

0001070000059967

NUMERO DE POLIZA:	0000000721	NUMERO DE OFICINA:	0168
-------------------	------------	--------------------	------

**DATOS DEL TOMADOR/ASEGURADO:**

NOMBRE Y APELLIDOS: PALOMA RUANO ABAD				
DNI/NIE:	47307306D	F. NACIMIENTO:	09/07/1990	SEXO: M
TELEFONO:	628178344			C.POSTAL: 45223
DOMICILIO:	CL/ESCUDO,29			
POBLACIÓN:	SESEÑA	PROVINCIA:	TOLEDO	
SITUACION PROFESIONAL:				
<input type="checkbox"/> FUNCIONARIO	<input type="checkbox"/> AUTONOMO	<input checked="" type="checkbox"/> CUENTA AJENA TEMPORAL	<input type="checkbox"/> CUENTA AJENA INDEFINIDO	<input type="checkbox"/> OTROS

**DATOS DEL PRESTAMO:**

ENTIDAD PRESTAMISTA: CAJA RURAL CASTILLA LA MANCHA S.C.C.	TIPO DE PRÉSTAMO: <input checked="" type="checkbox"/> PERSONAL
CAPITAL INICIAL SOLICITADO: 22.966,64 €	Nº DE EXPEDIENTE DE PRÉSTAMO: 3117799357
FECHA FORMALIZACION PRESTAMO: 09/06/2017	FECHA VENCIMIENTO PRESTAMO: 09/06/2024 DURACIÓN PRESTAMO (MESES): 84
CUOTA ORDINARIA MENSUAL INICIAL PRESTAMO: 303,36 €	% CUOTA ASEGURADA: 50,00 % IMPORTE CUOTA ASEGURADA MENSUAL: 151,68 €

**DATOS DEL SEGURO:**

**PRIMA ÚNICA DEL SEGURO:**

PRIMA DEL SEGURO	PRIMA PERIODO	CONSORCIO	LEA	IMPUESTO SOBRE PRIMAS	IMPORTE RECIBO
TOTAL:	455,27 €	0,06 €	0,68 €	27,31 €	483,32 €

**BENEFICIARIOS:**

El Tomador/Asegurado designa con carácter irrevocable:  
**CAJA RURAL CASTILLA LA MANCHA S.C.C.**

**CUENTA BANCARIA DEL TOMADOR PARA EL PAGO DE LA PRIMA:**

ES43 3081 0168 8826 2279 1719



**CONDICIONES  
PARTICULARES**

**Seguro de Protección  
de Pagos  
(Personal)**

 **CAJA RURAL  
CASTILLA-LA MANCHA**



## 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 calle 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/ASEGURADO:** El Tomador/Asegurado será la persona que aparece designado en la página primera de las presentes condiciones particulares.

**BENEFICIARIO DEL SEGURO:** El Tomador/Asegurado designa Beneficiario con carácter irrevocable a CAJA RURAL CASTILLA LA MANCHA S.C.C.

**ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO:** Se entenderá por establecimiento hospitalario cualquier hospital, clínica o sanatorio, tanto público como privado, que disponga de la infraestructura necesaria para diagnosticar y realizar tratamientos terapéuticos por facultativos legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión. A los efectos de esta cobertura no se considerará como hospital, clínica o sanatorio las siguientes instituciones:

- Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psicológicas o psiquiátricas.
- Residencias de ancianos, centros de día y centros para el tratamiento de drogadictos y/o alcohólicos y/o neuróticos.
- Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos, adelgazamiento u otros tratamientos similares.
- Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día.
- A los efectos de este Seguro no se consideran hospitales:
- Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas.
- Residencias de ancianos, asilos, centros de día, casas de reposo y centros para el tratamiento de drogadictos y/o alcohólicos y/o neuróticos.
- Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares, centros de salud, balnearios.

## 1.- REQUISITOS DE CONTRATACIÓN

Sólo podrán contratar la presente Póliza de Seguro las personas físicas que reúnan las siguientes condiciones:

- 1) Ser titulares de un préstamo personal, formalizado con CRCM
- 2) Haber firmado las Condiciones Particulares.
- 3) Haber pagado la prima única.
- 4) Que la Edad del Tomador/Asegurado esté comprendida entre los 18 y 65 años. No obstante lo anterior, la edad del Tomador/Asegurado en el momento de la contratación del seguro sumada al número de años de duración del préstamo no podrá dar como resultado una edad superior a los 65 años. En este supuesto no se podrá contratar el presente seguro.
- 5) Encontrarse en estado de buena salud, sin síntoma de enfermedad, y no padecer ninguna enfermedad de carácter evolutivo ni estar, en la Fecha de Efecto del Seguro, en situación de Incapacidad Temporal, tal y como ésta queda definida en las presentes Condiciones Particulares.
- 6) Cotizar a la Seguridad Social o estar en situación de alta en mutualidad, montepío o institución análoga que la legislación determine.
- 7) Además para la cobertura de Desempleo:
- 8) No conocer, o estar en situación de conocer que se va a producir la extinción o suspensión de su relación laboral por cualquiera de las causas que darían derecho a la prestación de Desempleo en base a esta póliza.
- 9) Además para la cobertura del riesgo de Incapacidad Temporal y Hospitalización:  
No padecer ninguna enfermedad de carácter evolutivo.

## 2.- SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada será el porcentaje de cuota asegurada sobre la cuota ordinaria mensual del préstamo vinculado a esta póliza de seguro que, en el momento de producirse el siniestro, estuviese pagando el asegurado.

Se entenderá que no forman parte de la suma asegurada de la presente póliza

los intereses remuneratorios, con exclusión, por tanto, de los intereses de demora y de cualesquiera otros gastos, comisiones o pagos que debiera hacer el Tomador/Asegurado en cumplimiento de lo pactado en el contrato de préstamo vinculado a esta Póliza.

**El importe de la suma asegurada no será superior, en ningún caso, al importe máximo de 1.800 €.**

**En caso de que se produjera una novación del préstamo que conllevara el incremento del capital prestado, supondrá la anulación de la presente póliza. En estos casos la Entidad Aseguradora procederá a la devolución de la prima no consumida.**

**Cuando el Tomador/Asegurado haya realizado amortizaciones parciales del préstamo, la Entidad Aseguradora procederá a adecuar la suma asegurada de conformidad con lo establecido en el apartado 8 de las presentes Condiciones Particulares.**

## 3.- PERIODO DE CARENIA

### 3.1 INICIAL

- Para la garantía de Pérdida Involuntaria de Empleo se establece un periodo de carencia inicial de 60 días naturales, a contar desde 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 además sea acreditado por el Servicio Público de Empleo Estatal u organismo público que lo sustituya.
- Para la garantía de Incapacidad Temporal se establece un periodo de carencia inicial de 30 días naturales, a contar desde 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 la enfermedad causante de la Incapacidad hubiera sido diagnosticada por facultativos de la Seguridad Social, Mutua o Institución análoga o médico o facultativo autorizado y así lo ratifiquen los servicios médicos del asegurador si se considerase necesario. En los supuestos en los que la Incapacidad Temporal se deba a un accidente no se aplicará carencia inicial alguna.
- Para la garantía de Hospitalización se establece un periodo de carencia inicial de 30 días naturales a contar desde la fecha de efecto del seguro. A efectos de comprobar que en el momento de acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Hospitalización se produce en la fecha que aparezca consignada en el informe de ingreso en el correspondiente establecimiento hospitalario en el que el Tomador/Asegurado se encuentre ingresado.

### 3.2 ENTRE DOS SINIESTROS

En el supuesto de producirse situaciones de Pérdida Involuntaria de Empleo subsiguientes a una situación anterior de Pérdida Involuntaria de Empleo que dio lugar a indemnización 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 por un periodo mínimo de 180 días naturales ininterrumpidos y haya superado el periodo de prueba establecido correspondiente a su nueva relación laboral. En caso contrario no se pagará cantidad alguna.

En el supuesto de producirse Incapacidades Temporales subsiguientes a una anterior Incapacidad Temporal que dio lugar a indemnización por parte de esta póliza, la aseguradora procederá nuevamente al pago de prestaciones transcurridos 180 días naturales, ininterrumpidos en situación de alta en el régimen correspondiente, desde el fin de la última incapacidad temporal siempre que la enfermedad causante sea la misma que originó la Incapacidad que dio lugar a la indemnización por parte de esta póliza. Cuando la Incapacidad Temporal Subsiguiente se deba a una enfermedad distinta la aseguradora procederá nuevamente al pago de prestaciones cuando hayan transcurrido 30 días naturales ininterrumpidos en situación de alta en el régimen correspondiente, desde el fin de la última incapacidad temporal.

En el supuesto de producirse Incapacidades Temporales subsiguientes debidas a causas accidentales no habrá periodo de carencia.

En el supuesto de producirse Hospitalizaciones subsiguientes a una

anterior a la Hospitalización que dio lugar a indemnización por parte de esta póliza, la aseguradora procederá al pago de prestaciones transcurridos 180 días naturales ininterrumpidos, si encontrarse en situación de Hospitalización tal y como se describe en la presente póliza, desde el fin del último alta hospitalaria por la cual el asegurado hubiese estado percibiendo la correspondiente prestación siempre que la enfermedad causante sea la misma que originó la Hospitalización que dio lugar a la indemnización por parte de esta póliza. Cuando la Hospitalización Subsiguiente se deba a una enfermedad distinta la aseguradora procederá nuevamente al pago de prestaciones cuando hayan transcurrido 30 días naturales ininterrumpidos sin encontrarse en situación de Hospitalización.

En el supuesto de producirse Hospitalizaciones subsiguientes debidas a causas accidentales no habrá periodo de carencia.

#### 4.- DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS CUBIERTOS

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., garantiza en los términos previstos en esta Póliza, los riesgos que a continuación se indican teniendo en cuenta la situación laboral del Tomador/Asegurado en el momento en el que se produzca el siniestro.

##### 4.1. PÉRDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

A los efectos de la presente póliza la Pérdida Involuntaria del Empleo es la situación en que se encuentran quienes, pudiendo y queriendo trabajar remuneradamente por cuenta ajena, pierdan su empleo o vean reducida su jornada de trabajo en un 50% y sean privados de su salario por causa distinta de su voluntad, a excepción de los funcionarios públicos, que:

- Llevar trabajando durante 6 meses continuos con un contrato laboral de duración indefinida en la empresa en la que cause baja, con una jornada no inferior a 25 horas semanales cotizando en el Régimen General de la Seguridad Social y estar registrado en el Servicio Público de Empleo Estatal, como totalmente desempleado y buscando activamente un nuevo trabajo.
- Estar recibiendo prestación pública por desempleo del Servicio Público de Empleo Estatal. (Desempleo en su nivel contributivo que otorga el Servicio Público de Empleo Estatal.)

Si en el que en el momento de incurrir en la situación de Desempleo, el asegurado se encuentra cobrando una prestación pública derivada de una incapacidad temporal como consecuencia de contingencias comunes, dicha prestación se asimilará a efectos de esta garantía, a la Prestación de Desempleo en su nivel contributivo.

##### 4.1.1. PRESTACIÓN POR PÉRDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

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. **De no permanecer los 30 días consecutivos en situación de Pérdida Involuntaria del Empleo, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.**

La suma asegurada se abonará al Beneficiario designado en la presente Póliza con el límite máximo de 12 pagos consecutivos o 30 pagos alternos en total y siempre que dicha situación de desempleo ocurra durante la vigencia del seguro, haya transcurrido el período de carencia, y se produzca por alguna de las siguientes circunstancias:

##### Extinción de la Relación Laboral:

- En virtud de expediente de regulación de empleo o despido colectivo.
- Por fallecimiento o incapacidad del empresario individual, y siempre que estas causas determinen la extinción del contrato de trabajo.
- Por despido improcedente o nulo.
- Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas.
- Por resolución voluntaria por parte del Asegurado únicamente en los supuestos previstos en los artículos 40.1 (movilidad geográfica), 41.1 apartados a), b), c) d) y f) (modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo), 45.1.n (por decisión de la trabajadora que se ve obligada a abandonar su puesto de trabajo en los casos de violencia de género) y 49.1 j) (extinción por incumplimiento del empleador) del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L.2/2015 de 23 de octubre).
- En virtud de resolución judicial 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 y se reduzca a la mitad, al menos, la jornada de trabajo por dicha causa.

El derecho a devengo de la indemnización cesará en el momento en que el Asegurado reanude una actividad laboral remunerada, aún de manera parcial en los términos descritos por la normativa laboral española.

##### 4.1.2. EXCLUSIONES PARA LA GARANTÍA DE PÉRDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

No se considerará que esté en situación de Pérdida Involuntaria del Empleo al Tomador/Asegurado que se encuentre en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Cuando haya sido despedido y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato derivada de expediente de regulación de empleo o de despido colectivo o basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L.2/2015 de 23 de octubre).
- Cuando su contrato de trabajo se extinga por jubilación del empresario empleador individual del Tomador/Asegurado o por expiración del tiempo convenido y/o finalización de la obra o servicio objeto del contrato.
- Los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los periodos en que carezcan de ocupación efectiva.
- 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 Tomador/Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.
- Cuando no hayan solicitado el reingreso al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador o se estuviera en excedencia y venciera el período fijado para la misma.
- La extinción del contrato laboral durante el período de prueba, la jubilación anticipada y el paro parcial con una reducción inferior al 50% de su jornada laboral, o cuando la indemnización por despido consista en una renta temporal pagadera en momento del despido hasta la fecha en la que el trabajador acceda a la jubilación (prejubilación).
- Si el Tomador/Asegurado tiene derecho a percibir un salario por parte del empleador, se exceptúan de este supuesto los complementos salariales pactados colectivamente en los expedientes de suspensión del contrato.
- Los despidos cuya indemnización sea menor del 50% de la legalmente establecida.
- Cuando el trabajador cese voluntariamente su puesto de trabajo.
- Cuando la extinción del contrato sea declarada procedente por sentencia firme, o siendo así notificado al Tomador/Asegurado por parte del empresario, este no haya reclamando en tiempo y forma debidos.
- El despido sin derecho a desempleo del nivel contributivo del Servicio Público de Empleo Estatal (en adelante SEPE).
- Si la prestación de Desempleo de nivel contributivo del SEPE se recibe en forma de pago único.
- Cuando el Tomador/Asegurado se acoja voluntariamente a un Expediente de Regulación de Empleo.
- Si la Relación Laboral del Tomador/Asegurado lo fuera con una empresa propiedad del ámbito familiar de éste hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercer grado de afinidad fuera el administrador de la empresa; y también si el Tomador/Asegurado fuera socio con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.

##### 4.2. INCAPACIDAD TEMPORAL

A los efectos de la presente póliza se entenderá por Incapacidad Temporal la alteración temporal (situación física reversible) del estado de salud del Tomador/Asegurado constatada médicamente, debida a un accidente o enfermedad, y que determina la imposibilidad del Tomador/Asegurado para ejercer temporalmente su actividad remunerada o profesión habitual, originada ajena a su voluntad.

Estarán asegurados frente al riesgo de incapacidad temporal el Tomador/Asegurado que en el momento de incurrir en dicha situación tuviera la condición de autónomos (Trabajadores por cuenta propia) que coticen o no en un Régimen distinto al Régimen General de la Seguridad Social, trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral temporal, trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral indefinido que no estén cubiertos por la garantía de Pérdida Involuntaria de Empleo y funcionarios públicos, 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.

El Asegurado, en el momento de la contratación, debe encontrarse en buen estado de salud, sin sintoma de enfermedad y no padecer ninguna enfermedad de carácter evolutivo ni ser titulares de una prestación periódica o prestación por invalidez.

#### 4.2.1. PRESTACION POR INCAPACIDAD TEMPORAL

La Entidad Aseguradora abonará al Beneficiario la Suma Asegurada, por cada período completo de 30 días consecutivos en situación de Incapacidad Temporal del Tomador/Asegurado y una vez transcurrido el período de carencia inicial, los pagos sucesivos por esta prestación se realizarán por cada período completo de 30 días naturales consecutivos en los que el Tomador se encuentre en dicha situación. De no permanecer los 30 días consecutivos en situación de Incapacidad Temporal, la entidad aseguradora no abonará cantidad alguna.

El derecho al cobro de la indemnización cesará en el momento en que el Tomador/Asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo/actividad remunerado/a 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 los términos descritos por la normativa de la Seguridad Social española.

El importe de la indemnización será en todo caso la suma asegurada, aun cuando el Tomador/Asegurado padeciera varias enfermedades al mismo tiempo o sobreviniera a una nueva enfermedad a la inicialmente declarada.

La suma asegurada se abonará al Beneficiario designado en las presentes Condiciones Particulares con el límite máximo de 12 pagos consecutivos o 30 pagos alternos en total y siempre que dicha situación de Incapacidad Temporal ocurra durante la vigencia del seguro y haya transcurrido el período de carencia.

#### 4.3. HOSPITALIZACIÓN

A los efectos de la presente póliza se entenderá como hospitalización la situación de Ingreso acaecida al Tomador/Asegurado durante más de 24 horas en un establecimiento hospitalario en condición de paciente, ya sea por enfermedad o accidente y con la finalidad de someterse a tratamientos médicos o quirúrgicos.

Estarán cubiertos por Hospitalización el Tomador/Asegurado:

- Que en el momento de producirse el siniestro por hospitalización, no resulten elegibles ni para la cobertura de pérdida involuntaria del empleo ni para la de incapacidad temporal, es decir aquellos Tomadores/Asegurados que en el momento de producirse el siniestro no tengan ningún tipo de relación laboral, ni por cuenta propia ni por cuenta ajena.
- Que estén en buen estado de salud, que no estén en el momento de la contratación de baja laboral por razones de salud, ni hayan estado de baja por enfermedad durante más de 30 días consecutivos en los 24 meses anteriores a la adhesión.

#### 4.3.1. PRESTACION POR HOSPITALIZACIÓN

La Entidad Aseguradora abonará al Beneficiario de la presente póliza, de producirse la hospitalización del Tomador/Asegurado, la suma asegurada una vez alcanzado un período de 7 días de probada Hospitalización y una vez transcurridos los el período de carencia inicial. Los pagos sucesivos serán por cada período completo de 30 días naturales consecutivos dicha situación. **De no permanecer los 30 días consecutivos, en situación de Hospitalización, la entidad aseguradora no abonará cantidad alguna.**

La suma asegurada se abonará al Beneficiario designado en las presentes Condiciones Particulares con el límite máximo de 12 pagos consecutivos o 30 pagos alternos en total y siempre que dicha situación de Incapacidad Temporal ocurra durante la vigencia del seguro y haya transcurrido el período de carencia.

#### 4.4. EXCLUSIONES PARA LAS GARANTÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL Y HOSPITALIZACIÓN

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

- a) **Enfermedades, lesiones y complicaciones causadas directa o indirectamente por voluntad del Tomador/Asegurado o derivadas de la realización de actos notoriamente temerarios que entrañen graves riesgos para la salud.**
- b) **El embarazo, parto o aborto así como los periodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan en caso de maternidad.**
- c) **Las producidas cuando el Tomador/Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Tomador/Asegurado, declarada judicialmente, o su resistencia a ser detenido.**
- d) **Cualquier enfermedad, dolencia, estado o lesión por la que el Tomador/Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento de un médico en los 12 meses anteriores al inicio de la cobertura de la presente póliza con anterioridad a la contratación a la póliza, así como las secuelas producidas por ellas, así como los defectos de nacimiento y las enfermedades congénitas.**
- e) **Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos y/u odontológicos que no sean esenciales por razones médicas y sean demandados por el Tomador/Asegurado por razones psicológicas, personales y/o estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de efecto de la cobertura del seguro.**
- f) **Dolor lumbar, cervical, dorsal, sacro y ciático, así como cualquier otro proceso patológico que tenga como manifestación única el dolor, salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammagrafías, escáneres, T.A.C, etc.) que demuestren la existencia de alteraciones y lesiones que justifiquen el dolor causa de la incapacidad temporal.**
- g) **Cefaleas, enfermedades psiquiátricas y mentales, incluyendo el estrés, ansiedad, depresiones y afecciones similares, aun cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista (psiquiatra).**
- h) **Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas o competiciones, y de la práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo, así como los accidentes derivados de la conducción de vehículos sin el correspondiente permiso expedido por la autoridad competente y los accidentes aéreos a excepción de los vuelos comerciales en línea regular autorizada.**
- i) **Las curas de reposo, termales o dietéticas.**
- j) **Aquellos Asegurados que estén percibiendo una pensión de invalidez o que estén tramitando en el momento de la contratación del seguro la incapacidad permanente absoluta.**

#### 4.5. INCOMPATIBILIDAD DE GARANTÍAS:

Las coberturas de Pérdida Involuntaria del Empleo, Incapacidad Temporal y Hospitalización son excluyentes entre sí dependiendo de la situación laboral en la que se encuentre el Tomador/Asegurado en el momento de producirse el siniestro, por tanto cuando un Tomador/Asegurado esté cubierto por Pérdida Involuntaria del Empleo no podrá estar cubierto por Incapacidad Temporal, ni por Hospitalización e igualmente en el resto de los supuestos en que el Tomador/Asegurado pueda estar cubierto por Incapacidad Temporal y Hospitalización.

#### 5.- EXCLUSIONES COMUNES A TODAS LAS GARANTÍAS

Asimismo, el Beneficiario no tendrá derecho al cobro de las prestaciones por Pérdida Involuntaria del Empleo o Incapacidad Temporal si la contingencia se produce, o se deriva o es consecuencia directa o indirecta de:

1. **Los riesgos extraordinarios sujetos a recargo obligatorio a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.**

2. Los que no den Lugar por LCS.
3. Los hechos derivados de conflictos armados, haya o no precedido declaración oficial de guerra.
4. Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
5. Suicidio o la tentativa del mismo durante la primera anualidad de seguro.
6. Los siniestros causados intencionadamente/voluntariamente o por mala fe del Tomador/Asegurado. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Tomador/Asegurado, declarado así judicialmente.
7. Los siniestros ocurridos como consecuencia de temblores de tierra, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.
8. Los producidos antes de la primera prima pagada.
9. Los Calificados por el gobierno de la nación como Calamidad Nacional o catástrofe así como epidemias y pandemias.
10. 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.

#### 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 aseguradora.

A la prima que resulte de la aplicación de esta tarifa se le sumarán los impuestos y recargos que sean en todo momento legalmente repercutibles.

#### 7.- PAGO DE LAS PRIMAS

El seguro se contrata a prima única para toda la duración del seguro.

Los recibos de primas deberán hacerse efectivos por el Tomador/Asegurado. Con carácter general, y salvo pacto en contrario establecido en la póliza, el abono de las primas se realizará mediante domiciliación bancaria de los recibos. A estos efectos, el Tomador/Asegurado deberá entregar a la Entidad Aseguradora el mandato SEPA donde autorice la domiciliación de los mencionados cobros. Será por cuenta del Tomador/Asegurado cualquier gasto derivado del medio de pago utilizado.

En caso de impago de la prima única, el seguro no entrará en vigor. En este caso, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación en caso de siniestro.

#### 8.- MODIFICACIONES Y ANULACION DEL SEGURO

El Tomador/Asegurado, una vez abonada la prima única podrá realizar las modificaciones que se establecen en el presente apartado. Estas modificaciones una vez notificadas y aceptadas por la Entidad Aseguradora en un plazo máximo de cinco días hábiles supondrán la emisión de un Suplemento a la Póliza de Seguro que una vez firmado por el Tomador/Asegurado surtirán efecto desde el día de la solicitud.

**Anulación del Seguro.** Cuando se realice la amortización total de la operación de financiación vinculada al seguro dará lugar a la extinción del mismo, previa devolución al Asegurado, por parte de la Entidad Aseguradora, de la parte de prima no consumida menos el importe correspondiente a los recargos e impuestos satisfechos. Una vez realizado el extorno de la prima, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación en caso de siniestro quedando extinguido el contrato de seguro.

**Modificación de la suma asegurada.** La amortización anticipada parcial del préstamo dará derecho al Tomador/Asegurado al reembolso de la parte de la prima no consumida correspondiente a la parte amortizada anticipadamente del préstamo menos el importe correspondiente a los recargos e impuestos satisfechos, continuando vigente el presente contrato de seguro por resto del importe del préstamo pendiente de amortizar.

La Entidad Aseguradora entregará un Suplemento con las nuevas condiciones de la póliza tras la amortización parcial realizada por el Tomador/Asegurado.

#### 9.- DURACIÓN DEL SEGURO Y COBERTURAS

El presente seguro tendrá la misma duración que la operación de financiación vinculada, estableciéndose un periodo mínimo de duración de 6 meses y máximo de 120 meses. No obstante a lo anterior, la edad del Tomador/Asegurado en el momento de la contratación sumada al número de años de duración de la operación de financiación vinculada no podrá dar como resultado más de 65 años.

La cobertura terminará y el derecho al cobro de las prestaciones cesará en el momento en que tenga lugar el primero de los siguientes eventos:

- a) La fecha en la cual todas las cantidades debidas por el Tomador/Asegurado a la entidad prestamista por el Contrato de Financiación vinculado a esta póliza de seguro fueran reembolsadas a la Entidad Prestamista.
- b) Al alcanzarse la fecha de terminación del Contrato de Financiación vinculado a esta póliza, aunque no se hubieran reembolsado todas las cantidades debidas en virtud del mismo.
- c) La fecha en que el Contrato de Financiación vinculado a esta Póliza de seguro termine por cualquier causa.
- d) La fecha en la cual el Asegurado alcance la edad de 65 años, o en la fecha en la que se cese en toda actividad profesional remunerada, o en la fecha de jubilación o de prejubilación cualquiera que sea su causa, excepto para la garantía de hospitalización.
- e) La fecha de fallecimiento o de declaración del estado de Incapacidad Permanente del Asegurado en cualquiera de sus grados o Gran Invalidez.
- f) La fecha en la que se produzca una subrogación, cesión de la posición o cualquier transmisión de los derechos y obligaciones de las partes que intervienen en el Contrato de Financiación.
- g) 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, Hospitalización y/o Pérdida Temporal Involuntaria de Empleo que se han fijado en esta póliza.

#### 10.- CONDICIONES PARA LA RESCISIÓN DEL SEGURO

El contrato de seguro sólo podrá ser rescindido en el supuesto de amortización total anticipada de la operación de financiación a la que se encuentra vinculado el seguro. En estos casos se procederá según lo establecido en el apartado 8 de las presentes Condiciones Particulares.

En el supuesto de rescisión anticipada del seguro, esta tomará efecto en el momento en el que se comunique a la Entidad Aseguradora, devolviéndose la parte de la prima no consumida correspondiente a la mensualidad en la que se produzca la rescisión, quedando desde ese momento extinguida la póliza y liberada la Entidad Aseguradora desde ese momento.

La Entidad Aseguradora podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

- Por agravación del riesgo. Una vez comunicada esta circunstancia a la Aseguradora, ésta podrá proponer una modificación del contrato en un plazo de dos meses. El Asegurado podrá aceptarla o rechazarla en un plazo de quince días. Transcurrido dicho plazo, en caso de silencio o de rechazo, la Entidad podrá advertir de nuevo al Asegurado, dándole un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y en los ocho días siguientes comunicará al Asegurado la rescisión definitiva. La 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.
- De conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el asegurador 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, el asegurador quedará liberado de su obligación.

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

**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 periodo 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.**

#### 11.- PAGO DE PRESTACIONES

No procederá el pago de las prestaciones si el pago de la prima única no se ha hecho efectivo.

Igualmente para el abono de las prestaciones descritas en la presente póliza el Tomador/Asegurado, deberá facilitar el recibí o comprobante del pago de la correspondiente cuota del préstamo.

La Entidad Aseguradora garantiza el abono de las prestaciones contratadas en las condiciones que se establezcan en las Condiciones Particulares del Seguro. La Entidad Aseguradora 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 la Entidad Aseguradora considere necesaria. El incumplimiento de estos deberes se entenderá como renuncia al cobro de la prestación, salvo que no haya sido posible el llevarlo a cabo por la oposición del médico o personal facultativo en caso de siniestro por Incapacidad Temporal.

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

### **PÉRDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO**

#### **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 y 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 SPEE aceptando el pago de la prestación con el periodo reconocido.
- Recibo del préstamo pagado a la fecha del siniestro.
- Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde ingresar las prestaciones.
- 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 SPEE y/o Vida laboral actualizada.
- Recibo del préstamo pagado del mes que corresponda.

### **INCAPACIDAD TEMPORAL**

#### **En la apertura del Siniestro:**

- Copia legible del DNI/NIE.
- Vida laboral actualizada y completa (trabajadores por cuenta ajena), toma de posesión (funcionarios) o en caso de autónomo, documento acreditativo de estar inscrito en el régimen de Autónomos de la Seguridad Social y último pago.
- Partes de baja que acrediten la incapacidad temporal del Asegurado expedido por la Seguridad Social u Organismo Competente, que justifiquen al menos 30 días en incapacidad.
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de diagnóstico y causas de la enfermedad del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la incapacidad y las fechas de diagnóstico de las mismas.
- 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 un accidente laboral.
- Recibo del préstamo pagado a la fecha del siniestro.
- Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde ingresar las prestaciones.
- 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.
- Recibo del préstamo pagado del mes que corresponda.

### **HOSPITALIZACION**

#### **En la apertura del siniestro:**

- Copia legible del DNI/NIE.
- Vida laboral actualizada y completa o en caso de no haber trabajado nunca, informe sobre la inexistencia de situaciones de alta emitido por la Tesorería General de la Seguridad Social.
- Parte de hospitalización con especificación de la hora de entrada y salida del centro hospitalario que justifique al menos 7 días de hospitalización.
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de

diagnóstico y causas de la enfermedad del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la hospitalización y las fechas de diagnóstico de las mismas.

- 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 un accidente laboral.
- Recibo del préstamo pagado a la fecha del siniestro.
- Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde ingresar las prestaciones.
- 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.
- Recibo del préstamo pagado del mes que corresponda.

Si fuera procedente el rechazo de un siniestro con posterioridad a haberse efectuado pagos con cargo al mismo, el Asegurador podrá repetir 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 Asegurado haya recibido la documentación y las pruebas requeridas, por parte del Tomador/Asegurado o el Beneficiario. En caso de que no se entregara dicha documentación, el Asegurador no estará obligado a pagar Prestación alguna.

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 o Pérdida Involuntaria del Empleo fijadas en la definición establecida en la presente Póliza, pagará la suma asegurada con los límites establecidos en la página primera de las presentes Condiciones Particulares 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 o Pérdida Involuntaria del Empleo de hecho, hasta la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que el Tomador/Asegurado cese en su situación de Incapacidad Temporal, Pérdida Involuntaria del Empleo u Hospitalización, 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 máximas por Incapacidad Temporal, Pérdida Involuntaria del Empleo u Hospitalización que se han fijado en esta póliza.

Las Prestaciones previstas en el Contrato de Seguro se pagarán por la Entidad Aseguradora al Beneficiario establecido en las presentes Condiciones Particulares.

### **12.- RÉGIMEN 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 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 Tomador/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 Tomador/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 EI Plantio, 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 Tomador/aseguradora, D.A.DEFENSOR, S.L., domiciliado en c/ Marqués de la Ensenada, 2- 6ª planta, 28004 Madrid Tfno. 913104043 - Fax 913084991 [www.da-defensor.org](http://www.da-defensor.org). La entidad tomador/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.

### 13. TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Entidad aseguradora informa de la existencia de datos de carácter personal en soporte físico que pueden ser susceptibles de tratamiento o de un fichero de su titularidad en el que se incluirán los datos que han sido recabados para el desarrollo y cumplimiento del presente contrato, y respecto del cual el Tomador/asegurado 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, CP 28023. 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 puedan ser cedidos a otras Entidades Tomador/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 la declaración 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 igualmente el Tomador/Asegurado otorga su consentimiento expreso para que la Entidad Aseguradora en su caso, contacte telefónicamente con el mismo para someterle al pertinente cuestionario, así como, solicitarle las pruebas médicas adicionales si fuera preciso.

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 mediador y sus auxiliares tendrán la consideración de Encargado del Tratamiento de la Entidad Aseguradora, debiendo tratar los datos exclusivamente con los fines directamente relacionados con la presente contratación, y conforme a lo establecido por la Entidad Aseguradora.

El presente contrato se rige por las **CONDICIONES GENERALES**, por las **CONDICIONES PARTICULARES** y por los anexos y Apéndices que emita la Entidad Aseguradora, y 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. Igualmente las presentes **CONDICIONES PARTICULARES** son emitidas tomando como base las declaraciones del tomador, el cuestionario médico o en caso de ser así requerido por la compañía aseguradora de acuerdo con las pruebas que se consideren necesarias para una correcta valoración del riesgo.

A los efectos de lo dispuesto en los artículos 122 y 124 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, 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.

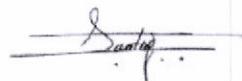
**EL TOMADOR DECLARA CONOCER Y ACEPTAR QUE LAS PRESENTES CONDICIONES PARTICULARES ANULAN Y SUSTITUYEN CUALESQUIERA OTRAS QUE SE HUBIEREN EMITIDO CON ANTERIORIDAD.**

Hecho por duplicado, en 8 hojas inseparables expedidas por ambas caras, en SESEÑA a 09 de Junio de 2017

EL ASEGURADO



LA ENTIDAD ASEGURADORA



**D. Santiago Domínguez Vacas**  
Director General Adjunto

## Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación

Mandate Reference

20683308100016800000072101

Nombre del Deudor/es

Name of the Debtor(s)

**PALOMA RUANO ABAD**

Número de cuenta IBAN del Deudor

Account number - IBAN of the Debtor

**ES43 3081 0168 8826 2279 1719**

SWIFT / BIC

**BCOESMM081**

**DATOS DEL DEUDOR**

Nombre del Acreedor

Creditor's Name

**CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.**

Identificación del Acreedor

Creditor Identifier

**ES72CVEA28534345**

AVISO IMPORTANTE: El deudor queda informado que, el Identificador del Acreedor referenciado en este Mandato puede diferir, por el cambio del Código de Negocio (Sufijo) incluido en el mismo, con el utilizado por el Acreedor en la gestión de adeudos SEPA con su Entidad Financiera, sin que esto implique variación en la identidad fiscal y/o legal del mismo, ni perjuicio alguno en los intereses del deudor.

IMPORTANT NOTICE: The debtor is informed that the above Creditor Identifier may differ, by changing the Business Code (Suffix) included therein, with that used by the creditor in managing your debts SEPA through its financial institution, without involving variation in legal identity thereof or this cause any prejudice to the interests of the debtor.

Nombre de la calle y número

Street Name and number of the Creditor

**C/OCHANDIANO, 10 - 2ª PLANTA (EL PLANTÍO)**

Código postal / Ciudad

Postal Code / City

**28023 MADRID**

País

Country

**ESPAÑA-SPAIN**

**DATOS DEL ACREEDOR**

Mediante la firma del presente formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza a CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. a enviar órdenes a su entidad financiera, para adeudar en su cuenta los importes que se devenguen como consecuencia de este contrato y, asimismo, autoriza a su entidad financiera para cargar en su cuenta los importes debidamente notificados por CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorize CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. to send instructions to your bank to debit your account the amounts that accrue as a result of this contract, and also you authorize your bank to debit your account in accordance with the instructions duly notified from CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights regarding the mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Tipo de pago: Pago recurrente

Type of payment: Recurrent payment

Lugar

Location

Fecha (DDMMAAAA)

Date (DDMMYYYY)

**09/06/2017**

Firma del deudor

Signature of the Debtor



Por favor devolver a: C/OCHANDIANO, 10 - 2ª PLANTA (EL PLANTÍO) - 28023 MADRID

Please, return to Creditor address

*Ejemplar para el Acreedor*

*Creditor copy*

## Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación

Mandate Reference

20683308100016800000072101

### DATOS DEL DEUDOR

Nombre del Deudor/es

Name of the Debtor(s)

**PALOMA RUANO ABAD**

Número de cuenta IBAN del Deudor

Account number - IBAN of the Debtor

**ES43 3081 0168 8826 2279 1719**

SWIFT / BIC

**BCOEE5MM081**

### DATOS DEL ACREEDOR

Nombre del Acreedor

Creditor's Name

**CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.**

Identificación del Acreedor

Creditor Identifier

**ES72CVEA28534345**

**AVISO IMPORTANTE:** El deudor queda informado que, el Identificador del Acreedor referenciado en este Mandato puede diferir, por el cambio del Código de Negocio (Sufijo) incluido en el mismo, con el utilizado por el Acreedor en la gestión de adeudos SEPA con su Entidad Financiera, sin que esto implique variación en la identidad fiscal y/o legal del mismo, ni perjuicio alguno en los intereses del deudor.

**IMPORTANT NOTICE:** The debtor is informed that the above Creditor Identifier may differ, by changing the Business Code (Suffix) included therein, with that used by the creditor in managing your debts SEPA through its financial institution, without involving variation in legal identity thereof or this cause any prejudice to the interests of the debtor.

Nombre de la calle y número

Street Name and number of the Creditor

**C/OCHANDIANO, 10 - 2ª PLANTA (EL PLANTÍO)**

Código postal / Ciudad

Postal Code / City

**28023 MADRID**

País

Country

**ESPAÑA-SPAIN**

Mediante la firma del presente formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza a CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. a enviar órdenes a su entidad financiera, para adeudar en su cuenta los importes que se devenguen como consecuencia de este contrato y, asimismo, autoriza a su entidad financiera para cargar en su cuenta los importes debidamente notificados por CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorize CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. to send instructions to your bank to debit your account the amounts that accrue as a result of this contract, and also you authorize your bank to debit your account in accordance with the instructions duly notified from CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights regarding the mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Tipo de pago: Pago recurrente

Type of payment: Recurrent payment

Lugar

Location

Fecha (DDMMAAAA)

Date (DDMMYYYY)

**09/06/2017**

Firma del deudor

Signature of the Debtor



**Ejemplar para el Deudor**

**Debtor copy**