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

PROPUESTA DE SEGURO COLECTIVO DE INCAPACIDAD LABORAL TOTAL TEMPORAL PARA LA CONFEDERACIÓN ESTATAL DE SINDICATOS MÉDICOS

CONDICIONES DEL CONTRATO FIRMADO POR SINDICATO MÉDICO DE GRANADA COMO TOMADOR DEL SEGURO PARA SUS AFILIADOS

Índice

1. Descripción del producto 3
2. Coberturas 3
3. Edad de suscripción 4
4. Duración del contrato 5
5. Primas 5
6. Tramitación de siniestros 5
7. Participación en Beneficios 5
8. Exclusiones 6
9. Nota informativa del seguro PSN SILT 365 8

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

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

1. Descripción del producto

Seguro de Incapacidad Laboral Temporal Colectivo de libre adhesión, exclusivo para afiliados de la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM), cuyo tomador será la CESM y los asegurados/adheridos los afiliados que deseen incorporarse al colectivo y que, previamente, sean asegurados de la póliza PSN SILT COLECTIVO CESM, que da cobertura a los primeros 20 días de la baja.

2. Coberturas

Incapacidad Laboral Temporal:

Abono de la cantidad diaria estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza, mientras dure la incapacidad laboral total temporal (ILT).

Duración Prestación: 12 o 18 meses
Franquicia: 20 días.

Hospitalización:

Abono de la cantidad diaria estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza, por hospitalización.

Carencia: por enfermedad 3 meses, por accidente no hay.
Duración mínima de indemnización: 24 horas.
Duración máxima de indemnización: 365 días.

		Prima anual con impuestos	
Indemnización diaria por:		Duración de la prestación por ILT	
ILT	Hospitalización	12 meses	18 meses
20 €	20 €	71,67	88,71
30 €	**30 €**	**107,51**	**133,07**
60 €	60 €	215,01	266,14
80 €	80 €	286,68	354,86
90 €	90 €	322,52	399,21
120 €	120 €	430,02	532,29
150 €	150 €	537,53	665,36
180 €	180 €	645,03	798,43
200 €	200 €	716,70	887,14

Dado que el seguro pretende cubrir las pérdidas retributivas, al menos en parte, y en modo alguno lucrarse en periodo de IT, el Sindicato Médico de Granada no considera adecuado contratar importes superiores a las posibles pérdidas, que están muy relacionadas con el importe percibido por guardias y en el caso de AP añadidas TAES y dispersión.

Supuestos especiales con periodos de cobertura de ILT limitado:

- **Baja embarazo:**
  Indemnización diaria máxima 30 días.
  Carencia: 8 meses.
  Franquicia: 20 días.
- **Parto:**
  Indemnización única de 20 días del importe diario contratado.
  Carencia: 8 meses.
  Sin franquicia.

Servicios complementarios:

Servicios presenciales de Convalecencia de 10h:
El Servicio incluye 10 horas de atención domiciliaria tras un alta hospitalaria (médica o quirúrgica) por estancia de ingreso de, al menos, 1 noche, Dependencia Temporal.
Puede ser realizado por enfermeros, auxiliares de enfermería, profesionales o auxiliares, en función de las necesidades de la persona y de su entorno.
Algunas de las actividades son:

- Ayuda para la realización de curas, higiene y cuidado personal.
- Compras, preparación y cocinado de comida.
- Control de medicación.
- Realización de movilizaciones: acostar/levantar, transferencias…
- Hacer compañía en el domicilio y acompañamientos fuera del hogar.

Si el asegurado precisa un mayor número de horas, puede contratarlo a precios baremados. No existe limitación por anualidad. Solamente por hospitalización.

Servicios remotos de Orientación y Atención Personal
Ante las dudas y necesidades que provoca cualquier situación de dependencia temporal por leve que esta sea, se precisa **información** y ayuda personal y familiar, adaptada a cada caso.

- Atención a la dependencia temporal, para la búsqueda y activación de recursos públicos y privados.
- Atención a la Familia, con el fin de aportar información y guía de recursos, para tratar lo relacionado con alteraciones de los procesos vitales (alimentación, lenguaje, sueño, necesidades especiales, etc.)
- Atención y Asesoramiento Social, sobre recursos socio sanitarios públicos y privados más adecuados en cada caso.

Bloque de Servicios de utilización limitada al asesoramiento, no incluye prestación económica en ningún caso.
Se activa con una llamada telefónica en horario de 9h a 19h, de lunes a viernes.
Este servicio se atiende también, sin sobrecoste, a las situaciones sobrevenidas por familiares de primer grado.

3. Edad de suscripción

- Mínima 21 años.
- Límite hasta los 69 años.

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

4. Duración del contrato

• Anual renovable.
• Causas de extinción del Seguro:
- Las contempladas por la Ley.
- Trasladar su domicilio fuera de España.
- Cese en su actividad profesional y/o laboral por cualquier causa.
- Recibir prestación o subsidio por desempleo.
- Recibir pensión de jubilación o incapacidad permanente.
- Causar baja como afiliado al Sindicato.

5. Primas

El pago de las primas se podrá realizar con periodicidad anual o con periodicidad semestral con un recargo del 1%.

6. Tramitación de siniestros

Para cualquiera de las contingencias será necesaria la solicitud correspondiente de prestación debidamente cumplimentada, firmada y fechada y la siguiente documentación:

Incapacidad Laboral Total Temporal:

Fotocopia del DNI.
Parte inicial de baja, original o compulsado, de la Seguridad Social o de la Mutua correspondiente.
Informe Médico respecto a las causas, origen, sintomatología, limitación de la capacidad funcional, evolución y diagnóstico del proceso patológico determinante del siniestro, con pronóstico en cuanto a la duración de la dolencia.
Partes semanales de Confirmación de Baja originales o compulsados, en caso de ser afiliado a la Seguridad Social, y en caso de no serlo, informes quincenales del médico que lo asiste.
En caso de Parto, Informe Médico y Certificado de Nacimiento.

Hospitalización:

Impreso de solicitud de indemnización cumplimentado en su totalidad y firmado y en todo caso escrito donde conste: datos de identificación de Asegurado y Tomador, centro sanitario donde esté ingresado, causa de la hospitalización y fechas de ingreso y de alta.
Informe o historial clínico del ingreso hospitalario expedido por el centro sanitario y con firma del médico responsable, en el que consten las fechas de ingreso y alta, y el origen y antecedentes de la enfermedad o accidente que motivaron el ingreso, así como la evolución del proceso.

7. Participación en Beneficios

El tomador de cada póliza colectiva de libre adhesión, tendrá derecho al cobro de una Participación en Beneficios (en adelante P.B.) del 30%. El cálculo de la P.B. de cada ejercicio se realizará teniendo en cuenta primas devengadas y siniestros pagados desde 01 de enero a 31 de diciembre de dicho ejercicio, aplicando la siguiente fórmula:

P.B.= 30% (Prima Neta de Gastos – Coste Siniestros del mismo periodo)

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

Es decir, a la Prima Neta de Gastos se le restará el Coste de los Siniestros del mismo periodo y se otorgará el 30% de esa cantidad.

Cuando la Participación en Beneficios resultante sea negativa, se descontará de la Participación en Beneficios de los años sucesivos.

8. Exclusiones

Quedan excluidos de todas las coberturas y garantías de la Póliza los hechos y situaciones siguientes:

1.- Las producidos 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 cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros** u Organismo que pueda sustituirlo.

2.- Los ocasionados por **reacción, radiación nuclear o por contaminación radioactiva**.

3.- Los derivados del **consumo de alcohol, drogas o estupefacientes**.

4.- Los originados con ocasión de **comisión o tentativa de delito por el propio Asegurado**.

5.- El intento **de suicidio y las consecuencias** derivadas del mismo hasta que transcurra **un año desde la fecha de efecto del contrato** o de cualquier posterior ampliación de cobertura.

Exclusiones específicas para la cobertura principal por incapacidad laboral total temporal:

1.- Las situaciones de incapacidad laboral total temporal derivadas de **tratamientos de fertilidad e infertilidad**, así como cualquier tratamiento o consecuencia de tales eventos.

2.- **Cirugía plástica y reparadora con intención estética**, salvo que sea consecuencia directa de enfermedad o accidente sobrevenidos durante la vigencia del seguro.

3.- Cualquier **tratamiento odontológico, con intención estética**, rehabilitadora, salvo que sean consecuencia directa de accidente sobrevenido durante la vigencia de la Póliza. No quedarán excluidos los procesos agudos por enfermedad o accidente sobrevenido durante la vigencia de la Póliza cuando requieran ingreso hospitalario y durante el tiempo que éste dure.

4.- Tratamientos y/o agravamientos o reagudizaciones de **enfermedades o procesos patológicos preexistentes que no hayan sido aceptados expresamente por la Mutua**, en cuyo caso se reflejará en el certificado individual.

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

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

Supuestos especiales con periodos de cobertura limitados sobre el plazo máximo contratado:

a) 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, **plazo máximo de cobertura 20 días.**

b) **Síndromes dolorosos inespecíficos motivados sin diagnóstico etiológico, fibromialgias y resto de algias y cuadros de estrés, ansiedad o depresión** (CIE-9: 296.2, 296.3, 293.84, 300.0, 300.21, 313.0, 300.4, 308.0, 309.0, 309.1, 309.2, 309.81, 311. CIE-10: F30 a F39, F41 y F43 y DSMIV: F06.4, F32, F33, F34.1, F41.0, F41.1, F41.9, F43.0, F43.1, F93.0), **plazo máximo de cobertura 20 días.**

c) **Hernias discales** de cualquier etiología y localización, y sus consecuencias, **plazo máximo de cobertura 20 días.**

d) **Incapacidad laboral total temporal de la Asegurada durante el embarazo derivada de patologías relacionadas con su estado grávido**, con un plazo máximo de cobertura limitado, ya sea de forma consecutiva o en periodos alternos, a **30 días por embarazo,** aunque su incapacidad laboral total temporal por este motivo sea de mayor duración.
Cesará el derecho al devengo de la prestación en este supuesto especial, por acaecimiento del parto o por acceso a la situación legal de baja por maternidad.
Esta prestación tendrá un periodo de **carencia como máximo de ocho meses** a contar desde la fecha de efecto del seguro.

e) En caso de **parto o cesárea de la Asegurada**, se garantiza por la Mutua, el abono de una **indemnización única equivalente a 20 días del importe diario contratado** para esta cobertura. Para el abono de esta prestación no se tendrá en cuenta la franquicia que, en su caso, pudiese haber contratada. Esta prestación tendrá un periodo de carencia como máximo de ocho meses a contar desde la fecha de efecto del seguro.

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

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

NOTA INFORMATIVA DEL SEGURO "PSN SILT PROFESIONAL COLECTIVO 365"

1.- Legislación Aplicable

Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras, al 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 Villanueva nº 11 (CP 28001), 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.

Entidad Mediadora: PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo S.A.U., con domicilio social en Madrid, calle Villanueva nº 11 (CP 28001), CIF A-87382867, agencia de seguros exclusiva 100% participada por Previsión Sanitaria Nacional PSN Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija (en adelante PSN Mutua) y debidamente inscrita en el Registro Administrativo especial de mediadores de seguros, corredores de reaseguros y de sus altos cargos, con la clave M0377A87382867.

PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo S.A.U., realiza la actividad de mediación en seguros exclusivamente para PSN Mutua, sin perjuicio de la autorización a favor de AMIC Seguros Generales, S.A., para operar como mediador exclusivo en los ramos en los que PSN Mutua opera. 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 y opciones ofrecidas:

I. Cobertura Principal por Incapacidad Laboral Total Temporal

La Mutua garantiza al Asegurado el abono de la cantidad diaria estipulada en el Certificado Individual de Seguro, pagadera con periodicidad mensual, mientras dure la incapacidad laboral total o hasta alcanzar el período máximo de prestación indicado en el Certificado Individual de Seguro, aunque la incapacidad se prolongue por un tiempo superior al citado periodo máximo.

Se entenderá por Incapacidad Laboral Total Temporal la derivada de enfermedad o accidente del Asegurado que le imposibilite totalmente para realizar la actividad profesional expresamente declarada a esta Mutua cubierta por la Póliza.

- Supuestos especiales con periodos de cobertura limitados sobre el plazo máximo establecido en el apartado anterior:

a) La Mutua garantiza el pago de la indemnización diaria establecida en el Certificado Individual del Seguro por incapacidad laboral total temporal de la Asegurada/Adherida durante el embarazo derivada de patologías relacionadas con su estado grávido, con un plazo máximo de cobertura limitado, ya sea de forma consecutiva o en periodos alternos, a 30 días por embarazo, aunque su incapacidad laboral total temporal por este motivo sea de mayor duración, una vez deducidos 20 días de franquicia.

Cesará el derecho al devengo de la prestación en este supuesto especial por las siguientes causas: por acaecimiento del parto o por acceso a la situación legal de baja por maternidad.

Esta prestación tendrá un periodo de carencia de ocho meses a contar desde la fecha de efecto del seguro.

b) En caso de parto o cesárea de la Asegurada/Adherida, se garantiza por la Mutua, el abono de una indemnización única equivalente a 20 días del importe diario contratado para esta cobertura. Para el abono de esta prestación no se tendrá en cuenta franquicia alguna. Esta prestación tendrá un periodo de carencia de ocho meses a contar desde la fecha de efecto del seguro.

c) 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, tendrá un plazo máximo de cobertura de 20 días.

c) Síndromes dolorosos inespecíficos motivados sin diagnóstico etiológico, fibromialgias y resto de algias y cuadros de estrés, ansiedad o depresión (CIE-9: 296.2, 296.3, 293.84, 300.0, 300.21, 313.0, 300.4, 308.0, 309.0, 309.1, 309.2, 309.81, 311. CIE-10: F30 a F39, F41 y F43 y DSMIV: F06.4, F32, F33, F34.1, F41.0, F41.1, F41.9,F43.0, F43.1, F93.0), tendrán un plazo máximo de cobertura de 20 días.

e) Hernias discales de cualquier etiología y localización, y sus consecuencias, tendrán un plazo máximo de cobertura de 20 días.

- Período de carencia:

Si la incapacidad laboral total temporal es causada por enfermedad, habrá un período de carencia de VEINTE DÍAS, contados desde la fecha de efecto del contrato, de forma que esta cobertura sólo se hará efectiva para enfermedades iniciadas a partir del día vigésimo primero a partir de tal fecha.

Si la incapacidad laboral total temporal tiene su origen en un accidente, no habrá período de carencia alguno, entrando en vigor la cobertura inmediatamente a la fecha de efecto.

Para los supuestos especiales con periodos de cobertura limitados, el periodo de carencia a contar desde la fecha de efecto de la Póliza será de ocho meses.

En ningún caso entrarán en cobertura los procesos patológicos iniciados antes o durante el período de carencia, ni las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del contrato.

- Período de franquicia:

La prestación comenzará a ser abonada, en todo caso, una vez transcurrido un periodo de franquicia de 20 días contado a partir desde el inicio del siniestro.

En el supuesto especial de parto, no se aplicará ningún período de franquicia.

- Período de prestación:

a) La prestación diaria empezará a devengarse una vez transcurrido el citado período de franquicia, siempre que el Tomador, Asegurado/Adherido y/o tercero autorizado notifiquen el siniestro a la Mutua dentro de los siete días siguientes al inicio de la incapacidad total temporal.

b) Transcurrido dicho plazo sin que la Mutua tenga conocimiento del siniestro, se considerará como fecha de inicio de la incapacidad el día de la notificación del mismo y/o presentación de la solicitud de prestación, de forma que a partir de dicha fecha se iniciará el período de franquicia y, sólo pasado éste, empezará el devengo de la prestación.

c) Ningún Asegurado/Adherido podrá devengar prestaciones por un mismo proceso patológico, ya sea de forma consecutiva o en períodos alternos, por tiempo superior al plazo máximo indicado en el correspondiente Certificado Individual del Seguro.

d) Cesará la prestación en el momento en que el Asegurado/Adherido pueda reanudar sus ocupaciones profesionales, aunque sea parcialmente y aunque no haya recibido el alta de la Seguridad Social y, en todo caso, cuando se haya agotado el período máximo de prestación indicado en el Certificado Individual del Seguro o se dé cualquiera de los supuestos de extinción del seguro previstos en las Condiciones Generales.

II. Cobertura Complementaria Optativa.

Hospitalización del Asegurado: La Entidad Aseguradora garantiza al Asegurado el pago de la indemnización diaria establecida en el Certificado Individual del Seguro si, como consecuencia de una enfermedad contraída o un accidente sufrido durante la vigencia de la Póliza y que resulten cubiertos por esta garantía, el Asegurado tuviera que ser necesariamente internado en un hospital más de 24 horas.

A efectos de esta cobertura, se entiende por hospital el establecimiento legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas y de servicios médicos y de enfermería durante las 24 horas del día. Los tratamientos que en dicho establecimiento se ofrezcan, deben ser prestados por personal médico titulado.

No se considerarán hospitales, a efectos del seguro, las residencias, asilos, balnearios, casas o clínicas de convalecencia, instalaciones especialmente dedicadas al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos, o a la aplicación de métodos de adelgazamiento, reposo, rejuvenecimiento o similares.

La indemnización se devengará durante el tiempo que el Asegurado figure como paciente interno del hospital por enfermedad o accidente y con un máximo de 365 días, haya o no intervención quirúrgica.

Si dentro de los doce meses siguientes a una hospitalización por la cual se hubiera abonado indemnizaciones por esta cobertura, el Asegurado tuviera que ser ingresado nuevamente en un hospital por la misma causa o por causas relacionadas con el anterior internamiento, la nueva hospitalización será considerada a todos los efectos como prolongación de la anterior. Cuando el período transcurrido entre ambos internamientos sea superior a doce meses, el segundo será considerado como nuevo período de hospitalización.

Período de Carencia.

Si la hospitalización se debe a enfermedad y no se establece otro en este anexo o en el Certificado Individual del seguro, habrá un período de carencia de TRES MESES a contar desde la fecha de efecto del seguro, durante el cual no entrará en vigor esta cobertura.

Si la hospitalización tiene su origen en accidente, en todo caso ocurrido después de la fecha de efecto del seguro, no habrá período de carencia

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

alguno.

4.- Cláusulas limitativas y exclusiones:

A.- Exclusiones comunes a todas las coberturas:

1.- **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 cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros u Organismo que pueda sustituirlo.**

2.- **Los ocasionados por reacción, radiación nuclear o por contaminación radioactiva.**

3.- **Los derivados del consumo de alcohol, drogas o estupefacientes.**

4.- **Los originados con ocasión de riñas o enfrentamientos, salvo legítima defensa, y de comisión o tentativa de delito por el propio Asegurado-Adherido.**

5.- **Los motivados por exposición deliberada a peligros innecesarios, salvo en un intento de salvar alguna vida humana.**

6.- **El suicidio, el intento de suicidio y las consecuencias derivadas del mismo hasta que transcurra un año desde la fecha de efecto del contrato o de cualquier posterior ampliación de cobertura.**

B.- Exclusiones específicas para la cobertura principal por Incapacidad Laboral Total Temporal:

1.- **Las situaciones de incapacidad laboral total temporal derivadas de tratamientos de fertilidad e infertilidad, así como cualquier tratamiento o consecuencia de tales eventos.**

2.- **Cirugía plástica y reparadora con intención estética, salvo que sea consecuencia directa de enfermedad o accidente sobrevenidos durante la vigencia del seguro.**

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

4- **Tratamientos y/o agravamientos o reagudizaciones de enfermedades o procesos patológicos preexistentes que no hayan sido aceptados expresamente por la Mutua, en cuyo caso se reflejará en el Certificado Individual del Seguro**

5.- **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**

C.- Exclusiones específicas para la Cobertura de Hospitalización:

Además de las exclusiones comunes para todas las garantías, se establecen las siguientes:

1.- **Cualquier enfermedad o intervención quirúrgica derivada o relacionada con el V.I.H. (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.**

2.- **La cirugía estética y la plástica y reparadora de lesiones que no sean consecuencia de enfermedades o accidentes cubiertos por la Póliza, así como las operaciones y tratamientos de cambio de sexo.**

3.- **Los tratamientos de fertilidad o infertilidad, hemodiálisis, curas de rehabilitación, neurosis, fatiga crónica, epilepsia idiopática.**

4.- **Las autolesiones y lesiones producidas por intento de suicidio, frustrado o consumado.**

5.- **Accidentes o enfermedades imputables a estados de perturbación mental del Asegurado, alteraciones y anomalías del pensamiento, así como los derivados del consumo intencional de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, a no ser que estos últimos hubiesen sido prescritos por un facultativo titulado.**

6.- **Partos eutócicos. Están cubiertas las hospitalizaciones debidas a partos distócicos, con o sin intervención quirúrgica, una vez transcurrido el plazo máximo de ocho meses de carencia específico para estos supuestos.**

7.- **Los que pudiera sufrir el Asegurado con ocasión de la práctica de alguna de las actividades que se mencionan a continuación:**

a) **La práctica profesional de cualquier deporte.**

b) **La participación en pruebas deportivas de competición o de exhibición ocupando un vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero.**

c) **La práctica, aunque sea como mero aficionado, de la aeronáutica, incluyendo vuelo con motor o sin motor, vuelo con ala delta y similares y el paracaidismo; del submarinismo con o sin equipos autónomos de respiración; de cualquier tipo de ejercicios náuticos a remo, vela, motor o de natación realizados en lagos o mares a distancia superior a una milla de la costa; del alpinismo, la espeleología, el esquí de ruta o travesía fuera de pistas e instalaciones y de la caza.**

d) **Los viajes aéreos realizados en circunstancias distintas a la de ocupar el Asegurado plaza como simple pasajero en aeronaves debidamente autorizadas para el transporte público de viajeros.**

e) **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.**

D.- Límites a la Contratación

Por la edad: No podrán incorporarse a este seguro como Asegurados/Adheridos las personas menores de 21 años, las legalmente incapacitadas, ni los mayores de 69 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: El Asegurado/Adherido tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la Mutua, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. El incumplimiento de dicha obligación conllevará al Asegurado/ Adherido que le sean de aplicación las consecuencias previstas al efecto en la normativa vigente en cada momento.

Por el lugar de residencia del Asegurado/Adherido: No podrán contratar las personas que tengan su residencia y domicilio habitual fuera de España.

5.- Pago de Prima:

Las primas serán anuales y exigibles por anticipado, aunque se puede pactar el pago fraccionado de la misma con los recargos correspondientes.

En cada renovación del Contrato, la Prima anual se determinará de acuerdo con la edad del Asegurado-Adherido, las garantías de la Póliza en ese momento y la siniestralidad producida, aplicando las tarifas que la Mutua tenga en vigor en la fecha de la renovación.

Desglose de Primas:

En el Certificado Individual y siempre que proceda por tal concepto de acuerdo con las garantías contratadas, se indicará el desglose numérico de las primas.

6.- Duración del Contrato:

El seguro se contratará por el período de un año renovable por la tácita por períodos de igual duración, salvo que una de las partes se oponga a la prórroga mediante notificación escrita dirigida a la otra con una antelación no inferior a dos meses al vencimiento del período en curso.

En todo caso el seguro se extinguirá cuando el Asegurado/Adherido:

a) Traslade su domicilio fuera de España, salvo que el Asegurador acepte expresamente la continuidad del seguro dentro de los 15 días siguientes a recibir la notificación de dicho traslado.

b) Cese en su actividad profesional y/o laboral por cualquier causa.

c) Perciba una prestación o subsidio por desempleo.

d) Perciba una pensión de Jubilación o Incapacidad Permanente.

e) Causar baja como afiliado en la Confederación Española de Sindicatos Médicos.

La extinción del seguro surtirá efectos desde la fecha en que se haya producido el hecho que da lugar a la misma.

7.- Condiciones de rescisión del Contrato:

- Reticencia o inexactitud en la declaración presentada por el Tomador o Asegurado/Adherido 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. No se prevé el derecho de rehabilitación de la póliza.
- En caso de agravación del riesgo durante el curso del contrato, el Tomador o el Asegurado/Adherido 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). La Mutua podrá proponer una modificación del Contrato, en el plazo de dos meses desde el día en que le haya sido comunicada dicha agravación, disponiendo el Tomador o, en su caso, el Asegurado/Adherido, del plazo de quince días, desde su recepción, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio, transcurrido dicho plazo, la Mutua podrá rescindir el contrato previa advertencia al Tomador o Asegurado/Adherido para que conteste en un nuevo plazo de quince días, pasados los cuales y dentro de los ocho días siguientes, comunicará al Tomador la rescisión definitiva. En caso de que el Tomador o el Asegurado/Adherido no hayan efectuado

la declaración de agravación del riesgo, la Mutua queda liberada de su prestación si el Tomador o el Asegurado/Adherido ha actuado con mala fe. La Mutua también podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado/Adherido en el plazo de un mes desde que tuvo conocimiento de la agravación (Art. 12 Ley de Contrato de 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.

9.- 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 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 para la defensa del mutualista y de los partícipes de los planes de pensiones individuales" 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 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 para la defensa del mutualista y de los partícipes de los planes de pensiones individuales" 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 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.
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.

10.- Tratamiento 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, el Tomador y el Asegurado conocen y aceptan lo siguiente:

a) Los datos de carácter personal facilitados serán incorporados a un fichero inscrito ante la Agencia Española de Protección de Datos, siendo titular y responsable de su tratamiento PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA. Asimismo le informamos que una vez formalizada la Póliza sus datos serán tratados por PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo SAU, con la finalidad de la gestión comercial por dicha entidad como encargado del tratamiento de la Póliza de Seguro contratada.

b) La finalidad de la recogida de tales datos es la formalización y gestión del Seguro. Los meramente identificativos podrán utilizarse, además, para poder facilitar información o publicidad sobre las actividades, servicios y productos de PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija y de las Empresas del Grupo PSN, para los sectores específicos y concretos de actividad de las mismas, en los términos establecidos en la solicitud del Seguro. La composición de las empresas del Grupo PSN se puede consultar en la dirección http://www.psn.es/empresas-psn. **La finalidad de los datos relativos al estado de salud o los de carácter personal que puedan generar cualquiera de las contingencias cubiertas por el Seguro estarán destinados por la Mutua, para la gestión de su actividad Aseguradora y sólo podrán ser cedidos a otras entidades Aseguradoras y a otros organismos públicos o privados en orden a la tramitación de posibles siniestros, de lucha contra el fraude o cualquier otro fin que sea necesario para la adecuada actuación profesional relacionada con la gestión de la Póliza o por razones de coaseguro o reaseguro.**

c) **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. Asimismo, el Tomador y el Asegurado prestan su conformidad para la realización de las pruebas que la Mutua considere oportunas de cara a la evaluación del riesgo asegurable, así como a que la Mutua pueda utilizar, con la misma finalidad que la señalada anteriormente, la información del Tomador y del Asegurado que la misma pudiera obtener en un futuro en virtud de otros contratos del ámbito Asegurador firmados con la Mutua.**

d) El Tomador y Asegurado podrá 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). En el supuesto de que, con posterioridad al perfeccionamiento de la Póliza del seguro, se ejercite por el Tomador o el Asegurado su derecho de cancelación u oposición de los datos necesarios para la gestión de la Póliza, automáticamente se cancelará la Póliza.

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 SILT PROFESIONAL COLECTIVO 365", aceptando expresamente las cláusulas limitativas o excluyentes que figuran destacadas en "negrita" en estos documentos y toda la información requerida en el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, cuya naturaleza se hace constar en los artículos 122 y siguientes del mismo.

Fdo./D./Dña.:

EL/LA TOMADOR/A DEL SEGURO

Fdo./D./Dña. _____

D.N.I. nº. _____

EL/LA ASEGURADO/A DEL SEGURO

Devolver copia firmada a la Mutua.

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