



# CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS



NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., con sede en Carretera de San Adriano 21, 28014 Madrid (España)  
REGISTRADA: CNP Rural Castilla La Mancha Mediación SGR

INTIMULEZA DEL SEGURO: LIBERTO IVA IVA  
CONCEPTO POR EL CUAL SE ASEGURA: Por cuenta propia

## CONDICIONES PARTICULARES

### Seguro de Protección de Pagos (Personal)



NUMERO DE POLIZA: 0000001809 NUMERO DE OFICINA: 0621

#### DATOS DEL TOMADOR/ASEGURADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: TRINIDAD PANDURO ORTIZ

DNI/NIE: 06224556C F. NACIMIENTO: 24/11/1962 SEXO: M TELEFONO: C. POSTAL: 13020

DOMICILIO: CL/GARCIA MORATO,11 PROVINCIA: CIUDAD REAL

POBLACION: PEDRO MUÑOZ 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: 12.000,00 € N° DE EXPEDIENTE DE PRESTAMO: 3194626558

FECHA FORMALIZACION PRESTAMO: 08/02/2018 FECHA VENCIMIENTO PRESTAMO: 08/02/2025 DURACION PRESTAMO (MESES): 84

CUOTA ORDINARIA MENSUAL INICIAL DEL PRESTAMO: 02,04 € % CUOTA ASEGURADA: 50,00 % IMPORTE CUOTA ASEGURADA MENSUAL: 81,32 €

#### DATOS DEL SEGURO:

##### PRIMA ÚNICA DEL SEGURO:

PRIMA PERIODO	CONSORCIO	LEA	IMPUESTO SOBRE PRIMAS	IMPORTE RECIBO
237,88 €	0,03 €	0,35 €	14,27 €	252,54 €
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:

ES88 3081 0621 5631 9462 4015



0001070000061214

CONDICIONES PARTICULARES DE LOS SEGUROS DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (entidad en el Centro de las Seguros 21, 20014 Madrid (España))  
CONDICIONES PARTICULARES DE LOS SEGUROS DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (entidad en el Centro de las Seguros 21, 20014 Madrid (España))

CONDICIONES PARTICULARES DE LOS SEGUROS DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (entidad en el Centro de las Seguros 21, 20014 Madrid (España))  
CONDICIONES PARTICULARES DE LOS SEGUROS DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (entidad en el Centro de las Seguros 21, 20014 Madrid (España))

CONDICIONES PARTICULARES DE LOS SEGUROS DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (entidad en el Centro de las Seguros 21, 20014 Madrid (España))  
CONDICIONES PARTICULARES DE LOS SEGUROS DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (entidad en el Centro de las Seguros 21, 20014 Madrid (España))

CONDICIONES PARTICULARES DE LOS SEGUROS DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (entidad en el Centro de las Seguros 21, 20014 Madrid (España))  
CONDICIONES PARTICULARES DE LOS SEGUROS DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (entidad en el Centro de las Seguros 21, 20014 Madrid (España))

**DEFINICIONES PREVIAS.** CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (entidad en el Centro de las Seguros 21, 20014 Madrid (España))  
**ENTIDAD ASEGURADORA.** CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (entidad en el Centro de las Seguros 21, 20014 Madrid (España))  
**REASEGURADOR.** S.A. Sociedad Anónima inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras por Orden Ministerial de 13 de Septiembre de 1978 con el número C-559 con domicilio social en Carrera de San Jerónimo 21, 20014 Madrid, es quien asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las prestaciones que corresponden 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 CAN RURAL CASTILLA LA MANCHA S.C.C.  
**ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO.** Se entenderá por establecimiento hospitalario cualquier hospital, clínica o sanatorio, tanto público como privado, que disponga de la infraestructura necesaria para diagnosticar y realizar tratamientos terapéuticos por facultativos legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión. A los efectos de esta cobertura no se considerará como hospital, clínica o sanatorio las siguientes instituciones:  
- Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psicológicas o psiquiátricas.  
- Residencias de ancianos, centros de día y centros para el tratamiento de drogadicción y/o alcohólicos y/o neuróticos.  
- Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos, fisioterapia y 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 drogadicción y/o alcohólicos y/o neuróticos.  
- Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares, centros de salud, balnearios.  
**1.- REQUISITOS DE CONTRATACIÓN**  
Solo podrán contratar la presente Póliza de Seguro las personas físicas que reúnan las siguientes condiciones:  
1) Ser titulares de un préstamo personal, formalizado con CRCM  
2) Haber firmado las Condiciones Particulares.  
3) Haber pagado la prima única.  
4) Que la Edad del Tomador/Asegurado esté comprendida entre los 18 y 65 años. No obstante lo anterior, la edad del Tomador/Asegurado en el momento de la contratación del seguro sumada al número de años de duración del préstamo no podrá dar como resultado una edad superior a los 65 años. En este supuesto no se podrá contratar el presente seguro.  
5) Encontrarse en estado de buena salud, sin 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 esta queda definida en las presentes Condiciones Particulares.  
6) Contar con la Seguridad Social o estar en situación de alta en mutuality, manutención o institución análoga que la legislación determine.  
7) Además para la cobertura de Desempleo:  
8) No conocer, o estar en situación de conocer que se va a producir la extinción o suspensión de su relación laboral por cualquiera de las causas que dan derecho a la prestación de Desempleo en base a esta póliza.  
9) Además para la cobertura del riesgo de Incapacidad Temporal y Hospitalización:  
No padecer ninguna enfermedad de carácter evolutivo.  
**2.- SUMA ASEGURADA**  
La Suma Asegurada será el porcentaje de cuota asegurada sobre la cuota ordinaria mensual del préstamo vinculado a esta póliza de seguro que, en el momento de producirse el siniestro, estuviera 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 cualquier otro gastos, comisiones o pagos que debiera hacer el Tomador/Asegurado en cumplimiento de lo pactado en el contrato de préstamo vinculado a esta póliza.  
El importe de la suma asegurada no será superior, en ningún caso, al Importe máximo de 1.800 €. En caso de que se produjera una novación del préstamo que conllevara el incremento del capital prestado, supondrá la anulación de la presente póliza. En estos casos la Entidad Aseguradora procederá a la devolución de la prima no consumida.  
Cuando el Tomador/Asegurado haya realizado amortizaciones parciales del préstamo, la Entidad Aseguradora procederá a adecuar la suma asegurada de conformidad con lo establecido en el apartado 8 de las presentes Condiciones Particulares.  
**3.- PERIODO DE CARENANCIA**  
**3.1 INICIAL**  
Para la garantía de Pérdida Involuntaria de Empleo se establece un periodo de carencia inicial de 60 días naturales, a contar desde la fecha de efecto del seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de desempleo se produce en la fecha en que se 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 periodo de carencia inicial de 30 días naturales, a contar desde la fecha de efecto del seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Incapacidad Temporal se produce en la fecha en la que la enfermedad causante de la Incapacidad hubiera sido diagnosticada por facultativos de la Seguridad Social, Mutua o Institución análoga o médico o facultativo autorizado y así lo ratifiquen los servicios médicos del asegurador si se considerase necesario. En los supuestos en los que la Incapacidad Temporal se deba a un accidente no se aplicará carencia inicial alguna.  
Para la garantía de Hospitalización se establece un periodo de carencia inicial de 30 días naturales a contar desde la fecha de efecto del seguro. A efectos de comprobar que en el momento de acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Hospitalización se produce en la fecha que aparezca consignada en el informe de ingreso en el correspondiente establecimiento hospitalario en el que el Tomador/Asegurado se encuentre hospitalizado.  
**3.2 ENTRE DOS SINIESTROS**  
En el supuesto de producirse situaciones de Pérdida Involuntaria de Empleo subsiguientes a una situación anterior de Pérdida Involuntaria de Empleo que dio lugar a indemnización por parte de esta póliza, se procederá al pago de nuevas prestaciones si el Tomador/Asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral como trabajador por cuenta ajena por un periodo mínimo de 180 días naturales ininterrompidos y su nueva relación laboral, en caso contrario no se pagará cantidad alguna.  
En el supuesto de producirse Incapacidades Temporales subsiguientes a una anterior Incapacidad Temporal que dio lugar a indemnización por parte de esta póliza, la aseguradora procederá nuevamente al pago de prestaciones transcurridos 180 días naturales, ininterrompidos 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 ininterrompidos en situación de alta en el régimen correspondiente, desde el fin de la última Incapacidad Temporal.  
En el supuesto de producirse Incapacidades Temporales subsiguientes debidas a causas accidentales no habrá periodo de carencia.  
En el supuesto de producirse Hospitalizaciones subsiguientes a una

anterior a la Hospitalización que dio lugar a indemnización por parte de esta póliza, la aseguradora procederá al pago de prestaciones transcurridos 180 días naturales ininterrompidos, si encontrarse en situación de Hospitalización por la cual el asegurado hubiese estado el fin del último alta hospitalaria por la cual el asegurado hubiese estado percibiendo la correspondiente prestación siempre que la enfermedad causante sea la misma que originó la Hospitalización que dio lugar a la indemnización por parte de esta póliza, cuando la enfermedad causante sea la misma que originó la Hospitalización 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 ininterrompidos en situación de alta en el régimen correspondiente, desde el fin de la última Incapacidad Temporal.  
En el supuesto de producirse Incapacidades Temporales subsiguientes debidas a causas accidentales no habrá periodo de carencia.  
En el supuesto de producirse Hospitalizaciones subsiguientes a una

El derecho a devengo de la indemnización cesará en el momento en que el Asegurado recupere una actividad laboral remunerada, aun de manera parcial en los términos previstos en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 2/2015 de 23 de octubre).  
No se considerará que se encuentre 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 oportuna contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato derivada de expediente de regulación de empleo o de despido colectivo o basado en las causas obligatorias 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 concurrido 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 empresario 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 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, cuando la indemnización por despido consista en una renta temporal, pagadera en el momento del despido hasta la fecha en la que el trabajador acceda a la jubilación (prejubilación).  
g) Si el Tomador/Asegurado tiene derecho a percibir un salario por parte del empresario, se exceptúan de este supuesto los complementos salariales pactados colectivamente en los expedientes de suspensión 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 acoga voluntariamente a un Expediente de Regulación de Empleo.  
n) Si la Relación Laboral del Tomador/Asegurado lo tuera con una empresa propiedad del ámbito familiar de este hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercer grado de afinidad fuera el administrador de la empresa, y también si el Tomador/Asegurado fuera socio con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.  
**4.2. INCAPACIDAD TEMPORAL**  
A los efectos de la presente póliza se entenderá por Incapacidad Temporal la alteración temporal (situación física reversible) del estado de salud del Tomador/Asegurado constatada médicamente, debida a un accidente o enfermedad, y que determina la imposibilidad del Tomador/Asegurado para ejercer temporalmente su actividad remunerada o profesión habitual, originada ajena a su voluntad.

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y RESEGUROS, S.A. - domiciliada en Carretera de San Adrián 27, 28014 Madrid (España)  
 NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: No Vida  
 CONCEPTO POR EL CUAL SE ASEGURA: Por causa propia  
 NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: No Vida  
 CONCEPTO POR EL CUAL SE ASEGURA: Por causa propia

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y RESEGUROS, S.A. - domiciliada en Carretera de San Adrián 27, 28014 Madrid (España)  
 NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: No Vida  
 CONCEPTO POR EL CUAL SE ASEGURA: Por causa propia  
 NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: No Vida  
 CONCEPTO POR EL CUAL SE ASEGURA: Por causa propia

**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 notoriamente 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 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 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 póliza, así como las secuelas producidas por 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 psíquicas, personales y/o estéticas, siempre que no se den 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 (radiología, 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 de las GARANTÍAS:

**5.- EXCLUSIONES COMUNES A TODAS LAS 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:

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

- 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 rescisión o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- Suicidio o la tentativa del mismo durante la primera anualidad de seguro.
- 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.
- 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 calificados por el gobierno de 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 domiciliación bancaria de los rebués. A los efectos, el Tomador/Asegurado deberá entregar a la Entidad Aseguradora el mandato SEPA, donde autorice la domiciliación de los mencionados cobros. Será por cuenta del Tomador/Asegurado cualquier gasto derivado del medio de pago utilizado.

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

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

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

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

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

La Entidad Aseguradora entregará un Suplemento con las nuevas condiciones de las prestaciones derivadas de la operación de financiación por el Tomador/Asegurado.

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

El presente seguro tendrá la misma duración que la operación de financiación vinculada, establecido 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 sumada al número de resultado más de 65 años.

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

a) La fecha en la cual todas las cantidades debidas por el Tomador/Asegurado a la entidad prestamista por el Contrato de Financiación vinculado a esta póliza de seguro fueran reembolsadas a la Entidad Prestamista.

b) Al alcanzarse la fecha de terminación del Contrato de Financiación vinculado a esta póliza, aunque no se hubieran reembolsado todas las cantidades debidas en virtud del mismo.

c) La fecha en que el Contrato de Financiación vinculado a esta póliza de seguro termine por cualquier causa.

d) La fecha en la que 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 posición o cualquier transmisión de los derechos y obligaciones de las partes que intervienen en el Contrato de Financiación.

g) Asimismo, la cobertura terminará en la fecha en la que el Asegurado haya pagado el número máximo de Prestaciones consecutivas o alternas por Incapacidad Temporal, Hospitalización y/o Pérdida Temporal Involuntaria de Empleo que se han fijado en esta póliza.

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

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

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

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

- Por agravación del riesgo. Una vez comunicada esta circunstancia a la Aseguradora, ésta podrá proponer una modificación del contrato en un plazo de dos meses. El Asegurado podrá aceptarla o rechazarla en un plazo de quince días. Transcurrido dicho plazo, en caso de silencio o de rechazo, la Entidad podrá advertir de nuevo al Asegurado, dándole un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y en los ocho días siguientes comunicará al Asegurado la rescisión definitiva. La Aseguradora podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro del plazo de un mes, a partir del día en que De conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en Via ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

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

De acuerdo con lo establecido en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la conclusión del periodo de 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

206833081000621000000180901

### DATOS DEL DEUDOR

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

TRINIDAD PANDURO ORTIZ  
Número de cuenta/IBAN del Deudor  
*Account number - IBAN of the Debtor*

ES88 3081 0621 5631 9462 4015

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 (Suffijo) 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 making 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

28014 MADRID

País

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

Localización

Fecha (DDMMYYYY)

08/02/2018

Firma del deudor

Signature of the Debtor

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

206833081000621000000180901

### DATOS DEL DEUDOR

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

TRINIDAD PANDURO ORTIZ  
Número de cuenta/IBAN del Deudor  
*Account number - IBAN of the Debtor*

ES88 3081 0621 5631 9462 4015

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 (Suffijo) 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 making 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

28014 MADRID

País

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

Localización

Fecha (DDMMYYYY)

08/02/2018

Firma del deudor

Signature of the Debtor

Ejemplar para el Deudor

Debtor copy

