

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE PROTECCION DE PAGOS PPI+VIDA TARJETAS

0001070000059443

Tomador del Seguro y Asegurado:

Apellidos: SANCHEZ GARCIA	Nombre: RAIMUNDO ALFONSO	N.I.F./D.N.I./N.I.E. 25726766R	Fecha Nacimiento: 22/02/1983	Sexo: HOMBRE
Domicilio, calle o plaza: AVDA ISABEL MANOJA 20 3 D		Código Postal: 29620	Localidad y Provincia TORREMOLINOS (TORREMOLINOS)	
TIPO DE TARJETA DE CRÉDITO: BARCLAYCARD ORO		IDENTIFICADOR ÚNICO DE CUENTA: 411888893317726		

La persona identificada anteriormente ha decidido contratar (en calidad de Tomador/Asegurado) un seguro de protección de pagos para las contingencias de Fallecimiento, Incapacidad Permanente Absoluta, Incapacidad Temporal, Desempleo y Hospitalización con CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros S.A., todo ello con arreglo a los pactos y a los términos recogidos en las Condiciones Generales y Particulares de los contratos de seguro reseñados a continuación.

Cuenta corriente de domiciliación del recibo de prima: La misma asociada a la tarjeta de crédito

PÓLIZA DE CNP PARTNERS Nº: 21.202

Fecha de Solicitud: 31/03/2017	Duración del Seguro: Mensual Renovable	Fecha de Solicitud: 31/03/2017	Duración del Seguro: Mensual Renovable
GARANTÍAS CONTRATADAS: Fallecimiento e Incapacidad Permanente Absoluta por enfermedad o accidente		Capital Asegurado mensual: 12% del saldo pendiente de pago a la fecha de liquidación mensual de la tarjeta inmediatamente anterior a la fecha de producción del siniestro.	
		GARANTÍA	
CAPITAL ASEGURADO CONTRATADO: El saldo pendiente de pago en el momento de producirse el siniestro		Incapacidad Temporal: Trabajadores por cuenta propia, funcionarios públicos o por cuenta ajena con independencia de la relación laboral.	Prestación Máxima: 10 cuotas consecutivas / 18 alternas
			Capital Máximo: 1.500 Euros/mensuales
CAPITAL ASEGURADO MÁXIMO CONTRATADO: Quince mil (15.000) euros		Desempleo: Trabajadores por cuenta ajena con contrato indefinido de duración superior o igual a 6 meses con jornada laboral igual o superior a 13 horas semanales. Excepto Funcionarios Públicos.	Carencia Inicial: 30 días 0 días en caso de accidente
			Prestación Máxima: 10 cuotas consecutivas / 18 alternas
		Hospitalización: Trabajadores por cuenta propia, funcionarios públicos o por cuenta ajena con independencia de la relación laboral. Igualmente estarán cubiertos por la garantía de hospitalización los Tomadores/Asegurados que en el momento del siniestro no desempeñen una actividad profesional remunerada.	Capital Máximo: 1.500 Euros/mensuales
			Carencia Inicial: 60 días
			Carencia Inicial: 15 días 0 días en caso de accidente
BENEFICIARIOS: WiZink Bank, S.A. con carácter irrevocable		BENEFICIARIOS: WiZink Bank, S.A. con carácter irrevocable	
Modalidad de Prima: Prima Mensual		Modalidad de Prima: Prima Mensual	
Nombre Mediador: WiZink Mediador Operador de Banca Seguros Vinculado, S.A.U.		Nombre Mediador: WiZink Mediador Operador de Banca Seguros Vinculado, S.A.U.	

El seguro tomará efecto en el momento en que el cliente haga uso del saldo dispuesto de la tarjeta y se cobre la primera prima.

El presente contrato se rige por las **CONDICIONES GENERALES**, por las **CONDICIONES PARTICULARES** y por los anexos y Apéndices que emita la Entidad Aseguradora, que, en su conjunto, constituyen el Contrato de Seguro, careciendo de valor y efecto por separado. Las cláusulas de las **CONDICIONES GENERALES** son desarrolladas y, en su caso, modificadas por estas **CONDICIONES PARTICULARES**. En caso de discrepancia entre lo establecido en las **CONDICIONES GENERALES** y lo pactado en las **CONDICIONES PARTICULARES**, prevalecerán éstas sobre aquéllas, salvo que dicha discrepancia derive de pactos contra la ley, la moral o el orden público, en cuyo caso se entenderán nulos de pleno derecho.

Conforme a los artículos 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras el Asegurado, reconoce haber recibido en fecha de hoy y con anterioridad a la presente declaración, las notas informativas redactadas de forma clara y precisa en relación tanto al seguro de Vida que cubre las contingencias de Fallecimiento e Incapacidad Permanente Absoluta como al seguro que cubre las contingencias de Desempleo, Hospitalización e Incapacidad Temporal, con las siguientes rúbricas "Nota Informativa Seguro protección de Pagos PPI Tarjetas" y "Nota Informativa Seguro Protección de Pagos Vida Tarjetas" respectivamente, constando asimismo en estas Condiciones Particulares, los extremos exigidos por los mencionados artículos. Igualmente declara que ha obtenido exclusivamente un asesoramiento del mediador de la póliza y que ha recibido con carácter previo a la contratación del seguro la documentación referida al mediador prevista en los artículos 42 y 43 de la Ley de Mediación.

El Tomador y/o Asegurado con arreglo a la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999 consiente que la referida Aseguradora, lleve a efecto el tratamiento de sus datos personales reseñados en este documento con arreglo a las declaraciones que a tales efectos suscribe el Tomador/Asegurado en páginas siguientes de este documento. Asimismo el Tomador/Asegurado acepta expresamente con su firma las "Condiciones Generales" y las "Condiciones Particulares" de la póliza de CNP PARTNERS, que figuran anexas a este condicionado.

Hecho por duplicado, en Madrid a 04 de ABRIL de 2017

EL TOMADOR/ASEGURADO	CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A

LEGISLACION APLICABLE

El presente contrato de seguro se encuentra sometido a la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, de la Ley 20/2015 de ordenación supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras, así como el Real Decreto 1060/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y disposiciones concordantes, y se regirá por lo convenido en la Póliza y en los restantes documentos contractuales. El control de la actividad de la Entidad Aseguradora, CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros S.A. (en adelante CNP PARTNERS), con domicilio en Madrid, C/ Ochandiano, nº 10, corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español.

PRELIMINAR. DEFINICIONES

Entidad Aseguradora: Entidad que, a cambio de la prima, asume la cobertura del riesgo objeto de este contrato y garantiza el pago de las prestaciones que corresponda con arreglo a las condiciones del mismo.

Tomador del Seguro: Persona que suscribe el contrato de seguro y asume sus obligaciones, excepto las que por su naturaleza deban ser asumidas por el Asegurado.

Asegurado: Es la persona física sobre la que recae el riesgo. En este caso será el titular de la tarjeta emitida por WiZink Bank, S.A. y que deberá ser residente en España, tener una edad superior o igual a 18 años e inferior a 65 años en el momento de contratación de la póliza y que se encuentra trabajando remuneradamente en España dado de alta en la Seguridad Social, Mutuación, o Montepío o institución análoga.

Beneficiario: WiZink Bank, S.A. con carácter irrevocable.

Capital Asegurado: Cantidad establecida en las Condiciones Particulares que representa el límite de la prestación de CNP PARTNERS.

Fallecimiento: Pérdida de la vida debidamente acreditada por certificado médico de defunción o declaración de ausencia.

Incapacidad Permanente Absoluta: La situación física irreversible constatada médicamente provocada por cualquier causa, originada independientemente de la voluntad del Asegurado y determinante de la total ineptitud del mismo para el mantenimiento permanente de toda actividad laboral o profesional y que debe ser diagnosticada por un médico de la Seguridad Social o asimilado.

PRIMERA. BASES DEL CONTRATO

Los datos que constan en las Condiciones Particulares y Generales de esta póliza así como, en su caso, la solicitud del seguro y demás declaraciones del Tomador y Asegurado, forman la base de este contrato de seguro.

El Tomador del seguro podrá reclamar a CNP PARTNERS en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane las discrepancias existentes entre ésta y la Solicitud de seguro o las cláusulas convenidas. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

SEGUNDA. OBJETO DEL SEGURO.

Mientras se encuentre en vigor el presente contrato, el seguro cubre el Fallecimiento e Incapacidad Permanente Absoluta por enfermedad o accidente. CNP PARTNERS liquidará en caso de que se produzca un siniestro cubierto, el saldo pendiente de pago en el momento de producirse el siniestro, con el límite máximo de 15.000 euros. En el supuesto de fallecimiento, si a fecha de liquidación de la prestación el saldo pendiente hubiera sido satisfecho por los herederos, el importe de la prestación será transferido por WiZink Bank, S.A. a los mismos.

TERCERA. CONDICIONES PARA CONTRATAR

Es la persona física sobre la que recae el riesgo. En este caso será el titular de la tarjeta emitida por WiZink Bank, S.A. y que deberá ser residente en España, tener una edad superior o igual a 18 años e inferior a 65 años en el momento de contratación de la póliza.

CUARTA. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES.

Quedan excluidos de la cobertura del presente seguro los siguientes siniestros:

Fallecimiento:

- 1) Por suicidio del asegurado ocurrido dentro del primer año contado desde la fecha de toma de efecto del contrato.
- 2) Si el Fallecimiento se produjere como consecuencia de una enfermedad conocida por el Tomador o por el Asegurado con anterioridad a la celebración del presente contrato, que no haya sido debidamente declarada a la Entidad Aseguradora.

Incapacidad Permanente y Absoluta:

- 1) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Asegurado.
- 2) Las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol en la sangre, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente; 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.
- 3) Cualquier enfermedad, dolencia, lesión o estado cuando el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento en los 12 meses anteriores al inicio de la cobertura de la presente póliza.
- 4) Las causadas por terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, radiación nuclear o contaminación radiactiva, guerras, declaradas o no y fenómenos de carácter terrorista así como cualquier otro fenómeno de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario.
- 5) Las derivadas de la participación del Asegurado en carreras de vehículos a motor y las que resulten de la práctica de cualquier deporte profesional y las ocasionadas por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente y, en cualquier caso, los derivados del uso de motocicletas, sea como conductor o como ocupante, y las acaecidas durante viajes submarinos o de exploración, así como los de aviación, excepto como pasajeros de líneas comerciales, y en general todas aquellas ocurridas como consecuencia de la participación del Asegurado en todo acto notoriamente peligroso (excepto si se trata de salvar una vida humana).

Además, se encuentran excluidos los riesgos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.

QUINTA. PRIMAS

La prima del seguro es mensual y su importe será el resultado de aplicar mensualmente el 0,21472% sobre el saldo pendiente existente (impuestos y recargos incluidos) existente en la última fecha de liquidación mensual de la tarjeta de crédito que se haya realizado.

En el supuesto en que los impuestos, legalmente repercutibles, que gravan la prima de seguro aumenten o disminuyan, la prima se verá aumentada o disminuida en la misma proporción.

SEXTA. TOMA DE EFECTO

La póliza tomará efecto, una vez haya sido suscrita por el Tomador, a partir de las 24 horas de la fecha de pago del recibo de prima.

SÉPTIMA. DURACIÓN DEL SEGURO Y DE LAS GARANTÍAS

El Seguro tendrá una duración mensual con renovación automática siempre que se encuentre vigente el contrato de tarjeta de crédito asociado a este seguro. No obstante, se extinguirá el seguro y las coberturas cesarán por el Fallecimiento o la Incapacidad Permanente Absoluta del Asegurado, por cancelación del contrato de tarjeta de crédito asociado a este seguro, o al finalizar la mensualidad del seguro en la que el Asegurado haya cumplido los 65 años de edad.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso, cuando la oposición a la prórroga sea ejercitada por la Entidad Aseguradora; o bien con un mes de antelación cuando la oposición a la prórroga sea ejecutada por el Tomador/Asegurado.

OCTAVA. DERECHO DE RESCISIÓN UNILATERAL

El Tomador tiene la facultad de resolver unilateralmente el contrato conforme a lo previsto en artículo 83 a) de la Ley de Contrato de Seguro. A tal efecto, deberá dirigirse por escrito a CNP PARTNERS o por teléfono en el número de WiZink Mediador Operador de Banca Seguros Vinculado, S.A.U. 91 836 36 36, en el plazo de 30 días naturales siguientes a la fecha en que le haya sido entregada la póliza, produciendo sus efectos desde el primer día hábil laborable en Madrid siguiente a la recepción por parte de CNP PARTNERS devolviéndose al Tomador la prima pagada, sin repercutirle ningún gasto ni comisión adicional.

NOVENA. MODIFICACIONES DEL SEGURO

Por las características de la póliza no se admiten modificaciones del seguro.

DÉCIMA. MODIFICACIONES DEL RIESGO

Podrá considerarse que existe agravación de riesgo, cuando se produzcan cambios en la profesión, residencia o, en su caso, actividad deportiva que suponga una situación más peligrosa para la vida o la salud, respecto de las inicialmente declaradas por el Tomador-Asegurado en el cuestionario facilitado por la Entidad Aseguradora para tal fin, el cual se obliga a poner en conocimiento de la Entidad Aseguradora dichas circunstancias pudiendo ésta efectuar, si procede, una nueva tarificación de la prima o rechazo del nuevo riesgo establecido. En el supuesto de que se produjese el rechazo de la nueva situación de riesgo del Asegurado, éste dejará de estar cubierto por las garantías descritas en el presente condicionado dándose por finalizado el seguro.

UNDÉCIMA. DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE PRESTACIONES

Se precisará la siguiente documentación para el abono de la prestación por fallecimiento:

- Copia legible del DNI/NIE del Asegurado (anverso y reverso).
- Certificado literal de Defunción.
- Historial clínico o Certificado médico expedido por quién haya asistido al Asegurado donde se recoja antecedentes personales, origen, fecha de diagnóstico, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que causó el fallecimiento o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentación acreditativa si éste hubiera sido por accidente.
- Certificado emitido por la entidad bancaria en la que se acredite el saldo pendiente de la tarjeta en la fecha de ocurrencia del siniestro.

Todos los justificantes documentales habrán de presentarse debidamente legalizados, salvo que la Entidad Aseguradora no lo considere preciso. La Entidad Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentación adicional a la mencionada previamente y de condicionar el pago efectivo de las prestaciones a su recepción cuando esta información adicional fuera precisa a fin de: (I) verificar el derecho del Beneficiario a percibir la prestación y de (II) determinar el tratamiento fiscal que la Entidad Aseguradora deba aplicar o las actuaciones que ésta deba llevar a cabo con objeto de excluir cualquier responsabilidad de índole fiscal que pudiera serle de aplicación en su calidad de pagador de la prestación.

En caso de Incapacidad Permanente Absoluta por cualquier causa del Asegurado se precisará:

- Copia legible de DNI/NIE del asegurado (anverso y reverso).
- Resolución de Incapacidad emitida por la Seguridad Social u organismo competente.
- Historial clínico o Certificado médico expedido por quién haya asistido al Asegurado donde se recoja antecedentes personales, origen, fecha de diagnóstico, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que causó la invalidez o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentación acreditativa si éste hubiera sido por accidente.
- Certificado emitido por la entidad bancaria en la que se acredite el saldo pendiente de la tarjeta en la fecha de ocurrencia del siniestro.

Todos los justificantes documentales habrán de presentarse debidamente legalizados, salvo que la Entidad Aseguradora no lo considere preciso.

COMPROBACIÓN DE LA INCAPACIDAD:

Se efectuará de mutuo acuerdo entre la Entidad Aseguradora y el Asegurado o, en su defecto, con los Beneficiarios. De no alcanzarse acuerdo entre las partes, éstas acuerdan someterse al procedimiento de comprobación pericial establecido en el artículo 38 de la Ley del Contrato de Seguro.

La Entidad Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentación adicional a la mencionada previamente y de condicionar el pago efectivo de las prestaciones a su recepción cuando esta información adicional fuera precisa a fin de: (I) verificar el derecho del Beneficiario a percibir la prestación y de (II) determinar el tratamiento fiscal que la Entidad Aseguradora deba aplicar o las actuaciones que ésta deba llevar a cabo con objeto de excluir cualquier responsabilidad de índole fiscal que pudiera serle de aplicación en su calidad de pagador de la prestación.

DECIMOSEGUNDA. PRESCRIPCIÓN

El plazo de prescripción de los derechos que se deriven del presente contrato será de cinco años contados a partir del día en que pudieron ejercitarse.

DECIMOTERCERA. TRIBUTOS

Los impuestos y recargos que se deban por razón de este contrato tributarán conforme a la legislación vigente en cada momento siendo por cuenta del Tomador/Asegurado o de los Beneficiarios según proceda.

DECIMOCUARTA. JURISDICCIÓN

El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Tomador-Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España en caso de que el suyo estuviese situado en el extranjero.

DECIMOQUINTA. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS.

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

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

- Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

RIESGOS EXCLUIDOS

- Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- Los causados por mala fe del asegurado.
- Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

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

COMUNICACION DE DANOS AL CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665).

- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorsegueros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

DECIMOSEXTA. PROTECCIÓN DE DATOS

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 tanto en soporte físico, como en soporte automatizado 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 podrán 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 28023 Madrid, c/ Ochandiano 10, Planta 2ª-El Plantío o vía E-Mail: atencion@cnppartners.eu.

El ejercicio de los citados derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación del consentimiento y oposición no supondrá contraprestación de ningún tipo para el Tomador/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/ASEGURADO CONSIERE EN LA CESIÓN DE LOS DATOS

INCLUIDOS EN EL MENCIONADO FICHERO a otras Entidades para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones para los que fueron solicitados, así como con fines estadísticos y actuariales y, en su caso, de prevención del fraude, y 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 personales estrictamente necesarios a efectos de pago de prestaciones. Asimismo, mediante la aceptación expresa de esta cláusula, el Tomador/Asegurado consiente en el tratamiento por la Entidad Aseguradora de los datos contenidos en el cuestionario de salud, que en su caso cumplimente el Tomador/Asegurado para la contratación del Seguro, así como de los que eventualmente puedan recabarse de los reconocimientos médicos practicados al mismo, para el cumplimiento y desarrollo del presente seguro, no siendo objeto de cesión a terceros salvo a entidades aseguradoras o reaseguradoras por razones de coaseguro, reaseguro o cesión de cartera.

Del mismo modo, el Tomador/Asegurado autoriza a la Entidad Aseguradora 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.

DECIMOSEPTIMA.- REGIMEN DE RECLAMACIONES

El régimen de las reclamaciones será el previsto en el artículo 97.5 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y disposiciones concordantes.

El Suscriptor del seguro, el Tomador/asegurado y el Beneficiario o los Beneficiarios, así como sus derechohabientes, están facultados para formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones contra la Entidad Aseguradora, si consideran que ésta realiza prácticas abusivas o lesiona los derechos derivados del contrato de seguro.

En relación con lo anterior, se advierte que, para la admisión y tramitación de quejas o reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones, será imprescindible acreditar haber formulado las quejas o reclamaciones, previamente por escrito al Servicio de Quejas y Reclamaciones de CNP PARTNERS, y en su caso, con posterioridad, al Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, o que haya transcurrido el plazo legalmente establecido sin que haya sido resuelta por la Entidad.

El Servicio de Quejas y Reclamaciones de CNP PARTNERS, domiciliado en calle Ochandiano nº 10, Planta 2ª El Plantío, 28023 Madrid, tramitará y resolverá cuantas quejas y reclamaciones le sean formuladas por las personas anteriormente mencionadas, en primera instancia y tras su resolución por dicho departamento podrá seguirse la tramitación ante el Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, D.A.DEFENSOR, S.L., domiciliado en c/Velázquez nº 80, 1ºD - 28001 Madrid Tfno. 913104043 - Fax 913084991 www.da-defensor.org. La entidad Aseguradora se compromete a prestar la colaboración necesaria en la instrucción del procedimiento de resolución de las quejas y reclamaciones y a aceptar las resoluciones que el Defensor del Cliente emita y que tengan carácter vinculante para CNP PARTNERS.

La presentación de reclamación ante el Defensor del cliente de CNP PARTNERS así como su resolución, no obstaculiza la plenitud de tutela judicial, el recurso a otro mecanismo de solución de conflictos, ni a la protección administrativa.

El Servicio de Quejas y Reclamaciones, actuará en la resolución de las quejas y reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en su Reglamento que estará a disposición de los Tomador/asegurados en las oficinas de la Entidad aseguradora, y que les será facilitado en cualquier momento.

Lea por favor con detenimiento el contenido de las condiciones de este documento, antes de su conformidad y firma.

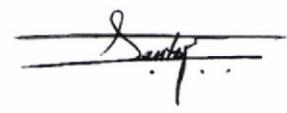
CONDICIONES GENERALES SEGURO DE PROTECCION DE PAGOS VIDA TARJETAS

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. domiciliada en c/ Ochandiano 10, Planta 2ª-El Plantío - 28023 Madrid (España)

NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: Vida

El presente contrato se rige por las **CONDICIONES GENERALES**, por las **CONDICIONES PARTICULARES** y por los anexos y Apéndices que emita la Entidad aseguradora, que, en su conjunto, constituyen el Contrato de Seguro, careciendo de valor y efecto por separado. Las cláusulas de las **CONDICIONES GENERALES** son desarrolladas y, en su caso, modificadas por estas **CONDICIONES PARTICULARES**. En caso de discrepancia entre lo establecido en las **CONDICIONES GENERALES** y lo pactado en las **CONDICIONES PARTICULARES**, prevalecerán éstas sobre aquéllas, salvo que dicha discrepancia derive de pactos contra la ley, la moral o el orden público, en cuyo caso se entenderán nulos de pleno derecho.

A los efectos de lo dispuesto en los artículos 122 y 124 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras, aprobado por Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, ambos incluidos, el Tomador del seguro reconoce haber recibido, en la misma fecha y con anterioridad a la celebración del presente contrato, Nota Informativa comprensiva de todos los aspectos relativos al presente seguro que se contemplan en los citados preceptos reglamentarios y se compromete expresamente a darlo a conocer a los Tomador/Asegurados.

	
EL TOMADOR/ASEGURADO	CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A

1. DEFINICIONES:

- 1.1. ENTIDAD ASEGURADORA:** CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras por Orden Ministerial de 13 de Septiembre de 1978 con el número C-559 con domicilio social en c/ Ochandiano nº 10, Planta 2ª El Plantío - 28023 Madrid, es quien asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las prestaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo. El control de la actividad de CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. corresponde al Ministerio de Economía del Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- 1.2. ASEGURADO:** Es la persona física sobre la que recae el riesgo. En este caso será el titular de la tarjeta emitida por WiZink Bank, S.A. y que deberá ser residente en España, tener una edad superior o igual a 18 años e inferior a 65 años en el momento de contratación de la póliza, no padecer ninguna enfermedad grave, encontrarse en buen estado de salud y estar trabajando remuneradamente en España dado de alta en la Seguridad Social, Mutualidad, o Montepío o institución análoga.
- 1.3. TOMADOR DEL SEGURO:** Persona física que suscribe el presente contrato con el Asegurador y satisface las primas.
- 1.4. MEDIADOR:** Persona Física o Jurídica que realiza las actividades de mediación entre los tomadores de los seguros y las entidades aseguradoras consistentes en la presentación, propuesta, realización de trabajos previos a la celebración de un contrato de seguro, o de celebración de estos contratos así como la asistencia en la gestión y ejecución de dichos contratos, en particular en caso de siniestro.
- 1.5. BENEFICIARIO:** WiZink Bank, S.A. con carácter irrevocable.
- 1.6. PÓLIZA:** Se denomina póliza al conjunto de documentos en que se recogen los datos y pactos del Contrato de Seguro. En concreto, la presente Póliza se compone de:
Las Condiciones Generales y Particulares del Contrato de Seguro, que regulan los derechos y deberes de las partes con relación al nacimiento, vida y extinción del contrato y a los diversos acontecimientos y situaciones que pueden producirse en dichas etapas y el alcance de las garantías cubiertas para los respectivos riesgos que asume la Compañía Aseguradora.
En las condiciones particulares se recogerán los datos propios e individuales del asegurado, y las cláusulas que por voluntad de las partes completen o modifiquen las Condiciones Generales, en los términos que sean permitidos por la Ley, así como la información necesaria para su celebración.
Posteriormente, y en caso de modificación de la póliza, los cambios se reflejarán mediante suplementos a la póliza, numerados correlativamente, cuantas veces sea necesario. Todos estos documentos forman parte de la póliza, los cuales, en su conjunto, constituyen el Contrato de Seguro, careciendo de valor y efecto por separado. En caso de discrepancia prevalecerá lo pactado en las Condiciones Particulares sobre lo establecido en las Condiciones Generales.
- 1.7. PRIMA:** Es el precio del seguro.
- 1.8. RECIBO DE PRIMA:** Es el documento justificativo del pago del seguro, donde figura el importe resultante de la prima, y que incluirá los recargos e impuestos legalmente repercutibles.
- 1.9. FECHA DE EFECTO:** Es la fecha en la que entra en vigor el seguro de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares.
- 1.10. ACCIDENTE:** Lesión corporal derivada de una causa súbita, violenta, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, acaecida durante la vigencia de la póliza.
- 1.11. ENFERMEDAD:** Toda alteración de la salud originada por una causa diferente de un accidente, que deba dar lugar a consulta o deba ser diagnosticada o tratada por un médico autorizado legalmente a practicar su actividad profesional.
- 1.12. TRABAJADOR POR CUENTA AJENA:** la persona física que se obliga a prestar su trabajo, en dependencia de un empleador en base a un contrato de trabajo a cambio de una remuneración, de acuerdo a la legislación laboral española vigente, que se encuentre dado de alta en el régimen correspondiente de la seguridad social, y que no sea funcionario público.
- 1.13. TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMO:** La persona física que desarrolla una actividad profesional remunerada no dependiente y que se encuentra dado de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social, Mutua, Montepío o institución análoga.
- 1.14. FUNCIONARIO PÚBLICO:** La persona física que se obliga a prestar su propio trabajo para cualquier organismo o ente Estatal, Autonómico, Provincial o Local bajo un contrato de trabajo sometido al Estatuto de la Función Pública.
- 1.15. DESEMPLEO:** Situación en que se encuentran quienes pudiendo y queriendo trabajar remuneradamente por cuenta ajena pierdan su empleo y sean privados de su salario por causa distinta de su voluntad y por aquellas causas contempladas en las Condiciones Particulares de la presente póliza.
- 1.16. INCAPACIDAD TEMPORAL:** Alteración temporal del estado de salud del Asegurado constatada médicamente, debida a un accidente o enfermedad de los cubiertos por esta póliza, y determinante de la total ineptitud del asegurado para el ejercicio de su actividad profesional de forma no permanente.
- 1.17. PERÍODO DE CARENIA:** Período de tiempo computado en días o meses transcurridos a partir de la Fecha de Efecto del Seguro, o, en su caso, entre dos siniestros, durante el cual el contrato de seguro no despliega efectos, es decir, en el presente contrato de seguro no cubre contingencias durante dicho período.
- 1.18. RELACIÓN LABORAL:** La relación jurídica existente entre un Trabajador por cuenta ajena y su empleador.
- 1.19. HOSPITALIZACIÓN:** Internamiento en Centro Hospitalario, Centro Sanitario o Clínica como consecuencia de enfermedad o accidente.
- 1.20. CENTRO HOSPITALARIO, CENTRO SANITARIO O CLÍNICA:** se entiende por tales aquellos establecimientos legalmente autorizados para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provistos de medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas y de servicios médicos y de enfermería durante las 24 horas del día. Los tratamientos que en dicho establecimiento se ofrezcan, deben ser prestados por personal médico titulado.
No se considerarán centros hospitalarios, sanitarios ni clínicas, a efectos del seguro, las residencias, asilos, centros de día balnearios, casas o clínicas de convalecencia, instalaciones especialmente dedicadas al internamiento y/o tratamiento de drogadictos, alcohólicos, neuróticos o enfermos mentales, o a la aplicación de métodos de adelgazamiento, reposo, rejuvenecimiento, tratamiento estéticos, termales, masajes o tratamientos similares.
- 1.21. SUMA ASEGURADA O PRESTACIÓN:** Es el importe que, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares, el Asegurador se compromete a pagar al Beneficiario al acaecimiento de las contingencias previstas en la misma.

2. LEGISLACIÓN APLICABLE.

El presente contrato de seguro se encuentra sometido a la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, la Ley 20/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, al Real Decreto 1060/2015, de 20 de Noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y disposiciones concordantes, y se regirá por lo convenido en la Póliza y en los restantes documentos contractuales.

3. OBJETO DEL CONTRATO

Por el presente contrato de seguro la compañía de seguro se obliga al pago de la prestación garantizada a los beneficiarios designados en las condiciones particulares para el caso de ocurrencia de los riesgos cubiertos.

4. PERFECCIÓN Y TOMA DE EFECTO DEL CONTRATO

El Contrato se perfecciona por el consentimiento de las partes, que se manifiesta por la suscripción de la Póliza. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.

Las obligaciones de la Entidad Aseguradora comenzarán a las cero horas del día en que hayan sido cumplimentados ambos requisitos.

El seguro será nulo si en el momento de su conclusión no existe el riesgo o ha ocurrido el siniestro

5. GARANTÍAS CUBIERTAS.

De acuerdo con lo establecido en el condicionado de la póliza la suma asegurada se abonará al Tomador/Asegurado con el límite máximo de 10 pagos consecutivos o 18 pagos alternos en total para toda la vigencia del seguro, siempre que haya transcurrido el período de carencia expresado en las Condiciones Particulares, y se produzca por alguna de las siguientes circunstancias:

5.1. Desempleo

Sólo estarán cubiertos frente al riesgo de Desempleo los Tomadores/Asegurados que en el momento de producirse el siniestro sean trabajadores por cuenta ajena con contrato indefinido y con una jornada laboral igual o superior a 13 horas semanales, que:

- Hasta el momento de incurrir en la situación de Desempleo que dé lugar al pago de la prestación, hubieran tenido una Relación Laboral ininterrumpida con el mismo empleador de al menos seis meses de duración con contrato laboral indefinido.

No tendrá la consideración de contrato indefinido a efectos de la presente póliza la concatenación de varios contratos temporales o de duración determinada.

Los funcionarios públicos no están cubiertos por la garantía de desempleo en la presente póliza.

5.2. Incapacidad Temporal

Estarán cubiertos frente al riesgo de Incapacidad Temporal los Tomadores/Asegurados que sean trabajadores por cuenta propia, funcionarios públicos o por cuenta ajena con independencia de la relación laboral siempre que el accidente o la enfermedad que den lugar a la referida incapacidad tengan su origen u ocurran con posterioridad a la Fecha de Efecto y sin perjuicio de lo establecido respecto al período de carencia.

5.3. Hospitalización

Estarán cubiertos frente al riesgo de Hospitalización los Tomadores/Asegurados que sean trabajadores por cuenta propia, funcionarios públicos o por cuenta ajena con independencia de la relación laboral. Igualmente estarán cubiertos por la garantía de hospitalización los Tomadores/Asegurados que en el momento del siniestro no desempeñen una actividad profesional remunerada. Todos los trabajadores mencionados en el párrafo anterior para acceder a la cobertura de hospitalización deberán estar ingresados durante un período mínimo de 7 días consecutivos y completos en un centro hospitalario, siempre que el accidente o la enfermedad que originen dicha hospitalización, tengan su origen u ocurran con posterioridad a la fecha de efecto del seguro y sin perjuicio de lo establecido respecto al período de carencia.

6. EXCLUSIONES.

Para la garantía de Desempleo:

No se considerará que esté en Desempleo al Tomador/Asegurado que se encuentre en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Cuando cese voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores.
- Cuando haya sido despedido y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción del contrato o despido basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores.
- 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.
- Cuando no haya solicitado el reintegro al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización y readmisión correspondiera al trabajador, o se estuviera en excedencia y venciera el período fijado por la misma.
- Cuando su contrato se extinga por jubilación del empresario empleador individual del Asegurado.

- Cuando su contrato se extinga por despido declarado procedente.
 - Los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los periodos en que carezcan de ocupación efectiva.
 - Si se produce cualquier situación de Desempleo dentro del Periodo de Carencia.
- Igualmente se encontrarán excluidos si inmediatamente antes de la fecha de inicio del Desempleo, el Asegurado:**
- No ha tenido relación laboral durante un periodo continuado de, al menos, 6 meses.
 - Ha estado vinculado por una relación laboral en la que el despido es una característica regular o recurrente o en caso de que el Asegurado conociera o debiera conocer su paso inmediato a la situación de Desempleo.
 - Si su relación laboral lo fuera con una empresa propiedad de su ámbito familiar 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 afinidad fuera Administrador de la empresa.
 - Cuando el Asegurado fuera socio de la sociedad empleadora con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.
 - Si el Asegurado rechaza un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario acorde con su formación, experiencia y lugar de residencia.
 - Si el Desempleo se produce después de que el Asegurado haya alcanzado la edad legal de jubilación con respecto a la actividad que llevaba a cabo, reuniendo todos los requisitos legales necesarios para acceder a la pensión de jubilación. Se asimila a dicha situación la jubilación anticipada.
 - La extinción del contrato laboral como consecuencia de la prejubilación del Asegurado. Se entenderá por prejubilación aquella que se produce cuando la indemnización por despido consista en una renta temporal pagadera en el momento del despido hasta la fecha en la que el trabajador acceda a la jubilación

Para las garantías de Incapacidad Temporal y Hospitalización:

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

- Los periodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan por maternidad o paternidad.
- Dolores de espalda, salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammagrafías, escáneres, T.A.C., etc.) y que supongan la existencia de una lesión causante de la Incapacidad Temporal o de la Hospitalización.
- Cefaleas y enfermedades mentales o nerviosas, aun cuando existan evidencias médicas.
- Los producidos como consecuencia de tentativa de suicidio del asegurado (durante el primer año de vigencia del seguro) o Enfermedades, lesiones y complicaciones causadas directa o indirectamente por voluntad del Asegurado, o derivadas de la realización de actos notoriamente temerarios que entrañen grave riesgo para la salud.
- Las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente; los que ocurran en caso 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.
- Cualquier enfermedad, dolencia, lesión o estado (o las enfermedades que se deriven de éstos) de las que el Asegurado tuviera conocimiento en el momento de la firma del presente contrato y que no haya sido debidamente declarada al Asegurado.
- Los siniestros derivados de actos de guerra, de terrorismo y de carácter político y/o militar.
- Los siniestros producidos por reacción/radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- Terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario y todas aquellas que deriven de situaciones calificadas por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe" o "calamidad nacional".

Para todas las garantías

Asimismo, el Beneficiario no tendrá derecho al cobro de las prestaciones por Desempleo, Incapacidad Temporal u Hospitalización si la contingencia se produce, o se deriva o es consecuencia directa o indirecta de:

- Las consecuencias de guerras o de otras circunstancias extraordinarias y aquéllos otros supuestos que tengan la consideración de fuerza mayor de acuerdo con lo previsto en el artículo 1.105 del Código Civil.
- Conflictos armados aunque no haya precedido declaración oficial de guerra o los derivados de hechos de carácter político o social o actos de terrorismo.
- La acción directa o indirecta de reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- Terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario y todas aquellas que deriven de situaciones calificadas por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe" o "calamidad nacional".
- Los derivados de riesgos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.

Incompatibilidad de garantías

Las coberturas de Desempleo, por un lado, Incapacidad Temporal y Hospitalización, por otro, son alternativas o excluyentes, por tanto cuando un Tomador/Asegurado esté cubierto por Desempleo no podrá estar cubierto por Incapacidad Temporal u Hospitalización y viceversa.

Las coberturas de Incapacidad Temporal y Hospitalización son incompatibles entre sí, en el caso de que ambas ocurran simultáneamente: La Incapacidad Temporal se empezará a computar desde el momento en que se originó la baja, por periodo completo de 30 días naturales (sin perjuicio de lo establecido respecto al periodo de carencia), pero se descontará la parte ya abonada de la cobertura de hospitalización.

Para aquellos trabajadores que se encuentran cubiertos por la garantía de desempleo además, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

- Si se produjese una enfermedad común, durante el periodo en el que el asegurado se encontrase percibiendo la prestación por desempleo, el asegurado tendrá derecho a continuar cobrando la prestación por desempleo aunque se encuentre en situación de Incapacidad Temporal con las limitaciones establecidas en la presente póliza.
- Si se encontrase cobrando la prestación por Incapacidad Temporal y se produjese un despido que diese derecho al cobro de la prestación por desempleo según lo establecido en la presente póliza, el asegurado tendrá derecho a cobrar la prestación por desempleo.

7. PERIODOS DE CARENCIAS

Carencia Inicial

Para la garantía de Desempleo se establece un periodo de carencia inicial de 60 días naturales, a computar a partir de la fecha de efecto del seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de desempleo se produce en la fecha en que se produzca la extinción o suspensión de la relación laboral por las causas señaladas en esta póliza, y así lo señale el Servicio Público de Empleo Estatal.

Para la garantía de Incapacidad Temporal se establece un periodo de carencia inicial de 30 días naturales, a computar a partir de la fecha de efecto del seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Incapacidad Temporal se produce en la fecha en la que se determina la baja por los facultativos de la Seguridad Social, Mutua o Institución análoga o médico o facultativo autorizado y así lo ratifiquen los servicios médicos del asegurado; no se exigirá periodo de carencia para el supuesto de incapacidad temporal causada por accidente.

Para la garantía por Hospitalización se establece un periodo de carencia inicial de 15 días naturales, a computar a partir de la fecha de efecto del seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Hospitalización se produce en el momento de ingreso en un centro hospitalario de acuerdo con las definiciones establecidas en la presente póliza. No se exigirá periodo de carencia para el supuesto de hospitalización causada por accidente.

Carencia entre dos siniestros

En caso de producirse situaciones de Desempleo subsiguientes a una situación anterior de Desempleo que dio lugar al pago de la prestación por parte de esta póliza, se procederá al pago de nuevas prestaciones si el Tomador/Asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral como trabajador por cuenta ajena y con un contrato indefinido por un periodo mínimo de 180 días naturales ininterrumpidos y haya superado el periodo de prueba establecido correspondiente a su nueva relación laboral siempre que dicho contrato tenga una duración igual o superior a 13 horas a la semana. En caso contrario no se pagará cantidad alguna.

En caso de producirse Incapacidades Temporales u hospitalizaciones subsiguientes a una anterior Incapacidad Temporal u hospitalización que dio lugar a prestación por parte de esta póliza, la aseguradora procederá nuevamente al pago de prestaciones transcurridos 180 días, ininterrumpidos desde el fin de la última incapacidad temporal o alta hospitalaria si se trata de la misma causa de incapacidad o ingreso en centro hospitalario o 30 días, si se trata de una causa distinta. No se exigirá periodo de carencia para el supuesto de Incapacidad Temporal u Hospitalización por accidente.

8. DURACIÓN DEL CONTRATO

La duración del contrato de seguro vendrá determinada en las Condiciones Particulares de la Póliza, salvo que concurra alguno de los supuestos previstos en la póliza de cancelación anticipada del seguro.

Sin perjuicio del párrafo anterior, el seguro tendrá una duración mensual renovable automáticamente y tomará efecto en el momento en el que el cliente haga uso del saldo dispuesto de la tarjeta. El seguro podrá renovarse mientras esté vigente el contrato de la tarjeta sobre la que se basa el seguro.

El seguro dejará de tener efecto:

- a) La fecha en que la tarjeta vinculada a esta póliza de seguro termine por cualquier causa.
- b) La fecha en la cual el Tomador/Asegurado alcance la edad de 65 años.
- c) La fecha de fallecimiento o de declaración del estado de Incapacidad Permanente Absoluta del Tomador/Asegurado en cualquiera de sus grados.
- d) La fecha de recepción por parte del Asegurado de carta certificada o llamada telefónica del asegurado manifestando su decisión de rescisión del seguro.
- e) Asimismo, la cobertura terminará en la fecha en la que el Asegurado haya pagado el número máximo de Prestaciones consecutivas o alternas por Incapacidad Temporal, Desempleo u Hospitalización que se han fijado en esta póliza.

9. INDISPUTABILIDAD

El presente contrato de Seguro será indisputable una vez haya transcurrido el plazo de un año desde la contratación de la póliza, salvo plazo más breve convenido por Condición Particular, a contar desde la fecha de su perfección.

La indisputabilidad prevista en el punto anterior no tendrá lugar en el caso de existir actuación dolosa del Tomador del Seguro o del Asegurado. Se exceptúa de esta norma la declaración inexacta relativa a la edad del Asegurado.

11. PAGO DE LA PRIMA

11.1. La prima del seguro es mensual y su importe será el resultado de aplicar mensualmente 0,51032% sobre el saldo pendiente existente (impuestos y recargos incluidos) existente en la última fecha de liquidación mensual de la tarjeta de crédito que se haya realizado. En el supuesto en que los impuestos, legalmente repercutibles, que gravan la prima de seguro aumenten o disminuyan, la prima se verá aumentada o disminuida en la misma proporción.

El Tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única, en el momento de la firma del contrato, a no ser que se disponga otra cosa en las Condiciones Particulares. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos.

11.2. En el caso de que la Póliza no deba entrar inmediatamente en vigor, el Tomador del seguro o el Asegurado podrán demorar el pago de la prima hasta que aquella deba tomar efecto.

11.3. Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del seguro.

11.4. Si por culpa del Tomador del seguro, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, la Entidad Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación.

11.5. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura de la Entidad Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

11.6. En cualquier caso, la Entidad Aseguradora, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

11.7. Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los números anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del seguro pagó su prima.

12. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

12.1. El Tomador del seguro o, en su caso, el Asegurado, deberá, durante el curso del contrato, comunicar a la Entidad Aseguradora, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que según el cuestionario que le ha sido sometido por la Entidad Aseguradora antes de la conclusión del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más favorables.

12.2. En caso de que durante la vigencia de la Póliza le fuese comunicado a la Entidad Aseguradora una agravación del riesgo, ésta puede proponer una modificación del contrato en un plazo de dos meses, a contar desde el día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el Tomador del seguro dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, la Entidad Aseguradora puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador del seguro, dándole para que conteste, un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes, comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

La Entidad Aseguradora podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

Si sobreviniere un siniestro sin haberse realizado declaración del riesgo, la Entidad Aseguradora queda liberada de su prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Entidad Aseguradora se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

13. DISMINUCIÓN DEL RIESGO

El Tomador del seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento de la Entidad Aseguradora todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

14. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Tomador podrá, en cualquier momento durante la vigencia del contrato y sin necesidad de consentimiento de la Entidad Aseguradora, designar Beneficiario. Podrá, además, y salvo que hubiera renunciado expresamente y por escrito a esta facultad, modificar la designación previamente efectuada.

14.1. Tanto una como otra facultad deberán ejercitarse mediante declaración escrita del Tomador dirigida a la Entidad Aseguradora, o mediante testamento.

14.2. La Entidad Aseguradora quedará liberada de toda obligación si realiza el pago de la prestación asegurada a quien figure como Beneficiario en la última redacción escrita comunicada, salvo que fehacientemente, antes de efectuar dicho pago, le sea notificada la revocación de la designación en disposición testamentaria.

14.3. Si la designación de Beneficiarios se hace en favor de los herederos sin mayor especificación, se considerarán como tales los que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del Asegurado y la distribución de la prestación tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria.

14.4. Si la designación es genérica en favor de los hijos, se entenderán como tales todos sus descendientes con derecho a herencia y, salvo estipulación en contrario, la prestación se distribuirá por partes iguales.

14.5. Si en el momento del fallecimiento del Asegurado, no se hubiese designado Beneficiario concretamente, ni reglas para su determinación, la prestación asegurada formará parte del patrimonio del Tomador. La muerte del Asegurado, causada dolosamente por el Beneficiario, privará a éste del derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando ésta integrada en el patrimonio del Tomador. Si existieren varios Beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán su derecho.

14.6. El Tomador del seguro perderá el derecho de pignoración de la Póliza si renuncia a la facultad de revocación del Beneficiario.

15. PAGO DE PRESTACIONES

En caso de la ocurrencia del riesgo previsto en la Póliza, el Tomador o el Beneficiario deberán comunicar su acaecimiento a la Entidad Aseguradora en el plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en las Condiciones Particulares un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, la Entidad Aseguradora podrá reclamar los daños y perjuicios causados de la falta de declaración.

La Entidad Aseguradora pagará el importe de la prestación contratada en su domicilio social, o en el lugar que se designe en las Condiciones Particulares, al Beneficiario o Beneficiarios designados por el Tomador del Seguro previa acreditación del siniestro y presentación de la documentación requerida según lo que se determine en las condiciones particulares.

16. COMUNICACIONES ENTRE EL TOMADOR Y LA ENTIDAD ASEGURADORA

Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora del Tomador del Seguro y, a través de éste, del Asegurado o de los Beneficiarios, se realizarán en el domicilio social de la Entidad Aseguradora señalado en la Póliza.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del seguro al Agente de seguro que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a la Entidad Aseguradora.

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador del seguro y, en su caso, al Asegurado y a los Beneficiarios, se realizarán en el domicilio del Tomador, recogido en la Póliza, salvo que los mismos le hayan notificado el cambio de su domicilio.

Para que tengan eficacia contractual, las comunicaciones entre el Tomador del seguro y la Entidad Aseguradora deberán hacerse por escrito si así lo convinieran las partes.

17. PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del contrato prescribirán en el término de cinco años, a contar desde el día en que pudieron ejercitarse para incapacidad temporal y hospitalización y de dos años para el desempleo.

18. COMPETENCIA DE JURISDICCIÓN

El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española, de tal manera que si cualquiera de las partes contratantes o ambas, decidiesen ejercitar sus acciones ante los órganos jurisdiccionales, deberán recurrir al Juez del domicilio del Asegurado, que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro, sin que proceda pacto en contrario.

En el caso de que el domicilio del Asegurado radicara fuera de España, éste deberá designar uno dentro del Estado español.

19. TRIBUTOS

Los impuestos y recargos que se deban por razón de este contrato tributarán conforme a la legislación vigente en cada momento siendo por cuenta del tomador/asegurado o de los beneficiarios según proceda.

20. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS.

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
 - Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.
- El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

- Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

RIESGOS EXCLUIDOS

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

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

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

- 1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
- 2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).
- 3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
- 4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

21. PROTECCIÓN DE DATOS

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 tanto en soporte físico, como en soporte automatizado 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 podrán 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-El Plantío o vía E-Mail: atencion@cnppartners.es.

El ejercicio de los citados derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación del consentimiento y oposición no supondrá contraprestación de ningún tipo para el Tomador/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/ASEGURADO CONSIENTE EN LA CESIÓN DE LOS DATOS

INCLUIDOS EN EL MENCIONADO FICHERO a otras Entidades para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones para los que fueron solicitados, así como con fines estadísticos y actuariales y, en su caso, de prevención del fraude, y 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 personales estrictamente necesarios a efectos de pago de prestaciones. Asimismo, mediante la aceptación expresa de esta cláusula, el Tomador/Asegurado consiente en el tratamiento por la Entidad Aseguradora de los datos contenidos en el cuestionario de salud, que en su caso cumplimiento el Tomador/ Asegurado para la contratación del Seguro, así como de los que eventualmente puedan recabarse de los reconocimientos médicos practicados al mismo, para el cumplimiento y desarrollo del presente seguro, no siendo objeto de cesión a terceros salvo a entidades aseguradoras o reaseguradoras por razones de coaseguro, reaseguro o cesión de cartera. Del mismo modo, el Tomador/Asegurado autoriza a la Entidad Aseguradora 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.

22. REGIMEN DE RECLAMACIONES

El régimen de las reclamaciones será el previsto en el artículo 97.5 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y disposiciones concordantes.

El Suscriptor del seguro, el Tomador/Asegurado y el Beneficiario o los Beneficiarios, así como sus derechohabientes, están facultados para formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones contra la Entidad Aseguradora, si consideran que ésta realiza prácticas abusivas o lesiona los derechos derivados del contrato de seguro.

En relación con lo anterior, se advierte que, para la admisión y tramitación de quejas o reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones, será imprescindible acreditar haber formulado las quejas o reclamaciones, previamente por escrito al Servicio de Quejas y Reclamaciones de CNP PARTNERS, y en su caso, con posterioridad, al Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, o que haya transcurrido el plazo legalmente establecido sin que haya sido resuelta por la Entidad.

El Servicio de Quejas y Reclamaciones de CNP PARTNERS, domiciliado en calle Ochandiano nº 10, Planta 2ª El Plantío, 28023 Madrid, tramitará y resolverá cuantas quejas y reclamaciones le sean formuladas por las personas anteriormente mencionadas, en primera instancia y tras su resolución por dicho departamento podrá seguirse la tramitación ante el Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, D.A.DEFENSOR, S.L., domiciliado en c/Velázquez nº 80, 1ºD - 28001 Madrid Tfno. 913104043 - Fax 913084991 www.da-defensor.org. La Entidad Aseguradora se compromete a prestar la colaboración necesaria en la instrucción del procedimiento de resolución de las quejas y reclamaciones y a aceptar las resoluciones que el Defensor del Cliente emita y que tengan carácter vinculante para CNP PARTNERS.

La presentación de reclamación ante el Defensor del cliente de CNP PARTNERS así como su resolución, no obstaculiza la plenitud de tutela judicial, el recurso a otro mecanismo de solución de conflictos, ni a la protección administrativa.

El Servicio de Quejas y Reclamaciones, actuará en la resolución de las quejas y reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en su Reglamento que estará a disposición de los Tomador/asegurados en las oficinas de la Entidad aseguradora, y que les será facilitado en cualquier momento.

El presente contrato se rige por las CONDICIONES GENERALES, las CONDICIONES PARTICULARES, Anexos y Apéndices que emita la Entidad Aseguradora, que, en su conjunto, constituyen el Contrato de Seguro, careciendo de valor y efecto por separado. Las cláusulas de las CONDICIONES GENERALES son desarrolladas y, en su caso, modificadas por las CONDICIONES PARTICULARES. En caso de discrepancia entre lo establecido en las CONDICIONES GENERALES y lo pactado en las CONDICIONES PARTICULARES, prevalecerán éstas sobre aquéllas, salvo que dicha discrepancia derive de pactos contra la ley, la moral o el orden público, en cuyo caso se entenderán nulos de pleno derecho. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, las cláusulas resaltadas de modo especial en las presentes CONDICIONES GENERALES en negrilla (artículo 1.20, así como el apartado "Riesgos Excluidos") para el caso de que pudieran ser consideradas limitativas de los derechos del Tomador del seguro o del Asegurado, son específicamente aceptadas por el Tomador del seguro, quien, mediante la firma de las Condiciones Particulares de la presente póliza, deja expresa constancia de haberlas examinado detenidamente y de mostrarse plenamente conforme con cada una de ellas.

<p>EL TOMADOR/ASEGURADO</p>	<p>CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A</p>
------------------------------------	---

DEFINICIONES PREVIAS

ENTIDAD ASEGURADORA:

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., sociedad anónima inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras por Orden Ministerial de 13 de Septiembre de 1978 con el número C-559 con domicilio social en c) Ochandiano nº 10, Planta 2ª El Plantío - 28023 Madrid, es quien asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las prestaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.

El control de la actividad de CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. corresponde al Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

TOMADOR DEL SEGURO: Persona que suscribe el contrato de seguro y asume sus obligaciones, excepto las que por su naturaleza deban ser asumidas por el Asegurado.

ASEGURADO: Es la persona física sobre la que recae el riesgo. En este caso será el titular de la tarjeta emitida por WiZink Bank, S.A. y que deberá ser residente en España, tener una edad superior o igual a 18 años e inferior a 65 años en el momento de contratación de la póliza, no padecer ninguna enfermedad grave, encontrarse en buen estado de salud y estar trabajando remuneradamente en España dado de alta en la Seguridad Social. Mutuality, o Montepío o institución análoga

BENEFICIARIO DEL SEGURO: WiZink Bank, S.A. con carácter irrevocable.

DURACIÓN DE LAS GARANTÍAS: La cobertura individual de los Asegurados tendrá una duración mensual con renovación automática y tomará efecto en el momento en que el cliente haga uso del saldo dispuesto en la tarjeta y se cobre la primera prima. El seguro podrá renovarse mientras esté vigente el contrato de la tarjeta sobre la que se basa el seguro. Asimismo dejará de tener efecto por el Fallecimiento o Incapacidad Permanente Absoluta del titular, por cancelación del contrato de tarjeta de crédito sobre la que se basa el seguro, en caso de agotar el plazo máximo de indemnización de cualquier de las garantías o al finalizar la mensualidad del seguro en la cual el Asegurado cumpla los 65 años de edad.

DERECHO DE RESCISIÓN UNILATERAL

El Tomador tiene la facultad de resolver unilateralmente el contrato conforme a lo previsto en artículo 83 a) de la Ley de Contrato de Seguro. A tal efecto, puede dirigirse por escrito a CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., enviado a la siguiente dirección: calle Ochandiano, 10, 2ª planta 28023-Madrid o, por teléfono en el número de WiZink Mediator Operador de Banca Seguros Vinculado, S.A.U. 91 836 36 36, en el plazo de 30 días naturales siguientes a la fecha en que le haya sido entregada la póliza, produciendo sus efectos desde el primer día hábil laborable en Madrid siguiente a la recepción por parte de CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. devolviéndosele al Tomador la prima pagada, sin repercutirse ningún gasto ni comisión adicional.

1.- SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para las garantías de Desempleo, Incapacidad Temporal y Hospitalización será igual al 12% del saldo pendiente de pago a la fecha de liquidación mensual de la tarjeta inmediatamente anterior a la fecha de producción del siniestro. El importe de la suma asegurada no podrá ser superior, en ningún caso, al importe de 1.500€ mensuales.

2.- DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS CUBIERTOS

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., garantiza en los términos previstos en la Póliza, los riesgos que a continuación se indican:

2.1.- DESEMPLEO

Sólo estarán cubiertos frente al riesgo de Desempleo los Tomadores/Asegurados que en el momento de producirse el siniestro sean trabajadores por cuenta ajena con contrato indefinido y con una jornada laboral igual o superior a 13 horas **semanales**, que:

- Hasta el momento de incurrir en la situación de Desempleo que dé lugar al pago de la prestación, hubieran tenido una Relación Laboral ininterrumpida con el mismo empleador de al menos seis meses de duración con contrato laboral indefinido. No tendrá la consideración de contrato indefinido a efectos de la presente póliza la concatenación de varios contratos temporales o de duración determinada.

Los funcionarios públicos no están cubiertos por la garantía de desempleo en la presente póliza

2.1.1. PRESTACIÓN POR DESEMPLEO

El Asegurador abonará al beneficiario la Suma Asegurada, por cada período completo de 30 días naturales consecutivos en situación de desempleo del Tomador/Asegurado, computados a partir de la fecha de suspensión o extinción de la relación laboral.

La suma asegurada se abonará al Tomador/Asegurado con el límite máximo de 10 pagos consecutivos o 18 pagos alternos en total para toda la vigencia del seguro, siempre que haya transcurrido el período de carencia expresado en las presentes Condiciones Particulares, y se produzca por alguna de las siguientes circunstancias:

- Extinción de la Relación Laboral:

- a) En virtud de expediente de regulación de empleo o despido colectivo o cuando se reduzca a la mitad la jornada laboral por dicha causa.
- b) Por fallecimiento o incapacidad del empresario individual, y siempre que estas causas determinen la extinción del contrato de trabajo.
- c) Por despido improcedente o nulo.
- d) Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas.
- e) Por resolución voluntaria por parte del Tomador/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.2/2015 de 23 de octubre).
- f) En virtud de resolución judicial sobre los contratos de trabajo, adoptada en el seno de un procedimiento concursal.

- Suspensión de 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.

El derecho a devengo de la prestación cesará en el momento en que el Tomador/Asegurado reanude una actividad laboral remunerada con independencia de la duración de la jornada laboral, en los términos descritos por la normativa laboral española.

Una vez consumido las prestaciones máximas tanto consecutivas como alternas, esta garantía ya no volverá a ser de aplicación.

2.1.2. EXCLUSIONES PARA LA GARANTÍA DE DESEMPLEO

No se considerará que esté en Desempleo al Tomador/Asegurado que se encuentre en cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Cuando cese voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores.
- b) Cuando haya sido despedido y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción del contrato o despido basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores.
- c) 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.
- d) Cuando no haya solicitado el reintegro al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización y readmisión correspondiera al trabajador, o se estuviera en excedencia y venciera el período fijado por la misma.
- e) Cuando su contrato se extinga por jubilación del empresario empleador individual del Asegurado.
- f) Cuando su contrato se extinga por despido declarado procedente.
- g) Los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los períodos en que carezcan de ocupación efectiva.
- h) Si se produce cualquier situación de Desempleo dentro del Período de Carencia.
- i) Si inmediatamente antes de la fecha de inicio del Desempleo, el Asegurado:
 - No ha tenido relación laboral durante un período continuado de, al menos, 6 meses.
 - Ha estado vinculado por una relación laboral en la que el despido es una característica regular o recurrente o en caso de que el Asegurado conociera o debiera conocer su paso inmediato a la situación de Desempleo.
- j) Si su relación laboral lo fuera con una empresa propiedad de su ámbito familiar 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 afinidad fuera Administrador de la empresa.
- k) Cuando el Asegurado fuera socio de la sociedad empleadora con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.
- l) Si el Asegurado rechaza un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario acorde con su formación, experiencia y lugar de residencia.
- m) Si el Desempleo se produce después de que el Asegurado haya alcanzado la edad legal de jubilación con respecto a la actividad que llevaba a cabo, reuniendo todos los requisitos legales necesarios para acceder a la pensión de jubilación. Se asimila a dicha situación la jubilación anticipada.
- n) La extinción del contrato laboral como consecuencia de la prejubilación del Asegurado. Se entenderá por prejubilación aquella que se produce cuando la indemnización por despido consista en una renta temporal pagadera en el momento del despido hasta la fecha en la que el trabajador acceda a la jubilación.

2.2.- INCAPACIDAD TEMPORAL Y HOSPITALIZACIÓN

Estarán cubiertos frente al riesgo de Incapacidad Temporal y Hospitalización los Tomadores/Asegurados que sean trabajadores por cuenta propia, funcionarios públicos o por cuenta ajena con independencia de la relación laboral. Igualmente estarán cubiertos por la garantía de hospitalización los Tomadores/Asegurados que en el momento del siniestro no desempeñen una actividad profesional remunerada, siempre que el accidente o la enfermedad que den lugar a la referida incapacidad tengan su origen u ocurran con posterioridad a la Fecha de Efecto y sin perjuicio de lo establecido respecto al período de carencia.

2.2.1. PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL

El Asegurador abonará al Beneficiario la Suma Asegurada, por cada período completo de 30 días consecutivos en situación de Incapacidad Temporal del Tomador/Asegurado.

La suma asegurada se abonará al Tomador/Asegurado, siempre que haya transcurrido el período de carencia, con el límite máximo de 10 pagos consecutivos o 18 pagos alternos en total para toda la vigencia del seguro y siempre que la Incapacidad Temporal continúe bajo tratamiento y asistencia médica de la Seguridad Social, Mutua, Montepío o Institución análoga o médico o facultativo autorizado y así lo ratifique los servicios médicos del asegurador.

El importe de la prestación será en todo caso la suma asegurada, aun cuando el Tomador/Asegurado padeciera varias enfermedades al mismo tiempo o sobreviniera una nueva enfermedad distinta a la inicialmente declarada. En este último caso, el Tomador/Asegurado está obligado a cursar al Asegurador un informe médico dando cuenta de dicha circunstancia.

El derecho al cobro de la prestación cesará en el momento en que el Tomador/Asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo/actividad remunerada o por cuenta propia, aún de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación siempre que haya reanudado su empleo remunerado o por cuenta propia, y también si su estado pasa a ser de Incapacidad Permanente en cualquiera de sus grados en los términos descritos por la normativa de la Seguridad Social española. Una vez consumido las prestaciones máximas tanto consecutivas como alternas, esta garantía ya no volverá a ser de aplicación.

2.3.- HOSPITALIZACIÓN

Estarán cubiertos frente al riesgo de hospitalización los Tomadores/Asegurados indicados en el punto 2.2 que hayan estado ingresados durante un período mínimo de 7 días consecutivos y completos, en un centro hospitalario, siempre que el accidente o la enfermedad que originen dicha hospitalización, tengan su origen u ocurran con posterioridad a la fecha de efecto del seguro y sin perjuicio de lo establecido respecto al período de carencia.

2.3.1. PRESTACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN

El Asegurador abonará al Beneficiario la Suma Asegurada prorrateada por el número de días totales (entendiendo como día 24 horas ininterrumpidas) en situación de Ingreso en Centro Hospitalario del Tomador/Asegurado, a partir del séptimo día de ingreso, con un máximo de 10 pagos consecutivos o 18 alternos para toda la vigencia del seguro.

Una vez consumido las prestaciones máximas tanto consecutivas como alternas, esta garantía ya no volverá a ser de aplicación.

2.3.2. EXCLUSIONES PARA LA GARANTIA DE INCAPACIDAD TEMPORAL Y HOSPITALIZACIÓN

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

- a) Los periodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan por maternidad o paternidad.
- b) Dolores de espalda, salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammagrafías, escáneres, T.A.C., etc.) y que supongan la existencia de una lesión causante de la Incapacidad Temporal o de la Hospitalización.
- c) Cefaleas y enfermedades mentales o nerviosas, aun cuando existan evidencias médicas.
- d) Los producidos como consecuencia de tentativa de suicidio del asegurado (durante el primer año de vigencia del seguro) o Enfermedades, lesiones y complicaciones causadas directa o indirectamente por voluntad del Asegurado, o derivadas de la realización de actos notoriamente temerarios que entrañen grave riesgo para la salud.
- e) Las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente; los que ocurran en caso 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.
- f) Cualquier enfermedad, dolencia, lesión o estado (o las enfermedades que se deriven de éstos) de las que el Asegurado tuviera conocimiento en el momento de la firma del presente contrato y que no haya sido debidamente declarada al Asegurado.
- g) Los siniestros derivados de actos de guerra, de terrorismo y de carácter político y/o militar.
- h) Los siniestros producidos por reacción/radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- i) Terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario y todas aquellas que deriven de situaciones calificadas por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe" o "calamidad nacional".

2.4. INCOMPATIBILIDAD DE GARANTIAS:

Las coberturas de Desempleo, por un lado, Incapacidad Temporal y Hospitalización, por otro, son alternativas o excluyentes, por tanto cuando un Tomador/Asegurado esté cubierto por Desempleo no podrá estar cubierto por Incapacidad Temporal u Hospitalización y viceversa.

Las coberturas de Incapacidad Temporal y Hospitalización son incompatibles entre sí, en el caso de que ambas ocurran simultáneamente: La Incapacidad Temporal se empezará a computar desde el momento en que se originó la baja, por periodo completo de 30 días naturales (sin perjuicio de lo establecido respecto al periodo de carencia), pero se descontará la parte ya abonada de la cobertura de hospitalización.

Para aquellos trabajadores que se encuentran cubiertos por la garantía de desempleo además, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

- Si se produjese una enfermedad común, durante el periodo en el que el asegurado se encontrase percibiendo la prestación por desempleo, el asegurado tendrá derecho a continuar cobrando la prestación por desempleo aunque se encuentre en situación de Incapacidad Temporal con las limitaciones establecidas en la presente póliza.
- Si se encontrase cobrando la prestación por Incapacidad Temporal y se produjese un despido que diese derecho al cobro de la prestación por desempleo según lo establecido en la presente póliza, el asegurado tendrá derecho a cobrar la prestación por desempleo.

3.- EXCLUSIONES COMUNES A TODAS LAS GARANTIAS

Asimismo, el Beneficiario no tendrá derecho al cobro de las prestaciones por Desempleo, Incapacidad Temporal u Hospitalización si la contingencia se produce, o se deriva o es consecuencia directa o indirecta de:

- a) Las consecuencias de guerras o de otras circunstancias extraordinarias y aquéllas otros supuestos que tengan la consideración de fuerza mayor de acuerdo con lo previsto en el artículo 1.105 del Código Civil.
- b) Conflictos armados aunque no haya precedido declaración oficial de guerra o los derivados de hechos de carácter político o social o actos de terrorismo.
- c) La acción directa o indirecta de reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- d) Terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario y todas aquellas que deriven de situaciones calificadas por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe" o "calamidad nacional".
- e) Los derivados de riesgos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.

4.- PERIODO DE CARENCIA

4.1 INICIAL

- Para la garantía de Desempleo se establece un periodo de carencia inicial de 60 días naturales, a computar a partir de la fecha de efecto del seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de desempleo se produce en la fecha en que se produzca la extinción o suspensión de la relación laboral por las causas señaladas en esta póliza, y así lo señale el Instituto Nacional de Empleo.
- Para la garantía de Incapacidad Temporal se establece un periodo de carencia inicial de 30 días naturales, a computar a partir de la fecha de efecto del seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Incapacidad Temporal se produce en la fecha en la que se determina la baja por los facultativos de la Seguridad Social, Mutua o Institución análoga o médico o facultativo autorizado y así lo ratifiquen los servicios médicos del asegurador, no se exigirá periodo de carencia para el supuesto de incapacidad temporal causada por accidente.

- Para la garantía por Hospitalización se establece un periodo de carencia inicial de 15 días naturales, a computar a partir de la fecha de efecto del seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Hospitalización se produce en el momento de ingreso en un centro hospitalario de acuerdo con las definiciones establecidas en la presente póliza. No se exigirá periodo de carencia para el supuesto de hospitalización causada por accidente.

4.2 ENTRE DOS SINIESTROS

En caso de producirse situaciones de Desempleo subsiguientes a una situación anterior de Desempleo que dio lugar al pago de la prestación por parte de esta póliza, se procederá al pago de nuevas prestaciones si el Tomador/Asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral como trabajador por cuenta ajena y con un contrato indefinido por un periodo mínimo de 180 días naturales ininterrumpidos y haya superado el periodo de prueba establecido correspondiente a su nueva relación laboral siempre que dicho contrato tenga una duración igual o superior a 13 horas a la semana. En caso contrario no se pagará cantidad alguna.

En caso de producirse Incapacidades Temporales u hospitalizaciones subsiguientes a una anterior Incapacidad Temporal u hospitalización que dio lugar a prestación por parte de esta póliza, la aseguradora procederá nuevamente al pago de prestaciones transcurridos 180 días, ininterrumpidos desde el fin de la última incapacidad temporal o alta hospitalaria si se trata de la misma causa de incapacidad o ingreso en centro hospitalario o 30 días, si se trata de una causa distinta.

No se exigirá periodo de carencia para el supuesto de Incapacidad Temporal u Hospitalización por accidente.

5.- CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS.

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

ACONECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

RIESGOS EXCLUIDOS

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.

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

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

EXTENSION DE LA COBERTURA

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665).
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

6.-TARIFA DE PRIMA

La tarifa de primas aplicable al presente seguro será la especificada en la Base Técnica del seguro en cada momento y puesta a disposición del Tomador/Asegurado por la entidad mediadora.

La compañía aseguradora se reserva el derecho de incrementar la tarifa de prima en cualquier momento en el supuesto de que la evolución de la siniestralidad así lo aconsejara. La citada variación debe ser comunicada al Tomador/Asegurado con un preaviso de dos meses, plazo durante el cual el Tomador/Asegurado podrán rescindir la póliza.

La nueva tarifa de prima, sólo se aplicará para las renovaciones de los contratos en vigor o nuevas contrataciones.

7.- PAGO DE LAS PRIMAS

Con carácter general, las primas serán aplicadas a cada Tomador/Asegurado repercutiendo el 0,51032% (impuestos y recargos incluidos) del saldo pendiente existente en la fecha de la última liquidación mensual de la tarjeta asegurada.

El seguro se contrata a primas mensuales que se abonarán con cargo a la cuenta de la tarjeta de crédito asegurada.

En caso de impago de la primera prima, el seguro no entrará en efecto. En caso de que se produzca el impago de alguna de las primas del seguro distinta de la primera la cobertura de la Entidad Aseguradora quedará cancelada.

Durante el periodo de pago de un siniestro por cualquier contingencia, el Tomador/Asegurado quedará exento del pago de la prima mensual renovable. El pago de la prima se reanudará al término del pago del siniestro.

8.- MODIFICACIONES Y ANULACION DEL SEGURO

El Tomador/Asegurado, una vez abonada la primera prima podrá hacer modificaciones en relación con sus datos personales.

Estas modificaciones tomarán efecto el día de solicitud, previa notificación y aceptación por la Entidad Aseguradora llevando consigo la emisión de unas nuevas condiciones particulares.

El Tomador/Asegurado, una vez abonada la primera prima, podrá solicitar la anulación del seguro, no existiendo en este caso extorno de primas.

9.-DURACIÓN DEL SEGURO Y FIN DE LAS COBERTURAS

El seguro tendrá una duración mensual renovable automáticamente y tomará efecto en el momento en el que el cliente haga uso del saldo dispuesto de la tarjeta. El seguro podrá renovarse mientras esté vigente el contrato de la tarjeta sobre la que se basa el seguro.

El seguro dejará de tener efecto:

- a) La fecha en que la tarjeta vinculada a esta Póliza de seguro termine por cualquier causa.
- b) La fecha en la cual el Tomador/Asegurado alcance la edad de 65 años.
- c) La fecha de fallecimiento o de declaración del estado de Incapacidad Permanente Absoluta del Tomador/Asegurado en cualquiera de sus grados.
- d) La fecha de recepción por parte del Asegurador de carta certificada o llamada telefónica del asegurado manifestando su decisión de rescisión del seguro.
- e) Asimismo, la cobertura terminará en la fecha en la que el Asegurador haya pagado el número máximo de Prestaciones consecutivas o alternas por Incapacidad Temporal, Desempleo u Hospitalización que se han fijado en esta póliza.

10. PAGO DE PRESTACIONES

Para reclamar el pago de las prestaciones aseguradas, cuando los beneficiarios de las mismas tengan derecho a percibir las, el Tomador/Asegurado o Beneficiarios, en su caso, deberán facilitar al Asegurador los documentos que se soliciten para cada caso concreto. El Asegurador podrá disponer que sus médicos, inspectores o empleados visiten al Tomador/Asegurado, debiendo permitir a su vez el Tomador/Asegurado o sus familiares dichas visitas, como cualquier averiguación o comprobación que el Asegurador considere necesario.

La comunicación del acaecimiento de un siniestro podrá realizarse a través del número de teléfono 91 524 34 39 o dirección de correo electrónico prestaciones@cnppartners.eu, así como a la siguiente dirección de correo ordinario Apartado de Correos Nº 141 - 28080 MADRID.

La documentación que la Compañía solicitará al Tomador/Asegurado en caso de siniestro es la siguiente:

DESEMPLEO

En la apertura del siniestro

1. Copia legible del DNI/NIE.
 2. Vida Laboral actualizada y completa que justifique al menos 30 días en desempleo.
 3. Carta de notificación de despido de la empresa, en papel de la empresa y debidamente firmada y sellada.
 4. Certificado de Empresa o dos últimas nóminas, debidamente firmado y sellado.
 5. Desglose de la liquidación e indemnización efectuada por la empresa, en papel de la empresa y debidamente firmado y sellado.
 6. Justificante correspondiente al ingreso de la indemnización.
 7. En caso de SMAC/JUEZ, Acta de Conciliación, Demanda y Sentencia Judicial.
 8. En caso de E.R.E., autorización administrativa y comunicación de la empresa al trabajador.
 9. Carta del Servicio Público de Empleo Estatal (en adelante SEPE) aceptando el pago de la prestación con el periodo reconocido.
 10. Extracto de la tarjeta del mes inmediatamente anterior a la producción del siniestro.
- Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance.**

En la continuación del siniestro:

- Justificante de pago del SEPE y/o Vida laboral actualizada.
- Extracto de la tarjeta del mes que corresponda.

La documentación deberá ser legible y no contendrá tachaduras.

INCAPACIDAD TEMPORAL

En la apertura del Siniestro:

1. Copia legible del DNI/NIE.
 2. Partes de baja que acredite, durante al menos 30 días consecutivos, la incapacidad temporal del asegurado expedido por la Seguridad Social u Organismo Competente.
 3. Vida 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.
 4. 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.
 5. Además de lo anterior, en caso de Hospitalización, informe de ingreso y alta hospitalaria.
 6. 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.
 7. Extracto de la tarjeta del mes inmediatamente anterior a la producción del siniestro
- Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance.**

En la continuación del siniestro:

- Partes de confirmación de la baja periódicos.
- Extracto de la tarjeta del mes que corresponda.

La documentación deberá ser legible y no contendrá tachaduras.

HOSPITALIZACIÓN

1. Copia legible del DNI/NIE.
 2. Informe del parte de hospitalización con especificación de la hora de entrada y salida del centro hospitalario.
 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. Extracto de la tarjeta del mes inmediatamente anterior a la producción del siniestro.
- Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance.**

En la continuación del siniestro:

- Partes de Hospitalización periódicos.
- Extracto de la tarjeta del mes que corresponda.

La documentación deberá ser legible y no contendrá tachaduras.

Si fuera procedente el rechazo de un siniestro con posterioridad a haberse efectuado pagos con cargo al mismo, el Asegurador podrá reclamar a su elección contra el Tomador/Asegurado o el Beneficiario por las sumas indebidamente satisfechas más los intereses legales que correspondan.

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 Tomador/Asegurado o el Beneficiario.

Una vez que la Entidad Aseguradora, haya recibido las pertinentes pruebas de que el Tomador/Asegurado se halla en alguna de las situaciones de Incapacidad Temporal, Hospitalización o Desempleo fijadas en la definición establecida en Las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, pagará la suma asegurada en los términos establecidos en las presente Condiciones Particulares y con los límites establecidos en la presente Póliza y sin perjuicio de que el Tomador/Asegurado pueda iniciar el procedimiento de reclamación desde el momento en que se encuentre en situación de Incapacidad Temporal, Hospitalización o Desempleo, hasta la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que el Tomador/Asegurado cese en su situación de Incapacidad Temporal, Hospitalización o Desempleo, o deje de aportar las pruebas solicitadas por la Entidad Aseguradora, de que se encuentra en dicha situación.
- La fecha en que a Entidad Aseguradora, haya pagado el número de Prestaciones por Incapacidad Temporal, Hospitalización o Desempleo que se han fijado en esta póliza.

Las Prestaciones previstas en el Contrato de Seguro se pagarán por la Entidad Aseguradora, al Beneficiario, que las destinará al pago de las cantidades debidas por el Tomador/Asegurado en virtud del Contrato de Préstamo.

11. PROTECCION DE DATOS

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 tanto en soporte físico, como en soporte automatizado 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 podrán 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 28023 Madrid, c/ Ochandiano 10, Planta 2ª-El Plantío o vía E-Mail: atencion@cnppartners.eu.

El ejercicio de los citados derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación del consentimiento y oposición no supondrá contraprestación de ningún tipo para el Tomador/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/ASEGURADO CONSIENTE EN LA CESIÓN DE LOS DATOS INCLUIDOS EN EL MENCIONADO FICHERO a otras Entidades para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones para los que fueron solicitados, así como con fines estadísticos y actuariales y, en su caso, de prevención del fraude, y 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 personales estrictamente necesarios a efectos de pago de prestaciones. Asimismo, mediante la aceptación expresa de esta cláusula, el Tomador/Asegurado consiente en el tratamiento por la Entidad Aseguradora de los datos contenidos en el cuestionario de salud, que en su caso cumplimente el Tomador/ Asegurado para la contratación del Seguro, así como de los que eventualmente puedan recabarse de los reconocimientos médicos practicados al mismo, para el cumplimiento y desarrollo del presente seguro, no siendo objeto de cesión a terceros salvo a entidades aseguradoras o reaseguradoras por razones de coaseguro, reaseguro o cesión de cartera.

Del mismo modo, el Tomador/Asegurado autoriza a la Entidad Aseguradora 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 colaboradores 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.

12. REGIMEN DE RECLAMACIONES

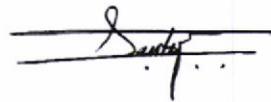
El régimen de las reclamaciones será el previsto en el artículo 97.5 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y disposiciones concordantes.

El Suscriptor del seguro, el Tomador/asegurado y el Beneficiario o los Beneficiarios, así como sus derechohabientes, están facultados para formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones contra la Entidad Aseguradora, si consideran que ésta realiza prácticas abusivas o lesiona los derechos derivados del contrato de seguro.

En relación con lo anterior, se advierte que, para la admisión y tramitación de quejas o reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones, será imprescindible acreditar haber formulado las quejas o reclamaciones, previamente por escrito al Servicio de Quejas y Reclamaciones de CNP PARTNERS, y en su caso, con posterioridad, al Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, o que haya transcurrido el plazo legalmente establecido sin que haya sido resuelta por la Entidad.

El Servicio de Quejas y Reclamaciones de CNP PARTNERS, domiciliado en calle Ochandiano nº 10, Planta 2ª El Plantío, 28023 Madrid, tramitará y resolverá cuantas quejas y reclamaciones le sean formuladas por las personas anteriormente mencionadas, en primera instancia y tras su resolución por dicho departamento podrá seguirse la tramitación ante el Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, D.A.DEFENSOR, S.L., domiciliado en c/ Velázquez nº 80, 1ºD - 28001 Madrid Tfno. 913104043 - Fax 913084991 www.da-defensor.org. La entidad Aseguradora se compromete a prestar la colaboración necesaria en la instrucción del procedimiento de resolución de las quejas y reclamaciones y a aceptar las resoluciones que el Defensor del Cliente emita y que tengan carácter vinculante para CNP PARTNERS.

La presentación de reclamación ante el Defensor del cliente de CNP PARTNERS así como su resolución, no obstaculiza la plenitud de tutela judicial, el recurso a otro mecanismo de solución de conflictos, ni a la protección administrativa.

	
EL TOMADOR/ASEGURADO	CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A