



CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE PROTECCION DE PAGOS



NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., con oficinas en Carretera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España)
AFILIADOR: Caja Rural Castilla La Mancha Medios 0587

NATURALEZA DEL PRESO O BENEFITARIO: No Votante
CONCEPTO POR EL CUAL SE ASEGURA: Por cuenta propia

NUMERO DE POLIZA: 0000001569 NUMERO DE OFICINA: 0621

DATOS DEL TOMADOR/ASEGURADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: NURIA MUÑOZ ALCALADO

DNI/NIE: 06250225K F. NACIMIENTO: 12/01/1975 SEXO: M TELEFONO: 635086085

DOMICILIO: AV/SAN ISIDRO,11 C. POSTAL: 13020

POBLACION: PEDRO MUÑOZ PROVINCIA: CIUDAD REAL

SITUACION PROFESIONAL:

FUNCIONARIO AUTONOMO CUENTA AJENA TEMPORAL CUENTA AJENA INDEFINIDA OTROS

DATOS DEL PRESTAMO:

ENTIDAD PRESTAMISTA: CAJA RURAL CASTILLA LA MANCHA S.C.C.

TIPO DE PRESTAMO: PERSONAL

CAPITAL INICIAL SOLICITADO: 12.500,00 € N° DE EXPEDIENTE DE PRESTAMO: 3183109653

FECHA FORMALIZACION PRESTAMO: 22/12/2017 FECHA VENCIMIENTO PRESTAMO: 22/12/2024 DURACION PRESTAMO (MESES): 84

CUOTA ORDINARIA MENSUAL INICIAL DEL PRESTAMO: 0,57 € % CUOTA ASEGURADA: 100,00 % IMPORTE CUOTA ASEGURADA MENSUAL: 170,57 €

DATOS DEL SEGURO:

PRIMA ÚNICA DEL SEGURO:

PRIMA PERIODO	CONSORCIO	LEA	IMPUESTO SOBRE PRIMAS	IMPORTE RECIBO
495,59 €	0,06 €	0,74 €	28,74 €	526,13 €
TOTAL				

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:

ES65 3081 0621 5030 3761 1211

CONDICIONES PARTICULARES

Seguro de Protección de Pagos (Personal)



0001070000060994

DEFINICIONES PREVIAS
ENTIDAD ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., Orden Ministerial de 13 de Septiembre de 1978 con el número C-559 con domicilio social en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid, es quien asuma 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, Industria 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 CAAJ 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 legítimamente 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 considerarán hospitales:
- 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, 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.
- Tratamientos similares, centros de salud, balnearios.

1.- REQUISITOS DE CONTRATACION
Solo podrán contratar el presente Poliza 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 sujeta al número de años de duración del préstamo no podrá ser 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 síntomas 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) Contratar a la Seguridad Social o estar en situación de alta en invalidez, desempleo o institución análoga que la legislación determine.
- 7) Ademorar para la cobertura de Desempleo.
- 8) No conocer, o estar en situación de conocer que se va a producir la extinción o suspensión de la relación laboral por cualquiera de las causas que dan derecho a la prestación de Desempleo en base a esta póliza.
- 9) Ademorar para la cobertura del riesgo de Incapacidad Temporal y Hospitalización.

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 cargos 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 7.180,00 €.
En caso de que se produjera una novación del préstamo que conllevara el incremento del capital prestado, supondrá la actualización 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 CARENANCIA
3.1. INICIAL

Para la garantía de Pérdida Involuntaria de Empleo se establece un período 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 período de carencia inicial, se entenderá que la situación de desempleo se produce en la fecha en que se produce 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 período 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 período 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 hubiere sido diagnosticada por facultativos de la Seguridad Social, Mutua o Institución análoga a médico o facultativo autorizado y así lo ratifiquen los servicios médicos del asegurador o se considere 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 período 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 período 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 Tomador/Asegurado se encuentre ingresado.

3.2. ENTRE DOS SINIESTROS
En el supuesto de producirse situaciones de Pérdida Involuntaria de Empleo sucesivas 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 sucesivas 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 sucesivas debidas a causas accidentales no habrá período de carencia.
En el supuesto de producirse Hospitalizaciones sucesivas 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 hospitalario por la cual el asegurado hubiese estado cobriendo 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 sucesivas debidas a causas accidentales no habrá período de carencia.

4.- DESCRIPCION 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 produce el siniestro.

4.1. PERDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO
A los efectos de que se produzca 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:

- a) 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.
- b) 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).
- c) Si en el momento de incurrir en la situación de Desempleo, el asegurado se encuentra cotizando 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.
- d) 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:
a. Por fin de expediente de regulación de empleo o despido colectivo.
b. Por fallecimiento o incapacidad del empresario individual y siempre que estas causas determinen la extinción del contrato de trabajo.
c. Por despido improcedente o nulo.
d. Por resolución o extinción del contrato basado en causas objetivas.
e. Por resolución voluntaria por parte del Asegurado únicamente en los supuestos previstos en los artículos 40.1 (movilidad geográfica), 41.1 (aportación a), b), c), d), f) (modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo), 45.1 (pago 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).

4.2. INCAPACIDAD TEMPORAL
A los efectos de que se produzca la Pérdida Involuntaria del Empleo al Tomador/Asegurado 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 determine la imposibilidad del Tomador/Asegurado para ejercer normalmente su actividad remunerada o profesión habitual, originada ajena a su voluntad.

El derecho a devengo de la indemnización cesará en el momento en que el Asegurado renuncie a la actividad laboral remunerada, aun de manera parcial o momentánea.
4.1.2. PERDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO
No se considerará que está en situación de Pérdida Involuntaria del Empleo al Tomador/Asegurado que se encuentre en cualquiera de las siguientes situaciones:
a) Cuando haya sido despedido y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato derivada de expediente de regulación de empleo o 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).

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

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

d) Cuando, declarado improcedente o nulo el despido por sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Tomador/Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.
e) Cuando no hayan solicitado el regreso 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.
f) La extinción del contrato laboral durante el período de prueba, la jubilación anticipada y el paro cuando la indemnización por despido consista en una prima temporal pagadera en el momento del despido hasta la fecha en la que el trabajador acceda a la jubilación (prejubilación).

g) Si el Tomador/Asegurado tiene derecho a percibir un salario por parte del empleador, se exceptúan de este supuesto los expedientes de suspensión pactados colectivamente en los complementos de suspenso del contrato.
h) Los despidos cuya indemnización sea menor del 50% de la legalmente establecida.
i) Cuando el trabajador cese voluntariamente su puesto de trabajo.
j) 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 reclamado en tiempo y forma debidos.
k) El despido sin derecho a desempleo del nivel contributivo del Servicio Público de Empleo Estatal (en adelante SEPE).
l) Si la prestación de Desempleo de nivel contributivo del SEPE se recibe en forma de pago único.
m) Cuando el Tomador/Asegurado se acople voluntariamente a un Expediente de Regulación de Empleo.
n) 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 hubiera sido 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 que se produzca la Pérdida Involuntaria del Empleo al Tomador/Asegurado 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 determine la imposibilidad del Tomador/Asegurado para ejercer normalmente su actividad remunerada o profesión habitual, originada ajena a su voluntad.

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España).
NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España).
NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España).
NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España).

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:

- Enfermedades, lesiones y complicaciones causadas directa o indirectamente por voluntad del Tomador/Asegurado o derivadas de la realización de actos no normalmente temerarios que entrañen graves riesgos para la salud.
- El embarazo, parto o aborto así como los periodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan en caso de maternidad.
- Las producciones cuando el Tomador/Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes; los que ocurran en estado de perturbación mental, somnambulismo 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.
- 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.
- 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.
- Dolor lumbar, cervical, dorsal, sacro y cático, así como cualquier otro proceso patológico que tenga como manifestación única el dolor, salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiológicos, gammagrafías, escáneres, T.A.C., etc.) que demuestren la existencia de alteraciones y lesiones que justifiquen el dolor causa de la incapacidad temporal.
- 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).
- 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.
- Las curas de reposo, termales o dietéticas.
- 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:

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

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España).
NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España).
NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España).
NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España).

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 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 extinguído 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 ejercitada 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.

Los que no den lugar por LCS.

- Los hechos derivados de conflictos armados, haya o no precedido declaración oficial de guerra.
- Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- Suicidio o la tentativa del mismo durante la primera anualidad de seguro.
- Los siniestros causados intencionalmente/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.
- Los siniestros ocurridos como consecuencia de temblores de tierra, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.
- Los producidos antes de la primera prima pagada.
- Los producidos por el gobierno de la nación como Calamidad Nacional o catástrofe así como epidemias y pandemias.
- Las consecuencias de guerras o de otras circunstancias extraordinarias y aquellos 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. Con carácter general, y salvo pacto en contrario establecido en la póliza, el abono de las primas se realizará mediante hacedores efectivos por el Tomador/Asegurado. Los recibos de prima deberán hacerse efectivos por la Entidad Aseguradora o el mandato SEPA, donde autorice la conciliación 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 surtirá 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 exdome 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 préstamo pendiente de amortizar.

La Entidad Aseguradora entregará un Suplemento con las nuevas condiciones de la póliza firmadas 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 regular de la operación de financiación vinculada no podrá dar como el momento en que tenga lugar el primero de los siguientes eventos:

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 levantado a cabo por la posición del médico o personal facultativo en caso de siniestro por incapacidad Temporal.

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

- PERDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO**
- 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.
 - Desguaje de la liquidación e indemnización efectuada por la empresa, en papel de la empresa y debidamente firmado y sellado.
 - En caso de S/M/A/C/J/E/Z, 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 de protección.
 - Justificante 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 veracidad o alcance.

En la continuación del siniestro

Justificante de pago del SPEE y/o Vida laboral actualizada.

INCAPACIDAD TEMPORAL

Copia legible del Siniestro.

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 justificadas en el momento de la denuncia.

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 veracidad o alcance.

En la continuación del siniestro:

- Partes de confirmación de la baja periódicas.
- Recibo del préstamo pagado del mes que corresponda.

HOSPITALIZACIÓN

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 veracidad o alcance.

En la continuación del siniestro:

- Partes de hospitalización periódicas.
- Recibo del préstamo pagado del mes que corresponda.

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

El pago de la Prestación solo 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 entregue dicha documentación, el Asegurado 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 Perdida Involuntaria del Empleo fijadas en la definición establecida en la presente Póliza, pagará la suma asegurada con los límites establecidos en la rúbrica 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 Perdida 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, Perioda 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, Perioda Involuntaria del Empleo u Hospitalización, que se han fijado en esta póliza.
- Las Prestaciones previstas en el Contrato de Seguro se pagaran 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 conexas.

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 Carrera de San Jerónimo 21, 28014, 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.D.E.FENSCOR, S.L., domiciliado en C/Velázquez, 80 1º D, 28001 Madrid Tlfno. 913104043 - Fax 913064991 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 plentid 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 podría ejercer los derechos reconocidos en la Ley y en particular, los de acceso, modificación y cancelación de datos, así como el de portabilidad 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, Carrera de San Jerónimo 21, CP 28014. El ejercicio de los datos 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 ACERTACIÓN EXPRESA DE ESTA CLÁUSULA EL TOMADOR/ASEGURADO CONSENTIR EN LA CESIÓN DE LOS DATOS INCLUIDOS EN EL MENCIONADO FICHERO A OTRAS ENTIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE FINES DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES DE LOS QUE FUERON SOLICITADOS, ASÍ COMO CON FINES ESTADÍSTICOS Y ACTUARIAS

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, constituirán 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 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 127 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 los citados preceptos reglamentarios, EL TOMADOR DEBERÁ 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 PEDRO MUÑOZ a 22 de Diciembre de 2017

EL ASEGURADO



LA ENTIDAD ASEGURADORA



D. Santiago Domínguez Vecas
Director General Adjunto



Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación

Mandate Reference

206833081000621000000156901

DATOS DEL DEUDOR

Nombre del Deudor/es
Name of the Debtor(s)

NURIA MUÑOZ ALCOLADO
Número de cuenta IBAN del Deudor
Account number - IBAN of the Debtor

ES65 3081 0621 5030 3761 1211

SWIFT / BIC

BCOESMM081

DATOS DEL ACREEDOR

Nombre del Acreedor
Creditor's Name

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Identificación del Acreedor
Creditor Identifier

EST2CVEA28534345

AVISO IMPORTANTE: El deudor queda informado que, el identificador del Acreedor referenciado en este Mandato puede diferir, por el cambio del Código de Negocio (Suffix) 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

CARRERA DE SAN JERÓNIMO, 21

Código postal / Ciudad
Postal Code / City

28014 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)

22/12/2017

Por favor devolver a: CARRERA DE SAN JERÓNIMO, 21 - 28014 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

206833081000621000000156901

DATOS DEL DEUDOR

Nombre del Deudor/es
Name of the Debtor(s)

NURIA MUÑOZ ALCOLADO
Número de cuenta IBAN del Deudor
Account number - IBAN of the Debtor

ES65 3081 0621 5030 3761 1211

SWIFT / BIC

BCOESMM081

DATOS DEL ACREEDOR

Nombre del Acreedor
Creditor's Name

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Identificación del Acreedor
Creditor Identifier

EST2CVEA28534345

AVISO IMPORTANTE: El deudor queda informado que, el identificador del Acreedor referenciado en este Mandato puede diferir, por el cambio del Código de Negocio (Suffix) 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

CARRERA DE SAN JERÓNIMO, 21

Código postal / Ciudad
Postal Code / City

28014 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)

22/12/2017

Ejemplar para el Deudor
Debtor copy

NOTA INFORMATIVA

Seguro de Protección de Pagos (Personal)

CNP PARTNERS
CASTILLA-LA MANCHA

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. hace entrega de la presente Nota Informativa al potencial Tomador/asegurado del contrato de seguro denominado «Protección Personal», con antelación a la celebración del mismo en cumplimiento de lo establecido en los artículos 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

1.- DENOMINACION SOCIAL Y FORMA JURIDICA DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras por Orden Ministerial de 13 de Septiembre de 1978 con el número C-359 con domicilio social en Carretera de San Antonio 21, 28014 Madrid, es quien asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las indemnizaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.

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

2.- REGULACION LEGAL Y REGIMEN DE RECLAMACIONES

El presente contrato de seguro se encuentra sometido a la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, a la Ley 20/2015 de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, al Real Decreto 1060/2015, de 20 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y disposiciones concordantes, y se regirá por lo convenido en la póliza y en los restantes documentos contractuales.

El régimen de las reclamaciones será el previsto en el artículo 97.5 de la Ley 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 derrochamientos, 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 Tomadora/aseguradora, si consideran que esta realiza prácticas abusivas o lesiona los derechos derivados del contrato de seguro. El Servicio de Quejas y Reclamaciones de CNP PARTNERS, domiciliado en Carretera de San Antonio 21, 28014 Madrid, tramitará y resolverá cuantas quejas y reclamaciones le sean formuladas por las personas ante dichas entidades, en primera instancia y tras su resolución ante dicho departamento, en el primer nivel de defensa del Defensor del Cliente de la Entidad Tomadora/aseguradora D.A. DEFENSOR, S.L. (domiciliado en C/ Velázquez, 80 1º D 28001 Madrid Tfno. 913104043 - Fax 913084891 www.defensor-cliente.com) La entidad tomadora/aseguradora se compromete a prestar la colaboración necesaria en la institución 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 obstará 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. Si las partes contratantes estuvieren conformes, podrán someterse a arbitraje, con arreglo a la legislación vigente, para la solución de cuantas cuestiones puedan surgir con motivo de la interpretación y ejecución del presente contrato. Cualquiera de las partes contratantes están facultadas para ejercitar sus acciones ante los órganos jurisdiccionales, debiendo recurrir al Juez del domicilio del Asegurado, que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro, sin que proceda pacto en contrario. En el caso de que el domicilio del Asegurado radicara fuera de España, éste deberá designar un dentro del Estado Español.

3.- PERSONAS ASEGURABLES

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. Haberse admitido a la póliza mediante la firma de las Condiciones Particulares.

NOTA INFORMATIVA

SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS

1. Haber pagado la prima única.

Que la edad del Tomador/asegurado esté comprendida entre los 18 y los 65 años en la fecha de este. 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.

Encontrarse en estado de buena salud, sin síntomas de enfermedad y no haber ninguna enfermedad de carácter evolutivo ni estar en la Fase de Inicio del Seguro, en situación de incapacidad Temporal. Tal y como esta queda definida en las presentes Condiciones Particulares. Como esta queda definida en las Condiciones Particulares.

Además para la cobertura de Desempleo:

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 dan derecho a la prestación de Desempleo en base a esta póliza.

2. Hospitalización:

No padecer ninguna enfermedad de carácter evolutivo.

COBERTURAS Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., garantiza en los términos previstos en la 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.

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:

a) Llevar tramitando durante 6 meses continuos con un contrato laboral de duración indefinida en la empresa en la que case baja, con una jornada no inferior a 25 horas semanales cotizadas en el Régimen Público de Seguridad Social y está registrado en el Servicio Público de Empleo Estatal, (talmente desempleado y buscando activamente empleo),

b) Estar recibiendo prestación pública por desempleo del Servicio Público de Empleo Estatal. (Desempleado 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 asumirá a efectos de esta garantía, a la Prestación de Desempleo en su nivel contributivo.

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:

a. En virtud de expediente de regulación de empleo o despido colectivo, b. Por fallecimiento o incapacidad del empresario individual, y siempre que estas causas determinen la extinción del contrato de trabajo.

c. Por despido improcedente o nulo.

d. Por resolución voluntaria por parte del Asegurado en causas objetivas.

e. Por resolución voluntaria por parte del Asegurado en causas subjetivas previstas en los artículos 40.1 (movilidad geográfica), 41.1 (apercepciones a), d), e) y f) y modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo), 45.1 (por decisión de la trabajadora que se ve obligada a abandonar su puesto de trabajo en los casos de violencia de género) y 45.1 j) (extinción por cumplimiento del período de prueba) del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L/22015 de 23 de octubre).

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



NOMBRE DE LA ENTIDAD: CAJA RURAL DE CASTILLA LA MANCHA MEDIACIÓN OPERADOR DE BANCA SEGUROS VINCULADO S.L. NOMBRE DEL CLIENTE: CAJA RURAL DE CASTILLA LA MANCHA MEDIACIÓN OPERADOR DE BANCA SEGUROS VINCULADO S.L. NÚMERO DE LA POLIZA: 21/2014 Madrid (España)

NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: No aplica. CONVENIO DEL CUAL SE ASSEGURA: No aplica.

11-CONDICIONES PARA LA RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro sólo podrá ser rescindido en el supuesto de anulación total anticipada de la operación de fiancación a la que se refiere el seguro. En estos casos se procederá a extimar por parte de la Entidad Aseguradora, de la parte de la prima no consumida.

En el supuesto de rescisión anticipada del seguro, esta tendrá efecto en el momento en el que se comuniquen a la Entidad Aseguradora quedando desde ese momento extinguida la póliza y liberada la Entidad Aseguradora de cualquier obligación.

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 aceptar o rechazarla en un plazo de quince días. Transcurrido dicho plazo, en caso de silencio o de rechazo, la Entidad podrá acudir de nuevo al Asegurado, dándole un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y en los cinco 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 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 nueva a tener efecto a las ventiscadas de la póliza será la que se pacte en el momento de la rescisión.

Para dar lugar a que el tomador pague la prima de Seguro de Protección de Pagos, el tomador deberá haber cumplido con lo establecido en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro con lo que se puede entender a la prorroga 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 cuyo caso la oposición a la prorroga sea ejercitada por la Entidad Aseguradora o bien con un mes de antelación cuando la oposición a la prorroga sea ejercitada por el Tomador/Asegurado. 12.-RÉGIMEN FISCAL (Vigente en el momento de emisión de la presente Nota Informativa para las personas físicas, pueden existir diferencias para algunos territorios.)

A reserva de las modificaciones posteriores que se puedan producir durante la vigencia del contrato, el mismo quedará sometido a la normativa fiscal española y, en concreto, a la Ley 35/2006 de 28 de Noviembre del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) y al Reglamento del Impuesto aprobado por Real Decreto 439/2007 de 30 de marzo y demás disposiciones concordantes que las complementen, modifiquen o amplíen.

Todos los tributos que gravan el contrato de seguro y que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta del Tomador/Asegurado o de los beneficiarios, según proceda. 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.



Nota Informativa Previa a la celebración de un contrato de seguro.

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 42 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados le informamos:

Caja Rural de Castilla-La Mancha Mediación Operador de Banca Seguros Vinculado (en adelante OBS-V), no está contractualmente obligado a realizar actividades de mediación en seguros exclusivamente con una o varias Entidades Aseguradoras, ni tiene la obligación impuesta a los corredores de seguros de realizar un análisis objetivo. El Cliente tiene derecho a solicitar la relación de las Entidades Aseguradoras para las que el OBS-V está mediando el producto.

En caso de queja o reclamación respecto a la actuación del OBS-V, el cliente podrá dirigirse a los Departamentos o Servicios de Atención al Cliente de las Entidades Aseguradoras colaboradoras. Asimismo, el cliente podrá formular reclamaciones por escrito ante el Servicio de Reclamaciones de la DGSFP del Ministerio de Economía y Hacienda de la Castellana, 44, 28046 Madrid. Para la admisión y tramitación de estas reclamaciones, el cliente deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de la presentación de la reclamación ante el Departamento o Servicio de Atención al Cliente de la Entidad Aseguradora sin que haya sido resuelta o que haya sido denegada su admisión o desestimada su petición.

Se informa que el asesoramiento prestado tiene como finalidad la contratación de un seguro, y no cualquier otro producto que pueda comercializar la entidad de crédito Caja Rural de Castilla-La Mancha, así como todas las actividades de mediación anexas a dicha contratación. Dichas actividades consisten en la presentación, propuesta o realización de trabajos previos a la celebración de un contrato de seguro o de reaseguro, o de celebración de estos contratos, así como la asistencia en la gestión y ejecución de dichos contratos, en particular en caso de siniestro.

En cumplimiento de la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal y de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, le informamos que los datos que nos proporciona serán recogidos en un fichero titulado en la Entidad Aseguradora con la cual se realice el contrato de seguro. A tenor de lo dispuesto en la mencionada Ley 26/2006, el Operador de Banca Seguros Vinculado es considerada encargada del tratamiento de los datos recabados.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se podrán llevar a cabo en los términos legales mediante comunicación a Caja Rural de Castilla-La Mancha Mediación Operador de Banca Seguros Vinculado S.L. a la dirección c/ Méjico, 2 45004 Toledo, dirigiéndose al Departamento de Atención al Cliente. Daremos traslado a la Entidad Aseguradora de su petición en el caso de que ya hubiera contratado un seguro con la misma.

En base a las informaciones facilitadas por el cliente, le hemos propuesto la contratación de un seguro ajustado a sus exigencias y necesidades.

Con la firma del presente documento nos presta su consentimiento para el tratamiento de los datos de carácter personal, incluido cualquier dato de salud que sea necesario para la actividad de mediación que Caja Rural de Castilla-La Mancha Mediación Operador de Banca Seguros Vinculado va a realizar.

Tu confianza nos hace importantes