

CESM te ofrece una póliza colectiva que complementa tu salario en Incapacidad Temporal

Estimado compañero/a:

Te informamos que CESM ha conseguido una póliza para los afiliados que cubre la compensación de la retribución económica fijada por RD. 20/2012, en para **INCAPACIDAD TEMPORAL** en contingencias comunes.

Coberturas IT:

INCAPACIDAD TEMPORAL DEL 1^{er} AL 3^{er} DÍA _____ **62€/día.**

INCAPACIDAD TEMPORAL DEL 4^o AL 20^o DÍA _____ **31€/día.**

Exclusiones (ya cubiertas por la Seguridad Social al 100% desde el 1^{er} día):

- IT cubiertas al 100% por el empleador: principalmente contingencias profesionales y hospitalización, (causas previstas en el art. 9º del RD 20/2012, protegidas por las Administraciones Públicas).
- Las cubiertas por el Consorcio de Compensación de Seguros.

Ventajas Exclusivas:

- PSN es la Mutua aseguradora de los profesionales, sin ánimo de lucro, solvente y especializada en el sector sanitario. Los Mutualistas son los dueños de PSN.
- Sin declaración de salud. Sin distinción por edades, ni en precio, ni en selección o importe asegurado.
- Sin franquicia (se cobra desde el primer día de baja). Gestión de siniestros en cualquiera de las 120 oficinas PSN.
- Sin periodo de carencia (bajas cubiertas desde el día de alta del asegurado).
- Cobertura de fallecimiento por accidente de 3.000€, mediante póliza adicional individual y gratuita el 1^{er} año, cuyo coste asume PSN.

El precio de esta póliza es de 56 Euros. (Precio exclusivo)
Cuota deducible fiscalmente al 100% (IRPF)

Si te interesa, rellena la solicitud de contratación adjunta y envíala al correo electrónico o fax:

Sindicato CESM de CANTABRIA

Miembro de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos

Correo: smc@sindicatomedico.es

Fax: 942 215 801

Tomador:			
SINDICATO MÉDICO DE CANTABRIA		G 39057252	
C/ EMILIO PINO 6 – 6ºG		C.P.:	3 9 0 0 2
SANTANDER		CANTABRIA	
Teléfono/s: 942 36 31 24		Fax: 942 21 58 01	sme@sindicatomedico.es

Asegurado/ Adherido:			
Apellidos:		Nº de Asegurado:	
Nombre:		N.I.F.:	
Domicilio:		Población:	
C.P.:	Provincia:	Teléfono/s:	
E- Mail:		Fecha Nacimiento:	Sexo:
Profesión:	Nacionalidad:	Estado Civil:	Nº hijos:
Empleado Público Dependiente del Servicio de Salud <input checked="" type="checkbox"/> SI			

Coberturas:	
<i>Incapacidad Laboral Total Temporal del día: 1º al 3º 62 €/día</i>	
<i>4º al 20º 31 €/día</i>	

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 proporcione, 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 del 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 al 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 del Grupo PSN (PSN Educación y Futuro, S.A., Dr. 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.

En _____ a _____ de _____ de 20__

EL TOMADOR,

EL ASEGURADO/ADHERIDO