

Mediador	Clave	Fecha efecto solicitada
----------	-------	-------------------------

**Datos Tomador:**

Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido			
N.I.F.	Fecha Nacimiento	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/>		Mujer <input type="checkbox"/>		Estado Civil	
Vía	Nombre de la Vía Pública			Número	Escalera	Piso	Puerta
Código Postal	Población			Provincia			
Tfno. Domicilio		Tfno. Móvil/Trabajo		Correo electrónico			

¿Va a ser usted asegurado? Si  No

**Datos Asegurado 1:**

Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido			
N.I.F.	Fecha Nacimiento	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/>		Mujer <input type="checkbox"/>		Teléfono móvil	

**Datos Asegurado 2:**

Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido			
N.I.F.	Fecha Nacimiento	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/>		Mujer <input type="checkbox"/>		Teléfono móvil	

**Datos Asegurado 3:**

Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido			
N.I.F.	Fecha Nacimiento	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/>		Mujer <input type="checkbox"/>		Teléfono móvil	

**Datos Asegurado 4:**

Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido			
N.I.F.	Fecha Nacimiento	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/>		Mujer <input type="checkbox"/>		Teléfono móvil	

**Datos Asegurado 5:**

Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido			
N.I.F.	Fecha Nacimiento	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/>		Mujer <input type="checkbox"/>		Teléfono móvil	

**Datos Asegurado 6:**

Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido			
N.I.F.	Fecha Nacimiento	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/>		Mujer <input type="checkbox"/>		Teléfono móvil	

**Opciones de contratación:**

<p>PREMAAT Salud</p> <input type="checkbox"/> <p>Con Copago*</p>	<p>PREMAAT Salud Maxi</p> <input type="checkbox"/> <p>Sin Copago</p>
--	--

\* Copago de 8€ a partir del 8º Acto o Servicio Médico. Con anterioridad al día 31 de octubre de cada año, la Entidad Aseguradora comunicará al Tomador el importe de los copagos aplicables a la siguiente anualidad, en caso de existir alguna variación respecto de los anteriores. Se establece un límite de 200 € por Asegurado al año



**PREMAAT**

SEGUROS Y AHORRO

**Forma de pago**

Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>
--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

**Domiciliación bancaria:**

El Tomador comunica que para el pago de cuotas y contribuciones a satisfacer a PREMAAT, presenten al cobro los recibos correspondientes a través del siguiente número de cuenta (IBAN):

NÚMERO DE CUENTA (IBAN)																							
E	S																						

**Documentación a adjuntar:**

- ✓ Fotocopia N.I.F del Tomador
- ✓ Fotocopia N.I.F de los asegurados

**Información básica sobre Protección de Datos:**

En cumplimiento de la normativa en materia de protección de datos, le informamos:

<b>Responsable</b>	Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, MPS (PREMAAT). CIF.: G 28618536
<b>Datos de contacto</b>	e-mail: <a href="mailto:dpo@premaat.es">dpo@premaat.es</a>
<b>Finalidades</b>	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.
<b>Legitimación</b>	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
<b>Destinatarios</b>	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.
<b>Derechos</b>	Acceder, rectificar, suprimir, solicitar su portabilidad o limitar y oponerse al tratamiento de los datos.
<b>Información adicional</b>	Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <a href="http://www.premaat.es">http://www.premaat.es</a> .

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 la Arquitectura Técnica, 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](mailto:arco@premaat.es).



**PREMAAT**

SEGUROS Y AHORRO

Mediante la firma de este documento, el/la solicitante reconoce haber recibido con anterioridad a la firma del mismo 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 Ordenación Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, referentes al Deber de Información por parte de la Entidad Aseguradora.

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 del riesgo por parte de PREMAAT. Los datos relacionados con el riesgo objeto de cobertura del contrato, serán facilitados por el/los solicitantes/s a través de una entrevista telefónica con personal especializado que será grabada para su evaluación por parte de la Entidad Aseguradora con la única y exclusiva finalidad de contratar el seguro.

En el supuesto de no ser aceptada la solicitud, el/los solicitante/s pueden presentar recurso ante la Junta de Gobierno de PREMAAT.