



Seguro de Accidentes

Solicitud de Contratación

Código gestor:	
Fecha de efecto:	
Nº operación:	

Tomador/Asegurado:		Nº Póliza:	
Apellidos:		Nº de Mutualista:	
Nombre:		N.I.F.:	
Domicilio:		Población:	
C.P.:	Provincia:	Teléfono/s: /	
E-Mail:		Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Actividad profesional y/o empresarial:			
<input type="checkbox"/> Cuenta propia <input type="checkbox"/> Cuenta ajena			
Especialidad:	Nacionalidad:	Estado Civil:	Nº de hijos:
Declaro ser en relación con el Mutualista nº ____ <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Viudo/a			

En cumplimiento de la Ley de Prevención de Blanqueo de Capitales y de la Financiación del Terrorismo

Declaración Jurada del Tomador/Asegurado*:
Por la presente declara bajo juramento que:
<input type="checkbox"/> Estoy en posesión de la titulación universitaria de _____
Procedencia: <input type="checkbox"/> Ingresos profesionales <input type="checkbox"/> Patrimonio
En caso de actuar por cuenta de tercero, se acreditará dicha representación.
<input type="checkbox"/> Soy persona, familiar próximo o allegado de una persona con responsabilidad pública (que desempeña o ha desempeñado funciones públicas importantes: cargos en la Administración con capacidad de gestión, políticos, empresas públicas, etc.).

Información para PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo

Cobertura:
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE: 3.000 €
Duración de la cobertura 1 año.

Declaración de Salud:	
Nombre:	Profesión:
Ocupación/Especialidad:	¿Es Zurdo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Talla: _____ cm	Peso: _____ kg.
Tensión Arterial: Sistólica: _____ Diastólica: _____	
Consumo diario de:	Cerveza: _____ Vino: _____ Licores: _____ Tabaco: _____

	NO	SÍ
1º ¿Tiene alguna alteración FÍSICA, ha sufrido algún accidente o intervención quirúrgica? Declare fechas y causas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2º ¿Tiene o ha tenido alguna alteración PSÍQUICA o ha tomado medicación para la ansiedad, depresión, etc. en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º ¿Le ha sido concedida la invalidez en alguna de sus modalidades o ha estado de baja más de 30 días en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º ¿Le han aconsejado someterse o se ha sometido a pruebas médicas especiales del tipo de la ergometría, biopsia, scanner, marcadores hepáticos, serología VIH, pruebas de función renal o respiratoria, etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5º ¿Ha padecido, padece o se ha sospechado que padeciese alguna enfermedad cardiaca, cerebrovascular, renal, respiratoria, neurológica, hepática, de transmisión sexual, SIDA, cáncer, diabetes, hipertensión o alguna otra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6º ¿Mantiene algún riesgo en el desarrollo de su profesión: manipulación de sustancias peligrosas, realización de experimentos de laboratorio, trabajo con corriente eléctrica de 250 voltios o más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7º ¿Aproximadamente cuántos Kms conduce al año?: _____		

Designación de Beneficiarios: (En caso de designación personalizada o beneficiarios en su defecto usar el formulario PL0007)	
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Cónyuge y en su defecto los hijos <input type="checkbox"/> Cónyuge e hijos por partes iguales <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermanos	
<input type="checkbox"/> Designación nominal. N.I.F.: _____	Especifique nombre completo: _____

(En caso de no designación, se estará a lo dispuesto en el orden de prelación excluyente determinado en las Condiciones Generales).

Datos de interés para un mejor servicio (cumplimentación voluntaria)¿Está satisfecho con el asesoramiento recibido? ☐ Si ☐ No ☐ Regular

¿Qué aspectos mejoraría?

¿Por qué canales prefiere que contactemos con usted?

☐ Email: _____☐ Teléfono: _____☐ A través de mi asesor☐ Correo ordinario:

¿En qué tipología de productos está más interesado?

☐ Protección personal y familiar☐ Ahorro y jubilación☐ Inversión☐ Responsabilidad Civil☐ Auto**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS****¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?**

Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija (en adelante, PSN).

¿Con qué finalidad tratamos sus datos?

Trataremos sus datos con la finalidad de formalizar y gestionar la Póliza de Seguro, los servicios accesorios a la misma y a la condición de mutualista y la gestión comercial.

¿Por qué estamos legitimados para su tratamiento?

La legitimación está basada en la ejecución del contrato y el consentimiento del interesado.

¿A quién comunicaremos sus datos?Los datos serán tratados por PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo SAU y en caso de habernos dado su consentimiento, los datos facilitados serán comunicados a las empresas del Grupo PSN con la finalidad de remitirle información comercial por cualquier medio, incluidos los electrónicos sobre las actividades, servicios y productos que ofrecen las empresas del Grupo PSN, cuya composición puede consultar en la dirección: <http://www.psn.es/empresas-psn>.**¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?**

El Cliente podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Información adicionalPuede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <https://www.psn.es/politica-de-privacidad/>☐ He leído y acepto la información sobre Protección de Datos.**LEY DE PREVENCIÓN DE BLANQUEO DE CAPITAL Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO**

* Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, en cumplimiento de la Ley 10/2010, de 28 de Abril, de Prevención de Blanqueo de Capitales y de la Financiación del Terrorismo, está obligada a disponer de determinada información de sus clientes a efectos de conocer la naturaleza de su actividad profesional y/o empresarial.

La información que usted nos facilite tiene el carácter de estrictamente confidencial y será utilizada únicamente para los fines descritos. Facilitándonos dicha información podremos ofrecer mejores servicios a nuestros Mutualistas.

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

EL TOMADOR / ASEGURADO

EL ASESOR

NOTA INFORMATIVA DEL SEGURO “PSN ACCIDENTES INDIVIDUAL” (4215)

1.- Legislación Aplicable

Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y su Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre y demás normas españolas que complementen, desarrollen o sustituyan a las anteriores.

2.- Entidad Aseguradora

PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA, con domicilio social en España, Madrid, calle Génova nº 26 (CP 28004), correspondiendo el control y supervisión de la actividad aseguradora a la DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español y estando la entidad debidamente inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras de dicha entidad con la clave M0377.

Podrán consultar el informe sobre la situación financiera y de solvencia de la entidad aseguradora a través de la siguiente dirección: <http://www.psn.es/corporativo/principales-magnitudes>.

Entidad Mediadora: PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo S.A.U., con domicilio social en Madrid, calle Génova nº 26 (CP 28004), CIF A-87382867, sociedad de Agencia de Seguros Vinculada, debidamente inscrita en el Registro Administrativo especial de Mediadores de seguros, corredores de reaseguros y de sus altos cargos con la clave AJ0212.

En caso de desear interponer alguna reclamación en relación a PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo S.A.U. el procedimiento a seguir será el descrito en la cláusula de Instancias de Reclamación y Jurisdicción de la presente Nota Informativa.

3.- Definición de coberturas

La garantía básica cubierta de contratación obligatoria es el Fallecimiento por Accidente del Asegurado en los términos establecidos en las Condiciones Generales. En dicho momento se abonará al beneficiario el capital pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Tal cobertura y garantía está sometida a las **EXCLUSIONES y CLÁUSULAS LIMITATIVAS** que figuran destacadas en “negrita” en las Condiciones Generales del Seguro y que se reproducen a continuación.

4.- Cláusulas Limitativas y Exclusiones

Límites a la contratación:

Por la edad: Los menores de 14 años o legalmente incapacitados.

Por el lugar de residencia: Tampoco podrán asegurarse las personas que tengan su residencia y domicilio habitual fuera de España,

Exclusiones para la cobertura de contratación obligatoria por fallecimiento por accidente del Asegurado objeto del Seguro:

- Los hechos que no tengan la consideración de accidente según la definición contenida en la Ley de Contrato de Seguro. Dicha definición aparece recogida en el artículo 1 del presente condicionado. En ningún caso será vinculante la definición de accidente contenida en la Ley General de la Seguridad Social ya que esta póliza, a efectos de contrato, se rige exclusivamente por la Ley de Contrato de Seguro y la normativa expuesta en la condición preliminar de las condiciones generales de esta póliza. En particular se excluyen las enfermedades de todas las clases, cualquiera que fuere su origen, así como sus efectos, complicaciones y secuelas. Entre ellas expresamente se enuncian las enfermedades infecciosas, aunque deriven de picaduras de insectos o de otras causas externas de contagio, (VIH, hepatitis, malaria, paludismo, fiebre amarilla, enfermedad del sueño, etc.) así como las denominadas profesionales, cualquiera que sea el lugar en que se produzcan o la actividad desarrollada por el Asegurado, aunque tengan la calificación jurídica de accidente de trabajo.
- De forma específica, los infartos de miocardio, las embolias, trombosis, apoplejías, derrames cerebrales y cualquiera de los denominados accidentes vasculares, sea cual fuere su causa y aunque en su origen y producción haya incidido directa o indirectamente cualquier posible causa externa (estrés, presión ambiental, exceso de trabajo, etc.) aunque sean calificados como accidentes laborales. Se exceptúa lo establecido en estas condiciones generales respecto del infarto de miocardio y accidente cerebro-vascular.
- Las lesiones y enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos no motivados directamente por un accidente cubierto por la póliza.
- Los coágulos y hemorragias del globo ocular, córnea, cristalino y retina, así como los desprendimientos de retina, aunque se hayan producido como consecuencia de un accidente no excluido, sufridos por personas aquejadas de una miopía comprendida entre las 8 y 12 dioptrías.
- Las intoxicaciones o envenenamiento por ingestión de productos alimenticios o farmacéuticos.
- Los relacionados con el consumo de drogas y estupefacientes no prescritos médicamente y los que ocurran hallándose el Asegurado

en situación de enajenación mental, embriaguez o bajo el efecto de drogas tóxicas o estupefacientes. A estos efectos se considera que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en aire expirado o en sangre sea superior al autorizado en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial.

- Los que tengan lugar conduciendo el Asegurado un vehículo de motor sin estar en posesión del permiso de conducir correspondiente al vehículo utilizado, así como los accidentes sufridos por el Asegurado menor de 25 años con ocasión de circular en motocicletas con independencia de su cilindrada y los accidentes sufridos por el Asegurado mayor de 25 años con ocasión de circular en motocicletas de cilindrada superior a 250 centímetros cúbicos.
Los accidentes de circulación utilizando cualquier medio de locomoción que no esté autorizado a circular por el lugar donde se produjo el accidente.
- Las producidas con ocasión de conflictos armados (haya o no declaración de guerra), terrorismo, rebelión, insurrección, alteraciones del orden público y, en general, todos los riesgos extraordinarios susceptibles de cobertura por el Consorcio de Compensación de Seguros u Organismo que pueda sustituirlo, conforme a la normativa vigente.
- Los motivados por exposición deliberada a peligros innecesarios, salvo en un intento de salvar alguna vida humana.
- Los originados con ocasión de riñas o enfrentamientos, salvo legítima defensa, y de comisión o tentativa de delito por el propio Asegurado.
- Los que pudiera sufrir el Asegurado con ocasión de la práctica de alguna de las actividades que se mencionan a continuación:
 - La práctica profesional de cualquier deporte.
 - La práctica, aún como aficionado de los siguientes deportes:
 - Automovilismo, karting y motociclismo en cualquiera de sus modalidades.
 - Participación en pruebas y competiciones de velocidad y de resistencia con vehículos a motor, incluso en los entrenamientos oficiales o privados.
 - Motos náuticas, esquí, paracaidismo acuático y actividades subacuáticas con aparatos de respiración autónoma y en general los accidentes marítimos, a excepción de los ocurridos en los transportes públicos, o los ocurridos durante la navegación deportiva a la distancia máxima autorizada por el título del patrón de la embarcación y como máximo a 60 millas náuticas de la costa.
 - Actividades aéreas tales como aerostación, paracaidismo, parapente, planeador, motoplano, aviones ultraligeros, ala delta, vuelo libre, vuelo sin motor y, en general, cualquier viaje aéreo en condiciones distintas a la de ocupar el Asegurado plaza como simple pasajero en aeronaves debidamente autorizadas para el transporte público de viajeros.
 - Polo y deportes hípicos.
 - Bobsleigh, esquí acrobático, esquí fuera de pistas, esquí con saltos de trampolín y esquí de travesía o de montaña.
 - Participación en competiciones y pruebas preparatorias de cualquier modalidad de esquí.
 - Alpinismo, escalada, espeleología o accidentes en rocódromos. Se entiende por alpinismo, la ascensión a montañas con una altura superior a los dos mil quinientos metros, independientemente de si hay o no nieves perpetuas o de su grado de dificultad. Se entiende por escalada, la práctica deportiva consistente en subir paredes de roca o hielo más o menos verticales utilizando manos y pies como puntos de apoyo, mediante técnicas y materiales específicos para la progresión y seguridad.
 - Rugby y fútbol americano.
 - Hockey sobre hierba, hockey sobre patines y hockey sobre hielo.
 - Boxeo, artes marciales y cualquier clase de lucha corporal.
 - Ciclismo en competición.
 - Deportes de aventura tales como rafting, puenting, hidrospeed, hidrotrineo, hidrobob, barranquismo, piragüismo en aguas bravas y en general, cualquier deporte en aguas bravas.
 - Halterofilia, corte de troncos y levantamiento de piedras.
 - Utilización de armas de fuego y el ejercicio de la caza.
 - Otros deportes y actividades de nueva creación cuyos riesgos puedan considerarse similares a las descritas en los puntos anteriores.
 - Los accidentes ocurridos con ocasión de expediciones, misiones o desplazamientos fuera del país de residencia habitual para realizar actividades de cualquier tipo (lúdicas, deportivas, de exploración, profesionales,

científicas, humanitarias, etc.) que por sus características o finalidad, por el lugar en que se desarrollen o por otras circunstancias, impliquen un incremento de riesgo o peligro superior al de un viaje turístico, científico o profesional normal.

Fdo./D./Dña. _____

D.N.I./C.I.F. nº _____

- l) Los accidentes ocurridos a consecuencia del torero, rodeo o encierro de reses bravas.
- m) Los accidentes causados por artefactos pirotécnicos en el caso de participación activa del Asegurado.
- n) Las consecuencias o secuelas de accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro o a la fecha de pago del primer recibo si ésta fuera posterior, aunque aquellas se manifiesten durante la vigencia del seguro.
- o) La agravación de las consecuencias de un accidente por una enfermedad o invalidez preexistentes o sobrevenidas después de ocurrir aquél y por causa independiente del mismo. La Entidad Aseguradora responderá sólo de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

EL/LA TOMADOR/A DEL SEGURO

5.- Pago de la Prima

La prima será anual y exigible por anticipado, aunque se puede pactar el pago fraccionado de la misma con los recargos correspondientes.

Fdo./D./Dña. _____

D.N.I./C.I.F. nº _____

6.- Duración del Contrato

La duración del contrato será de un año, finalizando en la fecha y forma establecidas en las Condiciones Particulares.

7.- Condiciones de Rescisión del Contrato

- Impago de Prima (Art. 15 Ley de Contrato de Seguro).
- Reticencia o inexactitud en la declaración presentada por el Tomador o Asegurado sobre los datos y circunstancias que han de determinar el riesgo y la cobertura (Arts. 10, 89 y 90 de la Ley de Contrato de Seguro).
- La Mutua también podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado en el plazo de un mes desde que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. La variación del estado de salud del Asegurado no se considerará agravación del riesgo (Arts. 11 y 12 Ley de Contrato de Seguro).

EL/LA ASEGURADO/A DEL SEGURO

8.- Régimen Fiscal

A reserva de las modificaciones ulteriores que se puedan producir durante su vigencia, el contrato quedará sometido a la normativa fiscal española y, en concreto, las prestaciones por fallecimiento tributarán por el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones (Ley 29/1987, RD 1629/1991).

9.- Instancias de reclamación jurisdicción

A) Por vía interna:

1. Mediante la presentación del formulario de quejas o reclamaciones o escrito formulado por el interesado y dirigido al Servicio de Reclamaciones de la Entidad Aseguradora, acompañando, en su caso, la documentación que estime conveniente o proponiendo pruebas; las reclamaciones, quejas o escritos se tramitarán y resolverán conforme a lo establecido en el "Reglamento del servicio de reclamaciones del Grupo PSN."
2. Transcurrido 1 mes desde la recepción en la Mutua de la reclamación inicial sin respuesta o con respuesta insatisfactoria, el interesado quedará desvinculado de esta vía de reclamación y podrá reclamar por vía administrativa.
3. A estos efectos existen en todas las oficinas de la Mutua a disposición de los mutualistas el "Reglamento del servicio de reclamaciones del Grupo PSN."

B) Por vía externa:

1. Vía administrativa, una vez denegada la reclamación o queja en vía interna, mediante el procedimiento de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad, con dirección en Paseo de la Castellana, 44, 28046, Madrid y página web: www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones.
2. Vía judicial ante la Jurisdicción Española y, dentro de ella, ante el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, con competencia para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato, conforme a lo dispuesto en el artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro.

Cláusula Final:

El abajo firmante reconoce haber recibido en esta misma fecha y con anterioridad a la posible contratación del seguro, un ejemplar de este documento junto con las Condiciones Generales del SEGURO PSN ACCIDENTES INDIVIDUAL 4215, de conformidad con los artículos 122 y siguientes del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras.

En _____ a _____ de _____ de 20 _____