTAS			
<input type="checkbox"/> Cuota <b>ÚNICA</b> de _____ € (mínimo 1.000 €)	<input type="checkbox"/> Cuota <b>MENSUAL</b> periódica de _____ €	<input type="checkbox"/> Constante.	<input type="checkbox"/> Creciente al _____ % anual.
<input type="checkbox"/> Cuota <b>EXTRAORDINARIA</b> de _____ € (mínimo 600 €)	(Cuota mínima de 30€/mes)		

**Comunica** que para el pago de cuotas y contribuciones a satisfacer a PREMAAT, presenten al cobro los recibos correspondientes a través del siguiente:

NÚMERO DE CUENTA (IBAN)																BIC			
E	S																		

**Designación de beneficiarios en caso de fallecimiento**

Cónyuge.       Otros: {
   
 Hijos.            { Nombre: \_\_\_\_\_ Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_
   
 Padres.            { Nombre: \_\_\_\_\_ Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_

La designación genérica del cónyuge 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.

### Documentación a adjuntar

- Fotocopia N.I.F.       Ficha cumplimentada de datos personales.       Declaración de Estado de Salud (Mod. 6).

### 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. El dato facilitado será 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 conciertos 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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
El/La Solicitante,

Fecha y sello de "entrada" del mediador

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.

**Petición de Movilización al Plan de Previsión Asegurado de Premaat:**

Estimados Srs.:

Les ruego movilicen el valor del saldo consolidado del Plan de Previsión Asegurado o Plan de Pensiones reseñado a continuación (Origen) y que contraté con Vds., al nuevo Plan de Previsión Asegurado indicado más abajo (Destino) que he contratado con Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos (Premaat), entidad a la cual autorizo para realizar las gestiones necesarias para la movilización de los derechos consolidados y solicitar toda la información financiera y fiscal necesaria para realizarlo.

Aprovecho esta oportunidad para solicitarles que, a partir de esta fecha, no me sea pasado al cobro ningún recibo más como aportación al PPA o PP antes indicado gestionado por Vds.

Agradeciendo de antemano su atención, reciban un cordial saludo.

**Datos del Plan y Entidad Gestora de Origen:**

Entidad Gestora			
CIF			
Domicilio		Provincia	C.P.
Teléfono	FAX	Email	
Nombre del Fondo			
Nombre del PPA/PP (*)			
Nombre comercial del PPA/PP (*)			

(\*) PPA – Plan de Previsión Asegurado / PP – Plan de Pensiones

**Datos de la Entidad aseguradora de destino:**

Entidad Aseguradora	Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, Mutualidad de Previsión Social a prima fija (P0081)		
CIF	G28618536		
Domicilio	C/ Juan Ramón Jiménez, 15 28036 Madrid		
Teléfono	91 572 08 12	FAX 91 572 08 12	Email premaat@premaat.es
Nombre del PPA	Plan Previsión Asegurado de Premaat		
CCC	ES11 0081 7064 1100 0156 4863		

**Tipo de movilización:**

- Total
- Parcial:  Importe a movilizar en porcentaje: \_\_\_\_\_ %
- Aportaciones del año 2006 y anteriores
- Aportaciones posteriores a 31/12/2006
- Aportaciones del año 2006 y anteriores y posteriores a 31/12/2006

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
El/La Solicitante,

Nombre, apellidos:  
DNI/NIF: