



## Declaración de:

Accidente  Infarto  Maternidad Biológica

(marcar con una x lo que proceda)

N.I.F.	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Profesión habitual actual			

¿Está actualmente afiliado a la Seguridad Social?  Sí  No ¿A qué régimen? (general, autónomos, ...) \_\_\_\_\_

Aparte de PREMAAT, ¿tiene cubiertos gastos de asistencia sanitaria con:

- a) INSALUD?  Sí  No  
 b) una Compañía de Seguros?  Sí  No  
 c) una Mutua de Accidentes de Trabajo?  Sí  No

**En caso afirmativo para los casos b) o c), indicar:**

Nombre de la entidad \_\_\_\_\_ N.º de póliza \_\_\_\_\_ Fecha de la póliza \_\_\_\_\_

¿Tiene póliza de seguro de accidentes con MUSAAT?  Sí  No

¿Tiene póliza de seguro de accidentes con otra entidad de seguros?  Sí  No

**En caso afirmativo,**

Nombre de la entidad \_\_\_\_\_ N.º de póliza \_\_\_\_\_ Fecha de la póliza \_\_\_\_\_

Nombre del tomador \_\_\_\_\_ ¿incluye reembolso de gastos médicos?  Sí  No

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), PREVISIÓN MUTUA DE APAREJADORES Y ARQUITECTOS TÉCNICOS, MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA (en adelante, PREMAAT) le informa que los datos estrictamente necesarios de su declaración serán objeto de tratamiento automatizado en los ficheros de la Mutualidad para la gestión interna y abono de las prestaciones concertadas dependientes del estado de salud del titular.

El mutualista o su derechohabiente, tal y como establece el artículo 7 LOPD, manifiesta de forma libre, precisa, inequívoca, específica e informada que prestan su consentimiento para el tratamiento de los datos especificados con la finalidad mencionada.

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 el mutualista o, en su caso, el derechohabiente, tiene derecho en cualquier momento a acceder, rectificar, oponerse o cancelar los datos referentes a su persona incluidos en las bases de datos de PREMAAT, dirigiendo su solicitud directamente a la siguiente dirección: C/ Juan Ramón Jiménez, 15. 28036 Madrid.

### En caso de Accidente

El accidente se produjo el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_ horas.

En la localidad de \_\_\_\_\_ de la provincia de \_\_\_\_\_

La causa inmediata del accidente fue \_\_\_\_\_

Estaba ocupado en \_\_\_\_\_

El accidente sobrevino al \_\_\_\_\_

Fueron testigos (nombre, profesión, domicilio, tel.) \_\_\_\_\_

Sin testigos pero me vieron inmediatamente después del accidente (nombre, profesión, domicilio, teléfono) \_\_\_\_\_

¿Existió un tercer responsable?  No  Sí, ¿Quién? (nombre, domicilio, teléfono) \_\_\_\_\_

¿Tenía seguro el tercer responsable?  No  Sí, (nombre compañía, n.º póliza, fecha, nombre del asegurado) \_\_\_\_\_

Si el accidente se produjo en obra, ¿había adoptado el empresario las medidas de seguridad?,  Sí  No. En caso negativo, indicar las circunstancias \_\_\_\_\_

¿Existen actuaciones judiciales?  No  Sí, cítense los datos que se posean \_\_\_\_\_

¿Existe informe de asistencia médica de urgencias?  No  Sí

### En caso de Infarto

El infarto se produjo el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_ horas.

En la localidad de \_\_\_\_\_ de la provincia de \_\_\_\_\_

Fue asistido en \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### En caso de Maternidad Biológica

Se produjo el internamiento hospitalario el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_ horas.

En \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma

(Del mutualista o sus derechohabientes)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_\_

# Informe médico

El facultativo que suscribe D. \_\_\_\_\_ Colegiado N.º \_\_\_\_\_  
Nombre Primer Apellido Segundo Apellido  
y domiciliado en \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_  
Calle, Paseo, Avenida, etc.

formula el siguiente informe.

## Respuestas del médico

① Descripción exacta de la lesión (indíquese su carácter, situación y extensión)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿En su opinión, requiere o requerirá hospitalización y durante cuanto tiempo?

---

---

¿Cuál es la duración probable de la reducción de la capacidad por causa de esta lesión, para el trabajo habitual indicado en el anverso?

---

---

① ¿Hay probabilidad de que esta lesión tenga por consecuencia o secuela una incapacidad permanente total para el ejercicio de la profesión habitual indicada en el anverso de este documento?

---

① ¿Hay probabilidad de que esta lesión tenga por consecuencia o secuela una incapacidad permanente absoluta para el ejercicio de cualquier profesión u oficio?

---

¿En qué día y dónde fue prestada por primera vez la asistencia médica? (En letra)

---

Para el caso de accidente, ¿Existe relación entre la causa del accidente y los efectos presentados por la lesión?

---

---

¿Tiene Ud. alguna otra observación que añadir?

---

---

---

---

EL MÉDICO

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), PREVISIÓN MUTUA DE APAREJADORES Y ARQUITECTOS TÉCNICOS, MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA (en adelante, PREMAAT) informa al facultativo que los datos de su declaración no serán objeto de tratamiento automatizado en los ficheros de la Mutualidad.

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 Vd. tiene derecho en cualquier momento a acceder, rectificar, oponerse o cancelar los datos referentes a su persona en PREMAAT, dirigiendo su solicitud directamente a la siguiente dirección: C/ Juan Ramón Jiménez, 15 - 28036 Madrid

① Para rellenar sólo en caso de accidente o infarto.