

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

**Declaración responsable:**

El firmante acepta que el seguro entrará en vigor una vez sea aceptada por el alta por Premaat y haya pagado el primer recibo de prima, sometiéndose a lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares, así como en los Estatutos de Premaat, comprometiéndose a comunicar, 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, referentes al Deber de Información al Tomador del seguro y/o Asegurado por parte de la Entidad Aseguradora, relativas a garantías, primas, derechos, obligaciones y exclusiones, y **SOLICITA SU INSCRIPCIÓN del seguro Baja ACTIVAA.**

**Opciones de contratación:**

INCAPACIDAD TEMPORAL BAREMADA	Incrementar Franquicia a:	Ampliar Capital diario a:	
Cobertura diaria según el baremo de indemnizaciones, descontando franquicia. Por defecto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Franquicia: 7 días</li> <li>Capital: 20 €/día</li> </ul>	15 días	40 €/día	60 €/día

El seguro, si es admitido por PREMAAT, será anual renovable y tendrá efectos desde el día de fecha de efecto solicitada, siempre que se realice el pago de la prima correspondiente. A su vencimiento, el contrato quedará tácitamente prorrogado por un año y así en lo sucesivo, salvo que PREMAAT o el asegurado se opusieran a su prórroga mediante carta certificada con al menos a un mes a la conclusión del período del Seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea PREMAAT. En cualquier caso, el seguro se extinguirá y dejará de tener efecto al término del período correspondiente a la última prima abonada al cumplir la edad límite establecida. o por el acaecimiento de alguna de las causas de extinción previstas en las condiciones generales.

**Prima y domiciliación bancaria:**

La prima tiene carácter anual y será abonada por anualidades anticipadas, **comunicando** que para el pago a satisfacer a PREMAAT, presenten al cobro los recibos correspondientes a través del siguiente:

NÚMERO DE CUENTA (IBAN)															
E	S														

**Forma de pago**

Anual  Semestral

**Documentación a adjuntar:**

✓ Fotocopia N.I.F.

### Información básica sobre Protección de Datos:

En cumplimiento de la normativa en materia de protección de datos, le informamos:

<b>Responsable</b>	Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, MPS (PREMAAT). CIF.: G 28618536
<b>Datos de contacto</b>	e-mail: <a href="mailto:dpo@premaat.es">dpo@premaat.es</a>
<b>Finalidades</b>	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.
<b>Legitimación</b>	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.
<b>Destinatarios</b>	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.
<b>Derechos</b>	Acceder, rectificar, suprimir, solicitar su portabilidad o limitar y oponerse al tratamiento de los datos.
<b>Información adicional</b>	Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <a href="http://www.premaat.es">http://www.premaat.es</a> .

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 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](mailto:arco@premaat.es)

Fecha y sello de entrada del mediador

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

El/La Solicitante,

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.



**PREMAAT**

SEGUROS Y AHORRO

**Cuestionario reservado: DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO**

Peso:	Estatura:	Tensión Arterial:
Fumador: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cigarrillos / día:	Consumo diario de bebidas alcohólicas:
Practica algún deporte: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cual:	

	SÍ	NO	ENFERMEDAD / FECHA
1. - ¿Ha suscrito Usted o tiene en tramitación otras pólizas de seguros de vida, accidente o salud?			
2. - ¿Alguno de sus familiares consanguíneos más directos ha padecido o padece alguna enfermedad cardíaca, cerebrovascular, renal, diabetes, cáncer, hipertensión o alguna otra de carácter hereditario antes de cumplir los 65 años?			
3. - ¿Está usted de baja por enfermedad o accidente; tiene prevista alguna hospitalización, intervención quirúrgica o consulta médica próxima?			
4. - ¿Tiene alguna alteración física, ha sufrido algún accidente/intervención quirúrgica y/o le ha sido concedida algún tipo de invalidez o reconocida una discapacidad (indicar grado)?			
5. - ¿Le han aconsejado someterse o se ha sometido a algún chequeo o revisión médica, incluyendo electrocardiogramas, scanner, resonancia magnética, pruebas hepáticas o similares?			
6. - ¿Ha padecido o padece usted alguna enfermedad cardíaca, renal, cerebrovascular, respiratoria, neurológica, nerviosa o de transmisión sexual, hepatitis, cáncer, diabetes o hipertensión?			
7. - ¿Ha padecido o padece alguna otra enfermedad, no mencionada anteriormente, que le haya obligado a estar bajo supervisión o tratamiento médico durante más de 15 días y/o ha recibido alguna transfusión?			
8. - ¿Ha tomado o toma medicinas, drogas, estimulantes u otros productos farmacéuticos?			

El solicitante declara haber contestado con exactitud a cada una de las preguntas y conocer que las mismas son la base para la valoración del riesgo y para la formalización del contrato de seguro, de manera que cualquier falsedad, omisión o inexactitud de estas declaraciones que incidan en la citada valoración será causa de nulidad del referido contrato. Autorizo a los médicos y personas que la Entidad necesite consultar a dar confidencialmente los informes que ésta precisara.

Al abajo firmante autoriza que los datos recabados en este formulario sean incluidos en un fichero de datos de carácter personal para el desarrollo, gestión y cumplimiento del seguro contratado. Asimismo, autoriza expresamente la comunicación de sus datos a profesionales sanitarios para el diagnóstico médico y la incorporación de sus conclusiones en el mencionado fichero.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_.

Firma del solicitante/asegurado

MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA Ins. Reg. Mer. Madrid T 5313 F 46 Secc. 8 H M87081 Ins.1º N.I.F. G 28618536