

Mediador	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 Alternativo a la S.S.	Colegiado:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí en el Colegio de <input type="checkbox"/> No

Forma de pago

Anual Semestral

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 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"> Capital: 20 €/día Franquicia: 7 días 	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 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

NUMERO DE CUENTA (IBAN)													
E	S												

Documentación a adjuntar

Fotocopia N.I.F.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

Cuestionario reservado: DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO

Peso.....Kgs.	Estatura.....cms.	Tensión Arterial: mínima...../máxima
Fumador: SI/NO	Cigarrillos /día	Consumo diario de bebidas alcohólicas
Practica algún deporte:	Cuál:	

	SI	NO	ENFERMEDAD / FECHA
1. - ¿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?			
2. - ¿Se encuentra usted en tratamiento médico o está de baja por enfermedad o accidente; tiene prevista alguna hospitalización, intervención quirúrgica o consulta médica próxima?			
3. - ¿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)?			
4. - ¿Le han aconsejado someterse o se ha sometido a algún chequeo o revisión médica, incluyendo electrocardiogramas, scanner, resonancia magnética, pruebas hepáticas o similares?			
5. - ¿Ha padecido o padece usted alguna enfermedad cardíaca, renal, cerebrovascular, respiratoria, neurológica, nerviosa o de transmisión sexual, hepatitis, sida, cáncer, diabetes o hipertensión, o alguna otra enfermedad crónica?			
6. - ¿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?			
7. - ¿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.

Firma del Asegurado

En a de de

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.

Página 2 de 3. Debe firmarlas todas.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

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.

La 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.**

Firma del Asegurado

En a de de

MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL A PRIMA FIJA Ins. Reg. Mer. Madrid T 6313 F. 46 Secc. 8 H M87081 Ins. 1º N.I.F. G 2861 8536