

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 Mutuo. 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 ÚNICA de _____ € (mínimo 1.000 €)	<input type="checkbox"/> Cuota MENSUAL periódica de _____ €	<input type="checkbox"/> Constante.	<input type="checkbox"/> Creciente al _____ % anual.
<input type="checkbox"/> Cuota EXTRAORDINARIA 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. Hijos. Padres. Otros:

Nombre: _____	Primer apellido: _____	Segundo apellido: _____
Nombre: _____	Primer apellido: _____	Segundo apellido: _____
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.