

Datos del Tomador

| | | | | | |
|------------------------------------|-----------|------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|------|
| Nombre | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| Fecha Nacimiento ____/____/____ | N.I.F. | Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> | Mujer <input type="checkbox"/> | Estado Civil | |
| Nombre de la Vía Pública | | | Número | Escalera | Piso |
| C. Postal | Población | | Provincia | | |
| Teléfono fijo | | Teléfono móvil | | Correo electrónico | |

¿Va a ser usted asegurado? Si No

Datos Asegurado 1

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

Datos Asegurado 2

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

Datos Asegurado 3

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

Datos Asegurado 4

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

En caso de más asegurados, incluir sus datos en otro documento

Tipo de Seguro

Premaat Salud (con copago*)

Premaat Salud Maxi (sin copago)

* 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.

Forma de pago:

ANUAL

SEMESTRAL

TRIMESTRAL

MENSUAL

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):

BANCO

 OFICINA

 D.C.

 CUENTA

Documentación a adjuntar:

- ✓ Fotocopia N.I.F. del Tomador
- ✓ Fotocopia N.I.F. del/de los Asegurados

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. Gestión de envío de información, boletines de noticias y publicidad sobre productos de seguro y servicios, de acuerdo con sus intereses. |
| Legitimación | La ejecución de su/s contrato/s o, en su caso de la relación precontractual. El interés legítimo de PREMAAT. El consentimiento del interesado. |
| 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 y suprimir los datos, así como otros derechos. |
| 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, 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.

En _____, a _____ de _____ de _____.
El/La Solicitante,