

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO
CNP VIDA SEGURO PROTECCION DE PAGOS PRESTAMOS HIPOTECARIOS - PRIMA PERIODICA -

Certificado Individual N°: 0000000297	Tomador del Seguro: BARCLAYS C.I.F. A47001946	N° Póliza Colectiva: 22006	Mediador: Barclays Operador de Banca-Seguros Vinculado, S.A. Clave DGS OV-00007
Número de Préstamo 00650081040056137170	Importe inicial del préstamo: 102.000,00 €	Plazo del préstamo: 360 meses	Cuota Mensual del Préstamo (1): 547,56 €
		Prima Total del Seguro: 22,15 €	Fecha efecto Seguro: 30/03/2011

(1) El importe detallado en esta casilla, corresponde al primer mes completo de amortización. En caso de siniestro, el asegurador toma a su cargo las cuotas mensualizadas del préstamo vigentes por vencer, con las limitaciones detalladas en el presente certificado.

Datos del 1er Asegurado (2)

Apellidos: DIAZ GUNTIÑAS	Nombre: MARIA DE LOS ANGELES	N.I.F./N.I.E. 43097978A
Domicilio, calle o plaza: TRAMUNTANA	Núm.: 00003	Piso: 07180
	Código Postal: 07180	Localidad y Provincia: CALVIA

(2) Si el préstamo hipotecario ha sido solicitado por dos personas simultáneamente, existe la posibilidad de incluir a ambas en este seguro. En ese caso, CNP Vida garantiza el 50% de la cuota del préstamo a cada asegurado. En caso de un solo Asegurado se garantizará siempre el 100% de la cuota.

Datos del 2º Asegurado (2)

Apellidos:	Nombre:	N.I.F./N.I.E.
Domicilio, calle o plaza:	Núm.:	Piso:
	Código Postal:	Localidad y Provincia:

Beneficiario

Barclays Bank, S.A. con carácter irrevocable.

Garantías y Capitales Asegurados

GARANTIA	CAPITAL ASEGURADO	GARANTIA	CAPITAL ASEGURADO
Incapacidad Temporal	Cuotas Mensualizadas del Préstamo	Desempleo	Cuotas Mensualizadas del Préstamo
(Trabajadores por Cuenta Propia/Autónomos, Funcionarios o trabajadores con contrato temporal o por obra o servicio)	Cuotas Máximas	(Trabajadores por Cuenta Ajena/Asalariados con contrato indefinido mínimo 6 meses de antigüedad)	Cuotas Máximas
	Préstamo Hipotecario		Préstamo Hipotecario
	12 cuotas consecutivas ó		12 cuotas consecutivas ó
	Capital Máximo: 2.000 Euros/Mes/Asegurado		Capital Máximo: 2.000 Euros/Mes
	Carencia Inicial: 30 días para IT por enfermedad		Carencia Inicial: 60 días

De conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Entidad Aseguradora informa de la existencia de datos de carácter personal en soporte físico que pueden ser susceptibles de tratamiento o de un fichero de su titularidad en el que se incluirán los datos que han sido recabados para el desarrollo y cumplimiento del presente contrato, y respecto del cual el Tomador/Asegurado podrá ejercitar los derechos reconocidos en la Ley y, en particular, los de acceso, rectificación y cancelación de datos, así como el de revocación del consentimiento por la cesión de sus datos y de oposición, en los términos previstos en la mencionada Ley y en su normativa de desarrollo, a través de escrito que podrá dirigirse a la sede social de la Entidad Aseguradora, en Madrid, c/ Ochandiano 10, Planta 2ª-E. Plantío. El ejercicio de los citados derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación del consentimiento y oposición no supondrá contraprestación de ningún tipo para el Tomador o el Asegurado.

Los datos personales necesarios para el cumplimiento del contrato de seguro tendrán carácter obligatorio. En caso de negativa a facilitar dichos datos, no será posible la celebración del presente contrato de seguro. MEDIANTE LA ACEPTACIÓN EXPRESA DE ESTA CLÁUSULA, EL TOMADOR Y EL ASEGURADO CONSENTEN EN LA CESIÓN DE LOS DATOS INCLUIDOS EN EL MENCIONADO FICHERO a BARCLAYS BANK S.A. para el cumplimiento de fines directamente relacionados con el presente contrato así como con fines estadísticos y actuariales y, en su caso, de prevención del fraude, y autorizan que puedan ser cedidos a otras Entidades Aseguradoras por razones de coaseguro, de reaseguro o de cesión de cartera; también podrán ser cedidos a Entidades Financieras los datos estrictamente necesarios a efectos de domiciliación bancaria de las primas y de pago de prestaciones.

Del mismo modo, el Tomador-Asegurado autoriza expresamente a la Entidad Aseguradora para el tratamiento de los datos de salud que eventualmente puedan recabarse y para la tramitación de cualquier tipo de comunicación que ésta crea conveniente facilitarle relativa a los contratos suscritos con esta Entidad, necesarios para el cumplimiento de los mismos, o en aquellos casos en que la Entidad Aseguradora tenga un interés legítimo.

El operador de banca-seguros vinculado y sus auxiliares tendrán la consideración de Encargado del Tratamiento de la entidad aseguradora, debiendo tratar los datos exclusivamente con los fines directamente relacionados con la presente contratación, y conforme a lo establecido por la entidad aseguradora.

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE: El Solicitante declara tener menos de 65 años; no estar en baja médica como consecuencia de enfermedad o accidente; no padecer de ninguna enfermedad grave o crónica; que no ha estado hospitalizado más de 5 días durante los 2 últimos años; que no está bajo tratamiento médico regular; que no ha estado de baja médica por enfermedad o accidente durante los últimos 12 meses, más de 30 días, sean consecutivos o no; además para la incapacidad Temporal, que sea trabajador por cuenta propia/autónomo o funcionario; y para el Desempleo, que sea asalariado por cuenta ajena con contrato indefinido de más de 6 meses de antigüedad, que no haya sido avisado de la terminación de su contrato o de una regulación de empleo, que no esté bajo procedimiento de despido y que ejerza actualmente una actividad laboral. El Solicitante declara realizar la presente solicitud libre y voluntariamente y, por tanto, con pleno conocimiento de las condiciones de este seguro, incluidas las económicas.

OBSERVACIONES DEL ASEGURADO:

0081 35 0000000297

Este certificado carece de validez en el supuesto de que la presente declaración se haga incurriendo en dolo o en falsa declaración. El Asegurado se adhiere a la póliza y declara haber sido informado de los productos a prima periódica que ofrece CNP VIDA para cubrir los riesgos garantizados por el seguro que solicita y aceptar el presente seguro, tras haber tenido conocimiento de sus condiciones, así como de sus cláusulas limitativas y exclusiones.

Firma 1er Asegurado

Firma 2º Asegurado

CNP VIDA