

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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colegiado: <input type="checkbox"/> Sí, en el Colegio de: <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 las Condiciones Particulares. 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, (ROSSEAR) 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.

SOLICITA SU INSCRIPCIÓN del seguro de DEPENDENCIA de Premaat

Opciones de contratación:

SEGURO DE DEPENDENCIA			
DEPENDENCIA SEVERA	<input type="checkbox"/> 50.000 €	<input type="checkbox"/> 100.000 €	<input type="checkbox"/> 150.000 €
GRAN DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/> 100.000 €	<input type="checkbox"/> 175.000 €	<input type="checkbox"/> 250.000 €

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 cuota 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 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 cuota abonada al cumplir la edad límite establecida. o por el acaecimiento de alguna de las causas de extinción previstas en las condiciones generales.

Cuota y domiciliación bancaria:

La cuota 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



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

Documentación a adjuntar:

√ Fotocopia N.I.F

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.

A los efectos de dar cumplimiento a los derechos políticos que ostenta el Tomador, en su condición de Mutualista, autoriza la cesión de los datos referidos a su domicilio al Colegio de Arquitectos Técnicos de la demarcación territorial correspondiente a su domicilio, con la exclusiva finalidad de comunicar las convocatorias a la Asamblea General y Territorial de Mutualistas.

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**.

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. Si es rechazada la solicitud, las contribuciones adelantadas serán devueltas en su integridad.



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		

	SÍ	NO	AMPLIAR INFORMACIÓN
1. - ¿Ha recibido, o está a la espera de recibir, consejo médico, resultado de pruebas o tratamiento en un hospital o clínica, o ha estado ingresado en una residencia? En caso de que su respuesta sea SI – amplíe información en la columna contigua			
2. - ¿Necesita ayuda de alguna persona, o es necesario que alguien esté presente, para permitirle llevar a cabo actividades normales de la vida diaria como vestirse, asearse, cocinar, ocuparse de la casa, comer, hacer la compra, dar un paseo, utilizar las escaleras, utilizar el cuarto de baño o subirse o bajar de la cama o de un asiento, utilizar el teléfono, tomar medicamentos o utilizar dinero? En caso de que su respuesta sea SI – amplíe información en la columna contigua			
3. - Si la respuesta a la pregunta número 2 es NO, ¿piensa que su capacidad para realizar estas actividades ha mejorado / se mantiene igual / empeorado en los últimos 12 meses? En caso de que su respuesta sea SI – amplíe información en la columna contigua			
4. - ¿Sufrir de incontinencia? En caso de que su respuesta sea SI – amplíe información en la columna contigua			
5. - ¿Necesita algún aparato para deambular (silla de ruedas, andador, bastón, muleta, por ejemplo)? En caso de que su respuesta sea SI – amplíe información en la columna contigua			
6. - ¿Actualmente practica o tienen intención de practicar cualquier actividad deportiva o de ocio que se considere peligrosa o de riesgo? En caso de que su respuesta sea SI – amplíe información en la columna contigua			
7. - ¿Ha abandonado alguna afición en los últimos 12 meses? En caso de que su respuesta sea SI – amplíe información en la columna contigua			
8.- ¿Tiene reconocida alguna discapacidad por algún organismo oficial, o tiene alguna solicitud en trámite? En caso de que su respuesta sea SI – amplíe información en la columna contigua			

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 asegurado