

R33



Dña. María José Ruiz Pérez  
C/ Salas, 5  
09693- Regumiel de la Sierra  
BURGOS

Madrid, a 03 de junio de 2015

<b>Datos del contrato</b>
---------------------------

Comercializadora	Caja de Burgos
Producto	Protección de Pagos
Póliza	22615-87-50837
Nº reclamación	2015/2634AS

Estimada Sra. Ruiz:

Nos ponemos nuevamente en contacto usted, tras recibir su escrito en relación con el siniestro de incapacidad temporal declarado.

A este respecto indicarle que tras analizar detenidamente su expediente, se ha decidido aceptar la pretensión solicitada por usted, dando traslado al Departamento de Prestaciones para que, a la mayor brevedad posible, procedan a la reapertura del mismo y, en caso de que sea preciso, le soliciten la documentación adicional necesaria para una correcta tramitación.

Igualmente, es preciso recordarle que la documentación solicitada, debe ser original o copia compulsada por Fedatario u Organismo Público.

Esperamos haber resuelto sus dudas, no obstante para cualquier aclaración adicional que estime oportuna ponemos a su disposición nuestro servicio en el teléfono 91-524.34.00 y por e-mail en la dirección [reclamaciones@cnpvida.es](mailto:reclamaciones@cnpvida.es).

Reciba un cordial saludo,

CNP ASSURANCES, S.A. SUCURSAL EN ESPAÑA  
Servicio de Quejas y Reclamaciones  
Teléfono: 91 524 34 00

**INFORME DE CONSULTAS EXTERNAS**  
 Estado: DEFINITIVO

Servicio: Neurología  
 Jefe Servicio: Carlos Marsal Alonso  
 Sección: Neurología  
 J.Sec/Coord.:  
 N Historia: 9639828  
 CIP: RZPR610244917016  
 Sexo: Mujer  
 F.Nac: 04/02/1961  
 SS: 45/408998/71

Nombre: MARIA JOSE  
 Apellido 1: RUIZ  
 Apellido 2: PEREZ  
 Domicilio: VENTA DE ABAJO,34  
 PORTAL, 1 2ª  
 Localidad: OLIAS DEL REY  
 Provincia: TOLEDO  
 C.P.: 45280  
 País: ESPAÑA

Datos del episodio:  
 Nº de episodio ICU: 1147655615 Origen:  
 Fecha de consulta: 27/10/2014  
 Fecha de Informe: 19/12/2014

Destino:

**MOTIVO DE CONSULTA:**

Paciente diagnosticada de **Enfermedad Desmielinizante del SNC** en seguimiento en la consulta desde feb-08.

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

- Urgencia y ocasional incontinencia urinaria desde hace años.
- Fumadora de un paquete/día.
- HTA.
- Hirsutismo por hiperandrogenismo.
- Antecedentes familiares: Esclerosis Múltiple en una tía paterna. Esclerosis lateral amiotrófica en una tía paterna. Abuela paterna con Parkinson.

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

Vista por primera vez en nuestro servicio en junio-07 refería torpeza motora con dolores lumbares y alteraciones urológicas.

Se realizaron pruebas de imagen: RMN cerebral que presentaba múltiples lesiones con afectación de cuerpo calloso severa, sin lesiones captantes de Gadolinio.

Además se realizó una RMN cervical que no presentaba alteraciones y un estudio urodinámico que presentaba disfunción neurógena, tipo neurona motora superior con hiperreflexia vesical y disnergia de esfínteres. Realizada punción lumbar se observaban bandas oligoclonales en el LCR.

Cuando acude a nuestra consulta, lo que refiere sobre todo son dolores, cansancio que atribuye a problemas de espalda y torpeza motora con claudicación por arrastre de pie izdo.

Ante la presencia de bandas oligoclonales y las anomalías detectadas en la RMN se diagnosticó de Esclerosis Múltiple Primaria Progresiva para la cual en el momento actual no tenemos tto. ofreciendosele a la paciente un tto. paliativo con Azatioprina que no aceptó.

Desde esa fecha la clínica ha presentado una progresión lenta hasta la actualidad, aumento de su torpeza en MII, que le dificulta sus tareas habituales, pero no se las impide por lo que sigue realizando una actividad normal con leves limitaciones hasta nov-2013. cuando acude a nuestra consulta refiriendo haber empeorado de su capacidad motora, presentado aumento de torpeza y caídas frecuentes por lo que en ocasiones ha precisado ayuda.

Presentaba ánimo deprimido y en la exploración se objetivaba pérdida de fuerza en MMSS a nivel proximal y en miembros inferiores sobre todo a nivel proximal pero también afectando distal de miembro inferior izdo.,

Ante el empeoramiento de su clínica y exploración se pautó tratamiento con pulsos esteroides, con buena respuesta, presentando mejoría en la marcha y en la subida y bajada de escaleras.

CNP - SEGUROS -

**CONTESTACION A LA CARTA RECIBIDA**

**COMERCIALIZADORA: CAJA DE BURGOS**

**POLIZA = 22615-87-5083**

**REFERENCIA = 2014/2634AS**

**PRODUCTO = SEGURO DE PROTECCION DE PAGOS**



Regumiel de la Sierra a 30 de Mayo de 2.015

Soy M<sup>a</sup> José Ruiz Pérez, con DNI. N° 16.792.961-V, de 54 años, natural y vecina de Regumiel de la Sierra (Burgos), como contestación a su carta de 14-05-15, recibida el 25-05-15.

**CONTESTACION A SU CARTA RECIBIDA:**

1° - EL SEGURO, NO HACE FALTA QUE LO ANULEN, YO NUNCA HE DICHO ESO. EL PTMO. DE 40.000 €, QUE COMENZO EL 19-06-2.012, TERMINARA, SI DIOS LO PERMITE, EL 19-06-2.015.

2° - LA EXCLUSION QUE UDS. INDICAN, NO ES VERDAD, YO NO FUI DIAGNOSTICADA DE MI ENFERMEDAD ANTES DE FIRMAR LA POLIZA DEL PTMO, LO DIGAN UDS. Ó QUIENQUIERA.

3° - QUE UDS., NO QUIEREN PAGAR EL AÑO DE BAJA, QUE ASI LO PONE LA POLIZA, ESE ES SU PROBLEMA. SI YO NO HUBIERA SEGUIDO PAGANDO LOS RECIBOS, LOS HUBIERAN TENIDO QUE PAGAR UDS., ESO PONE LA POLIZA., PERO YO PEDI UN PTMO. A LA CAJA BURGOS (ENTONCES BANCA CIVICA DE 40.000 €. Y MI OBLIGACION ES PAGARLO, COMO ASI SE ESTA HACIENDO, ESTE ENFERMA Ó NO), YO ME HE COMIDO UNA COSA Y LA TENGO QUE PAGAR, CON LOS INTERESES PACTADOS.

4° - SU SEGURO, ES UN SEGURO DE PROTECCION DE PAGOS Y PARA ESO SE PAGO Ó ENTONCES, ESO SE ME EXPLICO, SI DIOS QUIERE EL 19-06-2.015, SE PAGARA EL RCBO. N° 36 Y FIN DE DICHO PTMO. Y UDS. ESTAN OBLIGADOS A REEMBOLSARME LOS RECIBOS DEL PTMO. DE MI BAJA, ESO LO PONE LA POLIZA Y ESO, ES LO QUE VAN A TENER QUE HACER, SI Ó SI.

5°- VUELVO A REITERAR, ES MENTIRA, QUE YO FUERA DIAGNOSTICADA DE MI ENFERMEDAD CON ANTERIORIDAD A LA FIRMA DE DICHA POLIZA, POR MUCHO, QUE LO REPITAN, NO ES VERDAD, HE SIDO DIAGNOSTICADA, DE MI ENFERMEDAD "ESCLEROSIS MÚLTIPLE PROGRESIVA PRIMARIA" EN OCTUBRE DE 2.013, POR MUCHO, QUE INDIQUEN Y REITEREN, NO ES VERDAD Y YO PRESENTE, GRAN ERROR, SIMPLEMENTE, POR QUERER COLABORAR TODAS LAS INCIDENCIAS SANITARIAS DE MI PERSONA, QUE NO ESTOY OBLIGADA Y LO HICE, POR QUE EL DIAGNOSTICO, SOLO LE IMPORTA A MI Y A LOS MÍOS Y UDS., NO ENTRAN EN DICHO LOTE.

LOS PROBLEMAS SANITARIOS DE CADA PERSONA, LE COMPETEN EXCLUSIVAMENTE A CADA INDIVIDUO Y EL "DIAGNOSTICO" ES PERSONAL, NO ES NECESARIO PUBLICARLO.

 CORREOS

CARTA CERTIFICADA

C



096001 SALAS DE LOS INFANTES

210892

01/06/15 13:39

CD0B170000017940028023L

3,66 €



6° - YA PUESTOS A SER TAN LEGALISTAS, A MI NADIE ME HIZO, NINGÚN CUESTIONARIO DE SALUD Y A UDS., QUE COBRARON EL RECIBO, TAMPOCO LES IMPORTO. NI CUESTIONARIO, NI PREGUNTA ALGUNA, NI TAMPOCO SE ME ENVÍO A NINGÚN MEDICO, A MI SE ME OBLIGO A PAGAR EL SEGURO Y PUNTO. UDS. COBRARON EL SEGURO Y A OTRA COSA MARIPOSA.

7° - YO LES RECLAMO A UDS. MI BAJA LABORAL, QUE SE PRODUJO EN OCTUBRE DE 2.013 Y CUYAS BAJAS, SUPONGO TENDRÁN, PUES SE ENTREGARON EN LA SUCURSAL DE LA CAIXA, DE QUINTANAR DE LA SIERRA (BURGOS), MEDIADOR DEL SEGURO. ANTES, DE DARMER LA INCAPACIDAD LABORAL, ESTUVE UN AÑO DE BAJA Y ESO ES LO QUE RECLAMO Y A LO QUE TENGO DERECHO.

8° - ESPERO Y DESEO, QUE POR EL BIEN COMÚN, DE UDS. Y DEL MÍO PROPIO, CUMPLAN CON LO ESCRITO Y COBRADO. NO ES NINGUNA BROMA, ME TIENEN QUE PAGAR MI BAJA LABORAL, DE UN AÑO, LO PONE MUY CLARITO EN SU PÓLIZA, DE SU EXCELENTE SEGURO. NO QUIERO EL IMPORTE DE LA POLIZA DEL SEGURO, ME TIENEN QUE PAGAR UN AÑO DEL PTMO. (EL DE LA BAJA LABORAL).

9° - SABEN Y SI NO, SE LO INDICO, ESTAN PROCEDIENDO ILEGALMENTE, NO ESTAN EN POSESION DE LA VERDAD, POR MUCHAS VECES, QUE LO REPITAN, UNA MENTIRA, ES UNA MENTIRA Y YO, SI LES DIGO, NO HE ENGAÑADO, A NADIE Y MENOS A UDS., QUE LES IMPORTO MENOS Y NADA.

10° - ESPERO QUE EN BREVE ME PAGUEN MI BAJA LABORAL. SEGUN UDS., NO TENGO DERECHO A NADA Y UDS., COMO UNA ONG SE PRESTAN VOLUNTARIOS A DEVOLVERME, EL IMPORTE DE LA POLIZA DE SU SEGURO, UDS. QUE SE QUIEREN DESPACHAR CON ESTO, VAN A TENER QUE PAGAR EL IMPORTE DE LAS CUOTAS DE DICHO PTMO., DE MI BAJA LABORAL, QUE FUE DE UN AÑO, INDICACION, QUE VIENE EN LA POLIZA. ME TENDRAN QUE PAGAR, LO MISMO, QUE HA TENIDO QUE HACER VIDA-CAIXA EL 26-05-15.



Fdo. M<sup>a</sup> José Ruiz Pérez.

M<sup>a</sup> José Ruiz Pérez

c/ Salas nº 5

09693- Regenerel de la Tierra - (Burgos)



Dña. María José Ruiz Pérez  
C/ Salas, 5  
09693- Regumiel de la Sierra  
BURGOS

Madrid, a 14 de mayo de 2015

<b>Datos del Contrato</b>
---------------------------

Comercializadora	Caja de Burgos
Producto	Protección de Pagos
Nº Póliza	22615-87-50837
Referencia.	2015/2634AS

Estimada Sra. Ruiz:

Nos ponemos de nuevo en contacto con usted, tras recibir su escrito de fecha 21 de abril de 2015 en nuestro registro de reclamaciones, en relación con el siniestro de incapacidad temporal declarado.

A tal efecto, le indicamos de haber sido conocido su verdadero estado de salud por parte de esta Compañía, no se hubiera formalizado la póliza para ninguna de las garantías contratadas, ni se hubiere girado el correspondiente recibo de prima, todo ello de conformidad con lo establecido en la Cláusula 7.2.2. Apartado d) de las Condiciones Generales de la póliza, en la cual se establece lo siguiente:

**"7.2.2. EXCLUSIONES PARA LA GARANTÍA DE INCAPACIDAD TEMPORAL**

*No tienen la consideración de Incapacidad Temporal y, consecuentemente, no se paga prestación alguna por aquellos siniestros que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:*

*(...)*

*d) Cualquier enfermedad, dolencia, estado o lesión por la que el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento de un médico con anterioridad a la adhesión de la póliza.*

*(...)"*

Asimismo, y a fin de solucionar la controversia surgida de una forma satisfactoria, esta compañía ha decidido ofrecerle la cancelación del Seguro contratado y la devolución de la prima inicialmente satisfecha. Para ello, es preciso que nos remita debidamente cumplimentado y firmado el documento que se adjunta a presente, momento en el cual se le abonará dicha cantidad en la cuenta IBAN facilitada.

Esperamos haber aclarado sus dudas, no obstante para cualquier aclaración adicional que estime oportuna ponemos a su disposición nuestro servicio de atención al cliente en el teléfono 91-524.34.00 y por e-mail en la dirección [reclamaciones@cnppartners.eu](mailto:reclamaciones@cnppartners.eu)

Reciba un cordial saludo,

CNP ASSURANCES, S.A. SUCURSAL EN ESPAÑA  
Servicio de Quejas y Reclamaciones  
Teléfono: 91 524 34 00





Dña. María José Ruiz Pérez  
C/ Salas, 5  
09693- Regumiel de la Sierra  
BURGOS

Madrid, a 10 de abril de 2015

<b>Datos del Contrato</b>
---------------------------

Comercializadora	Caja de Burgos
Producto	Protección de Pagos
Nº Póliza	22615-87-50837
Referencia.	2014/2634AS

Estimada Sra. Ruiz:

Le comunicamos que ha tenido entrada en nuestro registro de reclamaciones, su escrito en relación con el siniestro de incapacidad temporal declarado.

En primer lugar, de acuerdo al artículo 12 de la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras, procedemos a la apertura de expediente así como a facilitarle las aclaraciones oportunas.

Atendiendo a lo expuesto en su escrito, indicarle que la Cláusula 7.2.2. Apartado d) de las Condiciones Generales de la póliza, se establece lo siguiente:

**"7.2.2. EXCLUSIONES PARA LA GARANTÍA DE INCAPACIDAD TEMPORAL**

*No tienen la consideración de Incapacidad Temporal y, consecuentemente, no se paga prestación alguna por aquellos siniestros que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:*

*(...)*

*d) Cualquier enfermedad, dolencia, estado o lesión por la que el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento de un médico con anterioridad a la adhesión de la póliza.*

*(...)"*

En consecuencia, conforme a la cláusula de exclusión anteriormente citada así como con la documentación aportada por usted, concretamente con el informe médico emitido por el Dr. D. Carlos Marsal Alonso, con fecha de 19/12/2014, sentimos comunicarle que no podemos aceptar su pretensión de cobertura por este seguro de protección de pagos por el siniestro de Incapacidad Temporal declarado, en tanto en cuanto, la patología descrita en la referida documentación, le fue diagnosticada en el año 2008 y por ello, anterior a la contratación de la póliza la cual se produjo con fecha 02/07/2012.

Esperamos haber aclarado sus dudas, no obstante para cualquier aclaración adicional que estime oportuna ponemos a su disposición nuestro servicio de atención al cliente en el teléfono 91-524.34.00 y por e-mail en la dirección [reclamaciones@cnppartners.eu](mailto:reclamaciones@cnppartners.eu).



Finalmente y de acuerdo con el art. 29 de la Ley 44/2002, de 22 Noviembre, de medidas de reforma del sistema financiero, le comunicamos que si lo desea puede solicitar una segunda opinión a una persona ó entidad de reconocido prestigio en el ámbito jurídico, económico o financiero, ajena a la organización del Grupo CNP conocida como el Defensor del Cliente o solicitarnos la derivación de su expediente para facilitarle el trámite. Le facilitamos los datos del mismo:

D.A., DEFENSOR, S.L.  
C/ Marqués de la Ensenada, 2, 6ª Pl.  
28004 Madrid

O por correo electrónico: [reclamaciones@da-defensor.org](mailto:reclamaciones@da-defensor.org).

Reciba un cordial saludo,

CNP ASSURANCES, S.A. SUCURSAL EN ESPAÑA  
Servicio de Quejas y Reclamaciones  
Teléfono: 91 524 34 00



2015/2634AS

2015/2634AS (ya existe)

CNP - SEGUROS -  
SUCURSAL EN ESPAÑA  
C) OCHADIANO, 10, PLT. 2ª  
EL PLANTIO - 28023 - MADRID -

CERTIFICADA, CON ACUSE DE RECIBO.

CONTESTACION A LA CARTA RECIBIDA

COMERCIALIZADORA: CAJA DE BURGOS

POLIZA = 22615-87-5083

REFERENCIA = 2014/2634AS → 2015

PRODUCTO = SEGURO DE PROTECCION DE PAGOS



Regumiel de la Sierra a 15 de Abril de 2.015

Soy Mª José Ruiz Pérez, con DNI. Nº 16.792.961-V, de 54 años, natural y vecina de Regumiel de la Sierra (Burgos), como contestación a su carta de 10-04-15.

Este es su estilo, visto ya, me derivan a buscar una segunda opinión, que no necesito, por que yo se, que Uds. tienen la obligación y la decencia de cumplir con lo prometido, CAJA BURGOS, me dio un préstamo el 19-06-2012 de 40.000 €, a tres años y me obligo a hacerme un seguro, con Uds. ¿NO?, yo cumplí ya pague su oneroso seguro, por los tres años de dicho préstamo, el seguro, ó por lo menos, lo que Uds. vendieron, es de **PROTECCION DE PAGOS Y CUBRE LAS BAJAS Y ESO ES LO QUE YO LES HE SOLICITADO Y ME VAN A TENER QUE PAGAR, POR:**

1º - A mi se me obligo a pagar un seguro, que yo nunca solicite, ni tan siquiera, se me entrego dicha póliza en su momento, se me entrego dicha póliza, después de solicitarla, concretamente en el 2.014.

2º - Cobraron el seguro "protección de pagos", un dinero importante, cuya duración es de tres años, el mismo tiempo que el del préstamo, que si Dios quiere, se terminara de pagar el 19-06-2015, un abuso para una autónoma, este seguro y otro anual, que LA CAIXA en 2.013, decidió pasarlo a VIDA CAIXA. Piensa una, que el seguro responderá y resulta que no. Desde que se les comunico, ha transcurrido el tiempo y Uds. hacen caso omiso.

3º - **ESTE SEGURO CUBRE LAS BAJAS LABORALES, QUE SON LO QUE UDS. ME TIENEN QUE PAGAR. YO TENIA QUE HABER HECHO, LO QUE HACE MUCHO LISTO, A MI SE ME DIO LA BAJA EN OCTUBRE DE 2.013, YO TENDRIA QUE HABER DEVUELTO LOS RECIBOS Y NO LO HE HECHO, POR QUE HE NACIDO EN UNA CASA Y CON UNOS PADRES, EN QUE LO PRIMERO Y PRIMORDIAL, ES PAGAR Y CUMPLIR CON TODAS LAS OBLIGACIONES Y ESO ESTOY HACIENDO. UDS. HAN NACIDO EN OTRA CASA Y CON DISTINTOS PRINCIPIOS.**

4º - Ya puestos a ser tan legalistas, a mi nadie me hizo, ningún cuestionario de salud y a Uds., que cobraron el recibo, tampoco les importo. Ni cuestionario, ni pregunta alguna, ni tampoco se me envió a ningún medico, a mi se me obligo a pagar el seguro y punto. Uds. cobraron el seguro y a otra cosa mariposa.

5º - Yo no les reclamo a Uds. ninguna incapacidad, yo les reclamo a Uds. mi baja laboral, que se produjo en Octubre de 2.013 y cuyas bajas, supongo tendrán, pues se entregaron en la sucursal de LA CAIXA, de Quintanar de la Sierra (Burgos), mediador

Del seguro. Antes, de darme la incapacidad laboral, estuve un año de baja y eso es lo que reclamo y a lo que tengo derecho.

6º Es mentira, que yo fuera diagnosticada de mi enfermedad en el 2.008, por mucho, que lo repitan, no es verdad, he sido diagnosticada, de mi enfermedad "esclerosis Múltiple progresiva primaria" en Octubre de 2.013, por mucho, que indiquen y reiteren, que el 2.008, no es verdad y yo presente, gran error, simplemente, por querer colaborar todas las incidencias sanitarias de mi persona, que no estoy obligada y lo hice, por que el diagnostico, solo le importa a mi y a los míos y Uds., no entran en dicho lote.

Los problemas sanitarios de cada persona, le competen exclusivamente a cada individuo y el "diagnostico" es personal, no es necesario echar un bando.

7º - Espero y deseo, que por el bien común, de Uds. y del mío propio, cumplan con lo escrito y cobrado. No es ninguna broma, me tienen que pagar mi baja laboral, de un año, lo pone muy clarito en su póliza, de su excelente seguro.

Puedo seguir más, pero no lo voy a hacer, espero que en breve me paguen mi baja laboral.

Lo contesto por e-mail a la dirección [reclamaciones@cnppartners.eu](mailto:reclamaciones@cnppartners.eu).

Este correo, lo envío y sale error, soy incapaz de que a Uds. les llegue, supongo, que el correo, les llegara.



Carta postal, con acuse de recibo

Reclamaciones -

 CORREOS

CARTA CERTIFICADA

C



0960001 - SALAS DE LOS INFANTES

219692

20/04/15 13:40

CD0BT70000013000028023W

3,66 €



CNP - SEGUROS.

Sucursal En España

c/ Ochoanillos 10. Pt 2º

El PLANTIO -

28023 - MADRID -

1100 001000 000000

Rte.

H<sup>o</sup> Ind Ruis R<sup>o</sup>as

4 Salas N<sup>o</sup> 5

09693- Regimial de la finca - Suqs



ALU

CNP - SEGUROS -

**CONTESTACION A LA CARTA RECIBIDA**

**ENTREGADO EN LA SUCURSAL LA CAIXA DE QUINTANAR DE LA SIERRA (BURGOS), MEDIADOR DEL SEGURO ¿NO?.**

**POLIZA = 22615-87-50837**  
**PRODUCTO = SEGURO DE PROTECCION DE PAGOS**

Regumiel de la Sierra a 01 de Febrero de 2.015

Soy M<sup>a</sup> José Ruiz Pérez, con DNI. N° 16.792.961-V, de 53 años, natural y vecina de Regumiel de la Sierra (Burgos).

No estoy de acuerdo con la posición que han adoptado, y no me traten como si fuera imbecil. ESTE SEGURO POR EL QUE TUVE QUE PAGAR UNA CANTIDAD IMPORTANTE, POR TRES AÑOS, QUE ASI FUE EL PTMO. 40.000 € A TRES AÑOS, UN SEGURO QUE YO NO SOLICITE, QUE BANCA CIVICA, ENTONCES, ME OBLIGO A PAGAR, ESTE SEGURO Y OTRO ANUAL.

QUE FUE LA ENTIDAD LA QUE ME DIO EL DINERO Y ME OBLIGO A PAGAR LOS SEGUROS.

EL SEGURO DE PROTECCION DE PAGOS, CUBRIA Y CUBRE LAS BAJAS POR ENFERMEDAD Y YO HE ESTADO DE BAJA MAS DE UN AÑO. SE LES HAN ENTREGADO LAS BAJAS, UDS. LAS SOLICITARON, Y SE LES ENVIARON ¿NO?. HASTA OCTUBRE DE 2.013, YO JAMAS HABIA ESTADO DE BAJA.

AL DR. CARLOS MARSAL ALONSO, QUE SEGUN UDS. ES EL JEFE DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD DE TOLEDO, LO CONOCEN UDS., NO YO, EL DIAGNOSTICO, LO DEVIO HACER EL, POR QUE A MI NUNCA SE ME ENTREGO, HASTA OCTUBRE DE 2.013 HE ESTADO TRABAJANDO Y HASTA EL 30-12-14, HE PAGADO LA SEGURIDAD SOCIAL COMO AUTONOMO.

UDS. ME VAN A TENER QUE PAGAR MI PERIODO DE MI BAJA POR ENFERMEDAD, YO EN JUNIO DEL 2.012 ESTABA BIEN, TRABAJANDO, LAS COSAS HAN VENIDO COMO HAN VENIDO, A MI SE ME CONCEDIO EL PTMO. YO ESTABA BIEN, SI NO SUPONGO, QUE NO SE ME HUBIERA DADO ¿NO?.

A LA ESPERA DE SUS GRATAS NOTICIAS.

*M. Ruiz Pérez*

SE ENTREGA POR DUPLICADO, PARA DEVOLVER SELLADO.





04/12/2014

Sr(a). D(ña).  
MARIA JOSE RUIZ PEREZ  
CALLE SALAS, 5.  
09693 REGUMIEL DE LA SIERRA

ASUNTO: Seguro de Protección de Pagos  
Expediente de Incapacidad Temporal

POLIZA N°: 22615-87-50795

Estimado Cliente,

Mediante la presente le comunicamos que la declaración que usted ha dirigido a nuestra Area de Prestaciones, ha quedado registrada con el nº **201412040452194**

A fin de poder proceder a una completa validación del siniestro objeto de esta carta, le rogamos nos remita la documentación requerida a continuación, con la mayor brevedad posible, a través de su Entidad Bancaria o al siguiente apartado de correos:

APARTADO DE CORREOS Nº 141  
28080 MADRID

Copia legible de DNI/NIE. ✓ 1

Partes de baja que acrediten la incapacidad temporal del asegurado expedido por la Seguridad Social u Organismo Competente, que justifiquen al menos 30 días en incapacidad temporal. ✓ 2

Vide Laboral Actualizada y completa o en caso de autónomo, documento acreditativo de estar inscrito en el régimen de Autónomos de la Seguridad Social y último pago. ✓ 3

Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha y origen de la enfermedad, así como la evolución y estado del asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con la causa de incapacidad, las fechas de diagnóstico de los mismos y tratamientos seguidos. ✓ 4

~~Además de lo anterior, en caso de Hospitalización, informe de ingreso y alta hospitalaria.~~

~~Además de lo anterior, en caso de Accidente, copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de accidente laboral.~~

Recibo del préstamo pagado a la fecha del siniestro, con desglose de capital e interés. ✓ 5

Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria IBAN donde ingresar las prestaciones. ✓ 6

Copia legible del Certificado Individual del seguro. ✓ 7

**La documentación deberá ser original o fotocopia compulsada por Fedatario, Organismo Público o validada por su Entidad Bancaria.**

Si necesita alguna aclaración sobre la documentación requerida, no dude en contactar con nuestro Servicio de Atención al cliente en el número 91 524 34 39.

En espera de su respuesta, reciba un cordial saludo.

Area de Prestaciones.

C/OCHANDIANO 10 EL PLANTIO 28023 MADRID



# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO DE BAJA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre: MARIA JOSE  
Apellidos: RUIZ PEREZ  
Domicilio: MADRID TOLEDO KM 57 300 N° 0  
Localidad:  
Provincia: TOLEDO Dist. Postal: 45280  
Teléfono: 925490043

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO  
Domicilio:  
Localidad:  
Provincia: Dist. Postal: 0  
Actividad:  
Código CNAE:

Descripción de la limit. de la capacidad funcional (en el parte de baja)  
Resultado del reconocimiento médico (en el parte de alta)

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Régimen: General  
Situación: GENERAL TITULAR NORMAL - Activo  
Puesto de trabajo:  
Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: SIN MUTUA

### Datos de la INCAPACIDAD TEMPORAL

Duración PROBABLE de la baja: 90 Días  
Duración ESTANDAR:  
CONTINGENCIA: Enfermedad Común  
FECHA DE LA BAJA: 15/10/2013  
RECAIDA: NO  
Fecha de ALTA (\*):  
CAUSA del alta:

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042896  
Núm. CIAS: 1107020107T  
Firma y sello,

P.9.

### Ejemplar para el TRABAJADOR

(\*) En los partes de ALTA, cumplimentar también la fecha de la BAJA



**INFORME DE CONSULTAS EXTERNAS**  
Estado: DEFINITIVO

Servicio: Neurología  
Jefe Servicio: Carlos Marsal Alonso  
Sección: Neurología  
J.Sec/Coord.:  
  
N Historia: 9639828  
CIP: RZPR610244917016  
Sexo: Mujer  
F.Nac: 04/02/1961  
SS: 45/408998/71

Nombre: MARIA JOSE  
Apellido 1: RUIZ  
Apellido 2: PEREZ  
Domicilio: VENTA DE ABAJO,34  
PORTAL, 1 2ªA  
Localidad: OLIAS DEL REY  
Provincia: TOLEDO  
C.P.: 45280  
País: ESPAÑA

Datos del episodio:  
Nº de episodio ICU: 1147655615 Origen:  
Fecha de consulta: 27/10/2014  
Fecha de Informe: 19/12/2014

Destino:

**MOTIVO DE CONSULTA:**

Paciente diagnosticada de Enfermedad Desmielinizante del SNC en seguimiento en la consulta desde feb-08.

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

- Urgencia y ocasional incontinencia urinaria desde hace años.
- Fumadora de un paquete/día.
- HTA.
- Hirsutismo por hiperandrogenismo.
- Antecedentes familiares: Esclerosis Múltiple en una tía paterna. Esclerosis lateral amiotrófica en una tía paterna. Abuela paterna con Parkinson.

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

Vista por primera vez en nuestro servicio en junio-07 refería torpeza motora con dolores lumbares y alteraciones urológicas.

Se realizaron pruebas de imagen: RMN cerebral que presentaba múltiples lesiones con afectación de cuerpo calloso severa, sin lesiones captantes de Gadolinio.

Además se realizó una RMN cervical que no presentaba alteraciones y un estudio urodinámico que presentaba disfunción neurógena, tipo neurona motora superior con hiperreflexia vesical y disinergia de esfínteres. Realizada punción lumbar se observaban bandas oligoclonales en el LCR.

Cuando acude a nuestra consulta, lo que refiere sobre todo son dolores, cansancio que atribuye a problemas de espalda y torpeza motora con claudicación por arrastre de pie izdo.

➔ Ante la presencia de bandas oligoclonales y las anomalías detectadas en la RMN se diagnosticó de Esclerosis Múltiple Primaria Progresiva para la cual en el momento actual no tenemos tto. ofreciendosele a la paciente un tto. paliativo con Azatioprina que no aceptó.

➔ Desde esa fecha la clínica ha presentado una progresión lenta hasta la actualidad, aumento de su torpeza en MII, que le dificulta sus tareas habituales, pero no se las impide por lo que sigue realizando una actividad normal con leves limitaciones hasta nov-2013. cuando acude a nuestra consulta refiriendo haber empeorado de su capacidad motora, presentado aumento de torpeza y caídas frecuentes por lo que en ocasiones ha precisado ayuda.

Presentaba ánimo deprimido y en la exploración se objetivaba pérdida de fuerza en MMSS a nivel proximal y en miembros inferiores sobre todo a nivel proximal pero también afectando distal de miembro inferior izdo.,

Ante el empeoramiento de su clínica y exploración se pautó tratamiento con pulsos esteroideos, con buena respuesta, presentando mejoría en la marcha y en la subida y bajada de escaleras.

u otro tipo de alteración cicatricial (quiste hidatídico?), dado el importante contenido cálcico citamos TC para mejor valoración.

- RMN RODILLA IZQUIERDA: Patela discretamente alta. Condromalacia grado 4. Pinzamiento crónico del margen superoexterno de la grasa de Hoffa. Ganglión intraóseo subyacente a la inserción tibial del LCP.

### **EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS:**

Paciente diagnosticada de Esclerosis Múltiple Primaria Progresiva, por presentar una clínica compatible con dicha enfermedad y apoyada por las pruebas complementarias realizadas: RMN, potenciales evocados y presencia de bandas oligoclonales en LCR.

Para dicha enfermedad, en la actualidad no disponemos de tto. curativo, por lo que se le propuso a la paciente tto. con Azatioprina, que no aceptó y posteriormente tto. con corticoides con los que presentó mejoría parcial, pero desestimó seguir tto. continuado.

La situación actual de la paciente consiste en fatigabilidad acusada, y claudicación de MII, disfunción vesical y pérdida de agudeza visual que se corrige parcialmente con lentes.

Se recomendó tto. rehabilitador, que realiza en la actualidad.

### **DIAGNÓSTICOS:**

- ESCLEROSIS MULTIPLE PRIMARIA Y PROGRESIVA. EDSS 6.
- DISFUNCIÓN VESICAL SECUNDARIO A SU PROCESO DE BASE.
- HTA

### **TRATAMIENTO:**

- DITROPAN: ½ c/desayuno y cena.
- FAMPYRA: 1 c/desayuno y cena.
- Resto de tto. según indicaciones de su médico de Atención Primaria.

Toledo a 19 de Diciembre de 2014



RESPONSABLE 1

Fdo. Dr/a: GARCIA MONTERO, MARIA ROSA  
Médico Adjunto



20/01/2015

**Sr(a). D(ña).**  
MARIA JOSE RUIZ PEREZ  
CALLE SALAS, 5.  
09693 REGUMIEL DE LA SIERRA

**ASUNTO:** Seguro de Protección de Pagos  
Expediente Desempleo 201412040452195  
**POLIZA Nº:** 22615-87-50837

Estimado(a) Cliente,

Conforme a su escrito de disconformidad con el rechazo de su expediente. Vd. nos informa que ha sido tratada desde 2008, pero hasta Noviembre de 2013 no había sido diagnosticada.

Una vez analizado su escrito hemos vuelto a valorar su expediente y conforme a:

**EXTRACTO CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES  
SEGURO COLECTIVO DE PROTECCION DE PAGOS**

•Declara en la Fecha de efecto ser mayor de 18 y menor de 60, encontrarse en buen estado de salud, sin síntoma de enfermedad y no padecer ninguna enfermedad de carácter evolutivo, no estar en situación de Incapacidad Temporal ni haberlo estado durante más de 30 días consecutivos en los 24 meses anteriores, ni ser titular de una prestación por invalidez en dicha fecha y cumplir con las condiciones de adhesión estipuladas en la póliza.

Según su informe definitivo aportado que lo emite el Hospital virgen de la salud, el Jefe del servicio de Neurología DR. Carlos Marsal Alonso informa que Vd. estaba diagnosticada de Enfermedad Desmielinizante del SNC desde Febrero de 2.008.

Las enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central (SNC) tienen un amplio espectro de presentación, difieren en sus hallazgos patológicos, clínica, tiempo de evolución, gravedad y respuesta al tratamiento. La esclerosis múltiple (EM) es la enfermedad desmielinizante más frecuente y estudiada del SNC.

Por lo que claramente se trata de una enfermedad evolutiva NO cubierta en póliza.

Si necesita alguna aclaración, no dude en contactar con nosotros en el número 91 524 34 39.

Atentamente,

Area de Prestaciones.

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 25/10/2013  
Parte de confirmación NUMERO: 2

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1.

Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 18/10/2013  
Parte de confirmación NUMERO: 1

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1.

Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 08/11/2013  
Parte de confirmación NUMERO: 4

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 01/11/2013  
Parte de confirmación NUMERO: 3

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 22/11/2013  
Parte de confirmación NUMERO: 6

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 15/11/2013  
Parte de confirmación NUMERO: 5

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS'

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO.

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 29/11/2013  
Parte de confirmación NUMERO: 7

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042086  
Núm. CIAS: 11070201071

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Solcial: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 06/12/2013  
Parte de confirmación NUMERO: 8

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1.

Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Solcial: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 13/12/2013  
Parte de confirmación NUMERO: 9

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1.

Ejemplar para el TRABAJADOR



# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS\*

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 20/12/2013  
Parte de confirmación NUMERO: 10

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1.

Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 03/01/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 12

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 27/12/2013  
Parte de confirmación NUMERO: 11

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS \*

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 17/01/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 14

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: HERNANDEZ DIAZ, JESUS  
Núm. colegiado: 45031408  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 10/01/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 13

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: HERNANDEZ DIAZ, JESUS  
Núm. colegiado: 45031408  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Solcial: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 31/01/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 16

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Solcial: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 24/01/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 15

29/01/14

9,30 ha  
12135 hr



**Novo Nordisk**  
(insulina aspart)

P.9/1.

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: HERNANDEZ DIAZ, JESUS  
Núm. colegiado: 45031408  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Solcial: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 14/02/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 18

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1.

Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Solcial: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 07/02/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 17

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1.

Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 21/02/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 19

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1.

Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 28/02/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 20

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1.

Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 14/03/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 22

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 07/03/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 21

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 28/03/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 24

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 21/03/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 23

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR



# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Solcial: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 11/04/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 26

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Solcial: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 04/04/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 25

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 25/04/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 28

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 18/04/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 27

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Solcial: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 02/05/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 29

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Solcial: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 09/05/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 30

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 23/05/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 32

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 16/05/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 31

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 30/05/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 33

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 13/06/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 35

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1.

Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 06/06/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 34

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1.

Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Solcial: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 20/06/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 36

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Solcial: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 27/06/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 37

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 04/07/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 38

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1.

Ejemplar para el TRABAJADOR



# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 18/07/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 40

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 11/07/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 39

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 01/08/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 42

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 25/07/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 41

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

15-08-14

## SEGURIDAD SOCIAL

### PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

#### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

#### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

#### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

#### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 15/08/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 44

#### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

## SEGURIDAD SOCIAL

### PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

#### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

#### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

#### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

#### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 08/08/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 43

#### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 29/08/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 46

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 22/08/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 45

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 12/09/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 48

### Datos del FACULTATIVO

Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

# SEGURIDAD SOCIAL

## PARTE MEDICO CONFIRMACION DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

### Datos del TRABAJADOR

Núm. de tarjeta sanitaria: RZPR610244917016  
Núm. de afiliación a la Seguridad Social: 45/00408998/71  
Núm. Documento Nacional de Identidad: 16792961V  
Nombre y apellidos: RUIZ PEREZ, MARIA JOSE

### Datos de la EMPRESA

Nombre de la empresa: AUTONOMO

### Datos de la SEGURIDAD SOCIAL

Entidad de pago IT/CC: INSS  
Mutua: INSS

### Datos del parte de CONFIRMACION

Fecha: 05/09/2014  
Parte de confirmación NUMERO: 47

### Datos del FACULTATIVO

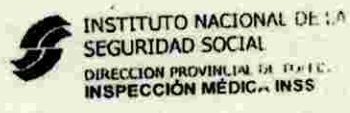
Nombre y apellidos: RIESCO TOSTON, ELVIRA  
Núm. colegiado: 45042096  
Núm. CIAS: 1107020107T

Firma y sello,

P.9/1. Ejemplar para el TRABAJADOR

Enviado por correo certificado 25-9-14

Nº Registro y Fecha
INSS TOLEDO
SALIDA
2014007800003892
25/09/2014 10:22:23



PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES  
 RÉGIMEN: TRABJ.AUTONOMOS SITUACIÓN: ACTIVO

DATOS DEL TRABAJADOR		Segundo Apellido: PEREZ		Nombre: MARIA JOSE		DNI-NIE-Pasaporte: 016792961V	
Primer Apellido: RUIZ		Domicilio habitual: (Calle, plaza) CL VENTA DE ABAJO		Núm: 34	Bloque: 1	Escal: 2	Puerta: A
Nº Tarjeta Sanitaria:	Nº Afiliación a la S.S.: 450040899871	Provincia: TOLEDO		Código Postal: 45280	Teléfono: 925490043		
Localidad: OLIAS DEL REY							

DATOS DE LA EMPRESA		Domicilio:	
Nombre de la empresa:		Provincia:	
Localidad:		Código Postal:	
Entidad pago IT/CC: INSS		Mutua:	
Actividad de la Empresa:		Código CNAE:	Puesto de trabajo: VENDEDORES EN TIENDAS Y ALMACENES

Fecha de ALTA: 25/09/2014 CAUSA DEL ALTA: ALTA MÉDICA POR PROPUESTA DE IP  
 Fecha de la BAJA: 15/10/2013  
 Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

EL MÉDICO INSPECTOR  
 BERTA AXTRID AMO CHECA, COLEGIADO: 45-42-001

En TOLEDO, a 25 de Septiembre de 2014

Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS o ISM - 40104)



REFERENCIAS ELECTRÓNICAS			Página:
Id. CEA:	Fecha:	Código CEA:	
7D7TOM2F2ULU	25/09/2014	IZD6T-5YYBO-ZIPDS-V6KOT-HZQLK-YU6I4	

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada mediante el Código Electrónico de Autenticidad de la Seguridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.

Nº Registro y Fecha
INSS TOLEDO
SALIDA
2014007800003892
25/09/2014 10:22:23

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES  
RÉGIMEN: TRABJ.AUTONOMOS SITUACIÓN: ACTIVO

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido: RUIZ	Segundo Apellido: PEREZ	Nombre: MARIA JOSE	DNI-NIE-Pasaporte: 016792961V				
Nº Tarjeta Sanitaria:	Nº Afiliación a la S.S.: 450040899871	Domicilio habitual: (Calle, plaza) CL VENTA DE ABAJO	Núm 34	Bloque	Escal. 1	Piso 2	Puerta A
Localidad: OLIAS DEL REY	Provincia: TOLEDO	Código Postal: 45280	Teléfono: 925490043				

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa:	Domicilio:		
Localidad:	Provincia:	Código Postal:	
Entidad pago IT/CC: INSS	Mutua:		
Actividad de la Empresa:	Código CNAE:	Puesto de trabajo: VENDEDORES EN TIENDAS Y ALMACENES	

RESULTADO DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO

Mujer de 53 años. RETA.  
Esclerosis múltiple primaria progresiva con empeoramiento.

DIAGNÓSTICO ESCLEROSIS MULTIPLE	Código CIE-9-M. 340.
------------------------------------	-------------------------

Fecha de ALTA 25/09/2014 CAUSA DEL ALTA ALTA MÉDICA POR PROPUESTA DE IP  
Fecha de la BAJA 15/10/2013  
Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

EL MÉDICO INSPECTOR  
BERTA AXTRID AMO CHECA, COLEGIADO:45/42/0237911

En TOLEDO, a 25 de Septiembre de 2014

Contra este procedimiento podrá interponer reclamación previa a la vía judicial social ante esta dirección provincial, en el plazo de once días desde su notificación, de conformidad con lo establecido en el art. 71.1 de la Ley 38/2011 de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social. (BOE de 11 de octubre).



45;13;00029296;102;016792961V;03;268;62000

2;14007800003892

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Id. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:
7D7TOM2F2ULU	25/09/2014	IZD6T-5YYBO-ZIPDS-V6KOT-HZQLK-YU6I4	2

Este documento no será válido sin la referencia electrónica. La autenticidad de este documento puede ser comprobada mediante el Código Electrónico de Autenticidad en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, a través del Servicio de Verificación de Integridad de Documentos.



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL



S. TOLEDO - 5 NOV 2013 ENTRADA

(3)

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Resolución de 4 de febrero de 2004, del Instituto Nacional de la Seguridad Social, sobre cumplimiento por los trabajadores por cuenta propia de la obligación establecida en el párrafo segundo del artículo 12 del Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre(1).

D/Dª MARIA JOSE RUIZ PEREZ, con número de la Seguridad Social 45.408998/71, con DNI, NIE, Pasaporte 16.792.961-V, y con domicilio en C/ Venta de Abajo 34 Urban del Portal 1.- 12-A. Rey. declara bajo su responsabilidad que:

Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza(2) [X] SI [ ] NO

Que dicho establecimiento tiene su domicilio en que la actividad económica, oficio o profesión es la de situación de incapacidad temporal / maternidad / paternidad / riesgo durante el embarazo o la lactancia natural (táchese lo que no proceda), la actividad queda en la siguiente situación:

1.- [X] Gestionado por:

[X] A.- Familiar:

D/Dª MIGUEL ANGER RUIZ PEREZ, Número de la Seguridad Social: 09.110.076.239/26, DNI, NIE, Pasaporte: 71.265.348-D, Código de cuenta cotización de la empresa: - 0521-, Parentesco: Hermano.

[ ] B.- Empleado del establecimiento:

D/Dª, Número de la Seguridad Social: /, DNI, NIE, Pasaporte:, Código de cuenta cotización de la empresa:

[ ] C.- Gestionado por otra persona:

D/Dª, Número de la Seguridad Social: /, DNI, NIE, Pasaporte:, Código de cuenta cotización de la empresa:

2.- [ ] Cese temporal o definitivo de la actividad durante la situación de incapacidad temporal / maternidad / paternidad / riesgo durante el embarazo o la lactancia natural (táchese lo que no proceda), del titular del establecimiento.

3.- [ ] O por el contrario, declara que se encuentra incluido en el Régimen especial de trabajadores por cuenta propia o Autónomos en razón de la actividad económica de domicilio en

Toledo, a 5 de NOVIEMBRE de 2013.

Firma, Ruiz Pérez

La Resolución citada establece que la declaración deberá presentarse dentro de los 15 días siguientes a la fecha de la baja médica, en el caso de incapacidad temporal; 15 días siguientes a la suspensión de la actividad, en los supuestos de riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural; en la maternidad, dentro de los 15 días siguientes a la fecha del parto o inicio del descanso maternal, o de la fecha de la resolución administrativa o judicial mediante la que se constituye el acogimiento o la adopción; en la paternidad en los 15 días siguientes al inicio del descanso.

Si marca la casilla "SI" deberá indicar el nombre del establecimiento. Si marca la casilla "NO" deberá cumplimentar el punto 3.

Director/a Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social





ADEUDO POR DOMICILIACIÓN

FECHA	CLAVE OFIC.	OFICINA	REFERENCIA
28-11-2014	3113	OLIAS DEL REY	450040899871

ORDENANTE	TITULAR
R.E.AUTONOMOS	RUIZ PEREZ MARIA JOSE

CUOTAS SEGURIDAD SOCIAL TRABAJADORES AUTONOMOS	0521
PERIODO 11/11-2014 D.N.I. 016792961V	
CONT.COM 875,70	260,08 IT. CC TGSS 875,70
COTIZ. ADIC. LE 875,70	0,88

OBSERVACIONES	IMPORTE
Ent. 02827003A/005	261,84 EUR
37233 0007322 2105 0412	TOTAL 261,84 EUR

CODIGO CUENTA					VALORACION
IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NUMERO DE CUENTA	
ES61	2105	3113	05	3400004935	28-11-2014

Para cualquier aclaración dirigirse con esta nota de adeudo a la entidad emisora la cual ha facilitado esta información.

08-12-2014 11:25:36 3113 4855 0018 2 00

Marca de Castilla-La Mancha S.A. Autorizado por el Colegio de San Javier N.º 20. Valor Cuota, incluido en el Registro de Comercio de Castilla-La Mancha, Libro 1044, Tomo 10, Folio 103, nº 14. Inscripción nº 1.015. A 16/11/2014.



(3)

### Datos identificativos

Nombre y apellidos  
MÁRIA JOSE RUIZ PEREZ

Nº Seguridad Social  
450040899871

Domicilio  
CT MADRID TOLEDO KM 57-300. 0  
45280 OLIAS DEL REY  
TOLEDO

Doc. Id. Número  
D.N.I. 016792961V

Teléfono móvil

### Resumen

Días totales en alta 9.680  
Días en Pluriempleo o pluriactividad 0  
Años 26  
Meses 06  
Días 03

Total días 9.680

Datos a fecha: 03/09/2014

### Situación Laboral Actual

Nº S.S.: 450040899871

Regimen REGIMEN ESPECIAL TRABAJADORES AUTONOMOS  
Fecha real de alta 01/03/1988  
Fecha efectos de alta 01/03/1988

875,70

261,84

Cobertura de AT y EP NO  
Cobertura de incapacidad temporal SI

CIAI (4613) Intermediarios del comercio de la madera  
Entidad de AT y EP (777) I.N.S.S.

Tipo de cotización por AT y EP 2,60

### Historial de Situación Laboral

Nº S.S.: 450040899871

Régimen	Código de Cuenta de Cotización	Nombre de la empresa	Fecha		CT	CTP%	GC	Días
			alta	baja				
AUTONOMOS	45	TOLEDO	01.03.88	01.03.88	000	00,0	00	9.680

### Bases de Cotización

Periodo de liquidación	Régimen	Código de Cuenta de Cotización	Nombre de la empresa	Base de cotización
ENERO 2013	AUTONOMOS			858,60
FEBRERO 2013	AUTONOMOS			858,60
MARZO 2013	AUTONOMOS			858,60
ABRIL 2013	AUTONOMOS			858,60
MAYO 2013	AUTONOMOS			858,60
JUNIO 2013	AUTONOMOS			858,60
JULIO 2013	AUTONOMOS			858,60
AGOSTO 2013	AUTONOMOS			858,60
SEPTIEMBRE 2013	AUTONOMOS			858,60
OCTUBRE 2013	AUTONOMOS			858,60
NOVIEMBRE 2013	AUTONOMOS			858,60
DICIEMBRE 2013	AUTONOMOS			858,60

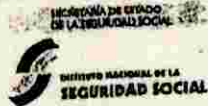
Nota: La información de las Bases de Regímenes Especiales - cuota fija no presupone el ingreso de las cuotas que correspondieran



-45TR0061



MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL



DIRECCIÓN PROVINCIAL

TOLEDO

Ref.: 2014-507252-71

REGISTRO DE:

INSS TOLEDO
SALIDA
2014009900010546
05-11-2014/20:43:26

4

**CENTRO DE CONTACTO**  
**CAISS TOLEDO 2**  
**CL VENANCIO GONZALEZ 5**  
**TOLEDO 45001**  
**Teléfono de consulta: 925 396 662**  
**www.seg-social.es**  
**Línea de atención 901 16 65 65**

**NOMBRE Y APELLIDOS**

MARIA JOSE RUIZ PEREZ

**DNI / NIE**

016792961V

**NASS**

45/00408998/71

MARIA JOSE RUIZ PEREZ

CL VENTA DE ABAJO, 34  
 ESC. 1 PISO 2 PTA. A  
 45280 OLIAS DEL REY  
 TOLEDO



NA450003181400990010546

### RESOLUCIÓN

El Director provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social ha aprobado en fecha 04-11-2014 la pensión de incapacidad permanente, en el grado de **ABSOLUTA PARA TODO TRABAJO**, cuyos datos se indican más adelante.

Acompaña a este escrito un Informe de las bases de cotización utilizadas para calcular la base reguladora de su pensión. Si no está conforme con esta resolución, puede presentar en la Dirección Provincial una reclamación previa a la vía jurisdiccional en el plazo de 30 días hábiles contados desde el día siguiente al de recibir esta notificación, de acuerdo con el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social (BOE del 11/10/2011).

El Director Provincial,

CEA: -N97N9U-5RXP

Angel Vara Moral

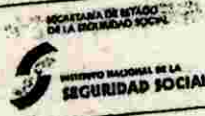


016792961V;01;001;16460



2;14009900010546

45TR0061

MINISTERIO  
DE EMPLEO  
Y SEGURIDAD SOCIALDIRECCIÓN PROVINCIAL  
TOLEDO

Ref.: 2014-507252-71

REGISTRO DE:

INSS TOLEDO

SALIDA

2014009900010546

05-11-2014/20:43:26

CENTRO DE CONTACTO  
CAISS TOLEDO 2  
CL VENANCIO GONZALEZ 5  
TOLEDO 45001  
Teléfono de consulta: 925 396 662  
www.seg-social.es  
Línea de atención 901 16 66 66

NOMBRE Y APELLIDOS

MARIA JOSE RUIZ PEREZ

DNI / NIE

016792961V

NASS

45/00408998/71

NORMATIVA APLICADA

- LGSS APROBADA POR R.D.LEG. 1/1994 DE 20 DE JUNIO (BOE DIA 29).
- DECRETO 2530/1970 DE 20 DE AGOSTO (BOE 30 DE SEPTIEMBRE).
- ORDEN DE 24-9-70 (BOE DE 30 DE SEPTIEMBRE Y 1 DE OCTUBRE).

PENSIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE

Base reguladora.....	752,92
Porcentaje de la pensión .....	100,00%

RÉGIMEN ESPECIAL TRABAJADORES AUTONOMOS

Número de pagas anuales.....	14
Fecha de revisión .....	31-12-2015

IMPORTES

PENSIÓN MENSUAL

Pensión inicial .....	752,92
Revalorizaciones .....	0,00
Suma de abonos .....	752,92 €
Importe líquido .....	752,92 €

PRIMER PAGO: Período DE 07-10-2014 A 30-11-2014

Suma de abonos .....	1.611,08
Deducciones .....	306,50
Importe líquido .....	1.304,58

3.- PAGO DE LA PENSIÓN

BANCO CASTILLA-LA MANCHA  
PAREJAS, 16 - OLIVAS DEL REY

- Sucursal 3113 Cuenta corriente

El primer pago de la pensión, que corresponde al importe y periodo indicado en este mismo escrito, le será pagado de inmediato en la forma elegida por usted.  
Los pagos sucesivos de la pensión se pagarán a mes vencido, por lo que los cobrará a partir del primer día hábil del mes siguiente al que correspondan, en la forma solicitada por usted.



# BASE REGULADORA

Titular <b>MARIA JOSE RUIZ PEREZ</b>	DNI/NIE 016792961V	Núm. Afiliación a la S.S. 45/00408998/71
Prestación Incapacidad		Referencia 2014-507252-71

## BASES DE COTIZACIÓN

Período computable o elegido a efectos de Base Reguladora De 01-09-2006 A 31-08-2014

Año	Mes	Base de Cotización	Año	Mes	Base de Cotización
2014	08	875,70	2013	08	858,60
2014	07	875,70	2013	07	858,60
2014	06	875,70	2013	06	858,60
2014	05	875,70	2013	05	858,60
2014	04	875,70	2013	04	858,60
2014	03	875,70	2013	03	858,60
2014	02	875,70	2013	02	858,60
2014	01	875,70	2013	01	858,60
2013	12	858,60	2012	12	850,20
2013	11	858,60	2012	11	850,20
2013	10	858,60	2012	10	850,20
2013	09	858,60	2012	09	850,20
<b>Total 2 últimos años.....</b>					<b>20.799,60.....(A)</b>

**(Período actualizable)**

Año	Mes	Base de Cotización	Índice Actualización	Base Actualizada	Año	Mes	Base de Cotización	Índice Actualización	Base Actualizada
2012	08	850,20	1,0000000	850,20	2011	08	850,20	1,0265486	872,77
2012	07	850,20	1,0056334	854,98	2011	07	850,20	1,0278254	873,85
2012	06	850,20	1,0032801	852,98	2011	06	850,20	1,0222983	869,15
2012	05	850,20	1,0014073	851,39	2011	05	850,20	1,0208622	867,93
2012	04	850,20	1,0000000	850,20	2011	04	850,20	1,0205267	867,65
2012	03	850,20	1,0139726	862,07	2011	03	850,20	1,0332251	878,44
2012	02	850,20	1,0207910	867,87	2011	02	850,20	1,0409505	885,01
2012	01	850,20	1,0218599	868,78	2011	01	850,20	1,0422740	886,14
2011	12	850,20	1,0106124	859,22	2010	12	841,80	1,0346440	870,96
2011	11	850,20	1,0119298	860,34	2010	11	841,80	1,0410033	876,31
2011	10	850,20	1,0160337	863,83	2010	10	841,80	1,0466496	881,06
2011	09	850,20	1,0240453	870,64	2010	09	841,80	1,0562193	889,12
2010	08	841,80	1,0569492	889,73	2009	08	833,40	1,0761532	896,86
2010	07	841,80	1,0596052	891,97	2009	07	833,40	1,0799073	899,99
2010	06	841,80	1,0548601	887,98	2009	06	833,40	1,0706882	892,31
2010	05	841,80	1,0567421	889,56	2009	05	833,40	1,0753965	896,23
2010	04	841,80	1,0591014	891,55	2009	04	833,40	1,0750241	895,92
2010	03	841,80	1,0703750	901,04	2009	03	833,40	1,0855245	904,67
2010	02	841,80	1,0783162	907,72	2009	02	833,40	1,0873099	906,16
2010	01	841,80	1,0763566	906,07	2009	01	833,40	1,0874253	906,26
2009	12	833,40	1,0655554	888,03	2008	12	807,20	1,0740213	877,69
2009	11	833,40	1,0652784	887,80	2008	11	817,20	1,0685110	873,18
2009	10	833,40	1,0710575	892,61	2008	10	817,20	1,0639732	869,47
2009	09	833,40	1,0786908	898,98	2008	09	817,20	1,0676315	872,46
2008	08	817,20	1,0674202	872,29	2007	08	801,30	1,1197600	897,26
2008	07	817,20	1,0651234	870,41	2007	07	801,30	1,1212977	898,49
2008	06	817,20	1,0600108	865,82	2007	06	801,30	1,1222976	891,96
2008	05	817,20	1,0661097	872,77	2007	05	801,30	1,1222976	898,60
2008	04	817,20	1,0733125	877,77	2007	04	801,30	1,1222976	894,05
2008	03	817,20	1,0848694	886,55	2007	03	801,30	1,1222976	908,45
2008	02	817,20	1,0944873	894,41	2007	02	801,30	1,1222976	915,31
2008	01	817,20	1,0961968	895,81	2007	01	801,30	1,1222976	915,94
2007	12	801,30	1,0894139	872,94	2006	12	785,70	1,1351936	892,07
2007	11	801,30	1,0939732	876,60	2006	11	785,70	1,1384969	894,51
2007	10	801,30	1,1018194	882,60	2006	10	785,70	1,1415121	896,72
2007	09	801,30	1,1161010	894,33	2006	09	785,70	1,1445273	900,40
<b>TOTAL AÑOS .....</b>									<b>63.616,66.....(B)</b>

**BASE REG.**  $\frac{A+B}{112} \times \% \text{ aplicable} = \frac{84.326,26}{112} \times 100,00$

<b>BASE REGULADORA</b>
<b>752,92 €</b>





45;14;00507252;111;016792961V;03;001;12800



2;14009900010546



Y SEGURIDAD SOCIAL

TOLEDO



INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Ref: 2014-507252-71

## DOCUMENTO INFORMATIVO DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA

### TITULAR DEL DERECHO

Apellido 1º: RUIZ ..... Apellido 2º: PEREZ .....

Nombre: MARIA JOSE ..... DNI: 016792961V ..... NASS: 45 00408998 71 .....

Domicilio: CL/ VENTA DE ABAJO, 34 Esc.1 Piso 2 Pta.A .....

Localidad: OLIAS DEL REY ..... Provincia: TOLEDO .....

Fecha de efectividad de la asistencia sanitaria en la condición de pensionista : 07-10-2014 .....

PENSIONISTA DE : INCAPACIDAD .....

Si necesita actualizar y obtener la Tarjeta Sanitaria Individual deberá dirigirse al Centro de Salud que le corresponde por su domicilio.

### BENEFICIARIOS DEL TITULAR DEL DERECHO

Los actuales beneficiarios del titular del derecho, en su caso, accederán a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que el titular asegurado sin necesidad de realizar ningún trámite que suponga un nuevo reconocimiento del derecho.

En el caso de que el titular del derecho quiera incluir a un nuevo beneficiario o variar algún dato identificativo de sus actuales beneficiarios lo podrá hacer en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS). Para facilitar su gestión puede solicitar cita previa en el teléfono 901 10 65 70 ó en [www.seg.social.es](http://www.seg.social.es).



45;14;00507252;111;016792961V;01;001;16565



**Préstamos**



Fecha operación	Código Cuenta Cliente (CCC)	Fecha valor	Nº de recibo	Nº préstamo
19-09-2013	2100 1695 86 2200039615	19-09-2013	2000.696-08	296.340025-72

TITULAR: MARIA JOSE RUIZ PEREZ

PERIODO: DE 20-08-2013 A 19-09-2013 VENCIMIENTO: 19-09-2013 VCTS. PENDIENTES: 21  
 TIPO INTERÉS VIGENTE: 7,499 %  
 SALDO INICIO PERIODO: 24.444,48  
 SALDO ACTUAL PRÉSTAMO: 23.333,35  
 COSTE EFECTIVO REMANENTE: 7,762 %

Director General

La notificación que hemos  
 debitado en la cuenta de  
 préstamo que también se  
 indica.

LORENZO RUIZ LOPEZ

01695

1.266,80

SALAS 4  
 09693 REGUMIEL DE LA SIERRA BURGOS

Teléfono oficina: 947395232

1.266,80 € = 210,778 Ptas

CaixaBank, S.A. Av. Diagonal, 691-702B Barcelona, NIF A662318 Inscrita RM Barcelona tomo 45817, folio 23, sección 8, hoja B-41.272, Insc. 103  
 Mod. 20. 91083-10  
 14/12/10.24

**Préstamos y Créditos 9620 296 34002572 Préstamos****Recibos cobrados**

Filtrar

Vencimiento desde:  hasta: 

Vencimiento	Importe cobrado	Importe facturado	Amortización	Intereses	Demoras	Otros conceptos
19-11-2014	1.167,73 €	1.167,73 €	1.111,12 €	56,61 €	0,00 €	0,00 €
19-10-2014	1.172,75 €	1.172,75 €	1.111,11 €	61,64 €	0,00 €	0,00 €
19-09-2014	1.181,88 €	1.181,88 €	1.111,11 €	70,77 €	0,00 €	0,00 €
19-08-2014	1.188,95 €	1.188,95 €	1.111,11 €	77,84 €	0,00 €	0,00 €
19-07-2014	1.193,29 €	1.193,29 €	1.111,11 €	82,18 €	0,00 €	0,00 €
19-06-2014	1.203,11 €	1.203,11 €	1.111,11 €	92,00 €	0,00 €	0,00 €
19-05-2014	1.206,99 €	1.206,99 €	1.111,11 €	95,88 €	0,00 €	0,00 €
19-04-2014	1.217,26 €	1.217,26 €	1.111,11 €	106,15 €	0,00 €	0,00 €
19-03-2014	1.213,38 €	1.213,38 €	1.111,11 €	102,27 €	0,00 €	0,00 €
19-02-2014	1.231,41 €	1.231,41 €	1.111,11 €	120,30 €	0,00 €	0,00 €
19-01-2014	1.238,49 €	1.238,49 €	1.111,11 €	127,38 €	0,00 €	0,00 €
19-12-2013	1.241,23 €	1.241,23 €	1.111,11 €	130,12 €	0,00 €	0,00 €
19-11-2013	1.252,64 €	1.252,64 €	1.111,11 €	141,53 €	0,00 €	0,00 €
19-10-2013	1.254,93 €	1.254,93 €	1.111,11 €	143,82 €	0,00 €	0,00 €
19-09-2013	1.266,80 €	1.266,80 €	1.111,11 €	155,69 €	0,00 €	0,00 €
19-08-2013	1.273,87 €	1.273,87 €	1.111,11 €	162,76 €	0,00 €	0,00 €
19-07-2013	1.275,47 €	1.275,47 €	1.111,11 €	164,36 €	0,00 €	0,00 €
19-06-2013	1.288,03 €	1.288,03 €	1.111,11 €	176,92 €	0,00 €	0,00 €
19-05-2013	1.289,17 €	1.289,17 €	1.111,11 €	178,06 €	0,00 €	0,00 €
19-04-2013	1.302,18 €	1.302,18 €	1.111,11 €	191,07 €	0,00 €	0,00 €
19-03-2013	1.290,08 €	1.290,08 €	1.111,11 €	178,97 €	0,00 €	0,00 €
19-02-2013	1.316,33 €	1.316,33 €	1.111,11 €	205,22 €	0,00 €	0,00 €
19-01-2013	1.323,41 €	1.323,41 €	1.111,11 €	212,30 €	0,00 €	0,00 €
19-12-2012	1.323,41 €	1.323,41 €	1.111,11 €	212,30 €	0,00 €	0,00 €
19-11-2012	1.337,56 €	1.337,56 €	1.111,11 €	226,45 €	0,00 €	0,00 €
19-10-2012	1.337,11 €	1.337,11 €	1.111,11 €	226,00 €	0,00 €	0,00 €
19-09-2012	1.351,72 €	1.351,72 €	1.111,11 €	240,61 €	0,00 €	0,00 €
19-08-2012	1.358,79 €	1.358,79 €	1.111,11 €	247,68 €	0,00 €	0,00 €
19-07-2012	1.357,65 €	1.357,65 €	1.111,11 €	246,54 €	0,00 €	0,00 €



2100 1695 80 2200043882

Titular 1	J	B16239345
Firma recon. 1	M	16792961V
Firma recon. 2	V	71260599K
Firma recon. 3	V	71265348D
Firma recon. 4	V	13116443A
Firma recon. 5	M	13152186G

\*\*\*

Castellano

Maderas Ruiz Perez Sociedad Limitada.  
Maria Jose Ruiz Perez.  
Alvaro Ruiz Perez  
Miguel Angel Ruiz Perez  
Ignacio Maria Ruiz Perez  
Maria Sonia Ruiz Perez

6



 **la Caixa**

**12 DIC. 2016**

Quintana Sierra - 1005  
Pl. Mayor, 1  
09670 QUINTANA DE LA SIERRA

## EXTRACTO DE CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES:

**DESEMPLEO:** Estarán cubiertas por esta garantía todas aquellas personas trabajadores por cuenta ajena con contrato laboral indefinido, excepto los funcionarios públicos, que hasta el momento de incurrir en la situación de desempleo que dé lugar al pago de la prestación, mantengan una relación laboral ininterrumpida con el mismo empleador de al menos seis meses de duración y que tengan derecho a beneficiarse de las prestaciones de Desempleo en su nivel contributivo que otorga el Instituto Nacional de Empleo.

**INCAPACIDAD TEMPORAL (por enfermedad o accidente):** Estarán cubiertas por esta garantía todas aquellas personas que no puedan estar cubiertas por Desempleo, con la exclusión de los trabajadores temporales o fijos de carácter discontinuo en los periodos en que carezcan de ocupación efectiva.

**DURACION DEL SEGURO:** será la indicada en este Boletín de Adhesión/Contrato Individual a partir de la fecha de efecto del contrato. CNP I.A.M. S.A. Sucursal en España garantiza al beneficiario el pago de la cuota de amortización mensual del préstamo por cada periodo completo de 30 días naturales consecutivos en situación de Incapacidad Temporal o desempleo dependiendo de la situación laboral de cada Asegurado en el momento de ocurrencia del siniestro. Adicionalmente por cada día en exceso a cada periodo de 30 días consecutivos se indemnizará un importe equivalente a 1/30 de la cuota de amortización mensualizada, con un máximo de 1.800 Euros mensuales y con un límite de 12 pagos mensuales consecutivos o 36 pagos mensuales alternos en total. Cuando la periodicidad de pago del préstamo sea diferente a la mensual, el cálculo de la cuota mensualizada se realizará considerando el importe de las cuotas del préstamo conocidas, o la siguiente más cercana, si fuera conocida, extrapoliándola al año completo y dividiéndola por 12.

**PLAZO DE CARENIA:** tiempo a partir de la entrada en vigor de las garantías de la Póliza durante el que no se genera derecho a percibir tipo alguno de prestación, aunque durante el mismo se produzcan situaciones de Incapacidad Temporal o Desempleo. El periodo de carencia será de 30 días para la garantía Incapacidad Temporal (por enfermedad) en caso de accidente no existirá periodo de carencia y de 60 días naturales para la garantía Desempleo. El periodo de carencia entre siniestros es de 180 días para Incapacidad (por la misma causa), 30 días por Incapacidad (causa distinta) y 180 días para Desempleo.

**COBERTURAS:** Las coberturas de Desempleo e Incapacidad Temporal son alternativas, por tanto, cuando un Asegurado esté cubierto por Desempleo no podrá estar cubierto por Incapacidad Temporal.

**Desempleo:** es la situación en que se encuentra el Asegurado cuando:

A) Se extingue su relación laboral:

-En virtud de expediente de regulación de empleo o despido colectivo.

-Por fallecimiento o Incapacidad del empresario individual, y siempre que estas causas determinen la extinción del contrato de trabajo.

-Por despido improcedente o nulo.

-Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas.

-Por resolución voluntaria por parte del Asegurado, únicamente en los supuestos previstos en los artículos 40 (movilidad geográfica), 41

(modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo), 49.1.m (por decisión de la trabajadora que se ve obligada a abandonar su puesto de trabajo en los casos de violencia de género) y 50(extinción por incumplimiento del empleador) del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo)

-En virtud de resolución judicial adoptada en el seno de un procedimiento concursal.

B) Se suspende la relación laboral en virtud de expediente de regulación de empleo, resolución judicial adoptada en el seno de un procedimiento concursal, así como en los casos previstos en el art.49.1.m del Estatuto de los Trabajadores.

**Incapacidad Temporal:** Alteración temporal del estado de salud del Asegurado, constatada médicamente por el profesional competente de la Seguridad Social o asimilado, debida a un accidente o enfermedad y determinante de la total inaptitud del asegurado para el ejercicio de su actividad profesional de forma no permanente.

### EXCLUSIONES:

**Desempleo:** No se considera en Desempleo a los Asegurados que se encuentren en cualquiera de las siguientes situaciones:

a) Cuando haya sido despedido y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato derivada de expediente de regulación de empleo o de despido colectivo o basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo).

b) Cuando su contrato se extinga por jubilación del empresario empleador individual del Asegurado o por expiración del tiempo convenido y/o finalización de la obra o servicio objeto del contrato.

c) Los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los periodos en que carezcan de ocupación efectiva.

d) Cuando, declarado improcedente o nulo el despido por sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.

e) Cuando no hayan solicitado el reintegro al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador, cuando fuera delegado sindical o representante legal de los trabajadores, o se estuviera en excedencia y venciera el periodo fijado para la misma.

f) La extinción del contrato laboral durante el periodo de prueba, la jubilación anticipada y el paro parcial, o cuando la indemnización por despido consista en una renta temporal pagadera en momento del despido hasta la fecha en la que el trabajador acceda a la jubilación (prejubilación).

g) Si la situación de Desempleo o notificación de despido se produce dentro del periodo de carencia.

h) Cuando el importe de la indemnización por despido no se corresponda con las indemnizaciones previstas en la legislación laboral vigente.

Asimismo, el Beneficiario no tendrá derecho al cobro de la prestación por Desempleo o perderá el que estuviese disfrutando si la Relación Laboral del asegurado lo fuera con una empresa propiedad del ámbito familiar de éste hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercer grado de afinidad fuera el administrador de la empresa; y también si el Asegurado fuera socio con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.

**Incapacidad Temporal:** No tienen la consideración de Incapacidad Temporal aquellos siniestros que resulten de:

a) Enfermedades, lesiones o complicaciones causadas directa o indirectamente por voluntad del Asegurado.

b) Embarazo, parto o aborto o complicaciones derivadas de estos conceptos y los periodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan en caso de maternidad.

c) Las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desahogo, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente, o su resistencia a ser detenido.

d) Cualquier enfermedad, dolencia, estado o lesión por la que el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento de un médico con anterioridad a la adhesión a la póliza.

e) Dolor lumbar, cervical, dorsal, sacro y clático, así como cualquier otro proceso patológico que tenga como manifestación única el dolor, salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammografías, scanners, T.A.C, etc.) que demuestren la existencia de alteraciones que justifiquen el dolor causa de la Incapacidad Temporal.

f) Cefaleas, enfermedades psiquiátricas y mentales, incluyendo el estrés, ansiedad, depresiones y afecciones similares, aun cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista (psiquiatra).

g) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos y/u odontológicos que no sean esenciales por razones médicas y sean demandados por el Asegurado por razones psicológicas, personales y/o estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de efecto de la cobertura del seguro.

h) Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas o competiciones, y de la práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo, así como los accidentes derivados de la conducción de vehículos sin el correspondiente permiso expedido por la autoridad competente y los accidentes aéreos a excepción de los vuelos comerciales en línea regular autorizada.

### PAGO DE PRESTACIONES:

El Asegurador realizará los pagos establecidos en las coberturas de las pólizas, una vez transcurrido el periodo de carencia correspondiente hasta la primera de las siguientes fechas:

A) La fecha en que el Asegurado sea dado de alta, vuelva al trabajo o deje de presentar las pruebas oportunas de su situación de Incapacidad Temporal o desempleo

B) La fecha en que el Asegurador haya pagado las prestaciones máximas indicadas en el resumen de condiciones.

C) La fecha de finalización del Contrato Financiero (préstamo)

D) Prestaciones máximas: 12 cuotas consecutivas y 36 cuotas alternas acumuladas durante la duración de la cobertura. El Asegurado deberá mantener sus compromisos de pago con la entidad y en el momento que su reclamación sea aceptada, se reembolsarán los pagos correspondientes sin incluir los intereses de demora que se hubieran devengado a favor de la entidad.

### EN CASO DE SINIESTRO: Comuníquelo en el teléfono 915243435

Para reclamar el pago de las prestaciones aseguradas, cuando los beneficiarios de las mismas tengan derecho a percibirías, el Asegurado o Beneficiario, en su caso, deberá facilitar a la Compañía Aseguradora los documentos que se soliciten para cada caso concreto. El Asegurador podrá disponer que sus médicos, inspectores o empleados visiten al Asegurado, debiendo permitir a su vez el Asegurado o sus familiares dichas visitas, como cualquier averiguación o comprobación que el Asegurador considere necesario. El incumplimiento de estos deberes se entenderá como renuncia al cobro de la prestación, salvo que no haya sido posible el llevarlo a cabo por la oposición del médico o personal facultativo en caso de siniestro por Incapacidad Temporal. El pago de la Prestación sólo se llevará a cabo una vez que el Asegurador haya recibido la documentación y las pruebas requeridas, por parte del Asegurado o el Beneficiario. En caso de que no se entregara dicha documentación, el Asegurador no estará obligado a pagar Prestación alguna.

## EXTRACTO DE CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES:

**DESEMPEÑO:** Estarán cubiertas por esta garantía todas aquellas personas trabajadoras por cuenta ajena con contrato laboral indefinido, excepto los funcionarios públicos, que hasta el momento de incurrir en la situación de desempleo que dé lugar al pago de la prestación, mantengan una relación laboral ininterrumpida con el mismo empleador de al menos seis meses de duración y que tengan derecho a beneficiarse de las prestaciones de Desempleo en su nivel contributivo que otorga el Instituto Nacional de Empleo.

**INCAPACIDAD TEMPORAL (por enfermedad o accidente):** Estarán cubiertas por esta garantía todas aquellas personas que no puedan estar cubiertas por Desempleo, con la exclusión de los trabajadores temporales o hijos de carácter discontinuo en los períodos en que carezcan de ocupación efectiva.

**DURACION DEL SEGURO:** será la indicada en este Boletín de Adhesión/Certificado Individual a partir de la fecha de efecto del contrato. CNP I.A.M. S.A. Sucursal en España garantiza al beneficiario el pago de la cuota de amortización mensual del préstamo por cada período completo de 30 días naturales consecutivos en situación de Incapacidad Temporal o desempleo dependiendo de la situación laboral de cada Asegurado en el momento de ocurrencia del siniestro. Adicionalmente por cada día en exceso a cada período de 30 días consecutivos se indemnizará un importe equivalente a 1/30 de la cuota de amortización mensualizada, con un máximo de 1.800 Euros mensuales y con un límite de 12 pagos mensuales consecutivos o 36 pagos mensuales alternos en total. Cuando la periodicidad de pago del préstamo sea diferente a la mensual, el cálculo de la cuota mensualizada se realizará considerando el importe de las cuotas del préstamo conocidas, o la siguiente más cercana, si fuera conocida, extrapolándola al año completo y dividiéndola por 12.

**PLAZO DE CARENZIA:** tiempo a partir de la entrada en vigor de las garantías de la Póliza durante el que no se genera derecho a percibir lipo alguno de prestación, aunque durante el mismo se produzcan situaciones de Incapacidad Temporal o Desempleo. El período de carencia será de 30 días para la garantía Incapacidad Temporal (por enfermedad) en caso de accidente no existirá período de carencia y de 60 días naturales para la garantía Desempleo. El período de carencia entre siniestros es de 180 días para Incapacidad (por la misma causa), 30 días por Incapacidad (causa distinta) y 180 días para Desempleo.

**COBERTURAS:** Las coberturas de Desempleo e Incapacidad Temporal son alternativas, por tanto, cuando un Asegurado esté cubierto por Desempleo no podrá estar cubierto por Incapacidad Temporal.

**Desempleo:** es la situación en que se encuentra el Asegurado cuando:

A) Se extingue su relación laboral:

-En virtud de expediente de regulación de empleo o despido colectivo.

-Por fallecimiento o Incapacidad del empresario individual, y siempre que estas causas determinen la extinción del contrato de trabajo.

-Por despido improcedente o nulo.

-Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas.

-Por resolución voluntaria por parte del Asegurado, únicamente en los supuestos previstos en los artículos 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo), 49.1.m (por decisión de la trabajadora que se ve obligada a abandonar su puesto de trabajo en los casos de violencia de género) y 50 (extinción por incumplimiento del empleador) del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo).

-En virtud de resolución judicial adoptada en el seno de un procedimiento concursal.

B) Se suspende la relación laboral en virtud de expediente de regulación de empleo, resolución judicial adoptada en el seno de un procedimiento concursal, así como en los casos previstos en el art.49.1.m del Estatuto de los Trabajadores.

**Incapacidad Temporal:** Alteración temporal del estado de salud del Asegurado, constatada médicamente por el profesional competente de la Seguridad Social o asimilado, debida a un accidente o enfermedad y determinante de la total inaptitud del asegurado para el ejercicio de su actividad profesional de forma no permanente.

### EXCLUSIONES:

**Desempleo:** No se considera en Desempleo a los Asegurados que se encuentren en cualquiera de las siguientes situaciones:

a) Cuando haya sido despedido y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato derivada de expediente de regulación de empleo o de despido colectivo o basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo).

b) Cuando su contrato se extinga por jubilación del empresario empleador individual del Asegurado o por expiración del tiempo convenido y/o finalización de la obra o servicio objeto del contrato.

c) Los trabajadores hijos de carácter discontinuo en los períodos en que carezcan de ocupación efectiva.

d) Cuando, declarado improcedente o nulo el despido por sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.

e) Cuando no hayan solicitado el reintegro al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador, cuando fuera delegado sindical o representante legal de los trabajadores, o se estuviera en excedencia y venciera el período fijado para la misma.

f) La extinción del contrato laboral durante el período de prueba, la jubilación anticipada y el paro parcial, o cuando la indemnización por despido consista en una renta temporal pagadera en momento del despido hasta la fecha en la que el trabajador acceda a la jubilación (prejubilación).

g) Si la situación de Desempleo o notificación de despido se produce dentro del período de carencia.

h) Cuando el importe de la indemnización por despido no se corresponda con las indemnizaciones previstas en la legislación laboral vigente.

Asimismo, el Beneficiario no tendrá derecho al cobro de la prestación por Desempleo o perderá el que estuviese disfrutando si la Relación Laboral del asegurado lo fuera con una empresa propiedad del ámbito familiar de éste hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercer grado de afinidad fuera el administrador de la empresa; y también si el Asegurado fuera socio con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.

**Incapacidad Temporal:** No tienen la consideración de Incapacidad Temporal aquellos siniestros que resulten de:

a) Enfermedades, lesiones y complicaciones causadas directa o indirectamente por voluntad del Asegurado.

b) Embarazo, parto o aborto o complicaciones derivadas de estos conceptos y los períodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan en caso de maternidad.

c) Las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente, o su resistencia a ser detenido.

d) Cualquier enfermedad, dolencia, estado o lesión por la que el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento de un médico con anterioridad a la adhesión a la póliza.

e) Dolor lumbar, cervical, dorsal, sacro y cláctico, así como cualquier otro proceso patológico que tenga como manifestación única el dolor, salvo que existan evidencias

objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammografías, scanners, T.A.C, etc.) que demuestren la existencia de alteraciones que justifiquen el dolor causa de la Incapacidad Temporal.

f) Cefaleas, enfermedades psiquiátricas y mentales, incluyendo el estrés, ansiedad, depresiones y afecciones similares, aun cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista (psiquiatra).

g) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos y/u odontológicos que no sean esenciales por razones médicas y sean demandados por el Asegurado por razones psicológicas, personales y/o estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de efecto de la cobertura del seguro.

h) Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas o competiciones, y de la práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo, así como los accidentes derivados de la conducción de vehículos sin el correspondiente permiso expedido por la autoridad competente y los accidentes aéreos a excepción de los vuelos comerciales en línea regular autorizada.

de los vuelos comerciales en línea regular autorizada.

### PAGO DE PRESTACIONES:

El Asegurador realizará los pagos establecidos en las coberturas de las pólizas, una vez transcurrido el período de carencia correspondiente hasta la primera de las siguientes fechas:

A) La fecha en que el Asegurado sea dado de alta, vuelva al trabajo o deje de presentar las pruebas oportunas de su situación de Incapacidad Temporal o desempleo.

B) La fecha en que el Asegurador haya pagado las prestaciones máximas indicadas en el resumen de condiciones.

C) La fecha de finalización del Contrato Financiero (préstamo).

D) Prestaciones máximas: 12 cuotas consecutivas y 36 cuotas alternas acumuladas durante la duración de la cobertura. El Asegurado deberá mantener sus compromisos de pago con la entidad y en el momento que su reclamación sea aceptada, se reembolsarán los pagos correspondientes sin incluir los intereses de demora que se hubieran devengado a favor de la entidad.

### EN CASO DE SINIESTRO: Comuniquelo en el teléfono 915243435

Para reclamar el pago de las prestaciones aseguradas, cuando los beneficiarios de las mismas tengan derecho a percibir las, el Asegurado o Beneficiarios, en su caso, deberá facilitar a la Compañía Aseguradora los documentos que se soliciten para cada caso concreto. El Asegurador podrá disponer que sus médicos, inspectores o empleados visiten al Asegurado, debiendo permitir a su vez el Asegurado o sus familiares dichas visitas, como cualquier averiguación o comprobación que el Asegurador considere necesario. El incumplimiento de estos deberes se entenderá como renuncia al cobro de la prestación, salvo que no haya sido posible el llevarlo a cabo por la oposición del médico o personal facultativo en caso de siniestro por Incapacidad Temporal. El pago de la Prestación sólo se llevará a cabo una vez que el Asegurador haya recibido la documentación y las pruebas requeridas, por parte del Asegurado o el Beneficiario. En caso de que no se entregara dicha documentación, el Asegurador no estará obligado a pagar Prestación alguna.