

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
Código Postal	Población	Piso	Puerta
Tfno. Domicilio	Tfno. Móvil/Trabajo	Fax	Correo electrónico

En su calidad de  Mutualista beneficiario nº \_\_\_\_\_  
 Beneficiario/a del mutualista nº \_\_\_\_\_ D/Dª \_\_\_\_\_

**Plan o grupo:**

Vida ADAAPTA  Accidentes

**Prestación que solicita:**

Fallecimiento  Incapacidad Permanente Absoluta

**Documentación a adjuntar:**

	Fallecimiento	Incapacidad
Certificado literal de defunción del asegurado	✓	
Fotocopia del N.I.F. y fe de vida de los beneficiarios	✓	✓
Fotocopia del N.I.F. del asegurado		✓
Fe de vida de los beneficiarios	✓	
Impreso fiscal <sup>1</sup>	✓	✓
Certificado del Registro de Actos de últimas voluntades	✓	
Último testamento del causante y, caso de no haberlo, declaración de herederos	✓	
Historial clínico donde se recojan los antecedentes personales, fecha de origen y evolución de la/s enfermedad/es que ocasiono/aron el fallecimiento o la incapacidad	✓	✓
Dictamen Técnico del Organismo Competente		✓
Atestado en caso de Accidente	✓	✓
Certificado de titularidad bancaria de los beneficiarios	✓	✓

(1) Modelo 145 de la Agencia Tributaria. En caso de residencia en los territorios Forales se debe acompañar CERTIFICADO DE RESIDENCIA EN TERRITORIO FORAL.



# PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

## Forma de Percibir la Prestación:

Forma de cobro	Opción	Especifique
• Capital <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pago único <input type="checkbox"/> Varios pagos. (min. 6.000 €) - Pago a la fecha _____ €
• Renta Financiera	<input type="checkbox"/>	Importe a percibir _____ € ó n° _____ pagos, <input type="checkbox"/> mensual ó <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> Constante ó <input type="checkbox"/> Creciente anualmente al _____%.
• Mixta (Capital + Renta)	<input type="checkbox"/>	Capital de _____ € y con el resto constituir una:
		<input type="checkbox"/> Renta Financiera de _____ € ó n° _____ pagos, <input type="checkbox"/> mensual ó <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> Constante ó <input type="checkbox"/> Creciente anualmente al _____%.

<sup>(1)</sup>En una sola vez o en varios pagos sin periodicidad regular. En caso de optar por percibir el capital en varios pagos, estos no podrán ser inferiores a 6.000 € cada uno, excepto el último si resultase de importe inferior.

## Declaración de Accidente o Infarto:

Prestación	Descripción	Fechas
<input type="checkbox"/> Accidente	Lugar: _____ Fecha: _____ Hora: _____	
<input type="checkbox"/> Infarto	Descripción y causa inmediata del accidente: _____ _____ Actividad que realizaba: _____ Asistencia recibida: _____ ¿Hubo terceros responsables? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En su caso, indique nombre apellidos y domicilio: _____ ¿Dispone de seguro el tercero responsable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. En su caso, indique compañía aseguradora y n° de póliza: _____ ¿Existen acciones judiciales derivadas de este accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En su caso, indique juzgado y n° autos: _____	

## Cuota de abono:

Comunica que desea que el abono del/los importe/s la prestación sea/n transferido/s a la siguiente cuenta:

NÚMERO DE CUENTA (IBAN)																							
E	S																						

## 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: <a href="mailto:dpo@premaat.es">dpo@premaat.es</a>



# PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

<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 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)

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_  
El/La Solicitante,

Fecha y sello de entrada del mediador