# PSN Joven Especial Colegiados

## Solicitud de Contratación

| | |
|---|---|
| Código gestor: | |
| Fecha de efecto: | |
| Nº operación: | |

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

| Colegiado en: |
|---|
| Ilustre Colegio Oficial de: _____ Nº Mutualista del Colegio*: _____ |

*** Es obligatorio indicar el Nº de Mutualista del Colegio.**

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

**Declaración Jurada del Tomador*:**

**Por la presente declara bajo juramento que:**

☐ Estoy en posesión de la titulación universitaria de _____

Procedencia: ☐ Ingresos profesionales ☐ Patrimonio

**En caso de actuar por cuenta de tercero, se acreditará dicha representación.**

☐ **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

| Asegurado: | | | |
|---|---|---|---|
| Apellidos: | | Nº de Mutualista: | |
| Nombre: | | N.I.F.: | |
| Domicilio: | | Población: | |
| C.P.: | Provincia: | Teléfono/s: / | |
| E-Mail: | | Fecha Nacimiento: ___ / ___ / ___ | Sexo: ☐H ☐M |
| Profesión: | | Especialidad: | |
| Nacionalidad: | | Estado Civil: | Nº de hijos: |

**Coberturas:**

**Fallecimiento:**
Fallecimiento por accidente: **6.000 €**

**Incapacidad:**
Incapacidad permanente y absoluta por accidente: **50.000 €**
Gran Invalidez por accidente: **50.000 €**
Incapacidad Laboral Total Temporal por accidente: **15 €/día**
- Prestación: **12 meses**
- Franquicia: **15 días**

Hospitalización por accidente: **30 €/día**

**Primas a pagar con Bonificación:**

1er Año: **9 €** 2º Año: **19 €** 3er Año y Sucesivos: **40,07 €**

**Designación de Beneficiarios:** (En caso de designación personalizada o beneficiarios en su defecto usar el formulario PL0007)

☐ **Cónyuge** ☐ **Cónyuge y en su defecto los hijos** ☐ **Cónyuge e hijos por partes iguales** ☐ **Hijos** ☐ **Padres** ☐ **Hermanos**

☐ **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).**

Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 4.071, Libro 0, Sección 8. Hoja M-67.736. C.I.F. V28230688

AM 4212A1 2007/1

## Datos Bancarios

El Tomador autoriza a la Entidad Bancaria cuyo código consta a continuación, a que cargue las primas de Previsión Sanitaria Nacional en la siguiente cuenta bancaria: IBAN | E | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

País | Nº Control | Entidad | Oficina | D.C. | Nº de Cuenta Corriente

## 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 adicional**
Puede 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 CAPITALES 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 EL ASEGURADO EL ASESOR

Ejemplar para la Mutua

Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 4.071, Libro 0, Sección 8. Hoja M-67.736. C.I.F. V28230688

AM 4212A1 2007/1

| Declaración de Salud: | | |
|---|---|---|
| D/Dña.: _____ | | |
| | NO | SÍ |
| 1º - ¿Tiene alguna alteración FÍSICA, PSÍQUICA o SENSORIAL, ha sufrido algún accidente o intervención quirúrgica, tiene reconocida o solicitada la Incapacidad o alguna de sus modalidades o ha estado de baja más de 30 días en los últimos 5 años? | ☐ | ☐ |
| 2º - ¿Toma medicación de forma regular o padece alguna enfermedad cardiaca, neurológica, reumatológica, traumatológica, diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia o alguna otra? | ☐ | ☐ |
| En caso de respuestas afirmativas, especificar motivos, fechas, evolución y posibles secuelas. | | |

## OBSERVACIONES DE INTERÉS

El Asegurado declara haber contestado las anteriores cuestiones conforme a la verdad, reconociendo como suyas las respuestas aunque no sean de su puño y letra, y sabe que cualquier ocultación o inexactitud motivará, conforme a la Ley de Contrato de Seguro, la rescisión de la Póliza y la pérdida del derecho a la prestación, dando también su conformidad para la realización de las pruebas que PSN considere oportunas (incluida serología V.I.H.).

Asimismo, declara y está de acuerdo en su propio nombre y en el de sus familiares dependientes que puedan tener o recabar algún interés en el seguro aquí solicitado que por la presente autoriza a todos los médicos, hospitales, clínicas, compañías de seguros o a otras organizaciones o personas que posean documentación o conocimientos del Asegurado o su salud a revelar a esta compañía aseguradora todo tipo de información sobre él/ella con referencia a su salud e historial médico. La copia fotostática de esta autorización será tan efectiva y válida como el original.

### 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 personales con la finalidad de formalizar y gestionar la Póliza de Seguro. El tratamiento de sus datos de salud es necesario para la celebración del contrato, para valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados al seguro, así como para el mantenimiento, desarrollo y ejecución de la relación contractual.

**¿Por qué estamos legitimados para su tratamiento?**
La legitimación está basada en la ejecución del contrato a los solos efectos de garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro.

**¿A quién comunicaremos sus datos?**
En ningún caso cederemos los datos facilitados en este cuestionario relacionados con su salud por formar parte de una categoría especial de dato personal.

**¿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 adicional**
Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: https://www.psn.es/politica-de-privacidad/

En _____ a ____ de _____ de 20____ EL ASEGURADO

Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 4.071, Libro 0, Sección 8. Hoja M-67.736. C.I.F. V28230688

AM 4212A1 2007/1