

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:

Si esta solicitud es aceptada por PREMAAT, el/la solicitante **se compromete** al pago de las primas 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, y a 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 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"/> 150.000 €	<input type="checkbox"/> 200.000 €
		<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 prima correspondiente. A su vencimiento, el contrato quedará tácitamente prorrogado por un año y así en lo sucesivo, salvo que PREMAAT o el tomador 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 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



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

Información básica sobre Protección de Datos:

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 Seguros, Salud y Bienestar y Ocio y Cultura, de acuerdo con sus intereses.

Sí 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

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	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, afeitarse, 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 ambular (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 solicitante/asegurado