

Este seguro es voluntario y gratuito durante el primer año de colegiado

Si esta interesado rellénelo y remita fotocopia del D.N.I.

Tomador/Asegurado:		Nº Póliza	Nº Mutualista
Apellidos _____			
Nombre _____		N.I.F.: _____	
Domicilio _____		Población _____	
C.P.: _____	Provincia: _____	Teléfono/s: _____ /	
E-Mail: _____		Fecha: Nacimiento: _____	Sexo: _____
Profesión: _____	Nacionalidad: _____	Estado Civil: _____	Nº Hijos: _____
Parentesco con el Mutualista:		<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo
		<input type="checkbox"/> Ascendente	

Cobertura:
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE: 3.000 €

Declaración Jurada de Titulación Universitaria y Actividad:

D/Dña: _____ por la presente declaro bajo juramento que:
 Estoy en posesión de la titulación universitaria _____, la actividad profesional que desarrollo al día de la fecha y que es origen de mis fondos patrimoniales es la siguiente: _____
 Empleado del Colegio de: _____

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	SI
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?: _____		

Beneficiarios:

Indique la opción elegida (Todos ellos referidos al Asegurado):

Cónyuge Cónyuge y en su defecto los hijos Cónyuge e hijos por partes iguales
 Hijos Padres Hermanos
 Designación nominal (especifique nombre completo: _____) N.I.F.: _____

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

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que el Tomador proporciona, pasarán a formar parte de un fichero responsabilidad de Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija (en adelante la Mutua), siendo la finalidad de la recogida de tales datos la formalización y gestión de la Póliza de Seguro. Asimismo, le informamos de la cesión de datos personales, adecuados, pertinentes y no excesivos, a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador, en orden a la tramitación de posibles siniestros, fines estadísticos y de lucha contra el fraude o cualquier otro que sea necesario para la adecuada actuación profesional relacionada con la gestión de su actividad aseguradora o por razones de coaseguro o reaseguro. Por otro lado, el Tomador autoriza a la Mutua a hacer uso de sus datos contenidos en el fichero con la finalidad de remitir información sobre las actividades, servicios y productos de la misma y de las empresas de Grupo Previsión Sanitaria Nacional, cuya composición puede consultar en la dirección http://www.psn.es/grupo_PSN/empresas.asp.
 Los datos personales y de salud que se requieren en la solicitud y en los cuestionarios (financieros, ocupacionales y/o de salud) son de obligado suministro por constituir información indispensable para conformar la voluntad contractual de la Mutua en cuanto a la evaluación del riesgo y para la efectividad del Contrato. La negativa a suministrar tales datos impedirá la formalización de la Póliza.
 El Tomador y/o Asegurado podrán ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante comunicación dirigida a la Mutua, C/ Villanueva 11, 28001 - Madrid, acompañada de fotocopia de DNI o a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada. En el supuesto de que con posterioridad a perfeccionamiento de la Póliza de Seguro, se ejercite por el Tomador y/o Asegurado su derecho de cancelación de sus datos personales u oposición al tratamiento de los mismos, necesarios para la gestión de la Póliza, automáticamente se procederá a la cancelación del contrato o en su caso, a la baja del contrato del Asegurado.
 - No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación sobre las actividades, servicios y productos de la Mutua.
 - Deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación, incluidos los electrónicos, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas de Grupo PSN (PSN Educación y Futuro, S.A., Dº Pérez Mateos S.A. y Previsión Sanitaria Servicios y Consultoría S.L.U.) cuyos sectores específicos y concretos son los servicios inmobiliarios, hostelería, escuelas infantiles, fondos de inversión, servicios informáticos, asesoramiento legal, consultoría y auditoría.

TOMADOR/ASEGURADO

NOTA INFORMATIVA DEL SEGURO PSN ACCIDENTES INDIVIDUAL

1º.- Legislación Aplicable:

La española: Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, Real Decreto Legislativo 6/2004 de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo, aprobado por Real Decreto 2486/98, de 20 de noviembre, la Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados y al Real Decreto 300/2004 de 20 de febrero que aprueba el Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, y, en general, por la legislación española que complemente o sustituya a las citadas y normas que complementen, desarrollen o sustituyan a las anteriores.

2º.- Entidad Aseguradora:

PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA, con domicilio social en España, Madrid, calle Villanueva nº 11 (CP 28001), correspondiendo a la DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES del Ministerio de Economía el control y supervisión de la actividad aseguradora.

3º.- Instancias de Reclamación y 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 Atención al Mutualista 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 de Funcionamiento del Servicio de Atención al Mutualista de Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.

2. Transcurridos dos meses 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.

3. A estos efectos existen en todas las oficinas de la Mutua a disposición de los mutualistas el Reglamento de Funcionamiento del Servicio de Atención al Mutualista de Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.

B) Por vía externa:

1. Vía administrativa, una vez denegada la reclamación o queja en vía interna, mediante el procedimiento de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.

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.

4º.- Definición de Coberturas y Opciones ofrecidas:

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 Condiciones Particulares.

Las coberturas complementarias son las siguientes: Invalidez Permanente y Absoluta Baremada por Accidente; Incapacidad Temporal por Accidente; Fallecimiento por infarto de miocardio o accidente cerebro-vascular; Fallecimiento por Accidente de Circulación; Invalidez Permanente y Absoluta por Accidente de Circulación; Hospitalización por Accidente; Cirugía Plástica reparadora por Accidente; Fallecimiento de ambos cónyuges en Accidente de tráfico con hijos menores de dieciocho años o incapacitados; Contagio de Hepatitis y/o VIH por Accidente Profesional e Invalidez Profesional Permanente por Accidente. En todas las garantías se abonará al beneficiario el capital pactado en Condiciones Particulares, excepto en los supuestos de Hospitalización por Accidente e Incapacidad Temporal por Accidente, en los que la Mutua abonará la cantidad diaria establecida en Condiciones Particulares y la garantía de Cirugía Plástica reparadora por Accidente en la que se abonarán los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de estancia en hospitales, clínicas o sanatorios de acuerdo con lo pactado en Condiciones Particulares.

Tales coberturas y garantías están sometidas a las EXCLUSIONES y CLÁUSULAS LIMITATIVAS que figuran destacadas en "negrita" en las Condiciones Generales del Seguro PSN Accidentes y que resumidamente se reproducen en la presente Nota Informativa.

5º.- Cláusulas Limitativas y Exclusiones de Coberturas del Seguro PSN Accidentes:

5.1.- Límites a la Contratación:

Por la edad: Con carácter general no podrán incorporarse a este seguro las personas menores de 14 años, legalmente incapacitadas y las mayores de 65 años.

En la cobertura de fallecimiento por infarto de miocardio no podrán incorporarse los mayores de 55 años. En la cobertura de fallecimiento por accidente de circulación, de fallecimiento de ambos cónyuges en accidente de circulación con hijos menores de 18 años o incapacitados, de incapacidad permanente y absoluta por accidente de circulación no podrán incorporarse los menores de 25 años. En las coberturas de Invalidez Permanente y Absoluta Baremada por accidente, incapacidad temporal por accidente, hospitalización por accidente e invalidez profesional permanente por accidente no podrán incorporarse los menores de 16 años. A estos efectos se entenderá edad del Asegurado los años cumplidos o que se cumplieran en el aniversario de su nacimiento más próximo a la fecha de efecto del seguro.

Por el estado de salud: No podrán asegurarse y en cualquier caso el seguro será nulo de pleno derecho para ellas, las Personas afectadas de cualquier enfermedad, lesión, secuela o minusvalía física o psíquica que no sea declarada previamente a la contratación del seguro por el Tomador o Asegurado y aceptada expresamente por la Entidad Aseguradora.

Tampoco podrán asegurarse y en cualquier caso el seguro será nulo de pleno derecho para ellas, las personas afectadas de ceguera total, miopía de más de doce dioptrías, glaucoma, sordera total, enajenación mental, parálisis, apopleja, epilepsia, diabetes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedades de la médula espinal, sífilis, encefalitis letárgica, arterioesclerosis grave, alcoholismo, toxicomanía, las que hayan sufrido ataques de apopleja o de delirium tremens y, en general, cualquier lesión, secuela, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica que disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

De presentarse durante la vigencia del contrato alguna de estas dolencias, el seguro quedará extinguido y sin eficacia posterior alguna, en el mismo momento en que se produzca la primera manifestación de cualquiera de ellas, quedando obligada la Entidad Aseguradora a devolver la parte de prima no consumida desde la fecha en que se comunique tal hecho.

Por el lugar de residencia: Tampoco podrán asegurarse las personas que tengan su residencia y domicilio habitual fuera de España, salvo los que, por vivir en zonas fronterizas y desarrollar su actividad profesional en territorio español o por otras especiales circunstancias, sean admitidos como Asegurados por la Entidad Aseguradora.

5.2.- Riesgos Excluidos de Cobertura:

1.- Con carácter general:

a) 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 (estas dos últimas salvo lo establecido en la

cobertura 10 de estas condiciones generales), 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.

b) 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 calificadas como accidentes laborales. Se exceptúa lo establecido en estas condiciones generales respecto del infarto de miocardio y accidente cerebro-vascular.

c) Las lesiones y enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos no motivados directamente por un accidente cubierto por la póliza.

d) 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.

e) Las intoxicaciones o envenenamiento por ingestión de productos alimenticios o farmacéuticos.

f) Los relacionados con el consumo de drogas y estupefacientes no prescritos médica 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.

g) Los que tengan lugar conduciendo el Asegurado un vehículo de motor sin estar en posesión del permiso de conducir correspondiente al vehículo utilizado. Los accidentes de circulación utilizando cualquier medio de locomoción que no esté autorizado a circular por el lugar donde se produjo el accidente.

h) 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.

i) Los motivados por exposición deliberada a peligros innecesarios, salvo en un intento de salvar alguna vida humana.

j) Los originados con ocasión de riñas o enfrentamientos, salvo legítima defensa, y de comisión o tentativa de delito por el propio Asegurado.

k) 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, aun 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, moto-planeador, 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.

l) Los accidentes ocurridos a consecuencia del toro, rodeo o encierro de reses bravas.

m) Los accidentes causados por artefactos pirotécnicos en el caso de participación activa del Asegurado.

n) El riesgo de suicidio del Asegurado queda cubierto sólo a partir del transcurso de un año desde la fecha de efecto del contrato o de cualquier posterior ampliación de cobertura.

o) 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.

p) 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. El Asegurado responderá sólo de las consecuencias que el accidente habría problemáticamente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

2.- Exclusiones específicas de algunas coberturas:

Además de los riesgos excluidos con carácter general para todas las coberturas detallados en el apartado anterior, quedan específicamente excluidos los recogidos a continuación para las siguientes garantías:

2.1.- Incapacidad Laboral Total Temporal:

a) Infertilidad, embarazo, aborto, sea natural o provocado, y parto, así como cualquier tratamiento o consecuencia de tales eventos.

b) Cualquier enfermedad derivada o relacionada con el VIH (Síndrome de

Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA, incluidos los cuadros derivados de mutaciones o variantes) y con la Hepatitis C, sea cual fuere, en todos los casos, su mecanismo de transmisión.

c) Todas las enfermedades mentales, síndrome orgánico cerebral y/o trastorno mental orgánico, esquizofrenias y psicosis no esquizofrénicas, trastornos de la personalidad, ansiedad y estrés, además de todas las enfermedades descritas en los manuales de diagnóstico de la OMS y de la Asociación Americana de Psiquiatría: CIE-9 del 290 al 319, CIE-10 del F-00 al F-99 y, por último, el DSM-III-R del 290.00 al 319.00, más los 799.90, los 780.50 y los códigos V, con sus futuras revisiones.

d) Cirugía plástica y reparadora con intención estética, salvo que sea consecuencia de enfermedad o accidente sobrevenidos durante la vigencia del seguro.

e) Cualquier tratamiento odontológico, con intención estética, rehabilitadora o con otro fin, salvo que sean consecuencia de accidente sobrevenido durante la vigencia de la póliza. No quedarán excluidos los procesos agudos por accidente sobrevenido durante la vigencia de la póliza cuando requieran ingreso hospitalario y durante el tiempo que éste dure.

f) Síndromes y manifestaciones clínicas derivadas de patologías crónicas y/o degenerativas del aparato locomotor, especialmente aquellos cuyo tratamiento sea sólo paliativo.

g) Hernias discales de cualquier etiología y localización, y sus consecuencias.

h) Síndromes dolorosos inespecíficos sin diagnóstico etiológico.

i) Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica.

k) Tratamientos, agravamientos y/o reagudizaciones de enfermedades o procesos patológicos preexistentes que no hayan sido aceptados expresamente por la Mutua.

l) Cualquier tratamiento médico o proceso quirúrgico que tenga lugar fuera de España salvo cuadros agudos sobrevenidos durante la estancia, justificados suficientemente, o salvo autorización expresa de la Mutua.

2.2.- Fallecimiento por infarto de miocardio o accidente cerebro-vascular;

a) Encontrarse el asegurado bajo los efectos de cualquier droga que no le hubiera sido prescrita o administrada por un médico.

b) Encontrarse el asegurado en estado de embriaguez.

c) Estar el asegurado afectado por lesiones o enfermedades cardiovasculares o haya sufrido intervenciones, por esta causa, con anterioridad a la fecha de contratación de esta garantía.

2.3.- Hospitalización por accidente;

a) Los internamientos en balnearios, centros sociosanitarios y similares aunque sea con fines terapéuticos.

b) La hospitalización a consecuencia de cirugía plástica reparadora o estética.

Se entiende por cirugía reparadora la que va dirigida a corregir deformaciones o cicatrices en la superficie corporal de la persona, derivadas de un accidente y tendentes a restituir el aspecto que tenía antes de producirse el accidente. Se entiende por cirugía estética la que tiene por objetivo modificar el aspecto corporal del Asegurado no alterado como consecuencia de un accidente.

2.4.- Cirugía plástica reparadora por accidente;

Las operaciones de cirugía estética que tengan por objeto modificar el aspecto corporal del Asegurado no alterado como consecuencia de un accidente.

2.5.- Contagio de hepatitis y/o VIH por accidente profesional;

a) Las reclamaciones de los contagios derivados de:

- Cualquier tipo de inoculación o autoinoculación no accidental, incluyendo vacunación o inyección intencional.

- Contacto sexual.

- El consumo de drogas por vía parenteral.

- El uso de drogas o narcóticos, salvo que se disponga de ellos de forma legal y hayan sido recetados por un médico distinto al propio asegurado, y se hayan tomado de conformidad con la prescripción facultativa.

- La recepción habitual de sangre o de productos sanguíneos.

b) Las reclamaciones por infección de VIH;

- Las ocurridas con anterioridad a la entrada en vigor de esta garantía de la póliza.

- Las contraídas en el desarrollo de una actividad profesional distinta a la declarada en la solicitud de seguro y recogida en las Condiciones Particulares.

- Las relacionadas con cualquier proceso patológico preexistente por el cual el asegurado está sometido a tratamiento médico con anterioridad a la entrada en vigor de la cobertura.

- Cuando la primera prueba médica (apartado 5 a) no fuera realizada en los centros designados por la Mutua.

6.- Duración del Seguro PSN Accidentes;

Un año, tal y como se refleja en las Condiciones Particulares.

7.- Condiciones de Rescisión del Contrato;

- Retención o inexactitud en la declaración presentada por el Tomador o Asegurado sobre los datos y circunstancias que han de determinar el riesgo y las coberturas (Arts. 10, 89 y 90 de la Ley de Contrato de Seguro).

- Impago de la prima.

- En caso de agravación del riesgo durante el curso del contrato, el Tomador o el Asegurado deberán comunicar a la Mutua todas las circunstancias de tal agravación tan pronto les sea posible (Art. 11 de la Ley de Contrato de Seguro). En caso de que el Tomador o el Asegurado no hayan efectuado la declaración de agravación del riesgo, la Mutua queda liberada de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe. 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 (Art. 12 Ley de Contrato de Seguro).

8.- Pago de Prima;

La prima será periódica con los recargos e impuestos que sean de aplicación.

9.- Resolución por el Tomador;

El Tomador del Seguro podrá, mediante escrito expedido dentro de los treinta días siguientes a que se le entregue la Póliza o el documento de cobertura provisional, resolver unilateralmente el Contrato de Seguro. A partir de la fecha de expedición de dicho escrito, cesará la cobertura del riesgo por parte de la Mutua y el Tomador del Seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiese pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia, todo ello conforme al artículo 83 a) de la Ley de Contrato de Seguro.

10.- Régimen Fiscal;

A reserva de las modificaciones normativas ulteriores que se puedan producir durante la vigencia del contrato, éste quedará sometido a la normativa fiscal española de forma que las cantidades percibidas por los Beneficiarios quedarán sujetas al Impuesto sobre la Renta en el caso de supervivencia y al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones en caso de fallecimiento.

11.- Protección de Datos de Carácter Personal;

A efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se pone en conocimiento del Tomador y del Asegurado lo siguiente:

a) Los datos de carácter personal facilitados serán incorporados a un fichero automatizado, responsabilidad de Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija (en adelante la Mutua).

b) La finalidad de la recogida de tales datos es la formalización y gestión del Seguro solicitado. Los meramente identificativos podrán utilizarse, además, para poder facilitarles información sobre las actividades, servicios y productos de la Mutua y de las Empresas del grupo PSN (Previsión Sanitaria Nacional Gestión, S.A., SGIIC, PSN Servicios Inmobiliarios SLU, PSN Servicios y Desarrollos Informáticos SLU, PSN Prevención y Calidad SLU, PSN Servicios y Mediación SLU, PSN Educación y Futuro SLU y Doctor Pérez Mateos SA).

c) Los datos relativos al estado de salud o los de carácter personal que puedan generar cualquiera de las contingencias cubiertas por esta póliza estarán destinados únicamente a la Mutua, como Entidad Aseguradora para la gestión actual y futura de seguros y sólo podrán ser cedidos por motivo de reaseguro, coaseguro y prevención del fraude en el ámbito asegurador.

d) Los datos personales que se requieren en la solicitud y en los cuestionarios (financieros, ocupacionales y/o salud) son de obligado suministro por constituir información indispensable para conformar la voluntad contractual de la Mutua en cuanto a la evaluación del riesgo y para la efectividad del contrato. La negativa a suministrar tales datos personales impedirá la formalización de la póliza. Asimismo, el Tomador-Asegurado presta su conformidad para la realización de las pruebas que la Mutua considere oportunas de cara a la evaluación del riesgo asegurable, así como a consultar la información del Tomador-Asegurado que la Mutua pudiera obtener en virtud de otros contratos del ámbito asegurador firmados con la Mutua.

e) El Tomador y el Asegurado podrán ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el domicilio de PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, calle Villanueva, 11, Madrid (28001). La cancelación de los datos necesarios para la formalización y gestión de la póliza así como de los datos de salud conllevará la automática rescisión de la póliza.

Cláusula Final;

El/la abajo firmante reconoce haber recibido en esta misma fecha y con anterioridad a la posible contratación, un ejemplar de este documento y toda la información requerida en el artículo 107 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, cuya naturaleza se hace constar en los artículos 104 a 106 del mismo.

En _____ a _____ de _____ de 20____

Fdo./D./Dña.

D.N.I. nº.

EL/LA TOMADOR/A DEL SEGURO