



CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE PROTECCION DE PAGOS



NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., con sede en Carretera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España)
SOLICITADOR: Cajamar Castilla - La Mancha Mediosión 0037

NATURALEZA DEL RESERVO CUBIERTO: No VSB
CONCEPTO POR EL CUAL SE ASEGURA: Por cuenta propia

CONDICIONES PARTICULARES

Seguro de Protección de Pagos (Personal)



NUMERO DE POLIZA: 0000001807 NUMERO DE OFICINA: 0621

DATOS DEL TOMADOR/ASEGURADO:
 NOMBRE Y APELLIDOS: JOSE LUIS PINTADO MORENA
 DNI/NIE: 09212969IS F. NACIMIENTO: 01/05/1959 SEXO: V TELEFONO:
 DOMICILIO: C/ GARCIA MORATO, 11 C. POSTAL: 13820
 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 TIPO DE PRESTAMO: PERSONAL
 S.C.C.
 CAPITAL INICIAL SOLICITADO: 12.000,00 € N° DE EXPEDIENTE DE PRESTAMO: 3194025559
 FECHA FORMALIZACION PRESTAMO: 08/02/2018 FECHA VENCIMIENTO PRESTAMO: 08/02/2025 DURACION PRESTAMO (MESES): 84
 CUOTA ORDINARIA MENSUAL INICIAL DEL PRESTAMO: 62,64 € % CUOTA ASEGURADA: 50,00 % IMPORTE CUOTA ASEGURADA MENSUAL: 81,32 €

DATOS DEL SEGURO:

PRIMA ÚNICA DEL SEGURO:
 El Tomador/Asegurado designa con carácter irrevocable:
 CAJA RURAL CASTILLA LA MANCHA S.C.C.

PRIMA PERIODO	CONSORCIO	LEA	IMPUESTO SOBRE PRIMAS	IMPORTE RECIBO
237,89 €	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



0001070000061215

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS



CNP PARTNERS DE SEGUROS Y RESEGUROS, S.A., con sede en Camer de San Antonio 21, 28014 Madrid (España)
NOMBRE DEL ASEGURADOR: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y RESEGUROS, S.A., con sede en Camer de San Antonio 21, 28014 Madrid (España)
NOMBRE DEL RESURTO CUANTO POR MES: NATURALEZA DEL RESURTO CUANTO POR MES: MEDICOR: Capitulada Castilla-La Mancha, Medición 0587

4.4. EXCLUSIONES PARA LAS GARANTÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL Y HOSPITALIZACIÓN
No se pagará prestación alguna en aquellos siniestros que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:

- Enfermedades, lesiones o 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 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 póliza, así como las secuelas producidas por ellas, así como los defectos de nacimiento y las enfermedades congénitas.

4.5. INCAPACIDAD POR INCAPACIDAD TEMPORAL
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 al cobro de la indemnización cesará en el momento en que el Tomador/Asegurado pueda, resanar o renuncie su trabajabilidad remunerada o por cuenta propia, aún de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación siempre que haya reanudado su empleo remunerado o por cuenta propia, y también si su estado pasa a ser de Incapacidad Permanente en los términos descritos por la normativa de 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 días consecutivos en total y siempre que dicha situación de Incapacidad Temporal ocurra durante la vigencia del seguro y haya transcurrido el periodo de carencia.

4.6. HOSPITALIZACIÓN
A los efectos de la presente póliza se entenderá como hospitalización la situación de ingreso asistido 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.

Están cubiertos por Hospitalización el Tomador/Asegurado:
• Que en el momento de producirse el siniestro por hospitalización, no resulten elegibles ni para la cobertura de pérdida involuntaria del empleo ni para la de incapacidad temporal, es decir aquellos Tomadores/Asegurados que en el momento de producirse el siniestro no tengan ningún tipo de relación laboral, ni por cuenta propia ni por cuenta ajena.

• Que estén en buen estado de salud, que no estén en el momento de la contratación de baja laboral por razones de salud, ni hayan estado de baja por enfermedad durante más de 30 días consecutivos en los 24 meses anteriores a la adhesión.

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

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

1. Los riesgos extraordinarios sujetos a recargo de prima obligatorios a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS



CNP PARTNERS DE SEGUROS Y RESEGUROS, S.A., con sede en Camer de San Antonio 21, 28014 Madrid (España)
NOMBRE DEL ASEGURADOR: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y RESEGUROS, S.A., con sede en Camer de San Antonio 21, 28014 Madrid (España)
NOMBRE DEL RESURTO CUANTO POR MES: NATURALEZA DEL RESURTO CUANTO POR MES: MEDICOR: Capitulada Castilla-La Mancha, Medición 0587

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 por la primera prima pagada.

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

10. Las consecuencias de guerras o de otras circunstancias extraordinarias y 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.

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

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

Anulación del Seguro. Cuando se realice la amortización total de la operación de financiación vinculada al seguro dará lugar a la extinción del mismo, previa devolución al Asegurado, por parte de la Entidad Aseguradora, de la parte de prima no consumida menos el importe correspondiente a los recargos e impuestos satisfechos. Una vez realizado el 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, continuando vigente el presente contrato de seguro por resto del importe del préstamo pendiente de amortizar.

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

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

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

- 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.
- 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.
- La fecha en que el Contrato de Financiación vinculado a esta póliza de seguro termine por cualquier causa.
- 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.
- La fecha de fallecimiento o de declaración del estado de Incapacidad Permanente del Asegurado en cualquiera de sus grados o Gran Invalidez.
- La fecha en la que se produzca una subrogación, cesión de la posición o cualquier transmisión de los derechos y obligaciones de las partes que intervienen en el Contrato de Financiación.
- 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 aceptar 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 vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.
Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pagó su prima.
De acuerdo con lo establecido en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando la oposición a la prórroga sea ejercitada por la Entidad Aseguradora o bien con un mes de antelación cuando la oposición a la prórroga sea 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.

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y RESEGUROS S.A. con sede en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España)
NOMBRE DE LA ENTIDAD ASEGURADORA: CIA RURAL CASTILANA MANCHA con sede en Calle de Aragón, 14, 13010 Villamurcia (Cádiz)

La Entidad Aseguradora garantiza el abono de las prestaciones contratadas en las condiciones que se establecen en las Condiciones Particulares del Seguro. La Entidad Aseguradora podrá disponer que sus médicos inspectores o empleados visiten al Tomador/Segurado, debiendo permitir a su vez el Tomador/Segurado o sus familiares dichas visitas, como cualquier averiguación o comprobación que la Entidad Aseguradora considere necesaria. El incumplimiento de estos deberes se entenderá como renuncia al cobro de la prestación, salvo que no haya sido posible el llevarlo a cabo por la oposición del médico o personal facultativo en caso de siniestro por Incapacidad Temporal.

La documentación que la Compañía solicitará al Tomador/Segurado en caso de siniestro es la siguiente:
PERDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO
En la apertura del siniestro:
- Copia legible del DNI/NIE.
- Vida laboral actualizada y completa que justifique al menos 30 días en desempleo.
- Carta de notificación de despido de la empresa, en papel de la empresa y debidamente firmada y sellada.
- Certificado de Empresa y dos últimas nóminas, debidamente firmado y sellado.
- Desglose de la liquidación e indemnización efectuada por la empresa, en papel de la empresa y debidamente firmada y sellada.
- En caso de S.M.A/C.U.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 pedido recordado y refrendado por el Tomador/Segurado.
- Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde ingresar las prestaciones.

La documentación que la Compañía solicitará al Tomador/Segurado en caso de diagnóstico y causas de la enfermedad del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la hospitalización y las fechas de diagnóstico de las mismas.
Además de lo anterior en caso de accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
Recibo del préstamo pagado a la fecha del siniestro.
Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde ingresar las prestaciones.
Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance.
En la continuación del siniestro:
- Partes de hospitalización periódicos.
- Recibo del préstamo pagado del mes que correspondía.
- Si fuera procedente el recibo de un siniestro con posterioridad a haberse efectuado pagos con cargo al mismo, el Asegurado podrá repetir a su elección contra el Tomador/Segurado o el Beneficiario por las sumas individualmente satisfechas más los intereses legales que correspondan.
- El pago de la prestación sólo se llevará a cabo una vez que el Asegurado haya recibido la documentación y las pruebas requeridas, por parte del Tomador/Segurado o el Beneficiario. En caso de que no se entregara dicha documentación, el Asegurado no estará obligado a pagar prestación alguna. Una vez que la Entidad Aseguradora haya recibido las pertinentes pruebas de Incapacidad Temporal Perdida Involuntaria del Empleo firmadas en la definición establecida en la presente Póliza, pagará la suma asegurada con los límites establecidos en la página primera de las presentes Condiciones Particulares y sin perjuicio de que el Tomador/Segurado 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/Segurado cese en su situación de Incapacidad Temporal, Perdida 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 la Entidad Aseguradora, haya pagado el número de Prestaciones máximas por Incapacidad Temporal, Perdida Involuntaria del Empleo u Hospitalización establecido en el Contrato de Seguro se pagará 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/Segurado 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/Seguradora, si consideran que ésta realiza prácticas abusivas o lesiona los derechos devinidos 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/Seguradora, 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/Seguradora, D.A. DEFENSOR S.L., domiciliado en C/ Valdezarza, 80 1º-D, 28001 Madrid Tfn. 913100403 - Fax 913034991 www.dadefensor.com. La entidad tomador/seguradora 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

diagnóstico y causas de la enfermedad del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la hospitalización y las fechas de diagnóstico de las mismas.
Además de lo anterior en caso de accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
Recibo del préstamo pagado a la fecha del siniestro.
Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde ingresar las prestaciones.
Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance.
HOSPITALIZACIÓN
- Partes de confirmación de la baja periódicos.
- Recibo del préstamo pagado del mes que correspondía.
En la apertura del siniestro:
- Copia legible del DNI/NIE.
- Vida laboral actualizada y completa o en caso de no haber trabajado nunca, informe sobre la inexistencia de situaciones de alta emitido por la Tesorería General de la Seguridad Social.
- Parte de hospitalización con especificación de la hora de entrada y salida del centro hospitalario que justifique al menos 7 días de hospitalización.
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de

diagnóstico y causas de la enfermedad del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la hospitalización y las fechas de diagnóstico de las mismas.
Además de lo anterior en caso de accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
Recibo del préstamo pagado a la fecha del siniestro.
Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde ingresar las prestaciones.
Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance.
HOSPITALIZACIÓN
- Partes de confirmación de la baja periódicos.
- Recibo del préstamo pagado del mes que correspondía.
En la apertura del siniestro:
- Copia legible del DNI/NIE.
- Vida laboral actualizada y completa o en caso de no haber trabajado nunca, informe sobre la inexistencia de situaciones de alta emitido por la Tesorería General de la Seguridad Social.
- Parte de hospitalización con especificación de la hora de entrada y salida del centro hospitalario que justifique al menos 7 días de hospitalización.
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de

diagnóstico y causas de la enfermedad del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la hospitalización y las fechas de diagnóstico de las mismas.
Además de lo anterior en caso de accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
Recibo del préstamo pagado a la fecha del siniestro.
Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde ingresar las prestaciones.
Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance.
HOSPITALIZACIÓN
- Partes de confirmación de la baja periódicos.
- Recibo del préstamo pagado del mes que correspondía.
En la apertura del siniestro:
- Copia legible del DNI/NIE.
- Vida laboral actualizada y completa o en caso de no haber trabajado nunca, informe sobre la inexistencia de situaciones de alta emitido por la Tesorería General de la Seguridad Social.
- Parte de hospitalización con especificación de la hora de entrada y salida del centro hospitalario que justifique al menos 7 días de hospitalización.
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de

diagnóstico y causas de la enfermedad del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la hospitalización y las fechas de diagnóstico de las mismas.
Además de lo anterior en caso de accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
Recibo del préstamo pagado a la fecha del siniestro.
Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde ingresar las prestaciones.
Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance.
HOSPITALIZACIÓN
- Partes de confirmación de la baja periódicos.
- Recibo del préstamo pagado del mes que correspondía.
En la apertura del siniestro:
- Copia legible del DNI/NIE.
- Vida laboral actualizada y completa o en caso de no haber trabajado nunca, informe sobre la inexistencia de situaciones de alta emitido por la Tesorería General de la Seguridad Social.
- Parte de hospitalización con especificación de la hora de entrada y salida del centro hospitalario que justifique al menos 7 días de hospitalización.
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y RESEGUROS S.A. con sede en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España)
NOMBRE DE LA ENTIDAD ASEGURADORA: CIA RURAL CASTILANA MANCHA con sede en Calle de Aragón, 14, 13010 Villamurcia (Cádiz)

PARTNERS así como su resolución, no obtendrán 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/segurados en las oficinas de la Entidad aseguradora, y que las 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 incluyan los datos que han sido recabados para el desarrollo y cumplimiento del presente contrato. Y respecto del cual el Tomador/segurado podrán ejercitar los derechos reconocidos en la Ley y, en particular, los de acceso, rectificación y cancelación de datos, así como el de revocación del consentimiento por la cesión de sus datos y de oposición, a 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 citados derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación del consentimiento y oposición no supondrá controprestación de ningún tipo para el Tomador/segurado.
Los datos personales necesarios para el cumplimiento del contrato de seguro tendrán carácter obligatorio. En caso de negativa a facilitar dichos datos, no será posible la celebración del presente contrato de seguro.
MEDIANTE LA ACEPTACIÓN EXPRESA DE ESTA CLÁUSULA EL TOMADOR/ASEGURADO CONSENTIRÁ EN LA CESIÓN DE LOS DATOS INCLUIDOS EN EL MENCIONADO FICHERO A OTRAS ENTIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE FINES DETERMINADAMENTE RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES PARA LAS QUE FUERON SOLICITADOS, ASÍ COMO CON FINES ESTADÍSTICOS Y ACTUARIALES

Y, en su caso, de prevención del fraude, y pueden ser cedidos a otras Entidades Tomador/seguradoras por razones de coaseguro, de reaseguro o de cesión de cartera; también podrán ser cedidos a Entidades Financieras los datos personales estrictamente necesarios a efectos de pago de prestaciones.
Asimismo, mediante la aceptación expresa de esta cláusula, el Tomador/segurado consiente en el tratamiento por la Entidad aseguradora de los datos contenidos en la declaración de salud que en su caso cumplimente el Tomador/segurado para la contratación del Seguro, así como de los que eventualmente puedan recabarse de los reconocimientos médicos practicados al mismo, para el cumplimiento y desarrollo del presente seguro, no siendo objeto de cesión a terceros salvo a Entidades aseguradoras o Reaseguradoras por razones de coaseguro, reaseguro o cesión de cartera [Igualmente el Tomador/segurado otorga su consentimiento expreso para que la Entidad Aseguradora en su caso, contacte telefónicamente con el mismo para someterle al pertinente cuestionario, así como, solicitarle las pruebas médicas adicionales si fuera preciso.
Del mismo modo, el Tomador/Segurado autoriza a la Entidad Aseguradora para la tramitación de cualquier tipo de comunicación que ésta crea conveniente facilitarle relativa a los contratos suscritos con esta Entidad, necesarios para el cumplimiento de los mismos, o en aquellos casos en que la Entidad Aseguradora tenga un interés legítimo.
El mediador y sus auxiliares tendrán la consideración de Encargado del Tratamiento de la Entidad Aseguradora, debiendo tratar los datos exclusivamente con los fines directamente relacionados con la presente contratación, y conforme a lo establecido por la Entidad Aseguradora.

El presente contrato se rige por las CONDICIONES GENERALES, por las CONDICIONES PARTICULARES y por los anexos y Apéndices que emita la Entidad Aseguradora, y que, en su conjunto, 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, la moral o el orden público, en cuyo caso se entenderán nulos de pleno derecho. Igualmente las presentes CONDICIONES PARTICULARES son emitidas tomando como base las declaraciones del tomador, el cuestionario médico o en caso de ser así requerido por la compañía aseguradora de acuerdo con las pruebas que se consideren necesarias para una correcta valoración del riesgo.
A los efectos de lo dispuesto en los artículos 122 y 124 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, aprobado por Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, ambos incluidos, el Tomador del seguro reconocido haber recibido, en la misma fecha y con antelación a los citados preceptos reglamentarios, el TOMADOR DEBE CUBRIR Y ACEPTAR QUE LAS PRESENTES CONDICIONES PARTICULARES ANULAN Y SUSTITUYEN CUALESQUIERA OTRAS QUE SE HUBIERAN EMITIDO CON ANTERIORIDAD.

Hecho por duplicado, en 8 hojas inseparables expedidas por ambas caras, en PEDRO MUÑOZ a 08 de Febrero de 2018

EL ASEGURADO

LA ENTIDAD ASEGURADORA

D. Santiago Domínguez Vacas
Director General Adjunto

CONDICIONES PARTICULARES DE SEGUROS Y RESEGUROS S.A. - Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España) - T. 913100403 - F. 913034991 - www.cnp.com
CIA RURAL DE CASTILANA MANCHA MEDICIÓN OMBREON DE BANCOS SEGUROS INVOLUNTARIO - Inscrito en el Registro administrativo sociedad de mediación de seguros con el número 04/1007 - Cº 84693914



Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación

Mandate Reference

206833081000621000000180701

DATOS DEL DEUDOR

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

JOSE LUIS PINTADO MORENA

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

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 (Código) 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 invoking 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 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)

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

206833081000621000000180701

DATOS DEL DEUDOR

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

JOSE LUIS PINTADO MORENA

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

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 (Código) 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 invoking 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 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)

08/02/2018

Firma del deudor
Signature of the Debtor

Ejemplar para el Deudor
Debtor copy

NOTA INFORMATIVA
CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. garantiza en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España)

MANTENIENDO EL MISMO CUANTO NO VA
CAMBIO POR EL CNL DE RESERVA INCOMPLETA

NOTA INFORMATIVA

Seguro de Protección de Pagos (Personal)



CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. hace entrega de la presente Nota Informativa al potencial Tomador/Assegurado del contrato de seguro denominado "Protección Personal", con anterioridad 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.- DENOMINACIÓN SOCIAL Y FORMA JURÍDICA 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-559 con domicilio social en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid, es quien asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las prestaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.

2.- REGULACION LEGAL Y REGIMEN DE RECLAMACIONES

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.

El presente contrato de seguro se encuentra sometido a la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, a la Ley 20/20 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 y supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y sus disposiciones complementarias, y se regirá por lo previsto 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 complementarias. El Tomador/asegurado y el Beneficiario o los beneficiarios, así como sus representantes, 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.

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.DEFENSOR, S.L., domiciliado en C/ Velázquez, 80 1º D, 28001 Madrid Tfn. 913104043 - Fax 913084991 www.dadefensor.com 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 praxis de tutela judicial, el recurso a otro mecanismo de solución de conflictos, ni a la protección administrativa.

El Servicio de Quejas y Reclamaciones, acurrará en la resolución de las quejas y reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en su Reglamento de la Entidad aseguradora, y que las será facilitado en las oficinas de la Entidad aseguradora, y que las será facilitado en cualquier momento. Si las partes contratantes estuvieran 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 eleger 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 uno 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 adherido a la póliza mediante la firma de las Condiciones Particulares.

NOTA INFORMATIVA

SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS

3. Haber pagado la prima única.

Que la edad del Tomador/Assegurado esté comprendida entre los 18 y los 65 años en la fecha de efecto. No obstante lo anterior, la edad del Tomador/Assegurado 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 Permanente.

6. Contar a la Seguridad Social o estar en situación de alta en maternidad, permiso o institución análoga que la legislación determine.

7. Anterior a la cobertura de Desempleo:

8. No producir la extinción o suspensión de su relación laboral por cualquiera de las causas que definen 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.

4.- 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) Levant trabaje durante 6 meses continuos con un contrato laboral de duración indefinida en la empresa en la que cause baja. Requiere jornada no inferior a 25 horas semanales comenzando en el Servicio General de la Seguridad Social y estar registrado en el Servicio Público de Empleo Estatal, como totalmente desempleado y buscando activamente un nuevo empleo. Por desempleo del Servicio

b) Estar reconocido presuntivo (Desempleo en su nivel contributivo que otorga el Servicio Público de Empleo Estatal).

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

El Asegurador abonará al beneficiario la Suma Asegurada, por cada período completo de 30 días naturales consecutivos en situación de desempleo del Tomador/Assegurado, 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 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 bis (apartados a), b), c), d) y f) (modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo), 45.1 (por decisión de la trabajadora que se ve obligada a abandonar su puesto de trabajo incumplimiento del deber de género) y 49.1 j) (extinción) (R.D.L.2201/15 de 23 de octubre) del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L.2201/15 de 23 de octubre).

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



NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. - inscrita en el Centro de San Antonio 21, 26014 Madrid (España)
MEDICIÓN CAJAS RURALES DE CASTILLA-LA MANCHA MEDICIÓN, Operador de Banca Seguros Vitales 31.
NATURALEZA DEL RESGO: CUBIERTO EN VALOR
CONCEPTO DEL VALOR: SE ASEGURA POR CUANTO PROPORCIONADO

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 fin de la suspensión de la indemnización cesará en el momento en el que el asegurado retome una actividad laboral remunerada de cualquier manera (arabí 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 constatada médicamente, debida a un accidente o enfermedad, y que determine la imposibilidad del Tomador/Asegurado para ejercer temporalmente su actividad remunerada o profesión habitual, originada ajena a su voluntad.
Estarán asegurados frente al riesgo de incapacidad temporal el Tomador/Asegurado que en el momento de incurrir en dicha situación tuviera la condición de autónomos (Trabajadores por cuenta propia) que colicen o no en un Régimen distinto al Régimen General de la Seguridad Social, trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral temporal, trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral indefinido que no estén cubiertos por la garantía de Pérdida Involuntaria de Empleo y funcionarios públicos, siempre que el accidente o la enfermedad que den lugar a la referida Incapacidad tengan su origen u ocurran con posterioridad a la Fecha de Efecto y sin perjuicio de lo establecido respecto al 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 titular 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 al cobro de la indemnización cesará en el momento en que el Tomador/Asegurado pueda "reanudar" o "retomar" su trabajabilidad remunerada o por cuenta propia, aun de manera parcial y a pesar de no haberse recuperado por completo, siempre que, al estado de salud, el empleado (remunerado o por cuenta propia) sea, en el estado de salud, capaz de ser de Incapacidad. Permanente 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 totales 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 accidentada al Tomador/Asegurado durante más de 24 horas en un establecimiento hospitalario en condición de paciente, ya sea por enfermedad o accidente y con la finalidad de someterse a tratamientos médicos o quirúrgicos.

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

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

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, ininterumpidos, 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 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, ininterumpidos, 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 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, ininterumpidos, 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 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, ininterumpidos, 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 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, ininterumpidos, 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 temporal.

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. - inscrita en el Centro de San Antonio 21, 26014 Madrid (España)
MEDICIÓN CAJAS RURALES DE CASTILLA-LA MANCHA MEDICIÓN, Operador de Banca Seguros Vitales 31.
NATURALEZA DEL RESGO: CUBIERTO EN VALOR
CONCEPTO DEL VALOR: SE ASEGURA POR CUANTO PROPORCIONADO

Hospitalización. Subsiguente se deba a una enfermedad debida a la aseguradora procederá nuevamente al pago de prestaciones cuando hayan transcurrido 30 días naturales ininterumpidos sin encontrarse en situación de Hospitalización. Hospitalizaciones subsiguientes debidas a causas accidentales no habrá periodo de carencia.
En el supuesto de producirse Hospitalizaciones subsiguientes debidas a causas accidentales no habrá periodo de carencia.
6. 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 tiempo y forma oportuna contra la decisión empresarial, salvo por extinción de despido derivada de expediente de regulación de empleo o de despido objetivo o basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L./2015 de 23 de octubre).

b) Cuando su contrato de trabajo se extinga por jubilación del empresario o por extinción del contrato de trabajo por extinción del 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 reintegro al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador o se estuviera en expediente 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 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 del contrato, colectivamente en los casos de suspensión del contrato.

h) Los despidos cuya indemnización sea menor del 60% 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 reclamando 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 acoja voluntariamente a un Expediente de Regulación de Empleo.

n) Si la Relación Laboral del Tomador/Asegurado fuere 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 y, consecuentemente, no se pagará prestación alguna en aquellos siniestros que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:
a) Enfermedades, lesiones y complicaciones causadas directa o indirectamente por voluntad del Tomador/Asegurado o derivadas de la realización de actos notoriamente temerarios que entrañen graves riesgos para la salud.
b) El embarazo, parto o aborto así como los periodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan en caso de maternidad.
c) Las producidos cuando el Tomador/Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes, los que, ocurran en el estado de embriaguez, intemperancia, somnolencia o en desafío, lucha o rifa, excepto caso probado

de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Tomador/Asegurado, declarada judicialmente, o su asistencia a ser delictivo.
d) Cualquier enfermedad que haya sido diagnosticada y/o tratada por un médico en los 12 meses anteriores al momento de la cobertura de la póliza así como las enfermedades 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 psíquicas y mentales, incluyendo el diagnóstico de depresiones, ansiedad, depresiones y afeciones similares, aun cuando dichas enfermedades y afeciones 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 la invalidez o que estén tramitando en el momento de la contratación del seguro la incapacidad permanente absoluta.

k) Exclusiones comunes a todas las garantías.
Así mismo, el Beneficiario no tendrá derecho al cobro de las prestaciones por Pérdida Involuntaria de Empleo o Incapacidad Temporal si la contingencia se produce, o se deriva o se consecuencia directa o indirecta de:
a) Los riesgos extraordinarios sujetos a recargo obligatorio a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

b) Los que no den lugar por LCS.
c) Los hechos derivados de conflictos armados, haya o no precedido declaración oficial de guerra.
d) Las consecuencias directas o indirectas de la 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 producidos 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 supuestos 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.

N. 2003/07
CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. - inscrita en el Centro de San Antonio 21, 26014 Madrid (España) - T. 945105400 - F. 945105401 - www.cnp.com.es
CAJAS RURALES DE CASTILLA-LA MANCHA MEDICIÓN/OPERADOR DE BANCA SEGUROS VITALES. Inscrito en el Registro Administrativo Especial de mediadores de seguros con la clave 03.037.007. B4565614
Página 13 de 15

11.-CONDICIONES PARA LA RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro solo 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 a extinción por parte de la Entidad Aseguradora, de la parte de la prima no consumida.

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

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

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

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

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pago 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 período del seguro en curso cuando la oposición a la prórroga sea efectuada por la Entidad Aseguradora o bien con un mes de anticipación cuando la oposición a la prórroga sea efectuada por el Tomador/Asegurado.

12.-REGIMEN 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 debidos por razón de este contrato incluirán como a la legislación vigente en cada momento debido por cuenta del tomador/asegurado o de los beneficiarios según proceda.

CAJA RURAL DE CASTILLA LA MANCHA MEDIACIÓN OPERADOR DE BANCA SEGUROS VINCULADO, S.L., CIF B-45663614, con domicilio en C/ Méjico nº 2 Toledo, inscrita en el R.M. de Toledo, Tomo 1408, Folio 156, Hoja TO-27862, inscripción 1ª y en el Registro Administrativo Especial de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la Clave OV 0037, Registro Único de Mediadores www.dgsfp.meh.es dispone de seguro de responsabilidad civil y capacidad financiera exigida legalmente.



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** la 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 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 titularidad de 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