

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE PROTECCION DE PAGOS PPI+VIDA TARJETAS

0001040000059817

Tomador del Seguro y Asegurado:

Apellidos: FERNANDEZ CAÑADA	Nombre: CATALINA	N.I.F./D.N.I./N.I.E. 11801343C	Fecha Nacimiento: 22/01/1965	Sexo: MUJER
Domicilio, calle o plaza: CL RIO MIÑO 4 4 1		Código Postal: 28980	Localidad y Provincia PARLA (PARLA)	
TIPO DE TARJETA DE CRÉDITO: VISA ORO			IDENTIFICADOR ÚNICO DE CUENTA: 4002619007	

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: 22.298

Fecha de Solicitud: 29/05/2017	Duración del Seguro: Mensual Renovable	Fecha de Solicitud: 29/05/2017	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.	Carenia Inicial: 30 días 0 días en caso de accidente
			Prestación Máxima: 10 cuotas consecutivas / 18 alternas
BENEFICIARIOS: WiZink Bank, S.A. con carácter irrevocable		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
			Carenia Inicial: 60 días
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, constandingo 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 31 de MAYO de 2017

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

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 produjo 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 ejercitada 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 dejaría 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. JURISDICCION

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».

EXTENSION 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.consorsseguros.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@cnpnpartners.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 CONSIEN 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.


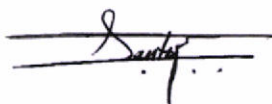
CONDICIONES GENERALES SEGURO DE PROTECCION DE PAGOS VIDA TARJETAS

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

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.

COMUNICACION DE DAÑOS 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.consorcioseguros.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 reanuda 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.-DURACION 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:

- La fecha en que la tarjeta vinculada a esta Póliza de seguro termine por cualquier causa.
- La fecha en la cual el Tomador/Asegurado alcance la edad de 65 años.
- La fecha de fallecimiento o de declaración del estado de Incapacidad Permanente Absoluta del Tomador/Asegurado en cualquiera de sus grados.
- La fecha de recepción por parte del Asegurador de carta certificada o llamada telefónica del asegurado manifestando su decisión de rescisión del seguro.
- 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

- Copia legible del DNI/NIE.
- Vida Laboral actualizada y completa que justifique al menos 30 días en desempleo.
- Carta de notificación de despido de la empresa, en papel de la empresa y debidamente firmada y sellada.
- Certificado de Empresa o dos últimas nóminas, debidamente firmado y sellado.
- Desglose de la liquidación e indemnización efectuada por la empresa, en papel de la empresa y debidamente firmado y sellado.
- Justificante correspondiente al ingreso de la indemnización.
- En caso de SMAC/JUEZ, Acta de Conciliación, Demanda y Sentencia Judicial.
- En caso de E.R.E., autorización administrativa y comunicación de la empresa al trabajador.
- Carta del Servicio Público de Empleo Estatal (en adelante SEPE) aceptando el pago de la prestación con el periodo reconocido.
- 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:

- Copia legible del DNI/NIE.
 - Partes de baja que acredite, durante al menos 30 días consecutivos, la incapacidad temporal del asegurado expedido por la Seguridad Social u Organismo Competente.
 - 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.
 - 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.
 - Además de lo anterior, en caso de Hospitalización, informe de ingreso y alta hospitalaria.
 - Además de lo anterior, en caso de Accidente, copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de accidente laboral.
 - 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

- Copia legible del DNI/NIE.
- Informe del parte de hospitalización con especificación de la hora de entrada y salida del centro hospitalario.
- 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.
- 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 ACEPTACION 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


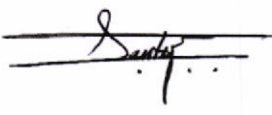
El régimen de las reclamaciones será el previsto en el artículo 97.5 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y disposiciones concordantes.

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
---	---