

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:

El firmante acepta que el seguro entrará en vigor una vez sea aceptada 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 PREMAAT ACCIDENTES**

Prestaciones Aseguradas:

Coberturas:	Coberturas Complementarias (señálese la que se desea):
Fallecimiento o Incapacidad Permanente Absoluta derivadas de Accidente.	<input type="checkbox"/> Fallecimiento por Accidente de Circulación: Doble capital asegurado como cobertura básica y no adicional al mismo.
Capital asegurado: _____ euros.	<input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente de Circulación: Doble capital asegurado como cobertura básica y no adicional al mismo.
(Límite máximo de contratación: 150.000 euros)	<input type="checkbox"/> Fallecimiento o Incapacidad Permanente Absoluta derivada de Infarto: 10% del capital asegurado como cobertura básica y no adicional al mismo.

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



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

Declaración del asegurado:

Descripción detallada de su actividad profesional o puesto de trabajo en la empresa:			
	Sí	No	
1. ¿Tiene contacto con productos peligrosos (tóxicos, corrosivos, explosivos, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Utiliza máquinas de corte, mordedura o presión?
3. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Está aquejado de alguna discapacidad física o invalidez?
5. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardiovascular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Sigue o ha seguido algún tratamiento médico o toma alguna medicación especial?
7. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente o tiene prevista alguna intervención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Utiliza moto?
9. ¿Practica algún deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____
10. Amplíe la información acerca de las respuestas afirmativas, detallando la dolencia de que se trate, la fecha en que comenzaron los trastornos y su evolución:			

Designación de beneficiarios en caso de fallecimiento:

<input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja de Hecho	<input type="checkbox"/> Otros: { <table> <tr> <td>Nombre: _____</td> <td>1^{er} apellido: _____</td> <td>2^o apellido: _____</td> </tr> <tr> <td>Nombre: _____</td> <td>1^{er} apellido: _____</td> <td>2^o apellido: _____</td> </tr> <tr> <td>Nombre: _____</td> <td>1^{er} apellido: _____</td> <td>2^o apellido: _____</td> </tr> </table>	Nombre: _____	1 ^{er} apellido: _____	2 ^o apellido: _____	Nombre: _____	1 ^{er} apellido: _____	2 ^o apellido: _____	Nombre: _____	1 ^{er} apellido: _____	2 ^o apellido: _____
Nombre: _____		1 ^{er} apellido: _____	2 ^o apellido: _____							
Nombre: _____		1 ^{er} apellido: _____	2 ^o apellido: _____							
Nombre: _____	1 ^{er} apellido: _____	2 ^o apellido: _____								
<input type="checkbox"/> Hijos.										
<input type="checkbox"/> Padres.										

La designación genérica del cónyuge o pareja de hecho atribuirá al que lo sea en el momento del fallecimiento del asegurado. 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 tomador 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

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.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

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.

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

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.