

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO "PSN SILT PROFESIONAL COLECTIVO"

Artículo Preliminar

El presente Contrato de Seguro se rige por las presentes Condiciones Generales, por el Certificado Individual que individualice el riesgo y, en su caso, por las Condiciones Especiales y Suplementos de la Póliza de este Seguro, sometiéndose a la Ley 50/80, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, al 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 Seguros Privados, a su Reglamento aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre y, en general, por la legislación española que complemente o sustituya a tales leyes.

El Certificado Individual del Seguro y, en su caso, las Condiciones Especiales y Suplementos de Póliza, necesariamente firmados por las partes, se referirán expresamente al presente Contrato, constituyendo junto con el boletín de adhesión y las presentes Condiciones Generales así como los Anexos que hubiere, en su conjunto, la Póliza de SEGURO PSN SILT PROFESIONAL COLECTIVO.

Siempre que no se trate de disposiciones imperativas, prevalecerá lo pactado por las partes sobre las normas dispositivas. En caso de conflicto entre lo pactado por las partes, prevalecerán siempre el Certificado Individual del Seguro sobre las Generales y, en su caso, sobre las Especiales.

Artículo 1º.- Definiciones

A los efectos de esta Póliza se entenderá por:

- Mutua o Entidad Aseguradora: Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, con domicilio social en Madrid, calle Villanueva 11, código postal 28001, entidad emisora de esta Póliza, que mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de los riesgos con arreglo a las Condiciones de la Póliza.

- Tomador del Seguro: Persona física o jurídica que, reuniendo los requisitos establecidos en los Estatutos de la Mutua para adquirir la condición de Mutualista, en nombre propio, suscribe con ésta el Contrato de Seguro del que forma parte este Condicionado General, asumiendo los derechos y las obligaciones derivadas del mismo, salvo los que por su naturaleza, corresponden al Asegurado/Adherido o al Beneficiario.

- Grupo Asegurable: Conjunto de personas físicas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la adhesión al seguro pero diferente a éste, que cumple las condiciones precisas para ser Asegurado-Adherido.

- Asegurado-Adherido o Asegurado: Persona física que, perteneciendo al grupo asegurable, cumple las condiciones de adhesión, figura en la relación de personas incluidas en el seguro colectivo, es titular del correspondiente Certificado Individual y de las garantías amparadas por el mismo y asume las obligaciones que para ella derivan del contrato, aunque no adquiere la condición de Mutualista pues la misma corresponde al Tomador.

- Grupo o Colectivo Asegurado: Conjunto de Asegurados-Adheridos al mismo Seguro Colectivo.

- Beneficiario: Persona o personas titulares del derecho a percibir, en su caso, la prestación o prestaciones garantizadas por la Póliza, cuando tal derecho no corresponda al Asegurado-Adherido.

- Contrato de Seguro o Póliza: Contrato de seguro que contiene las condiciones reguladoras del mismo. Forman parte integrante de la póliza las Condiciones Generales, las Especiales y el Certificado Individual que individualiza el riesgo, así como los suplementos o apéndices que se emitan para completarlo o modificarlo.

- Certificado Individual del Seguro: Documento emitido por la Mutua que recoge las condiciones y coberturas específicas que corresponden a cada Asegurado-Adherido al seguro.

- Boletín de Adhesión: Impreso o impresos facilitados por la Entidad Aseguradora y suscritos conjuntamente por el Tomador y el Asegurado-Adherido, en los que éste solicita su incorporación al Grupo Asegurado, describe el riesgo que desea asegurar y declara los datos y circunstancias, especialmente las de su estado de salud, que pueden influir en la valoración del riesgo.

- Solicitud-Cuestionario: Impreso o impresos facilitados por la Entidad Aseguradora en el que el Tomador y/o el Asegurado-Adherido describen el riesgo que desean asegurar y declaran los datos y circunstancias, especialmente las de estado de salud e ingresos económicos del asegurado, que pueden influir en la valoración del riesgo.

- Prestación: Obligación económica asumida por la Mutua frente al Asegurado-Adherido o al Beneficiario al ocurrir el siniestro durante la vigencia del Seguro. El importe de las sumas aseguradas para cada garantía contratada figurará en el Certificado Individual de Seguro.

- Prima: Precio del seguro incrementado con los recargos e impuestos de legal repercusión.

- Desglose de Primas: En el Certificado Individual del Seguro y, siempre que proceda por tal concepto



de acuerdo con las garantías contratadas, se indicará el desglose numérico de las primas.

- Contingencia/Siniestro: Hecho cuyas consecuencias están cubiertas por alguna de las garantías de la Póliza. Se considerará que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños, secuelas y consecuencias derivadas de un mismo hecho.

- Enfermedad: Alteración involuntaria de la salud del Asegurado-Adherido que le impida totalmente el ejercicio de la actividad profesional o laboral declarada, acreditada por diagnóstico e informe de médico legalmente autorizado para ejercer.

- Accidente: Sin perjuicio de la delimitación del riesgo que se establezca en el presente contrato, se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado-Adherido que produzca la Incapacidad o fallecimiento de éste.

- Accidente Profesional: Todo aquel accidente que ocurra en el recinto habitual de trabajo, en el camino de ida y vuelta al trabajo ("in itinere") o en cualquier lugar con ocasión de la realización de actividades inherentes a la ocupación profesional declarada en solicitud y/o recogida en el correspondiente Certificado Individual de Seguro.

- Edad Actuarial: es la edad del Asegurado-Adherido, calculada desde el cumpleaños más próximo aunque éste aún no se haya producido.

- Período de Carencia: Tiempo, contado a partir de la fecha de efecto del contrato, durante el cual no entran en vigor las garantías.

- Prestación: Obligación económica asumida por la Entidad Aseguradora frente al Asegurado o Beneficiario al ocurrir la contingencia durante la vigencia del seguro.

Artículo 2º.- Bases del contrato

1.- El presente Contrato de Seguro tiene su base en el artículo 9 del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad..

2.- El presente Contrato de Seguro se establece con base en los datos facilitados en la Solicitud del Seguro por el Tomador del Seguro y, necesariamente, por el Asegurado/Adherido en la declaración sobre su estado de salud, sobre la actividad profesional y/o laboral declarada y sobre los ingresos económicos anuales obtenidos por el ejercicio de ésta, conforme al cuestionario presentado por la Mutua. Estos documentos junto con informes y/o reconocimientos médicos que la Mutua considere necesarios para la correcta estimación del riesgo a cubrir, y junto con la Póliza, constituyen un todo unitario, base del Seguro. La declaración del estado de salud ha de dar respuesta de la manera más extensa y completa posible,

declarando toda circunstancia que pueda influir, de cualquier forma, en la valoración del riesgo.

3.- Una vez recibida la Solicitud de Seguro o el Boletín de Adhesión, la Aseguradora se reserva el derecho a denegar la emisión de la Póliza notificando al solicitante tal decisión.

4.- El contrato será nulo, salvo en los casos previstos en la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

5.- Si el contenido de la Póliza o del Certificado Individual difieren de la proposición de seguro, del Boletín de Adhesión o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro o el Asegurado-Adherido podrán reclamar a la Entidad Aseguradora, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza o del certificado individual, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza o en el Certificado Individual del Seguro.

6.- El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado/Adherido, podrá mediante carta certificada remitida dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en que la Mutua le entregue la Póliza o un 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 Entidad Aseguradora y el Tomador del Seguro o en su caso, el Asegurado-Adherido, tendrá derecho a la devolución de la Prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

7.- El Contrato de Seguro y sus ampliaciones son indisputables a partir de un año, contando desde la fecha de su conclusión o desde la toma de efecto de cada una de las ampliaciones, salvo que el Tomador o el Asegurado hayan actuado con dolo.

8.- En caso de extravío, robo o destrucción de la Póliza, el Tomador comunicará por carta certificada al Asegurador quien, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, procederá a la emisión de un duplicado de la misma.

Artículo 3º.- Límites a la Contratación

Por la edad: No podrán incorporarse a este seguro como Asegurados/Adheridos las personas menores de 16 años y las legalmente incapacitadas. 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 la actividad profesional declarada y la retribución percibida por ella: Sólo podrán ser aseguradas las personas que desarrollen una actividad profesional y/o laboral mediante retribución económica de acuerdo con el ámbito de aplicación señalado en el Real Decreto-ley

20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, en relación con el personal al servicio de las Administraciones Públicas, organismos y entidades dependientes de las mismas y órganos constitucionales.

El importe de la cobertura de incapacidad laboral total temporal se limitará al importe neto de tal retribución que no esté cubierta o garantizada en caso de incapacidad laboral o profesional por el Organismo Público correspondiente o por una Póliza de seguro privado contratada para el mismo concepto.

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

Artículo 4º.- Condiciones de adhesión

Las condiciones de adhesión a este seguro colectivo serán las que figuren en la proposición suscrita por la Entidad Aseguradora y aceptada por el Tomador y que se recogerán en el correspondiente Certificado Individual del Seguro.

Se podrá establecer la división del colectivo o grupo asegurable en subgrupos diferenciados en razón a uno o varios criterios, tales como condiciones personales, hábitos de vida o costumbres, determinación de módulos de variación de primas o prestaciones garantizadas, etc.

El cumplimiento de las condiciones de adhesión y de los límites a la contratación se verificará con los datos en el Boletín de Adhesión y de la declaración sobre el estado de salud, sin perjuicio de los reconocimientos médicos o cualquier otra comprobación que pudiera exigir la Mutua.

Artículo 5º.- Objeto del Seguro

La Entidad Aseguradora se obliga, dentro de los límites y condiciones estipuladas en la presente Póliza, a satisfacer las prestaciones pactadas en el Certificado Individual del Seguro para la cobertura de Incapacidad Laboral Total Temporal del Asegurado/Adherido derivada de enfermedad común.

5.1.- Objeto y extensión de la cobertura:

La presente cobertura tiene como objeto la compensación de la retribución económica máxima que fija el artículo 9 del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.. en caso de incapacidad temporal por contingencias comunes.

La Mutua garantiza al Asegurado/Adherido el abono de la cantidad diaria estipulada en el Certificado Individual de Seguro, que en ningún caso podrá ser

superior a la pérdida económica derivada de su situación de incapacidad, pagadera con periodicidad mensual, mientras dure la incapacidad laboral total temporal o hasta alcanzar el periodo máximo de prestación indicado en el Certificado Individual aunque la incapacidad se prolongue por un tiempo superior al citado periodo máximo.

A los efectos de esta cobertura, se entenderá por Incapacidad Laboral Total Temporal la derivada de enfermedad común del Asegurado-Adherido que le imposibilite totalmente para realizar la actividad profesional expresamente declarada a esta Mutua cubierta por la Póliza.

5.2. Cálculo del complemento por Incapacidad Temporal por enfermedad común.

En los casos de Incapacidad Temporal por enfermedad común el complemento se calculará de conformidad con lo dispuesto en el Certificado Individual del Seguro.

5.3 Limite de la prestación a cargo de la Aseguradora.

En ningún caso el complemento a cargo de la Entidad Aseguradora junto a la prestación asumida por la Seguridad Social u organismo equivalente, podrá superar el 100% de los haberes.

En cualquier caso, la indemnización estará limitada a un máximo de 20 días por siniestro y un máximo de 7 siniestros por asegurado y año.

5.4.- Período de carencia:

No habrá período de carencia alguno, entrando en vigor la cobertura inmediatamente a la fecha de efecto.

5.5.- Período de prestación:

a) La prestación diaria empezará a devengarse desde la fecha de inicio de la situación de incapacidad temporal, 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 y siempre y cuando haya transcurrido el periodo de carencia establecido en las presentes Condiciones Generales.

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.

Artículo 6º.- Riesgos excluidos

Quedan excluidos de cobertura 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 originados con ocasión de riñas o enfrentamientos, salvo legítima defensa, y de comisión o tentativa de delito por el propio Asegurado-Adherido.

Artículo 7º.- Modificación del riesgo

1.- El Tomador del Seguro y/o el Asegurado/Adherido están obligados a notificar al Asegurador todas las circunstancias que modifiquen el riesgo asegurado y muy especialmente las que sobrepasen los límites de contratación establecidos en el artículo 3º de este Condicionado, las que son causa de extinción del seguro, conforme al artículo 13.5 de este Condicionado, y las siguientes:

a) Cambios en la actividad laboral o profesional declarada o en el puesto de trabajo.

b) La contratación de cualquier otro seguro sobre el mismo o similar riesgo.

2.- La agravación del riesgo podrá ser aceptada o no por la Mutua siguiendo, en todo caso, los procedimientos regulados en el artículo 12 de la Ley de Contrato de Seguro.

3.- En caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado/Adherido, actuando con mala fe, no hubieren comunicado la agravación del riesgo y sobreviniese el siniestro, la Mutua queda liberada de su prestación.

4.- De la misma forma, el Tomador del Seguro o el Asegurado/Adherido podrán comunicar al Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo, a efectos de una posible disminución de primas, al finalizar el período en curso, de conformidad a lo establecido en el artículo 13 de la Ley de Contrato de Seguro.

Artículo 8º.- Realización del Riesgo y Tramitación del Siniestro

A.- Declaración e Información del Siniestro

El Tomador, Asegurado-Adherido, Beneficiarios o Tercero autorizado deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, debiendo presentar la documentación que se indica en los párrafos siguientes, en original o, de ser preciso, debidamente legalizada, autenticada o compulsada.

El incumplimiento por parte del Tomador, del Asegurado-Adherido o Beneficiarios del deber de informar a la Mutua sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro producirá la pérdida del

derecho a la indemnización, si concurre dolo o culpa grave. Se entenderá que existe culpa grave cuando el retraso en comunicar al Asegurador la ocurrencia del siniestro determine la imposibilidad para éste de hacer las comprobaciones precisas respecto a la realidad y alcance del siniestro.

La obtención de la información que, conforme a los apartados anteriores, les corresponde facilitar al Tomador, al Asegurado-Adherido o a sus Beneficiarios, será a cargo de ellos, salvo aquellas pruebas o pericias que se realicen por médicos, peritos o expertos directamente designados por la Mutua, en cuyo caso será ésta quien corra con sus gastos.

B.- Documentación precisa en caso de incapacidad Laboral Total Temporal.

El Asegurado-Adherido deberá comunicar a la Mutua cada período o proceso de incapacidad laboral o profesional resultante de accidente o enfermedad dentro del plazo máximo de siete días establecido en el apartado anterior, remitiendo el correspondiente escrito de comunicación de siniestro y/o de solicitud de prestación debidamente cumplimentado, así como la siguiente documentación:

- Fotocopia del DNI/NIF.

- Parte de baja y certificación, por parte del empleador, de la minoración de haberes por la incapacidad laboral total temporal, o aportación de nóminas consecutivas que permitan determinar dicha minoración.

La Mutua podrá solicitar cuanta información complementaria a la anteriormente citada estime necesaria para la verificación y alcance del siniestro.

El Asegurado-Adherido y/o sus familiares deberán permitir la visita de los médicos designados por la Mutua, tanto en el domicilio del asegurado como en el centro hospitalario donde se encuentre internado, para comprobar el estado de salud y/o la evolución de la enfermedad o del accidente. En este sentido, el Asegurado-Adherido libera del secreto profesional al médico que le atienda. La negativa del Asegurado-Adherido y/o sus familiares a estas visitas o a facilitar la información requerida, dará lugar al cese del cobro de las prestaciones.

El Asegurado-Adherido deberá comunicar a la Mutua el cese en su situación de Incapacidad Total Temporal inmediatamente a que se produzca, adjuntando, en su caso, el alta médica de la Seguridad Social.

Artículo 9º.- Pago de Primas

1.- Las primas correspondientes a esta Póliza, junto con los recargos e impuestos legalmente repercutibles, serán exigibles el primer día de cada anualidad de la póliza., contra recibo librado por el



Asegurador, y en el domicilio al efecto pactado en el Certificado Individual del Seguro y, a falta de pacto, en el domicilio del Asegurado-Adherido o, en su caso, del Tomador.

2.- La primera prima será exigible una vez firmado el contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del obligado al pago, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

3.- En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del Asegurador quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, el contrato quedará extinguido.

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura volverá a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Asegurado-Adherido o, en su caso, el Tomador, pague la prima.

4.- En las Condiciones particulares o, en su caso, en el Certificado Individual, podrá convenirse el cobro de los recibos de prima mediante domiciliación bancaria. Las normas de aplicación en tal supuesto serán:

a) El Asegurado-Adherido o, en su caso, el Tomador, entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.

b) Las primas serán exigibles el primer día de cada anualidad de la póliza.

c) Si por cualquier motivo que le sea imputable, el Asegurador no hubiese presentado el recibo al cobro en la fecha del vencimiento o dentro del plazo de los treinta días siguientes, y al hacerlo no fuese abonado por cualquier motivo, aquélla deberá notificar tal hecho al obligado al pago en el último domicilio que éste le haya comunicado, por carta certificada o un medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que aquél satisfaga al Asegurador su importe.

d) Transcurridos los plazos previstos en los párrafos b) y c) sin que hubiera sido la prima satisfecha, la cobertura del Asegurador quedará automáticamente suspendida y si éste no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento, el contrato quedará extinguido también de forma automática.

5.- Podrá pactarse que el pago de la prima anual se fraccione de forma semestral, trimestral, bimestral o mensual, aplicándose el recargo correspondiente. Dicho fraccionamiento y el recargo que corresponda, se harán constar en el correspondiente Certificado Individual. El régimen previsto en éste artículo para el pago de la prima anual se entenderá aplicable al pago de cada uno de los recibos en que dicha prima

se fraccione. La Mutua podrá deducir de la prestación a su cargo la parte de la prima anual pendiente de pago al producirse un siniestro que conlleve la extinción del seguro.

6.- En cada renovación del contrato, la prima anual se determinará de acuerdo con las edades de los Asegurados, 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.

Artículo 10º.- Pago de prestaciones

1.- Recibida y analizada la documentación a que se refiere el artículo 8 de las presentes Condiciones Generales, la Mutua, si la estima suficientemente acreditativa, pondrá a disposición del Asegurado-Adherido o Beneficiario la prestación garantizada, haciéndola efectiva con periodicidad mensual.

2.- El transcurso de diez días sin haber justificado el Asegurado-Adherido, conforme al artículo 8 B, la continuación de su situación de Incapacidad Laboral Total, dará derecho a la Mutua para interrumpir el pago de las prestaciones hasta que se acredite ese extremo.

3.- En el supuesto de que la Mutua abonase prestaciones indebidas, por corresponder a períodos en que el Asegurado-Adherido haya desarrollado de hecho su actividad laboral o profesional o por otras causas, según los términos de este contrato, podrá reclamar al Asegurado Beneficiario el exceso abonado.

4.- En caso de disparidad entre las partes, éstas se someterán a la decisión de peritos, conforme al procedimiento establecido en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

Artículo 11º.- Impuestos y recargos

Todos los impuestos y recargos legalmente repercutibles que graven este contrato, sus primas y prestaciones, serán a cuenta y cargo del Asegurado-Adherido, sus Beneficiarios o, en su caso, del Tomador.

A reserva de las modificaciones posteriores que se puedan producir durante su vigencia, el contrato quedará sometido a la normativa fiscal española.

Artículo 12º.- Designación de Beneficiarios

Será beneficiario expreso de la prestación el propio Asegurado/Adherido.

Artículo 13º.- Efectos, duración y extinción del Seguro



1.- La Póliza de Seguro y sus modificaciones, ampliaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito.

2.- El Seguro entrará en vigor para cada Asegurado-Adherido a las 00:00 horas, si no se señala expresamente otra, del día indicado en el Certificado Individual de Seguro, una vez firmado el contrato y siempre que la Mutua haya cobrado la prima.

3.- La duración del seguro para cada Asegurado-Adherido figurará en el correspondiente Certificado Individual del Seguro y se prorrogará tácitamente, salvo que alguna de las partes se oponga a la prórroga mediante notificación escrita a la otra con un plazo de al menos de dos meses de antelación al vencimiento del período en curso.

4.- Será nulo el contrato si en el momento de su conclusión no existiese el riesgo que se pretende garantizar, bien sea por encontrarse el Asegurado/Adherido incapacitado para el trabajo o ejercicio de la actividad profesional declarada, o por haber sido declarado inválido en cualquier grado de Incapacidad, o por no ejercer por jubilación anticipada u otra causa forzosa o voluntaria la profesión declarada, o bien por cualquier otro motivo.

5.- 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) Que el ejercicio de su actividad profesional o laboral deje de estar englobada en el ámbito de aplicación señalado en el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, en relación con el personal al servicio de las Administraciones Públicas, organismos y entidades dependientes de las mismas y órganos constitucionales.

d) Perciba una prestación o subsidio por desempleo.

e) Perciba una pensión de Jubilación o Incapacidad Permanente.

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

6.- En el supuesto de que se produzca una excesiva siniestralidad por parte del Asegurado, la entidad Aseguradora podrá rescindir el contrato comunicándolo al Asegurado/Adherido conforme a los plazos establecidos en la Ley del Contrato de Seguro.

Artículo 14º.- Certificados Individuales del Seguro

La Entidad Aseguradora emitirá para cada Asegurado/Adherido un Certificado Individual del Seguro en el que se harán constar los datos del Asegurado-Adherido, las coberturas garantizadas y las demás condiciones específicas del Seguro y de su renovación.

Cualquier modificación del contenido del Certificado Individual del Seguro requerirá la emisión de uno nuevo, que dejará sin efecto al anterior a partir de la sustitución.

En caso de pérdida de algún Certificado Individual del Seguro, éste será anulado y la Entidad Aseguradora emitirá un duplicado del mismo.

Artículo 15.- Participación en Beneficios

Anualmente se calculará la participación en beneficios en función de la siniestralidad de la póliza. El beneficio será el resultado de deducir de la prima de riesgo neta de impuestos, sin los gastos de administración y comercialización, la siniestralidad de la póliza. Se tendrá derecho a Participación en Beneficios si el importe de los siniestros declarados no supera el 70% de la prima de riesgo neta de impuestos y gastos.

En función del número de asegurados, el porcentaje de participación en beneficios será:

Número de Asegurados	% de P.B.
De 2.501 a 5.000	2.5%
De 5.001 a 10.000	4%
+ de 10.000	5%

Las posibles pérdidas que se pudieran producir quedarían acumuladas para descontar del beneficio de siguientes anualidades.

Artículo 16º.- Prescripción

Las acciones que deriven de este contrato prescribirán al término de cinco años a contar desde la fecha en que puedan ejercitarse, de conformidad con el artículo 23º de la Ley de Contrato de Seguro.

Artículo 17º.- Comunicaciones

1.- Las comunicaciones al Asegurador por parte del Tomador del Seguro, Asegurado-Adherido o Beneficiario, se realizarán por escrito al domicilio social de aquélla señalado en la Póliza.

2.- Las del Asegurador al Tomador del Seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán en el último domicilio de éstos conocidos por él.

Artículo 18º.- 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, pudiendo reclamar por vía administrativa.

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 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.

Artículo 19º.- Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el Asegurado-Adherido tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el Tomador o, en su caso, el Asegurado-Adherido, hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la Póliza de Seguro contratada con la Entidad Aseguradora.

b) Que, aún estando amparado por dicha Póliza de Seguro, las obligaciones de la Entidad Aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

1.- Acontecimientos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros:

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos:

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que éstos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, Reguladora del Derecho de Reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.



g) Los causados por mala fe del Asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

3. Extensión de la Cobertura

La Cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la Póliza a efectos de los riesgos ordinarios. En las Pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la Cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada Asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del Siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el Siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página Web del Consorcio (www.consorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al Asegurado: 902 222 665.

Artículo 20º.-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.

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/grupo_PSN/empresas.asp. 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-Adherido 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-Adherido 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-Adherido 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.

Ambas partes firman la presente como prueba de conformidad con el contrato suscrito.



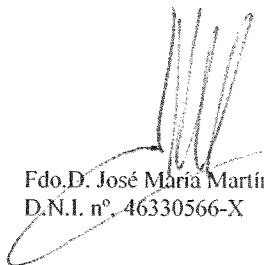
En Madrid a 15 de Junio de 2013

POR EL TOMADOR DEL SEGURO



Fdo.D. Francisco Miralles Jiménez
D.N.I. nº. 27258411-F

POR LA ASEGURADORA
PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL
Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija



Fdo.D. José María Martín Gavín
D.N.I. nº. 46330566-X

El Tomador y/o Asegurado Adherido declara CONOCER Y ACEPTAR, una vez examinadas, las presente Condiciones Generales y, dentro de ellas, específicamente las cláusulas que pudieran considerarse LIMITATIVAS, así como cualesquiera EXCLUSIONES y HABER RECIBIDO con anterioridad a la celebración del Contrato, un ejemplar de la NOTA INFORMATIVA DEL SEGURO "PSN SILT PROFESIONAL COLECTIVO", asumiendo de forma expresa el Tomador la obligación de suministrar a los Asegurados Adheridos a esta Póliza colectiva la información que afecte a sus derechos y obligaciones, y ello de conformidad con lo establecido en el artículo 106 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

POR EL TOMADOR DEL SEGURO



Fdo.D. Francisco Miralles Jiménez
D.N.I. nº. 27258411-F