

**BOLETIN DE ADHESIÓN/CERTIFICADO
POLIZA COLECTIVA Nº 20670
SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS**

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: SUSCRIPCIÓN DEL SEGURO MEDIADOR:	CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid (España) BANKOA, S.A., domiciliado en Avda. de la Libertad, 5 - 20004 San Sebastián (España) BANKOA SA-AGENTE EXCLUSIVO DE PREDICA. -Autorizado para distribución de seguros de CNP Partners	NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: No Vida CONCEPTO POR EL CUAL SE ASEGURA: Por cuenta ajena
--	--	--

NUMERO DE BOLETIN:	0000000054	NUMERO DE OFICINA:	3
--------------------	------------	--------------------	---

DATOS DEL TOMADOR/ASEGURADO:

0001070000061391

NOMBRE Y APELLIDOS: CARLOS VALDEMOROS FERNANDEZ				
DNI/NIE:	16582174W	F. NACIMIENTO:	29/09/1975	SEXO: V
TELEFONO:	CALLE BELTICHE, Nº 4- 5º			C.POSTAL: 26003
DOMICILIO :	LOGROÑO			PROVINCIA : LA RIOJA
POBLACIÓN :	SITUACION PROFESIONAL:			
<input type="checkbox"/> FUNCIONARIO	<input checked="" type="checkbox"/> AUTONOMO	<input type="checkbox"/> CUENTA AJENA TEMPORAL	<input checked="" type="checkbox"/> CUENTA AJENA INDEFINIDO	<input type="checkbox"/> OTROS

DATOS DEL PRESTAMO:

ENTIDAD PRESTAMISTA: BANKOA S.A.	TIPO DE PRÉSTAMO: <input type="checkbox"/> HIPOTECARIO <input type="checkbox"/> PERSONAL
CAPITAL INICIAL SOLICITADO: 24.000,00 €	Nº DE EXPEDIENTE DE PRÉSTAMO: 01380003030050944689
FECHA FORMALIZACION PRESTAMO: 21/03/2018	FECHA VENCIMIENTO PRESTAMO: 31/03/2024
CUOTA ORDINARIA MENSUAL INICIAL DEL PRESTAMO: 328,77 €	% CUOTA ASEGURADA POR ASEGURADO: 100,00 %
TIPO DE INTERES INICIAL: 0,00 %	

DATOS DEL SEGURO:

FECHA DE EFECTO: La fecha de efecto del seguro será la de formalización del préstamo siempre que la prima haya sido abonada a la Entidad Aseguradora.	
DURACION DEL SEGURO: - Para Préstamos hipotecarios la duración del seguro será de 5 años desde la fecha de efecto del presente seguro. - Para Préstamos Personales la duración del seguro será la misma que la duración del Préstamo Personal vinculado (2)	
GARANTIAS ASEGURADAS: En los términos y condiciones recogidos en el presente Boletín de Adhesión las garantías aseguradas serán.	
PERDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO Para aquellos Asegurados que sean Trabajadores por Cuenta Ajena y Trabajadores Fijos Discontinuos en los periodos en los que se encuentre en situación de inactividad.	
INCAPACIDAD TEMPORAL Para aquellos Asegurados que sean Trabajadores Autónomos (trabajadores por cuenta propia), trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral temporal Trabajadores por cuenta ajena que por su contrato laboral no puedan estar cubiertos por desempleo y los Funcionarios Públicos, así como los Trabajadores Fijos discontinuos en los periodos en los que se encuentren en actividad.	
HOSPITALIZACIÓN Aquellos Asegurados que por su situación laboral en el momento de producirse el siniestro no resulten elegibles ni para la cobertura de desempleo ni para la de Incapacidad Temporal.	
CUOTA MENSUAL INICIAL PROTEGIDA (o SUMA ASEGURADA): 328,77 €	IMPORTE DE LA PRIMA: 936,16 €
TASA SEGURO (incluye impuestos y recargos incluido el Consorcio de Compensación de Seguros): 993,84 €	PERIODICIDAD DE LA PRIMA : UNICA (1)

- 1) Cuando se realice una amortización total del préstamo vinculado la Entidad Aseguradora procederá a la anulación del seguro y la devolución de la parte de la prima no consumida de acuerdo con lo establecido en las Condiciones del presente Boletín de Adhesión.
Cuando se realicen amortizaciones parciales del préstamo se procederá al extorno de la parte proporcional de la prima por parte de la Entidad Aseguradora, quedando en vigor el Contrato de Seguro con las nuevas condiciones económicas.
- 2) Para los préstamos personales usted deberá tener en cuenta la fecha de vencimiento del préstamo y que existe un límite mínimo de 6 meses y máximo de 96 meses de duración del seguro.

BENEFICIARIOS:

Para el caso de formalización del seguro, solicita sea designado beneficiario del derecho al cobro de las prestaciones aseguradas con carácter irrevocable:
BANKOA S.A.

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:
SUSCRIPTOR DEL SEGURO:
MEDIADOR:

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid (España)
BANKOA, S.A., domiciliado en Avda. de la Libertad, 5 - 20004 San Sebastián (España)
BANKOA SA-AGENTE EXCLUSIVO DE PREDICA. - Autorizado para distribución de seguros de CNP Partners

NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: No Vida
CONCEPTO POR EL CUAL SE ASEGURA: Por cuenta ajena

El presente contrato de seguro, se encuentra sometido a la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, de la Ley 20/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras, así como el Real Decreto 1060/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y disposiciones concordantes, y se regirá por lo convenido en la Póliza y en los restantes documentos contractuales, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que no figuren destacadas de modo especial en dicha Póliza y no sean aceptadas por escrito.

CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

DEFINICIONES PREVIAS

ENTIDAD ASEGURADORA: Es la entidad que, a cambio de la prima, asume la cobertura del riesgo objeto de este contrato y garantiza el pago de las prestaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo:

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., sociedad anónima inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras por Orden Ministerial de 13 de Septiembre de 1978 con el número C-559 con domicilio social en 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.

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.

ASEGURADO: Es la persona física que, cumpliendo con las condiciones de adhesión, se incorporan al contrato de seguro, es titular de un contrato de Préstamo con el suscriptor y abona la prima del mismo, teniendo por lo tanto todos los derechos y obligaciones que por ley le corresponderían al Tomador.

SUSCRIPTOR DEL SEGURO: Es la persona jurídica que suscribe las pólizas con La Entidad Aseguradora. La figura del suscriptor facilita a los asegurados su adhesión al seguro. No obstante, todos los derechos y obligaciones del seguro corresponden al Asegurado que es quien abona las primas excepto los derechos que correspondan a favor del beneficiario.

BENEFICIARIO: La persona o personas físicas o jurídicas designadas en las presentes Condiciones Particulares, titulares del derecho a la indemnización.

En el presente seguro el Asegurado ha designado a la entidad prestamista como beneficiario con carácter irrevocable.

MEDIADOR: Persona física o jurídica que realizan las actividades de mediación entre los asegurados de los seguros y las entidades aseguradoras consistentes en la presentación, propuesta realización de trabajos previos a la celebración de un contrato de seguro o de reaseguro, o de celebración de estos contratos.

PÓLIZA: Se denomina póliza al conjunto de documentos en que se recogen los datos y pactos del Contrato de Seguro. En concreto, la presente Póliza se compone de:

- Las Condiciones Generales y Particulares del Contrato de Seguro, que regulan los derechos y deberes de las partes con relación al nacimiento, vida y extinción del contrato y a los diversos acontecimientos y situaciones que pueden producirse en dichas etapas y el alcance de las garantías cubiertas para los respectivos riesgos que asume la Compañía Aseguradora.
- El Boletín de Adhesión, que es el documento en el que se recogen los datos propios e individuales del asegurado, y las cláusulas que por voluntad de las partes completen o modifiquen las Condiciones Generales y Particulares, en los términos que sean permitidos por la Ley, así como la información necesaria para su celebración.
- Posteriormente, y en caso de modificación de la póliza, los cambios se reflejarán mediante suplementos a la póliza y al Boletín de Adhesión, numerados correlativamente, cuantas veces sea necesario.

Todos estos documentos forman parte de la póliza, los cuales, en su conjunto, constituyen el Contrato de Seguro. En caso de discrepancia prevalecerá lo pactado en el Boletín de Adhesión sobre lo establecido en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares.

Los Asegurados podrán solicitar un ejemplar de las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza Colectiva nº 20670 dirigiendo su petición a sede de la Entidad Aseguradora en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid.

PRIMA: Es el precio del seguro.

RECIBO DE PRIMA: Es el documento justificativo del pago del seguro, donde figura el importe resultante de la prima, y que incluirá los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

FECHA DE EFECTO: Es la fecha en la que entra en vigor el seguro de acuerdo con lo establecido en el Boletín de Adhesión.

ACCIDENTE: Lesión corporal derivada de una causa súbita, violenta, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, acaecida durante la vigencia de la póliza.

ENFERMEDAD: Toda alteración de la salud originada por una causa diferente de un accidente, que deba dar lugar a consulta o deba ser diagnosticada o tratada por un médico autorizado legalmente a practicar su actividad profesional.

TRABAJADOR POR CUENTA AJENA: La persona física que se obliga a prestar su trabajo, en dependencia de un empleador en base a un contrato de trabajo indefinido, por un mínimo de 13 horas semanales, a cambio de una remuneración, de acuerdo a la legislación laboral española vigente, que se encuentre dado de alta en el Régimen correspondiente de la Seguridad Social, y que no sea funcionario público.

TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMO: La persona física que desarrolla una actividad profesional remunerada no dependiente y que se encuentra dado de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social, Mutua, Montepío o institución análoga. Adicionalmente, a los efectos de este contrato se asimilarán a trabajadores por cuenta propia, aquellos trabajadores por cuenta ajena que en virtud de su Régimen de cotización a la Seguridad Social no generen derecho a la prestación de desempleo en su nivel contributivo

FUNCIONARIO PÚBLICO: La persona física que se obliga a prestar su propio trabajo para cualquier organismo o ente Estatal, Autonómico, Provincial o Local bajo un contrato de trabajo sometido al Estatuto de la Función Pública.

PERSONAL DE ALTA DIRECCIÓN: Se considera personal de alta dirección a aquellos trabajadores que ejercitan poderes inherentes a la titularidad jurídica de la empresa, y relativos a los objetivos generales de la misma, con autonomía y plena responsabilidad solo limitadas por los criterios e instrucciones directas emanadas de la persona o de los órganos superiores de gobierno y administración de la entidad que respectivamente ocupe aquella titularidad.

PERIODO DE CARENCIA: Período de tiempo computado en días o meses transcurridos a partir de la Fecha de Efecto del Seguro, o, en su caso, entre dos siniestros, durante el cual no se disfruta del derecho a percibir indemnización alguna, presente o futura.

RELACIÓN LABORAL: La relación jurídica existente entre un Trabajador por cuenta ajena y su empleador.

SUMA ASEGURADA O PRESTACIÓN: Es el importe que, de acuerdo a lo establecido en el Boletín de Adhesión, el Asegurador se compromete a pagar al Beneficiario al acaecimiento de las contingencias previstas en la misma.

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. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día.

A los efectos de esta cobertura no se considerará como hospital, clínica o sanatorio las siguientes instituciones:

- Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psicológicas o psiquiátricas.
- Residencias de ancianos, centros de día y centros para el tratamiento de drogadictos y/o alcohólicos y/o neuróticos.
- Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos, adelgazamiento u otros tratamientos similares.

1. CONDICIONES DE ADHESIÓN

Sólo tendrán la condición de asegurados de la presente Póliza de Seguro las personas físicas que reúnan las siguientes condiciones:

- 1.1 Ser titulares de un préstamo personal o hipotecario, formalizado con Bankoa S.A
- 1.2 Haberse adherido a la póliza mediante la firma del Boletín de seguro
- 1.3 Haber pagado la prima única.
- 1.4 Que la edad del asegurado esté comprendida entre los 18 y los 60 años en la fecha de efecto.

No obstante lo anterior, para los préstamos personales la edad del asegurado en el momento de la adhesión al 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 suscribir el presente

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:
SUSCRIPTOR DEL SEGURO:
MEDIADOR:

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid (España)
BANKOIA, S.A., domiciliado en Avda. de la Libertad, 5 - 20004 San Sebastián (España)
BANKOIA SA-AGENTE EXCLUSIVO DE PREDICA. -Autorizado para distribución de seguros de CNP Partners

NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: No Vida
CONCEPTO POR EL CUAL SE ASEGURA: Por cuenta ajena

seguro.

1.5 Encontrarse en estado de buena salud, sin síntoma de enfermedad, no estar en la Fecha de Efecto del Seguro, en situación de Incapacidad Temporal, tal y como ésta queda definida en las presentes Condiciones Particulares, no haber estado en situación de incapacidad Temporal durante más de 30 días consecutivos en los 24 meses anteriores a la fecha de efecto del seguro, ni ser titular de una prestación por invalidez en dicha fecha.

1.6 Cotizar a la Seguridad Social o estar en situación de alta en mutualidad, montepío o institución análoga que la legislación determine.

1.7 Además para la cobertura de Desempleo:

No conocer, o estar en situación de conocer que se va a producir la extinción o suspensión de su relación laboral por cualquiera de las causas que darían derecho a la prestación de Desempleo en base a esta póliza.

1.8 Además para la cobertura del riesgo de Incapacidad Temporal y Hospitalización:

No padecer ninguna enfermedad de carácter evolutivo.

2. SUMA ASEGURADA

2.1 La Suma Asegurada será el porcentaje de la cuota mensual asegurada sobre la cuota ordinaria mensual del préstamo vinculado a esta póliza de seguro que figura en la primera hoja del presente Boletín de Adhesión/Certificado de Seguro y que, en el momento de producirse el siniestro, estuviera abonando el Asegurado.

A estos efectos, se entenderá por cuota ordinaria la formada por la devolución del principal prestado más los correspondientes intereses remuneratorios, con exclusión, por tanto, de los intereses de demora y de cualesquiera otros gastos, comisiones o pagos que debiera hacer el Asegurado en cumplimiento de lo pactado en el contrato de préstamo vinculado a esta Póliza.

Cuando la periodicidad del pago del préstamo sea diferente a la mensual, el cálculo de la cuota mensual se realizará considerando el importe de las cuotas del préstamo conocidas, o la siguiente más cercana, si fuera conocida, extrapoliándola al año completo y dividiéndola por 12.

2.2 El importe de la suma asegurada que representa el límite máximo a satisfacer por la Entidad Aseguradora en cada siniestro, no será superior en ningún caso al importe máximo de 1.500 € por cuota mensual asegurada para préstamos hipotecarios y 1.000 € por cuota mensual asegurada para préstamos personales, cualquiera que fuera el importe de la cuota ordinaria.

3. PERIODO DE CARENCIA

3.1 CARENCIA 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, durante los cuales de producirse el siniestro por Desempleo, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de desempleo se produce en la fecha en que se produzca la extinción o suspensión de la relación laboral por las causas señaladas en esta póliza, y además sea acreditado por el Servicio Público de Empleo Estatal u organismo público que lo sustituya.

Para la garantía de Incapacidad Temporal se establece un periodo de carencia inicial de **30 días naturales**, a contar desde la fecha de efecto del seguro, durante los cuales de producirse el siniestro por Incapacidad Temporal, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna. 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, durante los cuales de producirse el siniestro por Hospitalización, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna. 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 Asegurado se encuentre ingresado.

3.2 CARENCIA ENTRE DOS SINIESTROS

En el supuesto de producirse situaciones de Desempleo subsiguientes a una situación anterior de Desempleo que dio lugar a indemnización por parte de esta póliza, se procederá al pago de nuevas prestaciones si el Asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral como trabajador por cuenta ajena por un período mínimo de 180 días naturales ininterrumpidos y haya superado el período de prueba establecido correspondiente a su nueva relación laboral. **En caso contrario no se pagará cantidad alguna.**

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

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

En el supuesto de producirse Hospitalizaciones subsiguientes a una situación anterior de Hospitalización que dio lugar a indemnización por parte de esta póliza, se procederá al pago de nuevas prestaciones, **transcurridos 180 días ininterrumpidos desde el fin de la última Hospitalización siempre que la enfermedad causante sea la misma que originó la Hospitalización que dio lugar a la indemnización por parte de esta póliza. Cuando la Hospitalización subsiguiente se deba a una enfermedad distinta, se procederá al pago de nuevas prestaciones, transcurrido 30 días ininterrumpidos desde el fin de la última Hospitalización.**

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

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS CUBIERTOS

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., garantiza en los términos previstos en la Póliza, los riesgos que a continuación se indican:

4.1 PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO

Se entenderá por Pérdida Involuntaria de Empleo, a los efectos de la presente póliza, 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 causas distintas de su voluntad, a excepción de los funcionarios públicos, y que:

A) Hasta el momento de incurrir en la situación de desempleo, hubieran tenido una relación laboral ininterrumpida de al menos 6 meses continuos con un contrato laboral de duración indefinida en la empresa en la que cause baja, con una jornada no inferior a 25 horas semanales cotizando en el Régimen General de la Seguridad Social y estar registrado en el Servicio Público de Empleo Estatal, como totalmente desempleado y buscando activamente un nuevo trabajo.

B) Perciban la prestación pública por desempleo, en su nivel contributivo, del Servicio Público de Empleo Estatal. Si en el momento de incurrir en la situación de Desempleo, el Tomador/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.

Únicamente estarán cubiertos frente al riesgo de Desempleo los Asegurados trabajadores por cuenta ajena, a excepción de los funcionarios públicos, que cumplan con los requisitos establecidos en el presente apartado.

4.1.1 PRESTACION POR PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO

Cuando se produzca un siniestro como consecuencia de la Pérdida Involuntaria de Empleo La Entidad Aseguradora abonará al Beneficiario la suma asegurada, por cada período completo de 30 días naturales consecutivos en situación de pérdida involuntaria de empleo del Tomador/Asegurado, computados a partir de la fecha de suspensión o extinción de la relación laboral 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/Asegurado se encuentre en dicha situación. **De no permanecer los 30 días consecutivos en situación de Pérdida Involuntaria de Empleo, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.**

La suma asegurada se abonará al Tomador/Asegurado con el límite máximo de pagos consecutivos y pagos alternos en total estipulados en las condiciones particulares y siempre que dicha situación de desempleo ocurra durante la vigencia del seguro, haya transcurrido el periodo de carencia, y se produzca por alguna de las siguientes circunstancias

Si en el momento de incurrir en la situación de Pérdida Involuntaria de Empleo, 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.

La suma asegurada se abonará al Asegurado con el límite máximo de 12 pagos consecutivos o 24 pagos alternos en total y siempre que dicha situación de desempleo ocurra durante la vigencia del seguro, haya transcurrido el periodo de carencia, y se produzca por alguna de las siguientes circunstancias:

Extinción o Suspensión de la Relación Laboral:

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

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

4.1.2 EXCLUSIONES PARA LA GARANTIA DE PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO

No se considerará como Pérdida Involuntaria de Empleo las siguientes situaciones en las que se puede encontrar el Tomador/Asegurado:

- Cuando haya sido despedido y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato derivada de expediente de regulación de empleo o de despido colectivo o basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L.2/2015 de 23 de octubre).
- Cuando su contrato de trabajo se extinga por jubilación del empresario empleador individual del Asegurado o por expiración del tiempo convenido y/o finalización de la obra o servicio objeto del contrato.
- Los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los periodos

en que carezcan de ocupación efectiva.

- Cuando, declarado improcedente o nulo el despido por sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Tomador/Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.
- Cuando no hayan solicitado el reingreso al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador o se estuviera en excedencia y venciera el período fijado para la misma.
- La extinción del contrato laboral durante el 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).
- Si el asegurado tiene derecho a percibir un salario por parte del empleador, se exceptúan de este supuesto los complementos salariales pactados colectivamente en los expedientes de suspensión del contrato.
- Los despidos cuya indemnización sea menor del 50% de la legalmente establecida.
- Cuando el trabajador cese voluntariamente su puesto de trabajo.
- Cuando la extinción del contrato sea declarada procedente por sentencia firme, o siendo así notificado al Tomador/Asegurado por parte del empresario, este no haya reclamando en tiempo y forma debidos.
- El despido sin derecho a desempleo del nivel contributivo del Servicio Público de Empleo Estatal (en adelante SEPE).
- Si la prestación de Desempleo de nivel contributivo del SEPE se recibe en forma de pago único.
- Cuando el Tomador/Asegurado se acoja voluntariamente a un Expediente de Regulación de Empleo.
- Si la Relación Laboral del Tomador/Asegurado lo fuera con una empresa propiedad del ámbito familiar de éste hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercer grado de afinidad fuera el administrador de la empresa; y también si el Tomador/Asegurado fuera socio con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.

4.2 INCAPACIDAD TEMPORAL

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

Estarán asegurados frente al riesgo de incapacidad temporal los Asegurados que en el momento de incurrir en dicha situación tuvieran la condición de autónomos (trabajadores por cuenta propia) que coticen o no en un Régimen distinto al Régimen General de la Seguridad Social, trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral indefinido que no estén cubiertos por la garantía de desempleo 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 no ha de estar en situación de baja laboral por razones de salud, ni de baja por enfermedad durante más de 30 días consecutivos durante los 24 meses anteriores a la contratación, ni deben ser titulares de una prestación periódica o prestación por invalidez.

4.2.1 PRESTACION POR INCAPACIDAD TEMPORAL

El Asegurador abonará al Beneficiario la suma asegurada, por cada período completo de 30 días consecutivos en situación de Incapacidad Temporal del Asegurado y una vez transcurrido el periodo de carencia

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:
SUSCRIPTOR DEL SEGURO:
MEDIADOR:

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid (España)
BANKOIA, S.A., domiciliado en Avda. de la Libertad, 5 - 20004 San Sebastián (España)
BANKOIA SA-AGENTE EXCLUSIVO DE PREDICA. -Autorizado para distribución de seguros de CNP Partners

NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: No Vida
CONCEPTO POR EL CUAL SE ASEGURA: Por cuenta ajena

inicial. Los pagos sucesivos por esta prestación se realizarán por cada periodo completo de 30 días naturales consecutivos en los que el Asegurado 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 Asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo/actividad remunerado/a o por cuenta propia, aún de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación siempre que haya reanudado su empleo remunerado o por cuenta propia, y también si su estado pasa a ser de Incapacidad Permanente en los términos descritos por la normativa de la Seguridad Social española.

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

La suma asegurada se abonará al Asegurado con el límite máximo de **12 pagos consecutivos o 24 pagos alternos** en total y siempre que dicha situación de Incapacidad Temporal ocurra durante la vigencia del seguro y haya transcurrido el periodo de carencia.

4.3 HOSPITALIZACIÓN

A los efectos de la póliza se entenderá como día de hospitalización la situación de ingreso acaecida al Asegurado cada 24 horas consecutivas 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 aquellos Asegurados que en el momento de producirse el siniestro por hospitalización, no resulten elegibles ni para la cobertura de desempleo involuntario ni para la de incapacidad temporal, es decir aquellos Asegurados que en el momento de producirse el siniestro no tenga ningún tipo de relación laboral, ni por cuenta propia ni por cuenta ajena.

4.3.1 PRESTACION POR HOSPITALIZACIÓN

La Entidad Aseguradora abonará al Beneficiario de la presente póliza, de producirse la hospitalización del Asegurado, la suma asegurada una vez alcanzado un periodo de 7 días de probada Hospitalización y 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 7 días consecutivos, en situación de Hospitalización, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.**

La suma asegurada se abonará al Asegurado con el límite máximo de **12 pagos consecutivos o 24 pagos alternos** en total y siempre que dicha situación de Hospitalización ocurra durante la vigencia del seguro y haya transcurrido el periodo de carencia.

4.4 EXCLUSIONES PARA LAS GARANTÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL Y HOSPITALIZACIÓN

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

- Enfermedades, lesiones y complicaciones causadas directa o indirectamente por voluntad del 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 producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente, o su resistencia a ser detenido.
- Cualquier enfermedad, dolencia, estado o lesión por la que el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento de un médico en los 12 meses anteriores al inicio de la cobertura de la presente póliza con anterioridad a la adhesión 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 Asegurado por razones psicológicas, personales y/o estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de efecto de la cobertura del seguro.
- Dolor lumbar, cervical, dorsal, sacro y ciático, así como cualquier otro proceso patológico que tenga como manifestación única el dolor, salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammagrafías, escáneres, T.A.C, etc.) que demuestren la existencia de alteraciones y lesiones que justifiquen el dolor causa de la incapacidad temporal.
- 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 adhesión la incapacidad temporal.

4.5 INCOMPATIBILIDAD DE GARANTÍAS

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

5. EXCLUSIONES COMUNES A TODAS LAS GARANTÍAS

Asimismo, el Beneficiario no tendrá derecho al cobro de las prestaciones por ninguna de las contingencias cubiertas en esta póliza si la misma 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 la Ley de Contratos de Seguro.
- Los hechos derivados de conflictos armados, haya o no precedido declaración oficial de guerra.
- Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- Suicidio o la tentativa del mismo durante la primera anualidad de seguro.
- Los siniestros causados intencionadamente/voluntariamente o por mala fe del Asegurado. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del 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 la nación como Calamidad Nacional o catástrofe así como epidemias y pandemias.
- Las consecuencias de guerras o de otras circunstancias extraordinarias y aquéllos otros supuestos que tengan la consideración de fuerza mayor de acuerdo con lo previsto en el artículo 1.105 del Código Civil.

6. TARIFA DE PRIMA

La tarifa de primas aplicable al presente seguro será la especificada en la Base Técnica del seguro en cada momento y puesta a

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:
SUSCRIPTOR DEL SEGURO:
MEDIADOR:

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid (España)
BANKOIA, S.A., domiciliado en Avda. de la Libertad, 5 - 20004 San Sebastián (España)
BANKOIA SA-AGENTE EXCLUSIVO DE PREDICA. -Autorizado para distribución de seguros de CNP Partners

NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: No Vida
CONCEPTO POR EL CUAL SE ASEGURA: Por cuenta ajena

disposición del Tomador y del Asegurado por la entidad mediadora.
La compañía aseguradora se reserva el derecho de incrementar la tarifa de prima en cualquier momento en el supuesto de que la evolución de la siniestralidad así lo aconsejara. La citada variación debe ser comunicada al Asegurado con un preaviso de un mes, plazo durante el cual el Asegurado del Seguro podrán rescindir la póliza.

La nueva tarifa de prima sólo se aplicará a los asegurados que se adhieran a la póliza colectiva a partir de la entrada en vigor de las nuevas primas.

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 LA PRIMA ÚNICA

7.1 Los recibos de primas deberán hacerse efectivos por el Asegurado a través del Suscriptor. El Asegurado está obligado al pago de la prima por el importe, condiciones y forma de pago que se detallarán en el presente documento.

7.2 El seguro se contrata a prima única tanto para préstamos hipotecarios como para préstamos personales.

7.3 En caso de impago de la prima única, el seguro no entrará en efecto. La Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación en caso de siniestro y se entenderá que el seguro queda extinguido.

Será por cuenta del Asegurado cualquier gasto derivado del medio de pago utilizado.

En caso de impago de la prima única, el seguro no entrará en efecto. En este caso, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación en caso de siniestro y se entenderá que el seguro queda extinguido.

8. MODIFICACIONES Y ANULACION DEL SEGURO

El Asegurado, una vez abonada la prima única, podrá realizar modificaciones que no supongan variación de la suma asegurada.

Estas modificaciones tomarán efecto el día de solicitud, previa notificación y aceptación por la Entidad Aseguradora llevando consigo la emisión de un nuevo Certificado Individual de Seguro.

La amortización anticipada total del préstamo dará lugar a la extinción del presente contrato de seguro, previa devolución por parte de la Entidad Aseguradora al Asegurado la parte de prima no consumida

Realizado el extorno de la prima, tras la solicitud de anulación, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación en caso de siniestro y se entenderá que el seguro queda extinguido

La amortización anticipada parcial del préstamo dará derecho al 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.

En caso de extorno parcial o total la Entidad Aseguradora devolverá al Asegurado la parte de prima no consumida del período de cobertura correspondiente a la prima abonada.

El presente seguro será nulo, salvo en los casos previstos en la Ley, si en el momento de la perfección no existía riesgo o había ocurrido el siniestro.

Este contrato de seguro y sus aplicaciones individuales son indisputables a partir de un año contado desde la fecha de su perfección o, en su caso, desde la toma de efecto de cada una de las aplicaciones individuales, salvo que el Tomador o el Asegurado hayan actuado con dolo o mala fe.

9. DURACION DEL SEGURO Y COBERTURAS

La duración del seguro y de las coberturas será la indicada a continuación:

- PARA PRÉSTAMOS HIPOTECARIOS la duración será siempre de 5 años.
- PARA PRÉSTAMOS PERSONALES, la duración del seguro coincidirá con la duración del préstamo, estableciéndose un periodo mínimo de duración de 6 meses y máximo de 96 meses.

Sin perjuicio de lo establecido anteriormente, 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 Asegurado a la entidad prestamista por el Contrato de Préstamo vinculado a esta póliza de seguro fueran entregadas al mismo,

o fecha de reembolso total.

- La fecha de terminación del período de duración del Contrato de Préstamo vinculado a esta póliza, aunque no se hubieran reembolsado todas las cantidades debidas en virtud del mismo.
- La fecha en que el Contrato de Préstamo vinculado a esta Póliza de seguro termine por cualquier causa, teniendo derecho el Asegurado a lo establecido en el apartado 8.2 del presente Boletín de Adhesión.
- La fecha en la cual el Asegurado alcance la edad de 65 años, o en la fecha en la que se cese en toda actividad profesional remunerada, o en la fecha de jubilación o de prejubilación cualquiera que sea su causa, excepto para la garantía de hospitalización.
- La fecha de fallecimiento o de declaración del estado de Incapacidad Permanente del Asegurado en cualquiera de sus grados.
- 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 Préstamo.
- Asimismo, la cobertura terminará en la fecha en la que el Asegurador haya pagado el número máximo de Prestaciones consecutivas o alternas por Incapacidad Temporal, Hospitalización Desempleo que se han fijado en esta póliza.

10. CONDICIONES PARA LA RESCISIÓN DEL SEGURO

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

- Por agravación del riesgo de acuerdo con el cuestionario presentado por la Entidad Aseguradora. Una vez comunicada esta circunstancia a la Entidad 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 Entidad 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 en caso de falta de pago de una de las primas siguientes la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los 6 meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando la oposición a la prórroga sea ejercitada por la Entidad Aseguradora o bien con un mes de antelación cuando la oposición a la prórroga sea ejecutada por el Tomador/Asegurado.

11. PAGO DE PRESTACIONES

Entendemos por fecha de siniestro:

- Para la cobertura de Incapacidad Temporal: el primer día de incapacidad del Asegurado reconocido por el Organismo Oficial Competente.
- Para la cobertura de Hospitalización: el primer día de hospitalización será la fecha de ingreso en el Hospital.
- Para la cobertura de Desempleo: a partir de la fecha efectiva de la prestación por Desempleo realizada por el Servicio de Empleo Público Estatal u organismo competente, sin perjuicio del periodo de carencia y periodo mínimo en situación de desempleo establecidos en la póliza y finalizará en el momento en que el trabajador comience una nueva relación laboral.

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

Igualmente para el abono de las prestaciones descritas en la presente póliza el Asegurado, deberá facilitar el recibo o

comprobante del pago de la correspondiente cuota del préstamo.

La Entidad Aseguradora garantiza el abono de las prestaciones contratadas según las condiciones que se establezcan en estas Condiciones Particulares del Seguro. El Asegurador podrá disponer que sus médicos, inspectores o empleados visiten al Asegurado, debiendo permitir a su vez el Asegurado o sus familiares dichas visitas, para cualquier averiguación o comprobación que el Asegurador considere necesario. 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 Asegurado en caso de siniestro es la siguiente:

PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO

En la apertura del siniestro

- Copia legible del DNI/NIE.
- Vida Laboral actualizada y completa que justifique al menos 30 días en desempleo.
- Carta de notificación de despido de la empresa, en papel de la empresa y debidamente firmada y sellada.
- Certificado de Empresa y dos últimas nóminas, debidamente firmado y sellado.
- Desglose de la liquidación e indemnización efectuada por la empresa, en papel de la empresa y debidamente firmado y sellado.
- Justificante correspondiente al ingreso de la indemnización.
- En caso de SMAC/JUEZ, Acta de Conciliación, Demanda y Sentencia Judicial.
- En caso de E.R.E., autorización administrativa y comunicación de la empresa al trabajador.
- Carta del SEPE aceptando el pago de la prestación con el periodo reconocido.
- Recibo del préstamo pagado a la fecha del siniestro.
- Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde ingresar las prestaciones.
- Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance.

En la continuación del siniestro

- Justificante de pago del SEPE y/o Vida laboral actualizada.
- Recibo del préstamo pagado del mes que corresponda.

INCAPACIDAD TEMPORAL

En la apertura del Siniestro:

- Copia legible del DNI/NIE.
- Vida laboral actualizada y completa (trabajadores por cuenta ajena), toma de posesión (funcionarios) o en caso de autónomo, documento acreditativo de estar inscrito en el régimen de Autónomos de la Seguridad Social y último pago.
- Partes de baja que acrediten la incapacidad temporal del Asegurado expedido por la Seguridad Social u Organismo Competente, que justifiquen al menos 30 días en incapacidad.
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de diagnóstico y causas de la enfermedad del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la incapacidad y las fechas de diagnóstico de las mismas.
- Además de lo anterior en caso de Hospitalización informe de ingreso y alta hospitalaria.
- Además de lo anterior en caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
- Recibo del préstamo pagado a la fecha del siniestro.
- Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde ingresar las prestaciones.
- Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance

En la continuación del siniestro

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

HOSPITALIZACION

En la apertura del Siniestro:

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

En la continuación del siniestro

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

Si fuera procedente el rechazo de un siniestro con posterioridad a haberse efectuado pagos con cargo al mismo, el Asegurador podrá reclamar a su elección contra el Asegurado o el Beneficiario por las sumas indebidamente satisfechas más los intereses legales que correspondan.

El pago de la Prestación sólo se llevará a cabo una vez que el Asegurador haya recibido la documentación y las pruebas requeridas, por parte del Asegurado o el Beneficiario. En caso de que no se entregara dicha documentación, el Asegurador no estará obligado a pagar Prestación alguna.

Una vez que la Entidad Aseguradora, haya recibido las pertinentes pruebas de que el Asegurado se halla en alguna de las situaciones de Desempleo, Incapacidad Temporal u Hospitalización fijadas en la definición establecida en las Condiciones de la Póliza, pagará la suma asegurada en los términos establecidos en las presente Condiciones Particulares y con los límites establecidos en la presente Póliza y sin perjuicio de que el Asegurado pueda iniciar el procedimiento de reclamación desde el momento en que se encuentre en situación de Desempleo, Incapacidad Temporal u Hospitalización de hecho y hasta la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que el Asegurado cese en su situación de Desempleo, Incapacidad Temporal 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 Desempleo, Incapacidad Temporal u Hospitalización que se han fijado en esta póliza.

Las Prestaciones previstas en el Contrato de Seguro se pagarán por la Entidad Aseguradora, al Beneficiario, que las destinará al pago de las cantidades debidas por el Asegurado en virtud del Contrato de Préstamo al que está vinculado el presente seguro.

12. REGIMEN DE RECLAMACIONES

El régimen de las reclamaciones será el previsto en el artículo 97.5 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y disposiciones concordantes.

El Suscriptor del seguro, el Asegurado y el Beneficiario o los Beneficiarios, así como sus derechohabientes, están facultados para formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones contra la Entidad Aseguradora, si consideran que ésta realiza prácticas abusivas o lesiona los derechos derivados del contrato de seguro.

En relación con lo anterior, se advierte que, para la admisión y tramitación de quejas o reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones, será imprescindible acreditar haber formulado las quejas o reclamaciones, previamente por escrito al Servicio de Quejas y

Reclamaciones de CNP PARTNERS, y en su caso, con posterioridad, al Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, o que haya transcurrido el plazo legalmente establecido sin que haya sido resuelta por la Entidad. El Servicio de Quejas y Reclamaciones de CNP PARTNERS, domiciliado en Carrera de San Jerónimo, 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 Aseguradora, D.A.DEFENSOR, S.L., domiciliado en c/ Velázquez, 80, 1º D, 28001 MADRID Tfno. 913104043 - Fax 913084991 www.da-defensor.org.

La Entidad Aseguradora se compromete a prestar la colaboración necesaria en la instrucción del procedimiento de resolución de las quejas y reclamaciones y a aceptar las resoluciones que el Defensor del Cliente emita y que tengan carácter vinculante para CNP PARTNERS.

La presentación de reclamación ante el Defensor del cliente de CNP PARTNERS así como su resolución, no obstaculiza la plenitud de tutela judicial, el recurso a otro mecanismo de solución de conflictos, ni a la protección administrativa.

El Servicio de Quejas y Reclamaciones, actuará en la resolución de las quejas y reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en su Reglamento que estará a disposición de los Asegurados en las oficinas de la Entidad Aseguradora, y que les será facilitado en cualquier momento.

13. TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Entidad Aseguradora informa de la existencia de datos de carácter personal en soporte físico que pueden ser susceptibles de tratamiento o de un fichero de su titularidad en el que se incluirán los datos que han sido recabados para el desarrollo y cumplimiento del presente contrato, y respecto del cual el Asegurado podrán ejercitar los derechos reconocidos en la Ley y, en particular, los de acceso, rectificación y cancelación de datos, así como el de revocación del consentimiento por la cesión de sus datos y de oposición, en los términos previstos en la mencionada Ley y en su normativa de desarrollo, a través de escrito que podrá dirigir a la sede social de la Entidad Aseguradora, en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid. El ejercicio de los citados derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación del consentimiento y oposición no supondrá contraprestación de ningún tipo para el Asegurado.

Los datos personales necesarios para el cumplimiento del contrato de seguro tendrán carácter obligatorio. En caso de negativa a facilitar dichos datos, no será posible la celebración del presente contrato de seguro.

MEDIANTE LA ACEPTACIÓN EXPRESA DE ESTA CLÁUSULA EL ASEGURADO CONSIENTE EN LA CESIÓN DE LOS DATOS INCLUIDOS EN EL MENCIONADO FICHERO a otras Entidades para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones para los que fueron solicitados, así como con fines estadísticos y actuariales y, en su caso, de prevención del fraude, y puedan ser cedidos a otras Entidades Aseguradoras por razones de coaseguro, de reaseguro o de cesión de cartera; también podrán ser cedidos a Entidades Financieras los datos personales estrictamente necesarios a efectos de pago de prestaciones.

Asimismo, mediante la aceptación expresa de esta cláusula, el Asegurado consiente en el tratamiento por la Entidad Aseguradora de los datos contenidos en la declaración de salud, que en su caso cumplimente el Asegurado para la contratación del Seguro, así como de los que eventualmente puedan recabarse de los reconocimientos médicos practicados al mismo, para el cumplimiento y desarrollo del presente seguro, no siendo objeto de cesión a terceros salvo a Entidades Aseguradoras o Reaseguradoras por razones de coaseguro, reaseguro o cesión de cartera. Igualmente el Asegurado otorga su consentimiento expreso para que la Entidad Aseguradora en su caso, contacte telefónicamente con el mismo para someterle al pertinente cuestionario, así como, solicitarle las pruebas médicas adicionales si fuera preciso.

Del mismo modo, el Asegurado autoriza a la Entidad Aseguradora para la tramitación de cualquier tipo de comunicación que ésta crea conveniente facilitarle relativa a los contratos suscritos con esta Entidad, necesarios para el cumplimiento de los mismos, o en aquellos casos en que la Entidad Aseguradora tenga un interés legítimo.

El mediador y sus colaboradores 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.

14. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

- Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

RIESGOS EXCLUIDOS

- Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:
SUSCRIPTOR DEL SEGURO
MEDIADOR:

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid (España)
BANKOA, S.A., domiciliado en Avda. de la Libertad, 5 - 20004 San Sebastián (España)
BANKOA SA-AGENTE EXCLUSIVO DE PREDICA. -Autorizado para distribución de seguros de CNP Partners

NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: No Vida
CONCEPTO POR EL CUAL SE ASEGURA: Por cuenta ajena

o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada

asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665).

- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

DECLARACIONES DEL ASEGURADO

EL (LOS) ASEGURADO(S):

- Manifiesta(n) su interés en adherirse a la póliza colectiva Nº 20670 suscrita entre CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. como Asegurador y BANKOA SA-AGENTE EXCLUSIVO DE PREDICA. -Autorizado para distribución de seguros de CNP Partners. como suscriptor.
- Declara(n) que han leído y aceptan el contenido de la Cláusula relativa al Tratamiento y Cesión de Datos Personales.
- De conformidad con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, las cláusulas resaltadas en modo especial en el presente Boletín de Adhesión de Seguro de la presente póliza y para el caso de que pudieran ser consideradas limitativas de los derechos del Asegurado, son específicamente aceptadas, mediante la del Boletín de Adhesión del Seguro, dejan expresa constancia de haberlas examinado detenidamente y de mostrarse plenamente conformes con cada una de ellas. El Asegurado declara haber recibido la totalidad de los documentos anteriormente citados que componen su Contrato de Seguro. De esta manera el Asegurado, estando conforme con su inclusión en el seguro en la forma indicada en el presente Boletín de Adhesión de Seguro, firma al pie de este documento en prueba de aceptación expresa del contenido del Contrato de Seguro suscrito.

El presente contrato se rige por las **CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES**, por el **BOLETIN DE ADHESIÓN DE SEGURO** y por los anexos y Apéndices que emita la Entidad Aseguradora, que, en su conjunto, constituyen el Contrato de Seguro, careciendo de valor y efecto por separado.

Las cláusulas de las **CONDICIONES GENERALES** son desarrolladas y, en su caso, modificadas por las **CONDICIONES PARTICULARES** y el **BOLETIN/CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**. En caso de discrepancia entre lo establecido en las **CONDICIONES GENERALES** y lo pactado en las **BOLETIN/CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO** y **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.

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 Asegurado reconoce haber recibido, en la misma fecha y con anterioridad a la celebración del presente contrato, Nota Informativa comprensiva de todos los aspectos relativos al presente seguro que se contemplan en los citados preceptos reglamentarios.

Hecho por duplicado, en _____ a _____ de _____ de _____

EL SUSCRIPTOR

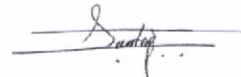


D. Josu Arriola Anakabe
Adjunto al Consejero Delegado
Área comercial

EL ASEGURADO



LA ENTIDAD ASEGURADORA



D. Santiago Dominguez Vacas
Director General Adjunto

EL PRESENTE DOCUMENTO DE BOLETIN DE ADHESIÓN DE SEGURO ANULA Y SUSTITUYE, EN RELACIÓN CON LA PÓLIZA COLECTIVA A LOS QUE EL MISMO SE REFIERE, A TODOS LOS SUSCRITOS ANTERIORMENTE POR LAS PARTES, LOS CUALES QUEDAN SIN EFECTO.

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: SUSCRIPTOR DEL SEGURO: MEDIADOR:	CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en -Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid (España) BANKOIA, S.A., domiciliado en Avda. de la Libertad, 5 - 20004 San Sebastián (España) BANKOIA SA-AGENTE EXCLUSIVO DE PREDICA. -Autorizado para distribución de seguros de CNP Partners	NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: No Vida CONCEPTO POR EL CUAL SE ASEGURA: Por cuenta ajena
---	---	--

El contrato de seguro de protección de pagos se encuentra sometido a la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, así como por las disposiciones que lo modifican en la Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y en las disposiciones del Real Decreto 1060/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de la Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, así como las disposiciones concordantes. El contrato de Seguro de Protección de Pagos se registrará por lo convenido en el Boletín de Adhesión/Certificado de Seguro y en los restantes documentos contractuales si los hubiera, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que no figuren destacadas de modo especial en el Boletín de Adhesión/Certificado de Seguro y que no sean aceptadas por escrito.

1. DEFINICIONES PREVIAS

ENTIDAD ASEGURADORA: Es la entidad que, a cambio de la prima, asume la cobertura del riesgo objeto de este contrato y garantiza el pago de las prestaciones que corresponda con arreglo a las condiciones del mismo:

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., sociedad anónima inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras por Orden Ministerial de 13 de Septiembre de 1978 con el número C-559 con domicilio social en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 de Madrid, es quien asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las prestaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.

El control de la actividad de CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. corresponde al Ministerio de Economía, Industria y Competitividad del Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

ASEGURADO: Es la persona física que, cumpliendo con las condiciones de adhesión, se incorporan al contrato de seguro, es titular de un contrato de préstamo con el suscriptor y abona la prima del mismo, teniendo por lo tanto todos los derechos y obligaciones que por ley le corresponderían al tomador.

BENEFICIARIO: La persona o personas físicas o jurídicas designadas en las presentes Condiciones Particulares, titulares del derecho a la indemnización. En el presente seguro el Asegurado ha designado a la entidad prestamista como beneficiario con carácter irrevocable.

2. CONDICIONES DE ADHESIÓN

Sólo podrán tendrán la condición de asegurados del presente seguro las personas físicas que reúnan las siguientes condiciones:

- 1.1 Ser titulares de un préstamo personal, formalizado con Bankoia S.A.
- 1.2 Haberse adherido a la póliza mediante la firma del Boletín de Adhesión de seguro
- 1.3 Haber pagado la prima única.
- 1.4 Que la edad del asegurado esté comprendida entre los 18 y los 60 años en la fecha de efecto.
No obstante lo anterior, para los préstamos personales la edad del asegurado en el momento de la adhesión al 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 suscribir el presente seguro.
- 1.5 Encontrarse en estado de buena salud, sin sintoma de enfermedad, no estar en la Fecha de Efecto del Seguro, en situación de Incapacidad Temporal, tal y como ésta queda definida en las presentes Condiciones Particulares, no haber estado en situación de incapacidad Temporal durante más de 30 días consecutivos en los 24 meses anteriores a la fecha de efecto del seguro, ni ser titular de una prestación por invalidez en dicha fecha.
- 1.6 Cotizar a la Seguridad Social o estar en situación de alta en mutualidad, montepío o institución análoga que la legislación determine.
- 1.7 **Además para la cobertura de Pérdida Involuntaria de Empleo:**
No conocer, o estar en situación de conocer que se va a producir la extinción o suspensión de su relación laboral por cualquiera de las causas que darían derecho a la prestación de Pérdida Involuntaria de Empleo en base a esta póliza.
- 1.8 **Además para la cobertura del riesgo de Incapacidad Temporal y Hospitalización:**
No padecer ninguna enfermedad de carácter evolutivo.

3. CAUSAS DEL SINIESTRO CUBIERTAS EN EL SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS

CUADRO RESUMEN DE LAS CONTINGENCIAS CUBIERTAS EN EL SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS

GARANTÍAS ASEGURADAS: En los términos y condiciones recogidos en el Boletín de Adhesión las garantías aseguradas serán:

PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO	Para aquellos Asegurados que sean Trabajadores por Cuenta Ajena y Trabajadores Fijos Discontinuos en los periodos en los que se encuentre en situación de inactividad.
INCAPACIDAD TEMPORAL	Para aquellos Asegurados que sean Trabajadores Autónomos (trabajadores por cuenta propia), trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral temporal Trabajadores por cuenta ajena que por su contrato laboral no puedan estar cubiertos por Pérdida Involuntaria de Empleo y los Funcionarios Públicos, así como los Trabajadores Fijos discontinuos en los periodos en los que se encuentren en actividad.
HOSPITALIZACIÓN	Aquellos Asegurados que por su situación laboral en el momento de producirse el siniestro no resulten elegibles ni para la cobertura de Pérdida Involuntaria de Empleo ni para la de Incapacidad Temporal.

En el seguro de protección de pagos quedarán cubiertas las siguientes contingencias siempre que no se produzca ninguna de las exclusiones expresadas en el Boletín de Adhesión:

3.1 PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO

Únicamente estarán cubiertos frente al riesgo de PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO Asegurados TRABAJADORES POR CUENTA AJENA, a excepción de los funcionarios públicos, que:

- a) Hasta el momento de incurrir en la situación de Pérdida Involuntaria de Empleo que dé lugar al pago de la prestación, hubieran tenido una Relación Laboral ininterrumpida con el mismo empleador de al menos seis meses de duración con contrato laboral indefinido o contrato de alta dirección en los términos regulados por el R.D. 1382/1985 de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del personal de alta dirección.
- b) Y que en el momento de incurrir en la situación de Pérdida Involuntaria de Empleo que dé lugar al pago de la prestación tengan derecho a beneficiarse de las prestaciones de Desempleo en su nivel contributivo que otorga el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE), excepto en el supuesto de Personal de Alta Dirección sin derecho a acción protectora de la Seguridad Social o del Fondo de Garantía Salarios en cuyo caso deberá haberse producido efectivamente la extinción del contrato de trabajo conforme a lo establecido en el apartado 4.1.1., y proceder a su inscripción como demandante de empleo en el Servicio Público de Empleo Estatal u organismo que lo sustituya.

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:
SUSCRIPTOR DEL SEGURO:
MEDIADOR:

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en -Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid (España)
BANKOIA, S.A., domiciliado en Avda. de la Libertad, 5 - 20004 San Sebastián (España)
BANKOIA SA-AGENTE EXCLUSIVO DE PREDICA. -Autorizado para distribución de seguros de CNP Partners

NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: No Vida
CONCEPTO POR EL CUAL SE ASEGURA: Por cuenta ajena

Se entenderá por pérdida involuntaria de empleo a los efectos de la póliza 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 causas distinta de su voluntad, a excepción de los funcionarios públicos, y que:

- Hasta el momento de incurrir en la situación de Pérdida Involuntaria de Empleo, hubieran tenido una relación laboral ininterrumpida de al menos **6 meses continuos** con un contrato laboral de **duración indefinida en la empresa en la que cause baja**, con una **jornada no inferior a 25 horas** semanales cotizando en el Régimen General de la Seguridad Social y estar registrado en el Servicio Público de Empleo Estatal u organismo que lo sustituya, como totalmente desempleado y buscando activamente un nuevo trabajo.
- Perciban la prestación pública por desempleo, en su nivel contributivo**, del Servicio Público de Empleo Estatal u organismo que lo sustituya.

Si en el momento de incurrir en la situación de Pérdida Involuntaria de Empleo, 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.

La Entidad Aseguradora abonará al Beneficiario la suma asegurada, por cada período completo de 30 días naturales consecutivos en situación de Pérdida Involuntaria de Empleo del Asegurado, computados a partir de la fecha de suspensión o extinción de la relación laboral 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 Asegurado se encuentre en dicha situación. **De no permanecer los 30 días consecutivos en situación de Pérdida Involuntaria de Empleo, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.**

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, durante los cuales de producirse el siniestro por Pérdida Involuntaria de Empleo, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.

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 **Asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral como trabajador por cuenta ajena por un período mínimo de 180 días naturales ininterrumpidos y haya superado el periodo de prueba establecido correspondiente a su nueva relación laboral. En caso contrario no se pagará cantidad alguna.**

3.2 INCAPACIDAD TEMPORAL

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

Estarán asegurados frente al riesgo de INCAPACIDAD TEMPORAL los Asegurados que en el momento de incurrir en dicha situación tuvieran la condición de AUTÓNOMOS (TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA) que coticen o no en un Régimen distinto al Régimen General de la Seguridad Social, trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral temporal, trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral indefinido que no estén cubiertos por la garantía de Pérdida Involuntaria de Empleo y funcionarios públicos, siempre que el accidente o la enfermedad que den lugar a la referida incapacidad tengan su origen u ocurran con posterioridad a la fecha de efecto y sin perjuicio de lo establecido respecto al periodo de carencia.

El Asegurado, en el momento de la contratación no ha de estar en situación de baja laboral por razones de salud, ni de baja por enfermedad durante más de 30 días consecutivos durante los 24 meses anteriores a la contratación, ni deben ser titulares de una prestación periódica o prestación por invalidez.

El Asegurador abonará al Beneficiario la suma asegurada, por cada periodo completo de 30 días consecutivos en situación de Incapacidad Temporal del 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 Asegurado se encuentre en dicha situación. **De no permanecer los 30 días consecutivos en situación de Incapacidad Temporal, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.**

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, durante los cuales de producirse el siniestro por Incapacidad Temporal, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.

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

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

3.3 HOSPITALIZACIÓN

A los efectos de la póliza se entenderá como día de hospitalización la situación de ingreso acaecida al Asegurado cada 24 horas consecutivas 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.

Se entenderá por hospitalización el internamiento en Centro Hospitalario, Centro Sanitario o Clínica siempre que el Asegurado permanezca hospitalizado en territorio español más de 7 días consecutivos, en un establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.

Estarán cubiertos por Hospitalización aquellos ASEGURADOS que en el momento de producirse el siniestro por hospitalización, **NO RESULTEN ELEGIBLES NI PARA LA COBERTURA DE PÉRDIDA DE EMPLEO INVOLUNTARIO NI PARA LA DE INCAPACIDAD TEMPORAL**, es decir aquellos Asegurados que en el momento de producirse el siniestro no tenga ningún tipo de relación laboral, ni por cuenta propia ni por cuenta ajena.

La Entidad Aseguradora abonará al Beneficiario de la presente póliza, de producirse la hospitalización del Asegurado, la suma asegurada una vez alcanzado un periodo de 7 días de probada Hospitalización y 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 7 días consecutivos, en situación de Hospitalización, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad 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, durante los cuales de producirse el siniestro por Hospitalización, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.

En el supuesto de producirse **Hospitalizaciones** subsiguientes a una situación anterior de Hospitalización que dio lugar a indemnización por parte de esta póliza, se procederá al pago de nuevas prestaciones, **transcurridos 180 días ininterrumpidos desde el fin de la última Hospitalización siempre que la enfermedad causante sea la misma que originó la Hospitalización que dio lugar a la indemnización por parte de esta póliza. Cuando la Hospitalización subsiguiente se deba a una enfermedad distinta, se procederá al pago de nuevas prestaciones, transcurridos 30 días ininterrumpidos desde el fin de la última Hospitalización.**

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

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: SUSCRIPTOR DEL SEGURO: MEDIADOR:	CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en -Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid (España) BANKOA, S.A., domiciliado en Avda. de la Libertad, 5 - 20004 San Sebastián (España) BANKOA SA-AGENTE EXCLUSIVO DE PREDICA. -Autorizado para distribución de seguros de CNP Partners	NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: No Vida CONCEPTO POR EL CUAL SE ASEGURA: Por cuenta ajena
--	---	--

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

4. SUMA ASEGURADA DEL SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS

La Suma Asegurada será la cuota ordinaria mensual del préstamo vinculado que figurará en el Boletín de Adhesión/Certificado de seguro que, en el momento de producirse el siniestro, estuviera abonando el Asegurado.

A estos efectos se entenderá por cuota ordinaria la formada por la devolución del principal prestado más los correspondientes intereses remuneratorios, con exclusión, por tanto, de los intereses de demora y de cualesquiera otros gastos, comisiones o pagos que debiera hacer el Asegurado en cumplimiento de lo pactado en el contrato de préstamo vinculado a esta Póliza.

El importe de la suma asegurada que representa el límite máximo a satisfacer por la Entidad Aseguradora en cada siniestro, no será superior en ningún caso al importe máximo de 1.000 € por cuota mensual, cualquiera que fuera el importe de la cuota ordinaria.

La suma asegurada se abonará al Asegurado con el límite máximo de 12 pagos consecutivos o 24 pagos alternos en total y siempre que la garantía cubierta (Incapacidad Temporal, Pérdida Involuntaria de Empleo u Hospitalización) ocurra durante la vigencia del seguro y haya transcurrido el período de carencia para cada una de las garantías.

5. PRIMA

Este seguro se contrata a Prima Única.

En el importe total de la Prima expresado en el Boletín de Adhesión quedarán comprendidos todos los impuestos y recargos repercutibles incluido el recargo del Consorcio de Compensación de Seguros.

Cuando el Asegurado lo solicite, bien por la anulación del seguro, bien por la amortización anticipada del préstamo al que el seguro está vinculado, la Entidad Aseguradora procederá a la devolución de la parte de la prima no consumida de acuerdo con las condiciones establecidas en el Boletín de Adhesión.

En caso de impago de la prima única, el seguro no entrará en efecto. En este caso, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación en caso de siniestro y se entenderá que el seguro queda extinguido.

6. PERIODO DE VIGENCIA

El periodo de vigencia del seguro será el expresado en el Boletín de Adhesión del Seguro para cada Asegurado.

7. REGIMEN DE RECLAMACIONES

El régimen de las reclamaciones será el previsto en el artículo 97.5 de la Ley 20/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las seguros privados y disposiciones concordantes.

El Suscriptor del seguro, el Asegurado y el Beneficiario o los Beneficiarios, así como sus derechohabientes, están facultados para formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones contra la Entidad Aseguradora, si consideran que ésta realiza prácticas abusivas o lesiona los derechos derivados del contrato de seguro.

En relación con lo anterior, se advierte que, para la admisión y tramitación de quejas o reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones, será imprescindible acreditar haber formulado las quejas o reclamaciones, previamente por escrito al Servicio de Quejas y Reclamaciones de CNP PARTNERS, y en su caso, con posterioridad, al Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, o que haya transcurrido el plazo legalmente establecido sin que haya sido resuelta por la Entidad.

El Servicio de Quejas y Reclamaciones de CNP PARTNERS, domiciliado en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 de 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 Aseguradora, D.A.DEFENSOR, S.L., domiciliado en c/ Velázquez, 80, 1º D, 28001 MADRID Tfno. 913104043 - Fax 913084991 www.da-defensor.org.

La Entidad Aseguradora se compromete a prestar la colaboración necesaria en la instrucción del procedimiento de resolución de las quejas y reclamaciones y a aceptar las resoluciones que el Defensor del Cliente emita y que tengan carácter vinculante para CNP PARTNERS.

La presentación de reclamación ante el Defensor del cliente de CNP PARTNERS así como su resolución, no obstaculiza la plenitud de tutela judicial, el recurso a otro mecanismo de solución de conflictos, ni a la protección administrativa.

El Servicio de Quejas y Reclamaciones, actuará en la resolución de las quejas y reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en su Reglamento que estará a disposición de los Asegurados en las oficinas de la Entidad Aseguradora, y que les será facilitado en cualquier momento.

Expedido por triplicado ejemplar en Madrid, a 10 de Febrero de 2016

EL SUSCRIPTOR

D. Josu Arriola Anakabe
Adjunto al Consejero Delegado
Área comercial

EL ASEGURADO

LA ENTIDAD ASEGURADORA

D. Santiago Domínguez Vacas
Director General Adjunto

**CONDICIONES
GENERALES Y
PARTICULARES**

**PÓLIZA COLECTIVA
DE PROTECCIÓN DE
PAGOS Nº 20670**

**Póliza Colectiva de Seguro
Protección de préstamos
personales Bankoa**

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

DOMICILIO SOCIAL: Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 MADRID. ESPAÑA

INSCRITA EN EL REGISTRO DE ENTIDADES ASEGURADORAS POR O.M.
13-09-78, CON EL NUMERO C-559 Y EN EL R.M. DE MADRID AL TOMO
4.819 Gral., LIBRO 3.991, FOLIO 195, HOJA 38280, N.I.F. A-28534345.



CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO Nº 20670

1. DEFINICIONES

A los efectos del presente contrato se entenderá por:

GRUPO ASEGURABLE: Sólo tendrán la condición de asegurados de la presente Póliza de Seguro las personas físicas que reúnan las siguientes condiciones:

1.1 Ser titulares de un préstamo personal o hipotecario, formalizado con Bankoa S.A.

1.2 Haberse adherido a la póliza mediante la firma del Boletín de Adhesión del seguro

1.3 Haber pagado la prima única.

1.4 Que la edad del asegurado esté comprendida entre los 18 y los 60 años en la fecha de efecto.

1.5 Encontrarse en estado de buena salud, sin síntomas de enfermedad, no estar en la Fecha de Efecto del Seguro, en situación de Incapacidad Temporal, tal y como ésta queda definida en las presentes Condiciones Particulares, no haber estado en situación de incapacidad Temporal durante más de 30 días consecutivos en los 24 meses anteriores a la fecha de efecto del seguro, ni ser titular de una prestación por invalidez en dicha fecha.

1.6 Cotizar a la Seguridad Social o estar en situación de alta en mutualidad, montepío o institución análoga que la legislación determine.

1.7 Además para la cobertura de Pérdida Involuntaria de Empleo.

No conocer, o estar en situación de conocer que se va a producir la extinción o suspensión de su relación laboral por cualquiera de las causas que darían derecho a la prestación de Pérdida Involuntaria de Empleo en base a esta póliza.

1.8 Además para la cobertura del riesgo de Incapacidad Temporal y Hospitalización:

No padecer ninguna enfermedad de carácter evolutivo.

ASEGURADO: Es cada una de las personas físicas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, se adhieren a la póliza.

SUSCRIPTOR DEL SEGURO: Es la persona jurídica que suscribe las pólizas con La Entidad Aseguradora. La figura del suscriptor facilita a los asegurados su adhesión al seguro. No obstante, todos los derechos y obligaciones del seguro corresponden al Asegurado que es quien abona las primas excepto los derechos que correspondan a favor del beneficiario

ENTIDAD ASEGURADORA: Entidad que, a cambio de la prima, asume la cobertura del riesgo objeto de este contrato y garantiza el pago de las prestaciones que corresponda con arreglo a las condiciones del mismo.

BENEFICIARIOS: La persona o personas físicas o jurídicas designadas en las presentes Condiciones Particulares, titulares del derecho a la indemnización.

En el presente seguro el Asegurado ha designado a la entidad prestamista como beneficiario con carácter irrevocable.

PÓLIZA: Se denomina póliza al conjunto de documentos en que se recogen los datos y pactos del Contrato de Seguro. En concreto, la presente Póliza se compone de:

Las Condiciones Generales y Particulares del Contrato de Seguro, que regulan los derechos y deberes de las partes con relación al nacimiento, vida y extinción del contrato y a los diversos acontecimientos y situaciones que pueden producirse

en dichas etapas y el alcance de las garantías cubiertas para los respectivos riesgos que asume la Compañía Aseguradora.

El Boletín de Adhesión, que es el documento emitido por el Asegurador justificativo para el Asegurado de que está incluido en la Póliza como tal, en el que se harán constar las prestaciones cubiertas en la póliza, las sumas aseguradas por cada prestación, y las condiciones aplicables a las mismas.

Posteriormente, y en caso de modificación de la póliza, los cambios se reflejarán mediante suplementos a la póliza y al Boletín de Adhesión, numerados correlativamente, cuantas veces sea necesario.

Todos estos documentos forman parte de la póliza, los cuales, en su conjunto, constituyen el Contrato de Seguro, careciendo de valor y efecto por separado. En caso de discrepancia prevalecerá lo pactado en las Condiciones Particulares sobre lo establecido en las Condiciones Generales.

PRIMA: Es el precio del seguro.

RECIBO DE PRIMA: Es el documento justificativo del pago del seguro, donde figura el importe resultante de la prima, y que incluirá los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

FECHA DE EFECTO: Es la fecha en la que entra en vigor el seguro de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares.

ENFERMEDAD: Toda alteración de la salud originada por una causa diferente de un accidente, que deba dar lugar a consulta o deba ser diagnosticada o tratada por un médico autorizado legalmente a practicar su actividad profesional.

TRABAJADOR POR CUENTA AJENA: La persona física que se obliga a prestar su trabajo, en dependencia de un empleador en base a un contrato de trabajo a cambio de una remuneración, de acuerdo a la legislación laboral española vigente, que se encuentre dado de alta en el Régimen correspondiente de la Seguridad Social, y que no sea funcionario público.

TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMO: La persona física que desarrolla una actividad profesional remunerada no dependiente y que se encuentra dado de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social, Mutua, Montepío o institución análoga

FUNCIONARIO PÚBLICO: La persona física que se obliga a prestar su propio trabajo para cualquier organismo o ente Estatal, Autonómico, Provincial o Local bajo un contrato de trabajo sometido al Estatuto de la Función Pública.

PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO/PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO: Situación en que se encuentran quienes pudiendo y queriendo trabajar remuneradamente por cuenta ajena pierdan su empleo o vean reducida su jornada de trabajo y sean privados de su salario por causa distinta de su voluntad y por aquellas causas contempladas en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

INCAPACIDAD TEMPORAL: Alteración temporal del estado de salud del Asegurado constatada médicamente, debida a un accidente o enfermedad de los cubiertos por esta póliza, y determinante de la total ineptitud del asegurado para el ejercicio de su actividad profesional de forma no permanente.

PERIODO DE CARENCIA: Periodo de tiempo computado en días o meses transcurridos a partir de la Fecha de Efecto del Seguro, o, en su caso, entre dos siniestros, durante el cual el contrato de seguro no despliega efectos, es decir, el presente contrato de seguro no cubre contingencias durante dicho periodo.

RELACIÓN LABORAL: La relación jurídica existente entre un Trabajador por cuenta ajena y su empleador.

ACCIDENTE: Lesión corporal derivada de una causa súbita, violenta, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, acaecida durante la vigencia de la póliza.

HOSPITALIZACIÓN: Internamiento en Centro Hospitalario, Centro Sanitario o Clínica como consecuencia de accidente o enfermedad.

CENTRO HOSPITALARIO, CENTRO SANITARIO O CLÍNICA: Se entiende por centro hospitalario, centro sanitario o clínica aquellos establecimientos legalmente autorizados para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provistos de medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas y de servicios médicos y de enfermería durante las 24 horas del día.

Los tratamientos que en dicho establecimiento se ofrezcan, deben ser prestados por personal médico titulado.

SUMA ASEGURADA O PRESTACIÓN: Es el importe que, de acuerdo a lo establecido en la Póliza, el Asegurador se compromete a pagar al Beneficiario al acaecimiento de las contingencias previstas en la misma.

ACCIDENTE: Lesión corporal derivada de una causa súbita, violenta, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, acaecida durante la vigencia de la póliza.

2. LEGISLACIÓN APLICABLE

El presente contrato de seguro se encuentra sometido a la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, a la Ley 20/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las Entidades Aseguradoras, al así como el Real Decreto 1060/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y disposiciones concordantes, y se registrará por lo convenido en la Póliza y en los restantes documentos contractuales, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que no figuren destacadas de modo especial en dicha Póliza y no sean aceptadas por escrito.

Para los supuestos de venta a través de medios electrónicos o telefónicos será también de aplicación la Ley de Servicios de la Sociedad de la Información y Comercio Electrónico.

3. TRIBUTOS

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que se deban pagar por razón de este Contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador del seguro, Asegurado o Beneficiario, según proceda.

4. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los

correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

RIESGOS EXCLUIDOS

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

– Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665).

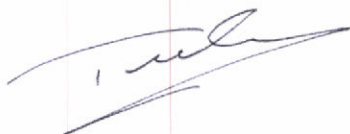
– A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

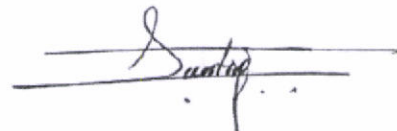
Expedido por duplicado ejemplar y a un solo efecto en Madrid, a 10 de Febrero de 2016

EL SUSCRIPTOR



D. Tomás Ubiría,
Director de Marketing de Bankoa

LA ENTIDAD ASEGURADORA



D. Santiago Domínguez Vacas
Director General Adjunto

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA DE SEGURO Nº 20670

DEFINICIONES PREVIAS

A los efectos del presente contrato se entenderá por:

ENTIDAD ASEGURADORA:

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., Sociedad Anónima inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras por Orden Ministerial de 13 de Septiembre de 1978 con el número C-559 con domicilio social en 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.

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.

SUSCRIPTOR DEL SEGURO:

Bankoa, Sociedad Anónima con domicilio en Avenida de la Libertad, 5, 20004 - Donostia-San Sebastián Registro Mercantil de Gipuzkoa Tomo 1.186, folio 1, hoja SS-3.685, con C.I.F. A-20043717 Nº e inscripción en el Registro Administrativo del Banco de España 40IN.

MEDIADOR:

Bankoa S.A., Agente de Seguros Exclusivo persona Jurídica con domicilio en la Avenida de la Libertad nº 5, 20004 Donostia San Sebastián e inscripción en el registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número E0125A2004317.

BENEFICIARIO DEL SEGURO:

El Asegurado designa como beneficiario del seguro con carácter irrevocable a Bankoa S.A.

1.- CONDICIONES DE ADHESIÓN

Sólo tendrán la condición de asegurados de la presente Póliza de Seguro las personas físicas que reúnan las siguientes condiciones:

- 1.1 Ser titulares de un préstamo personal o hipotecario, formalizado con Bankoa S.A.
- 1.2 Haberse adherido a la póliza mediante la firma del Boletín de Adhesión del seguro
- 1.3 Haber pagado la prima única.
- 1.4 Que la edad del asegurado esté comprendida entre los 18 y los 60 años en la fecha de efecto.

No obstante lo anterior, para los préstamos personales la edad del asegurado en el momento de la adhesión al 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 suscribir el presente seguro.

1.5 Encontrarse en estado de buena salud, sin síntomas de enfermedad, no estar en la Fecha de Efecto del Seguro, en situación de Incapacidad Temporal, tal y como ésta queda definida en las presentes Condiciones Particulares, no haber estado en situación de incapacidad Temporal durante más de 30 días consecutivos en los 24 meses anteriores a la fecha de efecto del seguro, ni ser titular de una prestación por invalidez en dicha fecha.

1.6 Cotizar a la Seguridad Social o estar en situación de alta en mutualidad, montepío o institución análoga que la legislación determine.

1.7 Además para la cobertura de Pérdida Involuntaria de Empleo:

No conocer, o estar en situación de conocer que se va a producir la extinción o suspensión de su relación laboral por cualquiera de las causas que darían derecho a la prestación de Pérdida Involuntaria de Empleo en base a esta póliza.

1.8 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 la cuota ordinaria mensual del préstamo vinculado a esta póliza de seguro que figura en el Boletín de Adhesión/Certificado de Seguro y que, en el momento de producirse el siniestro, estuviera abonando el Asegurado.

A estos efectos, se entenderá por cuota ordinaria la formada por la devolución del principal prestado más los correspondientes intereses remuneratorios, con exclusión, por tanto, de los intereses de demora y de cualesquiera otros gastos, comisiones o pagos que debiera hacer el Asegurado en cumplimiento de lo pactado en el contrato de préstamo vinculado a esta Póliza.

Cuando la periodicidad del pago del préstamo sea diferente a la mensual, el cálculo de la cuota mensual se realizará considerando el importe de las cuotas del préstamo conocidas, o la siguiente más cercana, si fuera conocida, extrapolándola al año completo y dividiéndola por 12.

El importe de la suma asegurada que representa el límite máximo a satisfacer por la Entidad Aseguradora en cada siniestro, no será superior en ningún caso al importe máximo de 1.000 € por cuota mensual asegurada, cualquiera que fuera el importe de la cuota ordinaria.

La suma asegurada se abonará al Asegurado con el límite máximo de 12 pagos consecutivos o 24 pagos alternos en total y siempre que la garantía cubierta (Incapacidad Temporal, Pérdida Involuntaria de Empleo u Hospitalización) ocurra durante la vigencia del seguro y haya transcurrido el periodo de carencia para cada una de las garantías.

3.- PERIODO DE CARENCIA

3.1 PERIODO DE CARENCIA 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, durante los cuales de producirse el siniestro por Pérdida Involuntaria de Empleo, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna. 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 Pérdida Involuntaria de Empleo se produce en la fecha en que se produzca la extinción o suspensión de la relación laboral por las causas señaladas en esta póliza, y además sea acreditado por el Servicio Público de Empleo Estatal u organismo público que lo sustituya.

Para la garantía de Incapacidad Temporal se establece un periodo de carencia inicial de **30 días naturales**, a contar desde la fecha de efecto del seguro, durante los cuales de producirse el siniestro por Incapacidad Temporal, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna. 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, durante los cuales de producirse el siniestro por Hospitalización, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna. 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 Asegurado se encuentre ingresado.

3.2 PERIODO DE CARENCIA 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 Asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral como trabajador por cuenta ajena por un periodo mínimo de **180 días naturales ininterrumpidos** y haya superado el periodo de prueba establecido correspondiente a su nueva relación laboral. En caso contrario no se pagará cantidad alguna.

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

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

En el supuesto de producirse **Hospitalizaciones** subsiguientes a una situación anterior de Hospitalización que dio lugar a indemnización por parte de esta póliza, se procederá al pago de nuevas prestaciones, **transcurridos 180 días ininterrumpidos desde el fin de la última Hospitalización siempre que la enfermedad causante sea la misma** que originó la Hospitalización que dio lugar a la indemnización por parte de esta póliza. **Cuando la Hospitalización subsiguiente se deba a una enfermedad distinta, se procederá al pago de nuevas prestaciones, transcurrido 30 días ininterrumpidos desde el fin de la última Hospitalización.**

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

4.- INCOMPATIBILIDAD DE GARANTÍAS

Las coberturas de Pérdida Involuntaria de Empleo, Incapacidad Temporal y Hospitalización son alternativas y excluyentes entre sí en la misma anualidad y en las anualidades sucesivas.

5.- DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS CUBIERTOS

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., garantiza en los términos previstos en la Póliza, los riesgos que a continuación se indican:

5.1. PERDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO

Únicamente estarán cubiertos frente al riesgo de Pérdida Involuntaria de Empleo los Asegurados trabajadores por cuenta ajena, a excepción de los funcionarios públicos, que:

- Hasta el momento de incurrir en la situación de Pérdida Involuntaria de Empleo que dé lugar al pago de la prestación, hubieran tenido una Relación Laboral ininterrumpida con el mismo empleador de al menos seis meses de duración con contrato laboral indefinido o contrato de alta dirección en los términos regulados por el R.D. 1382/1985 de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del personal de alta dirección.
- Y que en el momento de incurrir en la situación de Pérdida Involuntaria de Empleo que dé lugar al pago de la prestación tengan derecho a beneficiarse de las prestaciones de Desempleo en su nivel contributivo que otorga el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE), excepto en el supuesto de Personal de Alta Dirección sin derecho a acción protectora de la Seguridad Social o del Fondo de Garantía Salarios en cuyo caso deberá haberse producido efectivamente la extinción del contrato de trabajo conforme a lo establecido en el apartado siguiente y proceder a su inscripción como demandante de empleo en el Servicio Público de Empleo Estatal u organismo que lo sustituya.

Se entenderá extinción de la Relación Laboral:

Se entenderá por Pérdida Involuntaria de Empleo a los efectos de la póliza 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 causas distintas de su voluntad, a excepción de los funcionarios públicos, y que:

- Hasta el momento de incurrir en la situación de Pérdida Involuntaria de Empleo, hubieran tenido una relación laboral ininterrumpida de al menos **6 meses continuos con un contrato laboral de duración indefinida en la empresa en la que cause baja, con una jornada no inferior a 25 horas semanales cotizando en el Régimen General de la Seguridad Social y estar registrado en el Servicio Público de Empleo Estatal, como totalmente desempleado y buscando activamente un nuevo trabajo.**
- Perciban la prestación pública por desempleo, en su nivel contributivo, del Servicio Público de Empleo Estatal.

Cuando se produzca un siniestro como consecuencia de la pérdida involuntaria de empleo la entidad aseguradora abonará al beneficiario la suma asegurada, por cada período completo de 30 días naturales consecutivos en situación de pérdida involuntaria de empleo del tomador/asegurado, computados a partir de la fecha de suspensión o extinción de la relación laboral 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/asegurado se encuentre en dicha situación. **De no permanecer los 30 días consecutivos en situación de pérdida involuntaria de empleo, la entidad aseguradora no abonará cantidad alguna.**

la suma asegurada se abonará al tomador/asegurado con el límite máximo de pagos consecutivos y pagos alternos en total estipulados en las condiciones particulares y siempre que dicha situación de Pérdida Involuntaria de Empleo ocurra durante la vigencia del seguro, haya transcurrido el periodo de carencia, y se produzca por alguna de las siguientes circunstancias

Si en el momento de incurrir en la situación de pérdida involuntaria de empleo, 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.

La suma asegurada se abonará al asegurado con el límite máximo de 12 pagos consecutivos o 24 pagos alternos en total y siempre que dicha situación de Pérdida Involuntaria de Empleo ocurra durante la vigencia del seguro, haya transcurrido el periodo de carencia, y se produzca por alguna de las siguientes circunstancias:

Extinción o Suspensión de la Relación Laboral:

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

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

5.2 EXCLUSIONES PARA LA GARANTIA DE PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO

No se considerará como pérdida involuntaria de empleo las siguientes situaciones en las que se puede encontrar el tomador/asegurado:

- Cuando haya sido despedido y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato derivada de expediente de regulación de empleo o de despido colectivo o basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 2/2015 de 23 de octubre).
- Cuando cese voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 2/2015 de 23 de octubre) o cuando se acoja voluntariamente a un Expediente de Regulación de Empleo
- Cuando su contrato de trabajo se extinga por jubilación del empresario empleador individual del Asegurado o por expiración del tiempo convenido y/o finalización de la obra o servicio objeto del contrato.
- Los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los periodos en que carezcan de ocupación efectiva.
- Cuando, declarado improcedente o nulo el despido por sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Tomador/Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.
- Cuando no hayan solicitado el reingreso al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador o se estuviera en excedencia y venciera el periodo fijado para la misma.
- 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).
- Si el asegurado tiene derecho a percibir un salario por parte del empleador, se exceptúan de este supuesto los complementos salariales pactados colectivamente en los expedientes de suspensión del contrato.
- Los despidos cuya indemnización sea menor del 50% de la legalmente establecida.
- Cuando el trabajador cese voluntariamente su puesto de trabajo.
- Cuando la extinción del contrato sea declarada procedente por sentencia firme, o siendo así notificado al Tomador/Asegurado por parte del empresario, este no haya reclamando en tiempo y forma debidos.
- El despido sin derecho a desempleo del nivel contributivo del Servicio Público de Empleo Estatal (en adelante SEPE).
- Si la prestación de Desempleo de nivel contributivo del SEPE se recibe en forma de pago único.

- n) Cuando el Tomador/Asegurado se acoja voluntariamente a un Expediente de Regulación de Empleo.
- o) Si la Relación Laboral del Tomador/Asegurado lo fuera con una empresa propiedad del ámbito familiar de éste hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercer grado de afinidad fuera el administrador de la empresa; y también si el Tomador/Asegurado fuera socio con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.

5.3. INCAPACIDAD TEMPORAL

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

Estarán asegurados frente al riesgo de incapacidad temporal los asegurados que en el momento de incurrir en dicha situación tuvieran la condición de autónomos (trabajadores por cuenta propia) que coticen o no en un régimen distinto al régimen general de la seguridad social, trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral temporal, trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral indefinido que no estén cubiertos por la garantía de Pérdida Involuntaria de Empleo y funcionarios públicos, siempre que el accidente o la enfermedad que den lugar a la referida incapacidad tengan su origen u ocurran con posterioridad a la fecha de efecto y sin perjuicio de lo establecido respecto al período de carencia.

El asegurado, en el momento de la contratación no ha de estar en situación de baja laboral por razones de salud, ni de baja por enfermedad durante más de 30 días consecutivos durante los 24 meses anteriores a la contratación, ni deben ser titulares de una prestación periódica o prestación por invalidez.

- Prestación por Incapacidad Temporal

El Asegurador abonará al Beneficiario la suma asegurada, por cada período completo de 30 días consecutivos en situación de Incapacidad Temporal del Asegurado y una vez transcurrido el período de carencia inicial. Los pagos sucesivos por esta prestación se realizarán por cada período completo de 30 días naturales consecutivos en los que el Asegurado 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 Asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo/actividad remunerado/a o por cuenta propia, aún de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación siempre que haya reanudado su empleo remunerado o por cuenta propia, y también si su estado pasa a ser de Incapacidad Permanente en los términos descritos por la normativa de la Seguridad Social española.

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

La suma asegurada se abonará al Asegurado con el límite máximo de **12 pagos consecutivos o 24 pagos alternos** en

total y siempre que dicha situación de Incapacidad Temporal ocurra durante la vigencia del seguro y haya transcurrido el período de carencia.

5.4. HOSPITALIZACIÓN

A los efectos de la póliza se entenderá como día de hospitalización la situación de ingreso acaecida al Asegurado cada 24 horas consecutivas 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 aquellos Tomadores/Asegurados que en el momento de producirse el siniestro por hospitalización, no resulten elegibles ni para la cobertura de Pérdida Involuntaria de Empleo ni para la de incapacidad temporal, es decir aquellos Tomadores/Asegurados que en el momento de producirse el siniestro no tenga ningún tipo de relación laboral, ni por cuenta propia ni por cuenta ajena.

- Prestación por Hospitalización

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

6.- EXCLUSIONES PARA LAS GARANTÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL Y HOSPITALIZACIÓN

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

- a) Enfermedades, lesiones y complicaciones causadas directa o indirectamente por voluntad del 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 períodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan en caso de maternidad y paternidad y los derivados de sus complicaciones
- c) Las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente, o su resistencia a ser detenido.
- d) Cualquier enfermedad, dolencia, estado o lesión por la que el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento de un médico en los 12 meses anteriores al inicio de la cobertura de la presente póliza con anterioridad a la adhesión a la póliza, así como las secuelas producidas por ellas, así como los defectos de nacimiento y las enfermedades congénitas.
- e) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos y/u odontológicos que no sean esenciales por razones médicas y sean demandados por el 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) 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.
- g) Dolor lumbar, cervical, dorsal, sacro y ciático, así como cualquier otro proceso patológico que tenga como manifestación única el dolor, salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammagrafías, escáneres, T.A.C, etc.) que demuestren la existencia de alteraciones y lesiones que justifiquen el dolor causa de la incapacidad temporal.
- h) 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).
- i) Las consecuencias de guerras o de otras circunstancias extraordinarias y aquellos otros supuestos que tengan consideración de fuerza mayor de acuerdo con lo previsto en el artículo 1.105 del Código Civil.
- j) Las curas de reposo, termales o dietéticas.
- k) Aquellos Asegurados que estén percibiendo una pensión de invalidez o que estén tramitando en el momento de la adhesión la incapacidad temporal.

7.- EXCLUSIONES COMUNES A TODAS LAS GARANTIAS

Asimismo, el Beneficiario no tendrá derecho al cobro de las prestaciones por ninguna de las contingencias cubiertas en esta póliza si la misma se produce, o se deriva o es 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 la Ley de Contrato de Seguro.
- C. Los hechos derivados de conflictos armados, haya o no precedido declaración oficial de guerra.
- D. Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- E. Suicidio o la tentativa del mismo durante la primera anualidad de seguro.
- F. Los siniestros causados intencionadamente/voluntariamente o por mala fe del Asegurado. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, declarado así judicialmente.
- G. Los siniestros ocurridos como consecuencia de temblores de tierra, erupciones volcánicas,

inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

- H. Los producidos antes de la primera prima pagada.
- I. Los Calificados por el gobierno de la nación como Calamidad Nacional o catástrofe así como epidemias y pandemias.
- J. Las consecuencias de guerras o de otras circunstancias extraordinarias y aquéllos otros supuestos que tengan la consideración de fuerza mayor de acuerdo con lo previsto en el artículo 1.105 del Código Civil.

8.- 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 y del Asegurado por la entidad mediadora.

La compañía aseguradora se reserva el derecho de incrementar la tarifa de prima en cualquier momento en el supuesto de que la evolución de la siniestralidad así lo aconsejara. La citada variación debe ser comunicada al Asegurado con un preaviso de un mes, plazo durante el cual el Asegurado del Seguro podrán rescindir la póliza.

La nueva tarifa de prima sólo se aplicará a los asegurados que se adhieran a la póliza colectiva a partir de la entrada en vigor de las nuevas primas.

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.

9.- PAGO DE LA PRIMA

El recibo de prima única deberá hacerse efectivos por el Asegurado. Con carácter general, y salvo pacto en contrario establecido en la póliza, el abono de la prima se deberá hacer efectivo por el Asegurado a través del Suscriptor. El Asegurado está obligado al pago de la prima por el importe, condiciones y forma de pago que se detallarán en el presente documento así como en el Boletín de Adhesión.

En caso de impago de la prima única, el seguro no entrará en efecto. En este caso, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación en caso de siniestro y se entenderá que el seguro queda extinguido.

10.- RESCISIÓN DEL SEGURO

Durante su vigencia, la Póliza podrá ser rescindida anticipadamente a la fecha prevista para su vencimiento, tanto por la Entidad Aseguradora como por el Asegurado. En el caso de que el Asegurado solicite la rescisión anticipada de la póliza está tomará efecto a la finalización de la mensualidad en curso, quedando el Asegurado cubierto por las garantías durante dicha mensualidad y no procediendo el extorno de prima para este periodo.

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

- Por agravación del riesgo. Una vez comunicada esta circunstancia a la Entidad 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 Entidad 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 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 ejercitada por la Entidad Aseguradora o bien con un mes de antelación cuando la oposición a la prórroga sea ejecutada por el Tomador/Asegurado.

11.- DURACION DEL SEGURO Y COBERTURAS

La duración del seguro y de las coberturas será la indicada a continuación:

- a) La duración del seguro coincidirá con la duración del préstamo, estableciéndose un periodo mínimo de duración de 6 meses y máximo de 96 meses o hasta que el asegurado alcance la edad de 65 años

Sin perjuicio de lo establecido anteriormente, 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 Asegurado a la entidad prestamista por el Contrato de Préstamo vinculado a esta póliza de seguro fueran entregadas al mismo, o fecha de reembolso total.
- b) La fecha de terminación del período de duración del Contrato de Préstamo 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 Préstamo vinculado a esta Póliza de seguro termine por cualquier causa, teniendo derecho el Asegurado a lo establecido para los supuestos de amortización anticipada del contrato de financiación vinculado a los seguros.
- d) La fecha en la cual el Asegurado alcance la edad de 65 años, o en la fecha en la que se cese en toda actividad profesional remunerada, o en la fecha de jubilación o de prejubilación cualquiera que sea su causa, excepto para la garantía de hospitalización
- e) La fecha de fallecimiento o de declaración del estado de Incapacidad Permanente del Asegurado en cualquiera de sus grados.
- f) La fecha en la que se produzca una subrogación, cesión de la posición o cualquier transmisión de los derechos y obligaciones de las partes que intervienen en el Contrato de Préstamo.
- g) La fecha de recepción por parte del Asegurador de carta certificada del Asegurado de rescisión del seguro.
- h) Asimismo, la cobertura terminará en la fecha en la que el Asegurador haya pagado el número máximo de Prestaciones consecutivas o alternas por Incapacidad Temporal, Hospitalización o Pérdida Involuntaria de Empleo que se han fijado en esta póliza.

El presente contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos en la Ley, si en el momento de su perfección no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

Este contrato de seguro y sus aplicaciones individuales son indisputables a partir de un año contado desde la fecha de su perfección o, en su caso, desde la toma de efecto de cada una de las aplicaciones individuales, salvo que el Tomador o el Asegurado hayan actuado con dolo o mala fe.

12. PAGO DE PRESTACIONES

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

PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO

En la apertura del siniestro

- Copia legible del DNI/NIE.
- Vida Laboral actualizada y completa que justifique al menos 60 días en desempleo.
- Carta de notificación de despido de la empresa, en papel de la empresa y debidamente firmada y sellada.
- Certificado de Empresa y dos últimas nóminas, debidamente firmado y sellado.
- Desglose de la liquidación e indemnización efectuada por la empresa, en papel de la empresa y debidamente firmado y sellado.
- Justificante correspondiente al ingreso de la indemnización.
- En caso de SMAC/JUEZ, Acta de Conciliación, Demanda y Sentencia Judicial.
- En caso de E.R.E., autorización administrativa y comunicación de la empresa al trabajador.
- Carta del SPEE aceptando el pago de la prestación con el periodo reconocido.
- Recibo del préstamo pagado a la fecha del siniestro.
- Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde ingresar las prestaciones.
- Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance.

En la continuación del siniestro

- Justificante de pago del SPEE y/o Vida laboral actualizada.
- Recibo del préstamo pagado del mes que corresponda.

INCAPACIDAD TEMPORAL

En la apertura del Siniestro:

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

- Además de lo anterior en caso de Hospitalización informe de ingreso y alta hospitalaria.
- Además de lo anterior en caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
- Recibo del préstamo pagado a la fecha del siniestro.
- Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde ingresar las prestaciones.
- Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance

En la continuación del siniestro

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

HOSPITALIZACIÓN

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 15 días de hospitalización.
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de diagnóstico y causas de la enfermedad del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la hospitalización y las fechas de diagnóstico de las mismas.
- Además de lo anterior en caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
- Recibo del préstamo pagado a la fecha del siniestro.
- Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde ingresar las prestaciones.
- Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance

En la continuación del siniestro

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

Si fuera procedente el rechazo de un siniestro con posterioridad a haberse efectuado pagos con cargo al mismo, el Asegurador podrá reclamar a su elección contra el Asegurado o el Beneficiario por las sumas indebidamente satisfechas más los intereses legales que correspondan.

El pago de la Prestación sólo se llevará a cabo una vez que el Asegurador haya recibido la documentación y las pruebas requeridas, por parte del Asegurado o el Beneficiario. En caso

de que no se entregara dicha documentación, el Asegurador no estará obligado a pagar Prestación alguna.

Una vez que la Entidad Aseguradora, haya recibido las pertinentes pruebas de que el Asegurado se halla en alguna de las situaciones de Pérdida Involuntaria de Empleo, Incapacidad Temporal u Hospitalización fijadas en la definición establecida en las Condiciones de la Póliza, pagará la suma asegurada en los términos establecidos en las presente Condiciones Particulares y con los límites establecidos en la presente Póliza y sin perjuicio de que el Asegurado pueda iniciar el procedimiento de reclamación desde el momento en que se encuentre en situación de Pérdida Involuntaria de Empleo, Incapacidad Temporal u Hospitalización de hecho y hasta la primera de las siguientes fechas:

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

Las Prestaciones previstas en el Contrato de Seguro se pagarán por la Entidad Aseguradora, al Beneficiario, que las destinará al pago de las cantidades debidas por el Asegurado en virtud del Contrato de Préstamo al que está vinculado el presente seguro.

13.- RÉGIMEN DE RECLAMACIONES

El régimen de las reclamaciones será el previsto en el artículo 97.5 de la Ley 20/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y disposiciones concordantes.

El Tomador del seguro, el Asegurado y el Beneficiario o los Beneficiarios, así como sus derechohabientes, están facultados para formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones contra la Entidad Aseguradora, si consideran que ésta realiza prácticas abusivas o lesiona los derechos derivados del contrato de seguro.

En relación con lo anterior, se advierte que, para la admisión y tramitación de quejas o reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones, será imprescindible acreditar haber formulado las quejas o reclamaciones, previamente por escrito al Servicio de Quejas y Reclamaciones de CNP PARTNERS, y en su caso, con posterioridad, al Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, o que haya transcurrido el plazo legalmente establecido sin que haya sido resuelta por la Entidad.

El Servicio de Quejas y Reclamaciones de CNP PARTNERS, domiciliado en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid, tramitará y resolverá cuantas quejas y reclamaciones le sean formuladas por las personas anteriormente mencionadas, en primera instancia y tras su resolución por dicho departamento podrá seguirse la tramitación ante el Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, D.A.DEFENSOR, S.L., domiciliado en c/ Velázquez, 80, 1º D, 28001 MADRID Tfno. 913104043 - Fax 913084991 www.da-defensor.org. La entidad aseguradora se compromete a prestar la colaboración necesaria en la instrucción del procedimiento de resolución de las quejas y reclamaciones y a aceptar las resoluciones que el Defensor del Cliente emita y que tengan carácter vinculante para CNP PARTNERS.

La presentación de reclamación ante el Defensor del cliente de CNP PARTNERS así como su resolución, no obstaculiza la plenitud de tutela judicial, el recurso a otro mecanismo de solución de conflictos, ni a la protección administrativa.

El Servicio de Quejas y Reclamaciones, actuará en la resolución de las quejas y reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en su Reglamento que estará a disposición de los Asegurados en las oficinas de la Entidad Aseguradora, y que les será facilitado en cualquier momento.

14.- TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Entidad Aseguradora informa de la existencia de datos de carácter personal en soporte físico que pueden ser susceptibles de tratamiento o de un fichero de su titularidad en el que se incluirán los datos que han sido recabados para el desarrollo y cumplimiento del presente contrato, y respecto del cual el Tomador y el Asegurado podrán ejercitar los derechos reconocidos en la Ley y, en particular, los de acceso, rectificación y cancelación de datos, así como el de revocación del consentimiento por la cesión de sus datos y de oposición, en los términos previstos en la mencionada Ley y en su normativa de desarrollo, a través de escrito que podrá dirigirse a la sede social de la Entidad Aseguradora, en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid. El ejercicio de los citados derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación del consentimiento y oposición no supondrá contraprestación de ningún tipo para el Tomador o el Asegurado.

Los datos personales necesarios para el cumplimiento del contrato de seguro tendrán carácter obligatorio. En caso de negativa a facilitar dichos datos, no será posible la celebración del presente contrato de seguro.

MEDIANTE LA ACEPTACIÓN EXPRESA DE ESTA CLÁUSULA, EL TOMADOR Y EL ASEGURADO CONSIENTEN EN LA CESIÓN DE LOS DATOS INCLUIDOS

EN EL MENCIONADO FICHERO a otras Entidades para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones para los que fueron solicitados, así como con fines estadísticos y actuariales y, en su caso, de prevención del fraude, y puedan ser cedidos a otras Entidades Aseguradoras por razones de coaseguro, de reaseguro o de cesión de cartera; también podrán ser cedidos a Entidades Financieras los datos personales estrictamente necesarios a efectos de pago de prestaciones.

ASIMISMO, MEDIANTE LA ACEPTACIÓN EXPRESA DE ESTA CLÁUSULA, EL ASEGURADO CONSIENTE EN EL TRATAMIENTO POR LA ENTIDAD ASEGURADORA DE LOS DATOS CONTENIDOS EN LA DECLARACIÓN DE SALUD, que en su caso cumplimente el Asegurado para la contratación del Seguro, así como de los que eventualmente puedan recabarse de los reconocimientos médicos practicados al mismo, para el cumplimiento y desarrollo del presente seguro, no siendo objeto de cesión a terceros salvo a Entidades Aseguradoras o Reaseguradoras por razones de coaseguro, reaseguro o cesión de cartera.

Del mismo modo, el Tomador y el Asegurado autoriza a la Entidad Aseguradora para la tramitación de cualquier tipo de comunicación que ésta crea conveniente facilitarle relativa a los contratos suscritos con esta Entidad, necesarios para el cumplimiento de los mismos, o en aquellos casos en que la Entidad Aseguradora tenga un interés legítimo.

El mediador y sus colaboradores 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, que, en su conjunto, constituyen el Contrato de Seguro, careciendo de valor y efecto por separado. Las cláusulas de las **CONDICIONES GENERALES** son desarrolladas y, en su caso, modificadas por estas **CONDICIONES PARTICULARES**. En caso de discrepancia entre lo establecido en las **CONDICIONES GENERALES** y lo pactado en las **CONDICIONES PARTICULARES**, prevalecerán éstas sobre aquéllas, salvo que dicha discrepancia derive de pactos contra la ley, la moral o el orden público, en cuyo caso se entenderán nulos de pleno derecho.

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 Suscriptor del seguro reconoce haber recibido, en la misma fecha y con anterioridad a la celebración del presente contrato, Nota Informativa comprensiva de todos los aspectos relativos al presente seguro que se contemplan en los citados preceptos reglamentarios y se compromete expresamente a darlo a conocer a los asegurados.

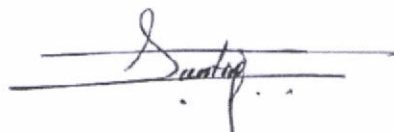
Hecho por duplicado ejemplar, en 12 hojas inseparables expedidas por una sola cara, y a un solo efecto en Madrid a 10 de Febrero de 2016

EL SUSCRIPTOR



D. Josu Arriola Anakabe
Adjunto al Consejero Delegado
Área comercial

LA ENTIDAD ASEGURADORA



D. Santiago Domínguez Vacas
Director General Adjunto

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO: VALDEMOROS
SEGUNDO APELLIDO: FERNANDEZ

NOMBRE: CARLOS

SEXO: H
NACIONALIDAD: ESP

FECHA DE NACIMIENTO: 27 09 1975
AHJ: 101507

VIGENCIA HASTA: 02 09 2020

Carlos Valdemoros

VFC

DNI NUM: 16582174W

