

La mejor forma de vincular a tus colegiados jóvenes



PSN Joven es un seguro de Accidentes para menores de 35 años único en el mercado.

Cuenta con unas coberturas muy completas y centradas en las necesidades de profesionales que están en los primeros años de su etapa profesional.

¿Qué coberturas ofrece?

	Invalidez Permanente Absoluta por Accidente	50.000€
	Gran Invalidez por Accidente	50.000€
	Incapacidad temporal por accidente	Hasta 450€ /mes
	Hospitalización por accidente	Hasta 900€ /mes
	Fallecimiento por accidente	6.000€

Gracias a este producto, el Colegio refuerza la vinculación con el nuevo colegiado ofreciéndole de manera gratuita y por un año de duración, un seguro muy completo. Además, PSN quiere ayudar al Colegio bonificando su primera anualidad de tal modo que únicamente tenga que abonar 9,21€ por cada póliza suscrita, **un 77% menos de su coste**. A partir del segundo año, cada colegiado decide si quiere o no renovar la póliza sin ningún compromiso.



Y además, asistencia tecnológica multimedia

Te ayudamos con tu ordenador, smartphone, televisor...



Resolución remota de incidencias y dudas (configuración, virus, asesoramiento...).



Gestión de trámites con el proveedor de Internet.



Posibilidad de añadir servicio de backup online (hasta 50 Gb de almacenamiento).

Y todas las ventajas de ser mutualista de PSN

CLUB PSN

Descuentos exclusivos en viajes, ocio, electrodomésticos, primeras marcas de moda...

COMPLEJO San Juan

Un resort vacacional exclusivo para mutualistas en San Juan (Alicante)

PSN SERCON

Consultora de referencia en Protección de Datos en el sector sanitario



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:		
1º Año: 9,21 €	2º Año: 19,21 €	3º Año y Sucesivos: 40,08 €

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).

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

País N° Control Entidad Oficina D.C. N° 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

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