

| | | |
|----------|-------|-------------------------|
| 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 1º 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:

De conformidad con lo establecido en los Estatutos y Reglamentos vigentes, 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, así como a comunicar a la mutualidad, 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 y los artículos 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, **conociendo y aceptando** la reglamentación y las características de las prestaciones, comprometiéndose a observar y cumplir los Estatutos, Reglamentos y demás resoluciones dimanadas de los Órganos de Gobierno de la Mutualidad y, en consecuencia, **SOLICITA SU INSCRIPCIÓN/REHABILITACIÓN o AMPLIACIÓN DE COBERTURAS en el PLAN PREMAAT PLUS AHORRO JUBILACIÓN.**

Cuota y domiciliación bancaria:

Desea satisfacer la/s siguiente/s

| CUOTAS | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuota EXTRAORDINARIA de _____ € (mínimo 600€) | <input type="checkbox"/> Cuota MENSUAL periódica de _____ € (Cuota mínima de 50 €) | <input type="checkbox"/> Constante. <input type="checkbox"/> Creciente al _____ % anual. |

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) | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| E | S | | | | | | | | | | | | | | |

Designación de beneficiarios en caso de fallecimiento:

| | | |
|--|----------|---|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de Hecho | Otros: { | Nombre: _____ 1º apellido: _____ 2º apellido: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hijos. | | Nombre: _____ 1º apellido: _____ 2º apellido: _____ |
| <input type="checkbox"/> Padres. | | Nombre: _____ 1º apellido: _____ 2º apellido: _____ |

La designación genérica del cónyuge o pareja de hecho 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.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

Documentación a adjuntar:

✓ Fotocopia N.I.F.

✓ Ficha cumplimentada de datos personales.

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

En _____, a _____
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.