

Mediador	Clave	Fecha efecto solicitada

Datos personales:

N.I.F.	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Fecha Nacimiento	Vía	Nombre de la Vía Pública	Número Escalera Piso Puerta
Código Postal	Población	Provincia	
Tfno. Domicilio	Tfno. Móvil/Trabajo	Fax	Correo electrónico

En su calidad de viudo/a, huérfano/a o beneficiario/a del mutualista nº _____, D./Dª. _____, solicita la **Prestación de Fallecimiento**.

Plan o Grupo:

- Grupo Básico Grupo Complementario 1º Plan PREMAAT Profesional Plan PREMAAT Plus

Declaración responsable:

El solicitante declara que, al producirse el hecho causante de la prestación solicitada, la afiliación del mutualista de Premaat era como sistema:

- ALTERNATIVO al RETA COMPLEMENTARIO de previsión social

Si no se señala ninguna opción, se interpretará que la utiliza conforme figura en los archivos de Premaat.

Documentación a adjuntar:

- ✓ Certificado médico de defunción del mutualista causante
- ✓ Fotocopia compulsada del libro de familia
- ✓ Fotocopia del NIF y fe de vida de los beneficiarios
- ✓ Impreso de domiciliación pago
- ✓ Certificado del Registro de Actos de últimas voluntades
- ✓ Último testamento del causante y, caso de no haberlo, declaración de herederos
- ✓ Impreso Fiscal**

(**) Modelo 145 de la Agencia Tributaria e/o Impreso Fiscal mutualistas no colegiados. Para beneficiario con residencia en los territorios Forales (País Vasco y Navarra) se debe acompañar CERTIFICADO DE RESIDENCIA EN TERRITORIO FORAL.

Formas de percibir la prestación:

	Profesional (1)	Plus Ahorro Jubilación	Plus Jubilación Viudedad (2)	Básico con Ampliación (1)	Básico	Comp. 1º
Capital todos los beneficiarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja de hecho todo en renta vitalicia	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja de hecho todo en renta financiera en un importe a percibir de _____ € ó nº _____ pagos, <input type="checkbox"/> mensual ó <input type="checkbox"/> anual						
<input type="checkbox"/> Constante ó <input type="checkbox"/> Creciente anual al _____ %.						
<input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja de hecho, el _____ % en capital y resto en renta vitalicia						
<input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja de hecho el _____ % en capital y resto en renta financiera en un importe a percibir de _____ € ó nº _____ pagos, <input type="checkbox"/> mensual ó <input type="checkbox"/> anual	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Constante ó <input type="checkbox"/> Creciente anual al _____ %.						

- (1) De conformidad con lo establecido en el art. 38 del Reglamento de los Planes de Previsión de Premaat, si al causar la prestación el mutualista estuviera utilizando este plan como sistema alternativo al Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, sin haber designado expresamente beneficiarios, lo serán el cónyuge no separado o pareja de hecho, y los hijos menores de 21 años. La prestación, en este supuesto será distribuida en un 60% al cónyuge o pareja de hecho y el 40% restante a los huérfanos menores de 21 años, a no ser que el causante de forma expresa hubiera indicado otro porcentaje distinto de distribución.
- (2) El capital lo constituye las cuotas de ahorro abonadas por el mutualista.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

Domiciliación bancaria:

NÚMERO DE CUENTA (IBAN)															
E	S														

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 Mutuality 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.

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 concertos suscritos por PREMAAT (servicios concertados), salvo oposición por escrito dirigida a la entidad. Excepto 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.

En _____, a _____
El/La Solicitante,

Fecha y sello de entrada del mediador