



CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE PROTECCION DE PAGOS



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

NATURALEZA DEL PRESO O LIBERTO: No Voto
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 ALCOLADO

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 INDEFINIDO 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



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 no normalmente temerarios que entrañen graves riesgos para la salud.
- b) El embarazo, parto o aborto así como los periodos de descanso voluntario y obligatorio que proceden en caso de maternidad.
- c) Las producciones cuando el Tomador/Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes; los que ocurren 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.
- 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 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.
- 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.

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 producidos 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 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 una 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 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 exdono 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 período 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 sumada no podrá dar como resultado más de 65 años.

La cobertura durante la operación de financiación vinculada no podrá dar como 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 vinculada 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 jubilación 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, cesación 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 alternativas 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 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.



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

ESTZCVEA28534345

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

Firma del deudor
Signature of the Debtor

Fecha (DDMMAAAA)
Date (DDMMYYYY)

22/12/2017

Ejemplar para el Acreedor
Creditor copy

Por favor devolver a: CARRERA DE SAN JERÓNIMO, 21 - 28014 MADRID
Please, return to Creditor address

MS 20683.07

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. - Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 MADRID (ESPAÑA) - T. +34 915244000 F. +34 915244000 E. +34 915244000 www.cnp-partners.es
R.M. de Madrid, tomo 4.419, libro 3.991, tomo 2, del Libro de Sociedades, folio 1953 del p.º 38.280, lra. 1.ª-NEE. A.28534345. Clave Admón. I.D.0587F. C.0559-C.0001



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

ESTZCVEA28534345

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

Firma del deudor
Signature of the Debtor

Fecha (DDMMAAAA)
Date (DDMMYYYY)

22/12/2017

Ejemplar para el Deudor
Debtor copy

MS 20683.07

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. - Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 MADRID (ESPAÑA) - T. +34 915244000 F. +34 915244000 E. +34 915244000 www.cnp-partners.es
R.M. de Madrid, tomo 4.419, libro 3.991, tomo 2, del Libro de Sociedades, folio 1953 del p.º 38.280, lra. 1.ª-NEE. A.28534345. Clave Admón. I.D.0587F. C.0559-C.0001

NOTA INFORMATIVA SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS



CNP PARTNERS

MEMBRE DE LA ASSEGURADORA, CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASSEGURADORS, S.A., inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, inscrita en el Registro Administrativo Especial de Entidades de Seguros con el número 04/007, C.F. B4656914

9. 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 reduce a la mitad, al menos, la jornada de trabajo por dicha causa.

El día de la devolución de la indemnización cesará en el momento en que el asegurado realice una actividad laboral remunerada, aun de manera parcial en los términos descritos por la normativa laboral española.

• **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 (constatación médica, 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 autónomo (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, 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 periodo de carencia.

El Asegurado, en el momento de la contratación, debe encontrarse en buen estado de salud, sin síntomas de enfermedad y no padecer ninguna enfermedad de carácter evolutivo ni ser titulares de una prestación periódica o prestación por invalidez. La Entidad Aseguradora abonará al Beneficiario la Suma Asegurada, por cada periodo completo de 30 días consecutivos en situación de Incapacidad Temporal, del Tomador/Asegurado y una vez transcurrido el periodo de carencia inicial, los pagos sucesivos por esta prestación se realizarán por cada periodo 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 a cobro de la indemnización cesará en el momento en que el Tomador/Asegurado pueda, recuperar o reanudar su totalidad o parcial remuneración por su propia cuenta y riesgo, o reanudar su totalidad o haber alcanzado su total capacidad y también si el 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 periodo de carencia.

• **Hospitalización**

A los efectos de la presente póliza se entenderá como hospitalización la situación de ingreso accedida 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 24 meses anteriores durante más de 30 días consecutivos en los 24 meses anteriores a la adhesión.

La Entidad Aseguradora abonará al Beneficiario de la presente póliza, de producirse la hospitalización del Tomador/Asegurado, la suma asegurada una vez alcanzado un periodo de 7 días de probada hospitalización y una vez transcurrido un periodo de 30 días naturales consecutivos por cada periodo completo de 30 días naturales consecutivos dicha hospitalización. De no permanecer los 30 días consecutivos, en situación de Incapacidad, la entidad aseguradora no abonará cantidad alguna.

NOTA INFORMATIVA SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS



CNP PARTNERS

MEMBRE DE LA ASSEGURADORA, CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASSEGURADORS, S.A., inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, inscrita en el Registro Administrativo Especial de Entidades de Seguros con el número 04/007, C.F. B4656914

Hospitalización. Subsiguiente se deba a una enfermedad distinta a la asegurada procedida 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.

P.- EXCLUSIONES A LAS GARANTÍAS DEL SEGURO

Pérdida 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 ningún momento de forma expresa o tácita la decisión empresarial, salvo por escrito, de reincorporación 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).
- b) Cuando su contrato de trabajo se extinga por jubilación de expresión empleador individual del Tomador/Asegurado o por 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 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 reintegro 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 periodo fijado para la misma.
- f) La extinción del contrato laboral durante el periodo 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 un 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 complementos salariales pactados colectivamente en los expedientes de suspensión del contrato.

h) Los despidos por indemnización sea menor del 50% de la suma asegurada.

i) Cuando el trabajador cese voluntariamente su puesto de trabajo, 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 (en adelante SEPE) 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 acoja 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 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.

• **Incapacidad Temporal y Hospitalización.**

No tienen la consideración de Hospitalización ni de Incapacidad Temporal, 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 u obligatorio que procedan en caso de maternidad.
- c) Las producidos 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 rifa, excepto caso probado.

NOTA INFORMATIVA SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS



CNP PARTNERS

MEMBRE DE LA ASSEGURADORA, CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASSEGURADORS, S.A., inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, inscrita en el Registro Administrativo Especial de Entidades de Seguros con el número 04/007, C.F. B4656914

de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Tomador/Asegurado, declarada judicialmente, o su resistencia a ser detenido.

d) Tomador/Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento de un médico en los 12 meses anteriores al inicio de la cobertura de 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/o sean demandados por el Tomador/Asegurado por razones de salud, higiénicas, preventivas, o de carácter estético, siempre que no se daban a secuelas de intervenciones producidas con posterioridad a la fecha de efecto de la cobertura del seguro.

f) 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 (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) 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.

• **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 indemnización se produce, o se deriva o es consecuencia directa o indirecta de:

- a) Riesgos extraordinarios sujetos a recargo obligatorio a favor del Consejo de Compensación de Seguros.
- b) Los que son de Naturaleza LCS.
- c) Los hechos derivados de conflictos armados, haya o no precedido declaración oficial de guerra.
- d) Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- e) Suicidio o la tentativa del mismo durante la primera anualidad de seguro.
- f) 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.

g) Los siniestros ocurridos como consecuencia de temblores de tierra, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

h) Los producidos antes de la primera prima pagada.

i) Los Calificados por el gobierno de la nación como Calamidad Nacional o catástrofe así como epidemias y pandemias.

j) Las consecuencias de guerras o de otras circunstancias extraordinarias y aquellos otros sucesos que tengan la consideración de fuerza mayor de acuerdo con lo previsto en el artículo 1.105 del Código Civil.

7.- PRIMAS DEL SEGURO

La prima correspondiente a las coberturas contratadas se abonará en forma de prima única

8.- PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS

No se conceden derechos de Participación en Beneficios.

9.- DERECHO DE RESCATE Y REDUCCIÓN DE LA POLIZA

La póliza no otorga derecho de rescate ni valor de reducción.

10.- CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA POLIZA

Esta modalidad de seguro no permite la cesión ni la pignoración de la póliza a terceros.

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 artículo 222 de la Ley de Contrato de Seguro, 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 la obligación de pagar el siniestro.

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 admitir de nuevo el seguro, 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

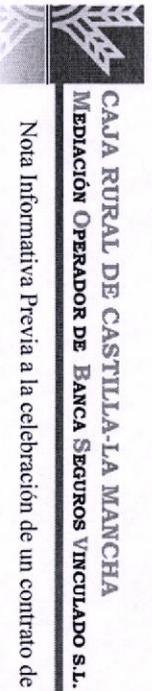
produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura nueva a tener efecto a las ventiscas de la póliza será la que se establezca en el artículo 222 de la Ley de Contrato de Seguro con lo que se podrá entender que la póliza del contrato de seguro en la notificación escrita a la otra parte, celebrada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del periodo del seguro, en cuyo caso la oposición a la prórroga sea ejercida por la Entidad Aseguradora o bien con un mes de antelación cuando la oposición a la prórroga sea ejercida 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 **art.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 Pº 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 comercializarse en 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