

0001070000061698

CONDICIONES PARTICULARES  
SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS



NOMBRE DE LA ASISTENCIA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y RESEGUROS, S.A. (Sede en Carretera de San Antonio 21, 28014 Madrid (España))  
SOLICITANTE: CAJA RURAL CASTILLA-LA MANCHA (S.C.C.)

ENTIDAD DEL SEGURO: CAJA RURAL CASTILLA-LA MANCHA  
CONVENIO CON EL QUE SE ASEGURA: Personal

CONDICIONES PARTICULARES

Seguro de Protección de Pagos (Personal)



NUMERO DE POLIZA: 0000002220 NUMERO DE OFICINA: 0621

DATOS DEL TOMADOR/ASEGURADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: GEMA ROCIO JIMENEZ JIMENEZ  
DNI/NIE: 06255240E F. NACIMIENTO: 25/07/1977 SEXO: M TELEFONO: 646382110  
DOMICILIO: CUDEL NORTE 7 PROVINCIA: C.POSTAL: 13620  
POBLACION: PEDRO NUÑOZ CIUDAD REAL

SITUACION PROFESIONAL:  
 FUNCIONARIO  AUTONOMO  CUENTA AJENA TEMPORAL  CUENTA AJENA INDEFINIDA  OTROS

DATOS DEL PRESTAMO:

ENTIDAD PRESTAMISTA: CAJA RURAL CASTILLA LA MANCHA S.C.C. TIPO DE PRESTAMO:  PERSONAL  
CAPITAL INICIAL SOLICITADO: 12.000,00 € N.º DE EXPEDIENTE DE PRESTAMO: 3272848158  
FECHA FORMALIZACION PRESTAMO: 10/04/2018 FECHA VENCIMIENTO PRESTAMO: 10/04/2025 DURACION PRESTAMO (MESES): 84  
CUOTA ORDINARIA MENSUAL INICIAL DEL PRESTAMO: 30 € % CUOTA ASEGURADA: 50,00 % IMPORTE CUOTA ASEGURADA MENSUAL: 79,25 €

DATOS DEL SEGURO:

PRIMA UNICA DEL SEGURO:

| PRIMA PERIODO | CONSORCIO | LEA    | IMPUESTO SOBRE PRIMAS | IMPORTE RECIBIDO |
|---------------|-----------|--------|-----------------------|------------------|
| TOTAL         | 237,89 €  | 0,03 € | 14,27 €               | 252,54 €         |

BENEFICIARIOS:

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

CUENTA BANCARIA DEL TOMADOR PARA EL PAGO DE LA PRIMA:

ES58 3081 0621 5728 4795 2617



NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., con domicilio en Carretera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España)  
 MEDICADOR: CNP Rural Castilla-La Mancha Mediosión (2859)

**DEFINICIONES PREVIAS**  
**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 Carretera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid, en 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. **TOMADOR/ASEGURADO:** El Tomador/Asegurado será la persona que aparece designado en la página primera de las presentes condiciones particulares.  
**BENEFICIARIO DEL SEGURO:** El Tomador/Asegurado designa Beneficiario con carácter irrevocable a **CNA RURAL CASTILLA-LA MANCHA S.C.C.**  
**ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO:** Se entenderá por establecimiento hospitalario cualquier hospital, clínica o sanatorio, tanto público como privado, que disponga de la infraestructura necesaria para diagnosticar, y realizar tratamientos terapéuticos por facultativos legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión. A los efectos de esta cobertura no se considerará como hospital, clínica o sanatorio las siguientes instituciones:  
 - Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psicológicas o psiquiátricas.  
 - Residencias de ancianos, centros de día y centros para el tratamiento de drogadictos y/o alcohólicos y/o neuróticos.  
 - Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos, adelgazamiento u otros tratamientos similares.  
 - Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día.  
 - A los efectos de este Seguro no se considerarán hospitales:  
 - Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psicológicas.  
 - Residencias de ancianos, centros de día, casas de reposo y centros para el tratamiento de drogadictos y/o alcohólicos y/o neuróticos.  
 - Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares, centros de salud, balnearios.

Sólo podrán contratar la presente Póliza de Seguro las personas físicas que reúnan las siguientes condiciones:  
 1- REQUISITOS DE CONTRATACIÓN:  
 1) Ser titulares de un préstamo personal, formalizado con CRCM  
 2) Haber firmado las Condiciones Particulares.  
 3) Haber pagado la prima única.  
 4) Que la Edad del Tomador/Asegurado esté comprendida entre los 18 y 65 años. No obstante lo anterior, la edad del Tomador/Asegurado en el momento de la contratación del seguro sumada al número de años de duración del préstamo no podrá dar como resultado una edad superior a los 65 años. En este supuesto no se podrá contratar el presente seguro.  
 5) Encontrarse en estado de buena salud, sin síntomas de enfermedad, y no padecer ninguna enfermedad de carácter evolutivo ni estar, en la Fecha de Efecto del Seguro, en situación de incapacidad Temporal, tal y como ésta queda definida en las presentes Condiciones Particulares.  
 6) Cotizar a la Seguridad Social o estar en situación de alta en mutualidad, mutualidad o institución análoga que la legislación determine.  
 7) Además para la cobertura de Desempleo:  
 8) No conocer, o estar en situación de conocer que se va a producir la extinción o suspensión de su relación laboral por cualquiera de las causas que darían derecho a la prestación de Desempleo en base a esta póliza.  
 9) Además para la cobertura del riesgo de Incapacidad Temporal y Hospitalización:  
 No padecer ninguna enfermedad de carácter evolutivo.  
**2.- SUMA ASEGURADA**  
 La Suma Asegurada será el porcentaje de cuota asegurada sobre la cuota ordinaria mensual del préstamo vinculado a esta póliza de seguro que, en el momento de producirse el siniestro, estuviese pagando el asegurado. Se entenderá que no forman parte de la suma asegurada de la presente póliza

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., con domicilio en Carretera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España)  
 MEDICADOR: CNP Rural Castilla-La Mancha Mediosión (2859)

los intereses remuneratorios, con exclusión, por tanto, de los intereses de demora y de cualesquiera otros gastos, comisiones o pagos que debiera hacer el Tomador/Asegurado en cumplimiento de lo pactado en el contrato de préstamo vinculado a esta Póliza.  
**El importe de la suma asegurada no será superior, en ningún caso, al importe máximo de 1.800 €.**  
 En caso de que se produjera una novación del préstamo que conllevara el incremento del capital prestado, supondrá la anotación de la presente póliza. En estos casos la Entidad Aseguradora procederá a la devolución de la prima no consumida.  
 Cuando el Tomador/Asegurado haya realizado amortizaciones parciales del préstamo, la Entidad Aseguradora procederá a adecuar la suma asegurada de conformidad con lo establecido en el apartado 8 de las presentes Condiciones Particulares.  
**3.- PERIODO DE CARENCIA**  
**3.1. INCAPACIDAD TEMPORAL**  
 Para la garantía de Pérdida Involuntaria de Empleo se establece un período de carencia inicial de 60 días naturales, a contar desde la fecha de efecto del seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el período de carencia inicial, se entenderá que la situación de desempleo se produce en la fecha en que se 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 período de carencia inicial de 30 días naturales, a contar desde la fecha de acaecimiento del siniestro ha transcurrido el período de carencia inicial, se entenderá que la situación de Incapacidad Temporal se produce en la fecha en la que la enfermedad causante de la Incapacidad 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 período de carencia inicial de 30 días naturales a contar desde la fecha de efecto del seguro. A efectos de comprobar que en el momento de acaecimiento del siniestro ha transcurrido el período de carencia inicial, se entenderá que la situación de Hospitalización se produce en la fecha que aparezca consignada en el informe de ingreso en el correspondiente establecimiento hospitalario en el que el Tomador/Asegurado se encuentre ingresado.  
**3.2. ENTRE DOS SINIESTROS**  
 En el supuesto de producirse situaciones de Pérdida Involuntaria de Empleo subsiguientes a una situación anterior de Pérdida Involuntaria de Empleo que dio lugar a indemnización por parte de esta póliza, la aseguradora procederá nuevamente al pago de prestaciones transcurridos 180 días naturales, ininterrumpidos en situación de alta en el régimen correspondiente, desde el fin de la última incapacidad temporal siempre que la enfermedad causante sea la misma que originó la incapacidad que dio lugar a la indemnización por parte de esta póliza. Cuando la incapacidad Temporal Subsiguiente se deba a una enfermedad distinta la aseguradora procederá nuevamente al pago de prestaciones cuando hayan transcurrido 30 días naturales ininterrumpidos en situación de alta en el régimen correspondiente, desde el fin de la última incapacidad temporal.  
 En el supuesto de producirse Incapacidades Temporales subsiguientes a una enfermedad accidental no habrá período de carencia.

anterior a la Hospitalización que dio lugar a indemnización por parte de esta póliza, la aseguradora procederá al pago de prestaciones transcurridos 180 días naturales ininterrumpidos, si encontrarse en situación de Hospitalización tal y como se describe en la presente póliza, desde el fin del último alta hospitalaria por la cual el asegurado hubiese estado percibiendo la correspondiente prestación siempre que la enfermedad causante sea la misma que originó la Hospitalización que dio lugar a la indemnización por parte de esta póliza. Cuando la Hospitalización Subsiguiente se deba a una enfermedad distinta la aseguradora procederá nuevamente al pago de prestaciones cuando hayan transcurrido 30 días naturales ininterrumpidos sin encontrarse en situación de Hospitalización.  
 En el supuesto de producirse Hospitalizaciones subsiguientes debidas a causas accidentales no habrá período de carencia.  
**4.- DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS CUBIERTOS**  
 CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., garantiza en los términos previstos en esta Póliza, los riesgos que a continuación se indican teniendo en cuenta la situación laboral del Tomador/Asegurado en el momento en el que se produzca el siniestro.  
**4.1. PÉRDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO**  
 A los efectos de la presente póliza la Pérdida Involuntaria del Empleo es la situación en que se encuentran quienes, pudiendo y queriendo trabajar remuneradamente por cuenta ajena, pierdan su empleo o vean reducida su jornada de trabajo en un 50% y sean privados de su salario por causa distinta de su voluntad, a excepción de los funcionarios públicos, que:  
 a) Llevar trabajado durante 6 meses continuos con un contrato laboral de duración indefinida en la empresa en la que cause baja, con una jornada no inferior a 20 horas semanales cotizando en el Régimen General de la Seguridad Social, y estar registrado en el Servicio Público de Empleo Estatal, como totalmente desempleado y buscando activamente un nuevo trabajo.  
 b) Estar recibiendo prestación pública por desempleo del Servicio Público de Empleo Estatal. (Desempleo en su nivel contributivo que otorga el Servicio Público de Empleo Estatal).  
 Si en el momento de incurrir en la situación de Desempleo, el asegurado se encuentra cobrando una prestación pública derivada de una incapacidad temporal como consecuencia de contingencias comunes, dicha prestación se asimilará a efectos de esta garantía, a la Prestación de Desempleo, su nivel contributivo.  
 El Asegurador abonará al beneficiario la Suma Asegurada, por cada período completo de 30 días naturales consecutivos en situación de desempleo del Tomador/Asegurado, computados a partir de la fecha de suspensión o extinción de la relación laboral. De no permanecer los 30 días consecutivos en situación de Pérdida Involuntaria del Empleo, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.  
 La suma asegurada se abonará al Beneficiario designado en la presente Póliza con el límite máximo de 12 pagos consecutivos o 30 pagos alternos en total y siempre que dicha situación de desempleo ocurra durante la vigencia del seguro, haya transcurrido el período de carencia, y se produzca por alguna de las siguientes circunstancias:  
**Extinción de la Relación Laboral:**  
 a. En virtud de expediente de regulación de empleo o despido colectivo.  
 b. Por fallecimiento o incapacidad del empresario individual, y siempre que estas causas determinen la extinción del contrato de trabajo.  
 c. Por despido improcedente o nulo.  
 d. Por resolución o extinción del contrato basado en causas objetivas.  
 e. Por resolución voluntaria por parte del Asegurado únicamente en los apartados a), b), c) 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:**  
 f. 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.

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., con domicilio en Carretera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España)  
 MEDICADOR: CNP Rural Castilla-La Mancha Mediosión (2859)

El derecho a devengo de la indemnización cesará en el momento en que el Asegurado reanude una actividad laboral remunerada, aun de manera parcial en los términos descritos por la normativa laboral española.  
**4.1.2. EXCLUSIONES**  
**INVOLUNTARIA DEL EMPLEO LA GARANTÍA DE PÉRDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO**  
 No se considerará que esté en situación de Pérdida Involuntaria del Empleo al Tomador/Asegurado que se encuentre en cualquiera de las siguientes situaciones:  
 a) Cuando haya sido despedido y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato derivada de expediente de regulación de empleo o de despido colectivo o basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 2/2015 de 23 de octubre).  
 b) Cuando su contrato de trabajo se extinga por jubilación del empresario empleador individual del Tomador/Asegurado o por extinción del tiempo convenido y/o finalización de la obra o servicio objeto del contrato.  
 c) Los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los períodos en que carezcan de ocupación efectiva.  
 d) Cuando, declarado improcedente o nulo el despido por sentencia firme y comunicada por el empresario la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Tomador/Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.  
 e) Cuando no hayan solicitado el reintegro al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador o se estuviera en excedencia y venciera el período fijado para la misma.  
 f) La extinción del contrato laboral durante el período 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 Tomador/Asegurado tiene derecho a percibir un salario por parte del empleador, se exceptúan de este supuesto los complementos salariales pactados colectivamente en los expedientes de suspensión del contrato.  
 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 acoga voluntariamente a un Expediente de Regulación de Empleo.  
 Si la Relación Laboral del Tomador/Asegurado fuere con una empresa propiedad del ámbito familiar de éste hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercer grado de afinidad fuere el administrador de la empresa, y también si el Tomador/Asegurado fuere socio con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.  
**4.2. INCAPACIDAD TEMPORAL**  
 A los efectos de la presente póliza se entenderá por Incapacidad Temporal alteración temporal (situación física reversible) del estado de salud del Tomador/Asegurado (situación médica medicamentosa, debida a un accidente o enfermedad, y que determina la imposibilidad del Tomador/Asegurado para ejercer temporalmente su actividad remunerada o profesión habitual, originada ajena a su voluntad).





**Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA**

SEPA Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación

20683308100062100000222001

Mandate Reference

**DATOS DEL DEUDOR**

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

**Número de cuenta IBAN del Deudor**  
Account number - IBAN of the Debtor  
**ESS8 3081 0621 5728 4795 2617**

**SWIFT / BIC**  
**BCOESM33081**

**DATOS DEL ACREEDOR**

**Nombre del Acreedor**  
Creditor's Name  
**CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.**

**Identificación del Acreedor**  
Creditor Identifier  
**ES72CWEA28534345**

**AVISO IMPORTANTE:** El deudor queda informado que, el Identificador del Acreedor referenciado en este Mandato puede diferir, por el cambio del Código de Negocio (Código) incluido en el mismo, con el utilizado por el Acreedor en la gestión de adeudos SEPA con su Entidad Financiera, sin que esto implique variación en la Identidad fiscal y/o legal del mismo, en perjuicio alguno en los intereses del deudor.

**IMPORTANT NOTE:** The debtor is informed that the above Creditor Identifier may differ, by changing the Business Code (Suffix) included therein, with that used by the creditor in managing your debts SEPA through its financial institutions, without involving variation in legal identity thereof or this cause any prejudice to the interests of the debtor.

**Nombre de la calle y número**

Street Name and number of the Creditor  
**CARRERA DE SAN JERONIMO, 21**

Postal Code / Ciudad  
**28014 MADRID**

País  
**ESPAÑA-SPAIN**

Country  
**ESPAÑA-SPAIN**

Mediante la firma del presente formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza a CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. a emitir órdenes a su entidad financiera, para adeudar en su cuenta los importes que se devenguen como consecuencia de este contrato y, asimismo, autoriza a su entidad financiera para cargar en su cuenta los importes debidamente notificados por CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad, en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorize CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. to send instructions to your bank to debit your account the amounts that accrue as a result of this contract, and also you authorize your bank to debit your account in accordance with the instructions duly notified from CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights regarding the mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

**Tipo de pago:** Pago recurrente  
Type of payment: Recurrent payment

**Lugar**  
Location

**Firma del deudor**  
Signature of the Debtor

*Gema Rocio*

Fecha (DDMMYYYY)  
Date (DDMMYYYY)  
**10/04/2018**

*Ejemplar para el Acreedor*  
Creditor copy

**Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA**

SEPA Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación

20683308100062100000222001

Mandate Reference

**DATOS DEL DEUDOR**

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

**Número de cuenta IBAN del Deudor**  
Account number - IBAN of the Debtor  
**ESS8 3081 0621 5728 4795 2617**

**SWIFT / BIC**  
**BCOESM33081**

**DATOS DEL ACREEDOR**

**Nombre del Acreedor**  
Creditor's Name  
**CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.**

**Identificación del Acreedor**  
Creditor Identifier  
**ES72CWEA28534345**

**AVISO IMPORTANTE:** El deudor queda informado que, el Identificador del Acreedor referenciado en este Mandato puede diferir, por el cambio del Código de Negocio (Código) incluido en el mismo, con el utilizado por el Acreedor en la gestión de adeudos SEPA con su Entidad Financiera, sin que esto implique variación en la Identidad fiscal y/o legal del mismo, en perjuicio alguno en los intereses del deudor.

**IMPORTANT NOTE:** The debtor is informed that the above Creditor Identifier may differ, by changing the Business Code (Suffix) included therein, with that used by the creditor in managing your debts SEPA through its financial institutions, without involving variation in legal identity thereof or this cause any prejudice to the interests of the debtor.

**Nombre de la calle y número**

Street Name and number of the Creditor  
**CARRERA DE SAN JERONIMO, 21**

Postal Code / City  
**28014 MADRID**

País  
**ESPAÑA-SPAIN**

Country  
**ESPAÑA-SPAIN**

Mediante la firma del presente formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza a CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. a emitir órdenes a su entidad financiera, para adeudar en su cuenta los importes que se devenguen como consecuencia de este contrato y, asimismo, autoriza a su entidad financiera para cargar en su cuenta los importes debidamente notificados por CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad, en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorize CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. to send instructions to your bank to debit your account the amounts that accrue as a result of this contract, and also you authorize your bank to debit your account in accordance with the instructions duly notified from CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros, S.A. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights regarding the mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

**Tipo de pago:** Pago recurrente  
Type of payment: Recurrent payment

**Lugar**  
Location

**Firma del deudor**  
Signature of the Debtor

*Gema Rocio*

Fecha (DDMMYYYY)  
Date (DDMMYYYY)  
**10/04/2018**

*Ejemplar para el Deudor*  
Debtor copy

# NOTA INFORMATIVA

## Seguro de Protección de Pagos (Personal)



# NOTA INFORMATIVA

## SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS



MEMBROS DE LA ASOCIACIÓN CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domiciliada en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid (España).  
MEDICIÓN: CAJA RURAL DE CASTILLA-LA MANCHA MEDICIÓN, Operador de Banca-Seguros Vinculados S.L.

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

**1.- DENOMINACIÓN SOCIAL Y FORMA JURÍDICA DE LA ENTIDAD ASEGURADORA**

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

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

**2.- REGULACIÓN LEGAL Y REGIMEN DE RECLAMACIONES**

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

El régimen de las reclamaciones será el previsto en el artículo 37.5 de la Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y disposiciones concordantes. El Tomador/Asegurado y el Beneficiario o los Beneficiarios, así como sus derechohabientes, están facultados para formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones contra la Entidad Tomador/Aseguradora si consideran que esta realiza prácticas abusivas o lesionar los derechos derivados del contrato.

El Servicio de Quejas Responde de CNP PARTNERS, domiciliado en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid, tramitará y resolverá cuantas quejas y reclamaciones le sean formuladas por las personas anteriormente mencionadas, en primera instancia y tras su resolución por dicho departamento podrá seguirse la tramitación ante el Defensor del Cliente de la Entidad Tomador/Aseguradora.

D.A. DEFENSOR, S.L., domiciliado en c/ Velázquez, 80 1º D. 28001 Madrid Tfno. 913104043 - Fax 913084691 [www.da-defensor.org](http://www.da-defensor.org). La entidad tomador/aseguradora se compromete a prestar la colaboración necesaria en la instrucción del procedimiento de resolución de las quejas y reclamaciones y a aceptar las resoluciones que el Defensor del Cliente emita y que tengan carácter vinculante para CNP PARTNERS.

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

El Servicio de Quejas y Reclamaciones, actuará en la resolución de las quejas y reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en su Reglamento que estará a disposición de los Tomador/Asegurados en las oficinas de la Entidad aseguradora, y que les será facilitado en cualquier momento. Si las partes contratantes estuvieren conformes, podrán someterse a arbitraje, con arreglo a la legislación vigente, para la solución de cuantas cuestiones puedan surgir con motivo de la interpretación y ejecución del presente contrato.

Cualquiera de las partes contratantes están facultadas para ejercitar sus acciones ante los órganos jurisdiccionales, obteniendo recurrir al Juez de domicilio del Asegurado, que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro, sin que proceda pacto en contrario. En el caso de que el domicilio del Asegurado radicara fuera de España, éste deberá designar uno dentro de España.

**3.- PERSONAS ASEGURABLES**

Sólo podrá contratar la presente Póliza de Seguro las personas físicas que reúnan las siguientes condiciones:

1. Ser titulares de un préstamo personal formalizado con CRCM.
2. Haberse adherido a la póliza mediante la firma de las Condiciones Particulares.

3. Haber pagado la prima única.
4. Que la edad del Tomador/Asegurado esté comprendida entre los 18 y los 65 años en la fecha de efecto. No obstante lo anterior, la edad del Tomador/Asegurado en el momento de la contratación del seguro sumada al resultado de una edad superior a los 65 años. En este supuesto no se podrá contratar el presente seguro.

5. Encontrarse en estado de buena salud, sin síntomas de enfermedad, y no padecer ninguna enfermedad de carácter evolutivo ni estar, en la Fecha de Efecto del Seguro, en situación de Incapacidad Temporal, tal y como ésta queda definida en las presentes Condiciones Particulares.

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

7. Además para la cobertura de Desempleo:

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

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

No padecer ninguna enfermedad de carácter evolutivo.

4.- COBERTURAS Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., garantiza en los términos previstos en la Póliza, los riesgos que a continuación se indican teniendo en cuenta la situación laboral del tomador/asegurado en el momento en el que se produzca el siniestro.

**a) Pérdida Involuntaria del Empleo,**

A los efectos de la presente póliza la Pérdida Involuntaria del Empleo es la situación en la que se encuentran aquellos que, perdiendo su empleo o vean reducida su jornada de trabajo en un 50% y sean privados de sus funciones públicas, que:

- a) Llevar trabajando durante 6 meses continuos con un contrato laboral de duración indefinida en la empresa en la que cause baja, con una jornada no inferior a 25 horas semanales cotizando en el Régimen General de Empleo Estatal. Y estar registrado en el Servicio Público de Empleo Estatal, como totalmente desempleado y buscando activamente un nuevo trabajo.
- b) Estar recibiendo prestación pública por desempleo del Servicio Público de Empleo Estatal. (Desempleo en su nivel contributivo que otorga el Servicio Público de Empleo Estatal.)

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

El Asegurador abonará al beneficiario la Suma Asegurada, por cada período completo de 30 días naturales consecutivos en situación de desempleo del Tomador/Asegurado, computados a partir de la fecha de suspensión o extinción de la relación laboral. De no permanecer los 30 días consecutivos en situación de Pérdida Involuntaria del Empleo, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.

La suma asegurada se abonará al Beneficiario designado en la presente Póliza con el límite máximo de 12 pagos consecutivos o 30 meses alternos en total y siempre que dicha situación de desempleo ocurra durante la vigencia del seguro. No obstante, el presente seguro de carencia, y se produzca por alguna de las siguientes circunstancias:

### Extinción de la Relación Laboral:

- a. Por fallecimiento o incapacidad del empresario individual, y siempre que estas causas determinen la extinción del contrato de trabajo.
- b. Por despido improcedente o nulo.
- c. Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas.
- d. 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 i) (extinción por incumplimiento del empleador) del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L.2/2015 de 23 de octubre).

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



NOMBRE DE LA SOCIEDAD: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., domicilio: Calle de San Jerónimo 27, 28014 Madrid (España)  
 MEDIO DE LA CAJA RURAL DE CASTILLA-LA MANCHA MEDIACIÓN OPERADOR DE BANCA SEGUROS VINCULADO S.L.

**11.-CONDICIONES PARA LA RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

El contrato de seguro sólo podrá ser rescindido en el supuesto de amortización total anticipada de la operación de financiación a la que se encuentra vinculado el seguro. En estos casos se procederá a extornar por parte de la Entidad Aseguradora, de la parte de la prima no consumida.

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

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

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

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

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

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

12.-REGIMEN FISCAL (Vigente en el momento de emisión de la presente Nota Informativa para las personas físicas, pueden existir diferencias para algunos territorios.)  
 A reserva de las modificaciones posteriores que se puedan producir durante la vigencia del contrato, el mismo quedará sometido a la normativa fiscal española y, en concreto, a la Ley 35/2006 de 28 de Noviembre del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) y al Reglamento del Impuesto aprobado por Real Decreto 439/2007 de 30 de marzo y demás disposiciones concordantes que las complementen, modifiquen o amplíen.

Todos los tributos que graven el contrato de seguro y que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta del Tomador-Asegurado o de los Beneficiarios, según proceda. Los impuestos y recargos que se deban por razón de este contrato tributarán conforme a la legislación vigente en cada momento siendo por cuenta del tomador/asegurado o de los beneficiarios según proceda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tu confianza nos hace importantes

CAJA RURAL DE CASTILLA LA MANCHA MEDIACIÓN OPERADOR DE BANCA SEGUROS VINCULADO, S.L., CIF: B-45563614, con domicilio en C/ Melicio, nº 2 Toledo, inscrita en el M. de Toledo, Tomo 1408, Folio 156, Hoja T/27862, Inscripción 1ª y en el Registro Administrativo Especial de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la Clave CV 0037, Registro Único de Medidores [www.dgsfp.meh.es](http://www.dgsfp.meh.es), dispone de responsabilidad civil y capacidad financiera exigible legalmente.