

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: MEDVIDA Partners de Seguros y Reaseguros, S.A. (Sociedad Unipersonal) domiciliada en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid (España)
 MEDIADOR: CAJALMENDRALEJO OBSV S.L., domiciliada en Avda. San Antonio, s/n - 06200 Almedraejo (Badajoz) - España

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

0001070000069198

NUMERO DE POLIZA:	0061.000042.0000000188	NUMERO DE OFICINA:	0042
-------------------	------------------------	--------------------	------

DATOS DEL TOMADOR/ASEGURADO:

NOMBRE Y APELLIDOS:		HUANG LIN			
DNI/NIE:	X9439987M	F. NACIMIENTO:	06/01/1998	SEXO:	M
TELEFONO:					
DOMICILIO:		CALLE SERRANÍA DE LOS CABALLEROS 3 BQ 2 BJA		C.POSTAL:	
				06800	
POBLACIÓN:		MERIDA		PROVINCIA:	
				BADAJOZ	
SITUACION PROFESIONAL:					
<input type="checkbox"/> FUNCIONARIO	<input 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: CAJALMENDRALEJO	TIPO DE PRÉSTAMO: <input checked="" type="checkbox"/> HIPOTECARIO
CAPITAL INICIAL SOLICITADO: 58.000,00 €	Nº DE EXPEDIENTE DE PRÉSTAMO: ES1330010042984225920477
FECHA FORMALIZACION PRESTAMO: 11/04/2023	FECHA VENCIMIENTO PRESTAMO: 11/04/2048 DURACIÓN PRESTAMO (MESES): 300
CUOTA ORDINARIA MENSUAL INICIAL DEL PRESTAMO: 322,38 €	%CUOTA ASEGURADA: 100,00 % IMPORTE CUOTA ASEGURADA MENSUAL: 322,38 €

DATOS DEL SEGURO:

PRIMA ÚNICA DEL SEGURO: El presente seguro se contrata por un periodo inicial de 5 años a contar desde la fecha de efecto del mismo.

PRIMA UNICA	PRIMA PERIODO	CONSORCIO	LEA	IMPUESTO SOBRE PRIMAS	IMPORTE RECIBO
TOTAL:	854,74 €	0,17 €	1,28 €	68,38 €	924,57 €

FECHA DE EFECTO DEL SEGURO: La fecha de efecto del seguro será la de formalización del préstamo siempre que la prima haya sido abonada a la Entidad Aseguradora.

BENEFICIARIOS:

El Tomador/Asegurado designa con carácter irrevocable: CAJALMENDRALEJO

CUENTA BANCARIA DEL TOMADOR PARA EL PAGO DE LA PRIMA:

ES19 3001 0042 9842 1001 1787

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: MEDVIDA Partners de Seguros y Reaseguros, S.A. (Sociedad Unipersonal) domiciliada en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid (España)
 MEDIADOR: CAJALMEDRALEJO OBSV S.L., domiciliada en Avda. San Antonio, s/n - 06200 Almedrales (Badajoz) - España

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

DEFINICIONES PREVIAS

ENTIDAD ASEGURADORA: MEDVIDA Partners de Seguros y Reaseguros, S.A. (Sociedad Unipersonal), 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 MEDVIDA Partners de Seguros y Reaseguros, S.A. (Sociedad Unipersonal) corresponde al Ministerio de Economía y Empresa 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 CAJALMEDRALEJO.

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

FECHA DE SINIESTRO:

- Para la cobertura de Pérdida Involuntaria de Empleo: la fecha efectiva de la prestación por Desempleo realizada por el Servicio Público de Empleo Estatal u organismo competente,
- Para la cobertura de Incapacidad Temporal: el primer día de incapacidad del Tomador/Asegurado reconocido por el Organismo Oficial Competente.
- Para la cobertura de Hospitalización: el primer día en el que Tomador/Asegurado ingrese en un establecimiento hospitalario

ACCIDENTE: Lesión corporal derivada de una causa súbita, violenta, externa y ajena a la intencionalidad del Tomador/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.

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

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 25 horas semanales, a cambio de una remuneración, de acuerdo con 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

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 consideran hospitales:

- Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas.
- Residencias de ancianos, asilos, 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.

PERIODO DE CARENANCIA: 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, en el presente contrato de seguro no cubre contingencias durante dicho periodo.

1.- REQUISITOS DE CONTRATACIÓN

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

- 1) Ser titulares de un préstamo hipotecario, formalizado con CAJALMEDRALEJO
- 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 62 años en la fecha de efecto.
- 5) Encontrarse en estado de buena salud, sin síntoma 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 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 Desempleo en base a esta póliza.
- 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 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 por cuota mensual 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 Tomador/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 no será superior, en ningún caso, al importe máximo de 1.800 €.

En caso de que se produjera una novación del préstamo que conllevara el incremento del capital prestado, supondrá la anulación de la presente póliza. En estos casos la Entidad Aseguradora procederá a la devolución de la prima no consumida.

Cuando el Tomador/Asegurado haya realizado amortizaciones parciales del préstamo, la Entidad Aseguradora procederá a adecuar la suma asegurada de conformidad con lo establecido en el apartado 8 de las presentes Condiciones Particulares.

3.- PERIODO DE CARENANCIA

3.1 INICIAL

- Para la garantía de Pérdida Involuntaria de Empleo se establece un periodo de carencia inicial de 60 días naturales, a contar desde la fecha de efecto del seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de desempleo se produce en la fecha en que se 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. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Incapacidad temporal se produce en la fecha en la que la enfermedad causante de la Incapacidad hubiera sido diagnosticada por facultativos de la Seguridad Social, Mutua o Institución análoga o médico o facultativo autorizado y así lo ratifiquen los servicios médicos del asegurador si se considerase necesario. En los supuestos en los que la Incapacidad Temporal se deba a un accidente no se aplicará carencia inicial alguna.
- Para la garantía de Hospitalización se establece un periodo de carencia inicial de 30 días naturales a contar desde la fecha de efecto del seguro. A efectos de comprobar que en el momento de acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Hospitalización se produce en la fecha que aparezca consignada en el informe de ingreso en el correspondiente establecimiento hospitalario en el que el Tomador/Asegurado se encuentre 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, se procederá al pago de nuevas prestaciones si el Tomador/Asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral como trabajador por cuenta ajena por un periodo mínimo de 180 días naturales 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 anterior Incapacidad Temporal que dio lugar a indemnización por parte de esta póliza, la aseguradora procederá nuevamente al pago de prestaciones transcurridos 180 días naturales, 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 debidas a causas accidentales no habrá periodo de carencia.

En el supuesto de producirse Hospitalizaciones subsiguientes a una anterior a la Hospitalización que dio lugar a indemnización por parte de esta póliza, la aseguradora procederá al pago de prestaciones transcurridos 180 días naturales 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 periodo de carencia.

4.- DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS CUBIERTOS

MEDVIDA Partners de Seguros y Reaseguros, S.A. (Sociedad Unipersonal), 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 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 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 en su nivel contributivo.

4.1.1. PRESTACION POR PÉRDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

El Asegurador abonará al beneficiario la Suma Asegurada, por cada periodo 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 36 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 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 despido o extinción del contrato basado en causas objetivas.
- e. Por resolución voluntaria por parte del Asegurado únicamente en los supuestos previstos en los artículos 40.1 (movilidad geográfica), 41.1 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).
- f. En virtud de resolución judicial adoptada en el seno de un procedimiento concursal.
- g. 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 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 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 expiración del tiempo convenido y/o finalización de la obra o servicio objeto del contrato.
- c) Los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los periodos en que carezcan de ocupación efectiva.
- d) Cuando, declarado improcedente o nulo el despido por sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Tomador/Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.

- e) Cuando no hayan solicitado el 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.
- 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).
- g) Si el Tomador/Asegurado tiene derecho a percibir un salario por parte del empleador, se exceptúan de este supuesto los complementos salariales pactados colectivamente en los expedientes de suspensión del contrato.
- h) Los despidos cuya indemnización sea menor del 50% de la legalmente establecida.
- i) Cuando el trabajador cese voluntariamente su puesto de trabajo.
- j) Cuando la extinción del contrato sea declarada procedente por sentencia firme, o siendo así notificado al Tomador/Asegurado por parte del empresario, este no haya reclamado en tiempo y forma debidos.
- k) El despido sin derecho a desempleo del nivel contributivo del Servicio Público de Empleo Estatal (en adelante SEPE).
- l) Si la prestación de Desempleo de nivel contributivo del SEPE se recibe en forma de pago único.
- m) Cuando el Tomador/Asegurado se acoja voluntariamente a un Expediente de Regulación de Empleo.
- n) Si la Relación Laboral del Tomador/Asegurado lo fuera con una empresa propiedad del ámbito familiar de éste hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercer grado de afinidad fuera el administrador de la empresa; y también si el Tomador/Asegurado fuera socio con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.

4.2. INCAPACIDAD TEMPORAL

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

Estarán asegurados frente al riesgo de incapacidad temporal el Tomador/Asegurado que en el momento de incurrir en dicha situación tuviera la condición de autónomos (Trabajadores por cuenta propia) que 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, debe encontrarse en buen estado de salud, sin síntoma de enfermedad y no padecer ninguna enfermedad de carácter evolutivo ni ser titulares de una prestación periódica o prestación por invalidez.

4.2.1. PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL

La Entidad Aseguradora abonará al Beneficiario la Suma Asegurada, por cada período completo de 30 días consecutivos en situación de Incapacidad Temporal del Tomador/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 Tomador se encuentre en dicha situación. De no permanecer los 30 días consecutivos en situación de Incapacidad Temporal, la entidad aseguradora no abonará cantidad alguna.

El derecho al cobro de la indemnización cesará en el momento en que el Tomador/Asegurado pueda reanudar o 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 Tomador/Asegurado padeciera varias enfermedades al mismo tiempo o sobreviniera a una nueva enfermedad a la inicialmente declarada.

La suma asegurada se abonará al Beneficiario designado en las presentes Condiciones Particulares con el límite máximo de 12 pagos consecutivos o 36 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.

4.3. HOSPITALIZACIÓN

A los efectos de la presente póliza se entenderá como hospitalización la situación de Ingreso acaecida al Tomador/Asegurado durante más de 24 horas en un establecimiento hospitalario en condición de paciente, ya sea por enfermedad o accidente y con la finalidad de someterse a tratamientos médicos o quirúrgicos.

Estarán cubiertos por Hospitalización el Tomador/Asegurado:

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

4.3.1. PRESTACION POR HOSPITALIZACIÓN

La Entidad Aseguradora abonará al Beneficiario de la presente póliza, de producirse la hospitalización del Tomador/Asegurado, la suma asegurada una vez alcanzado un período de 7 días de probada Hospitalización y una vez transcurridos 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.

La suma asegurada se abonará al Beneficiario designado en las presentes Condiciones Particulares con el límite máximo de 12 pagos consecutivos o 36 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.

4.4. EXCLUSIONES PARA LAS GARANTÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL Y HOSPITALIZACIÓN

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

- a) Enfermedades, lesiones y complicaciones causadas directa o indirectamente por voluntad del Tomador/Asegurado o derivadas de la realización de actos 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/paternidad.
- c) Las producidas cuando el Tomador/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 Tomador/Asegurado, declarada judicialmente, o su resistencia a ser detenido.
- d) Cualquier enfermedad, dolencia, estado o lesión por la que el Tomador/Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento de un médico en los 12 meses anteriores al inicio de la cobertura de la presente póliza con anterioridad a la contratación a la póliza, así como las secuelas producidas por ellas, así como los defectos de nacimiento y las enfermedades congénitas.
- e) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos y/u odontológicos que no sean esenciales por razones médicas y sean demandados por el Tomador/Asegurado por razones psicológicas, personales y/o estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de efecto de la cobertura del seguro.

- f) Dolor lumbar, cervical, dorsal, sacro y 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.
- g) Cefaleas, enfermedades psiquiátricas y mentales, incluyendo el estrés, ansiedad, depresiones y afecciones similares, aun cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista (psiquiatra).
- h) Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas o competiciones, y de la práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo, así como los accidentes derivados de la conducción de vehículos sin el correspondiente permiso expedido por la autoridad competente y los accidentes aéreos a excepción de los vuelos comerciales en línea regular autorizada.
 - i) Las curas de reposo, termales o dietéticas.
 - j) Aquellos Asegurados que estén percibiendo una pensión de invalidez o que estén tramitando en el momento de la contratación del seguro la incapacidad permanente absoluta.

4.5. INCOMPATIBILIDAD DE GARANTÍAS

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

5.- EXCLUSIONES COMUNES A TODAS LAS GARANTÍAS

Asimismo, el Beneficiario no tendrá derecho al cobro de las prestaciones por Pérdida Involuntaria del Empleo o Incapacidad Temporal si la contingencia se produce, o se deriva o es consecuencia directa o indirecta de:

1. Los riesgos extraordinarios sujetos a recargo obligatorio a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
2. Los que no den Lugar por Ley Contrato de Seguro.
3. Los hechos derivados de conflictos armados, haya o no precedida declaración oficial de guerra.
4. Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
5. Suicidio o la tentativa de este durante la primera anualidad de seguro.
6. Los siniestros causados intencionadamente/voluntariamente o por mala fe del Tomador/Asegurado. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Tomador/Asegurado, declarado así judicialmente.
7. Los siniestros ocurridos como consecuencia de temblores de tierra, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.
8. Los producidos antes de la primera prima pagada.
9. Los Calificados por el gobierno de la nación como Calamidad Nacional o catástrofe, así como epidemias y pandemias.
10. Las consecuencias de guerras o de otras circunstancias extraordinarias y aquellos otros supuestos que tengan la consideración de fuerza mayor de acuerdo con lo previsto en el artículo 1.105 del Código Civil.

6.- TARIFA DE PRIMA

La tarifa de primas aplicable al presente seguro será la especificada en la Base Técnica del seguro en cada momento y puesta a disposición del Tomador/Asegurado por la entidad aseguradora.

A la prima que resulte de la aplicación de esta tarifa se le sumarán los impuestos y recargos que sean en todo momento legalmente repercutibles.

7.- PAGO DE LAS PRIMAS

El seguro se contrata a prima única durante cinco años a contar desde la fecha de efecto del mismo. El recibo de prima deberá hacerse efectivos por el Tomador/Asegurado. Con carácter general, y salvo pacto en contrario establecido en la póliza, el abono de la prima se realizará mediante domiciliación bancaria del recibo. A estos efectos, el Tomador/Asegurado deberá entregar a la Entidad Aseguradora el mandato SEPA donde autorice la domiciliación del mencionado cobro. Será por cuenta del Tomador/Asegurado cualquier gasto derivado del medio de pago utilizado.

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

8.- MODIFICACIONES Y ANULACIÓN DEL SEGURO

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

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

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

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

9.- DURACIÓN DEL SEGURO Y COBERTURAS

El seguro tendrá una duración inicial de 5 años a contar desde la fecha de efecto del mismo. La cobertura terminará y el derecho al cobro de las prestaciones cesará en el momento en que tenga lugar el primero de los siguientes eventos:

- a) La fecha en la cual todas las cantidades debidas por el Tomador/Asegurado a la entidad prestamista por el Contrato de Financiación vinculado a esta póliza de seguro fueran reembolsadas a la Entidad Prestamista.
- b) Alcanzarse la fecha de terminación del Contrato de Financiación vinculado a esta póliza, aunque no se hubieran reembolsado todas las cantidades debidas en virtud del mismo.
- c) La fecha en que el Contrato de Financiación vinculado a esta Póliza de seguro termine por cualquier causa.
- d) La fecha en la cual el Asegurado alcance la edad de 67 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 o Gran Invalidez.
- 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 Financiación.
- g) Asimismo, la cobertura terminará en la fecha en la que el Asegurado haya pagado el número máximo de Prestaciones consecutivas o alternas por Incapacidad Temporal, Hospitalización y/o Pérdida Temporal Involuntaria de Empleo que se han fijado en esta póliza.

10. CONDICIONES PARA LA RESCISIÓN DEL SEGURO.

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

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

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

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

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

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

11.- PAGO DE PRESTACIONES

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

Igualmente, para el abono de las prestaciones descritas en la presente póliza el Tomador/Asegurado, deberá facilitar el recibí o comprobante del pago de la correspondiente cuota del préstamo.

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

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

PÉRDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO

En la apertura del siniestro

- Copia legible del DNI/NIE.
- Vida Laboral actualizada y completa que justifique al menos 30 días en desempleo.
- Carta de notificación de despido de la empresa, en papel de la empresa y debidamente firmada y sellada.
- Certificado de Empresa y dos últimas nóminas, debidamente firmado y sellado.
- Desglose de la liquidación e indemnización efectuada por la empresa, en papel de la empresa y debidamente 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 período 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 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 repetir a su elección contra el Tomador/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 Tomador/Asegurado o el Beneficiario. En caso de que no se entregara dicha documentación, el Asegurador no estará obligado a pagar Prestación alguna.

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: MEDVIDA Partners de Seguros y Reaseguros, S.A. (Sociedad Unipersonal) domiciliada en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid (España)
 MEDIADOR: CAJALMENDRALEJO OBSV S.L., domiciliada en Avda. San Antonio, s/n - 06200 Almedraejo (Badajoz) - España

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

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

- La fecha en que el Tomador/Asegurado cese en su situación de Incapacidad Temporal, Pérdida Involuntaria del Empleo u Hospitalización, o deje de aportar las pruebas solicitadas por la Entidad Aseguradora, de que se encuentra en dicha situación.
- La fecha en que, la Entidad Aseguradora, haya pagado el número de Prestaciones máximas por Incapacidad Temporal, Pérdida Involuntaria del Empleo 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 establecido en las presentes Condiciones Particulares.

12. RÉGIMEN DE RECLAMACIONES

- 12.1 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.
- 12.2 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 con domicilio en el Pº de la Castellana nº 44, 28046 Madrid y con página Web: www.dgsfp.mineco.es contra la Entidad Aseguradora, si consideran que ésta realiza

- prácticas abusivas o lesiona los derechos derivados del contrato de seguro.
- 12.3 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 Área de Protección del Cliente de MEDVIDA 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.
- 12.4 El Área de Protección del Cliente de MEDVIDA Partners, domiciliado en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 MADRID, y con dirección de correo electrónico protecciondelcliente@medvidapartners.com 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 nº 80, 1ºD, 28001 Madrid Tfno. 913104043 - Fax 913084991 reclamaciones@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 MEDVIDA Partners.
- 12.5 La presentación de reclamación ante el Defensor del cliente de MEDVIDA 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 Área de Protección del Cliente, 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 y en la web de la Entidad Aseguradora, y que les será facilitado en cualquier momento.

CLÁUSULA DE INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PARA TOMADORES Y/O ASEGURADOS

MEDVIDA Partners de Seguros y Reaseguros, S.A. (Sociedad Unipersonal) facilita la siguiente información de conformidad con lo previsto en la normativa aplicable en materia de protección de datos, y especialmente en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS:

Responsable del tratamiento de sus datos: MEDVIDA Partners de Seguros y Reaseguros, S.A. (Sociedad Unipersonal). NIF A-28534345

+info: información adicional

Finalidad del tratamiento de sus datos: "Finalidad Principal": suscripción y ejecución de un contrato de seguro.

+info: información adicional

Derechos: Acceder, rectificar, suprimir, limitar, oponerse y solicitar la portabilidad de los datos, como se explica en la información adicional.

+info: información adicional

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS:

Datos de Contacto del Responsable del Tratamiento de sus Datos:

Domicilio: Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid

Teléfono: 900801789

Correo Electrónico: atencion@medvidapartners.com

Delegado de Protección de Datos: dpd.es@medvidapartners.com

Finalidad del tratamiento

¿Con qué finalidad tratamos sus datos?

En concreto, dentro de tal "Finalidad Principal", los Datos Personales serán tratados para:

- Valorar, seleccionar y tarificar los riesgos;
- En su caso, para la realización del test de idoneidad y conveniencia, así como en su caso mantener actualizados sus datos para este fin;
- Suscribir, cumplir y exigir el cumplimiento del contrato de seguro;
- Gestionar y dar seguimiento administrativo al contrato de seguro hasta la extinción de las obligaciones jurídicas de las partes bajo el mismo;
- Realizar las verificaciones e investigaciones necesarias por la determinación y, en su caso, el pago de la indemnización al asegurado, al beneficiario o al perjudicado.
- Presentar al cobro las primas que deba abonar el Tomador bajo el contrato de seguro y emitir recibos relativos a las mismas;
- Tramitación de los siniestros (incluyendo prestación de servicios por terceras empresas contratadas por MEDVIDA Partners para el cumplimiento del contrato de seguro, y en su caso, liquidación de los siniestros a través de las empresas a las que se hayan externalizado tales funciones);
- Gestión de quejas y reclamaciones;
- Registro de pólizas, siniestros, provisiones técnicas e inversiones;

- Realizar las evaluaciones del riesgo, solvencia y posible fraude de forma previa a la suscripción del contrato de seguro o en cualquier momento de la vigencia del mismo, incluyendo, habida cuenta del interés legítimo que ostenta la Entidad Aseguradora, la consulta y cruce de los Datos Personales con ficheros comunes para evitar fraude en el seguro y con ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito;
- Cumplir con obligaciones previstas en la Ley, incluyendo aquellas que obliguen a la Entidad Aseguradora a identificar al Tomador o las derivadas de las obligaciones a efectos de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo de conformidad con lo establecido en la legislación en vigor;
- La realización de estudios de técnica aseguradora en análisis de mercados objetivos y perfilados con fines actuariales para la determinación de la prima en la suscripción del contrato de seguro;
- Remitirle comunicaciones comerciales sobre los productos de MEDVIDA Partners similares a los contratados a través de correo postal y/o llamada telefónica.

¿Qué tratamientos adicionales podemos realizar?

Adicionalmente:

- Si ha aceptado, sus datos podrán ser tratados para remitirle ofertas comerciales de MEDVIDA Partners por medios electrónicos, así como información sobre productos distintos a los contratados, información sobre las acciones de marketing que MEDVIDA Partners vaya a llevar a cabo (entre las que podrán figurar, campañas, proyectos, sorteos, concursos, eventos de cualquier tipo y temática), la realización de encuestas de satisfacción y envío de newsletters (todo ello incluso por medios electrónicos).
- Si ha aceptado, sus datos podrán ser tratados para la elaboración de perfiles con fines comerciales y de marketing con el objeto de conocer sus preferencias y necesidades y, en su caso, y entre otras, adecuar las comunicaciones comerciales, diseñar productos en base de dichas preferencias y necesidades.

¿Durante cuánto tiempo trataremos sus datos?

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación mercantil, salvo que revoque su consentimiento o se hubiera opuesto con anterioridad, en su caso, y una vez finalizada, durante el plazo de conservación legalmente establecido. Puede consultar en cualquier momento dichos plazos enviando un correo electrónico a cualquiera de las direcciones de correo electrónico establecidas en Datos de Contacto del Responsable de Tratamiento.

Si ha dado su consentimiento, podremos tratar sus datos para remitirle ofertas comerciales de MEDVIDA Partners por medios electrónicos, así como información sobre productos distintos a los contratados, información sobre las acciones de marketing que MEDVIDA Partners vaya a llevar a cabo (entre las que podrán figurar, campañas, proyectos, sorteos, concursos, eventos de cualquier tipo y temática), la realización de encuestas de satisfacción y envío de newsletters (todo ello incluso por medios electrónicos).

Si ha aceptado, podremos tratar sus datos para la elaboración de perfiles con fines comerciales y de marketing con el objeto de conocer sus preferencias y necesidades y, en su caso, y entre otras, adecuar las comunicaciones comerciales, diseñar productos en base de dichas preferencias y necesidades.

Los tratamientos establecidos en los dos párrafos anteriores podrán llevarse a cabo hasta que se revoque el consentimiento o nos solicite su oposición de conformidad con lo establecido en el apartado "Derechos: ¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?" indicado en este documento de información adicional.

Legitimación para el tratamiento de sus datos

¿Por qué podemos tratar sus datos personales?

La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución del contrato de seguro en los términos que figuran en las Condiciones de la Póliza, así como en la Ley de Contrato de Seguro, Ley de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras, la Ley de distribución de seguros, así como sus disposiciones de desarrollo.

En caso de negativa a facilitar dichos datos o a que sean tratados, no será posible la celebración del contrato de seguro y/o gestión del contrato.

Adicionalmente, sus datos serán tratados por los siguientes motivos:

- ✓ Si ha aceptado la cláusula del tratamiento de sus datos, para recibir ofertas comerciales de MEDVIDA Partners por medios electrónicos así como información sobre productos distintos a los contratados, para informarle sobre acciones de marketing (entre las que podrán figurar campañas, proyectos, sorteos, concursos, eventos de cualquier tipo y temática) y/o realización de encuestas de satisfacción y newsletters (todo ello incluso por medios electrónicos), sus datos serán tratados para dichas finalidades.
- ✓ Si ha aceptado, la cláusula para el tratamiento de sus datos para la elaboración de perfiles con fines comerciales y de marketing con el objeto de conocer sus preferencias y necesidades y, en su caso, y entre otras, adecuar las comunicaciones comerciales, diseñar productos en base de dichas preferencias y necesidades sus datos serán tratados para dicha finalidad.

Así mismo, podremos tratar sus datos para el cumplimiento de una obligación legal, de acuerdo con lo establecido en la normativa que aplique al contrato de seguro, entre otras, la Ley de Contrato de Seguro, Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y su reglamento de desarrollo, Ley de Distribución de Seguros, Ley de comercialización a distancia de servicios financieros, Ley de Prevención del Blanqueo de Capitales y de la Financiación del Terrorismo, así como cualquier otra Ley que se promulgue en un futuro y que afecte al contrato de seguro.

Así mismo, se podrán tratar para los casos en que exista un interés legítimo por parte de la entidad aseguradora.

Destinatarios

¿A quién se le va a comunicar sus datos?

Sus datos podrán ser comunicados a:

- ✓ Reaseguradoras y/o Coaseguradoras.
- ✓ Proveedores de MEDVIDA Partners para la prestación de servicios relacionados con el contrato de seguro suscrito (por ejemplo: proveedores de MEDVIDA Partners para la prestación de algún servicio relacionado con su contrato, empresas tramitadoras de siniestros con quien MEDVIDA Partners haya externalizado dichos servicios, peritos, etc.), con los que MEDVIDA Partners se compromete a suscribir el correspondiente contrato de tratamiento de datos.
- ✓ Mediadores (agentes y/o corredores) que hayan intervenido en la mediación de su contrato.

Así mismo, sus datos podrán ser comunicados en caso de cesión de cartera, fusión, escisión y transformación.

En caso de transferencias internacionales solo se llevarán a cabo siempre y cuando se ofrezca un nivel de protección equiparable al español y contarán con todas las garantías y medidas para salvaguardar la seguridad de sus datos.

Mantendremos actualizada la información sobre transferencias internacionales que se vayan a realizar en un futuro en nuestra web:

<https://www.medvidapartners.es/politica-de-privacidad/>

Derechos

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

Cualquier persona tiene derecho a conocer si MEDVIDA Partners está tratando datos personales que les conciernan o no.

Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales (**derecho de acceso**) así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos (**derecho de rectificación**) o en su caso, su supresión cuando, entre otros motivos los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos (**derecho de supresión**).

En determinadas circunstancias, los interesados podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso, únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones (**derecho a la limitación del tratamiento**).

En determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos (**derecho de oposición**). MEDVIDA Partners dejará de tratar los datos, salvo que obedezcan a motivos legítimos o el ejercicio o defensa de posibles reclamaciones.

De igual modo, tiene derecho a revocar su consentimiento (**derecho de revocación del consentimiento**). En el caso de que solicite la portabilidad de sus datos a otra entidad aseguradora (**derecho a la portabilidad de los datos**), se podrá realizar, pero siempre y cumplan con los requisitos para que se pueda ejecutar la misma y siempre y cuando la empresa a la cual deben ser comunicados sus datos tenga operativa la plataforma para poder ejecutar la portabilidad (por ejemplo, no se podrán realizar si afectan a datos de salud o se traten de seguros colectivos).

Puede ejercer todos estos derechos a través de la siguiente dirección de e-mail: gdpr.es.petición@medvidapartners.com indicándonos que es lo que necesita en relación con sus datos.

Si prefiere enviarnos su petición por correo ordinario:

MEDVIDA Partners de Seguros y Reaseguros, S.A. (Sociedad Unipersonal)
 Servicio de Atención al Cliente
 Carrera de San Jerónimo nº 21
 28014 Madrid

Por favor, no olvide indicar que se pone en contacto con nosotros en relación con la protección de datos personales.

Si no respondiésemos satisfactoriamente a sus peticiones o quiere presentar una reclamación lo puede hacer a través de email protecciondelcliente@medvidapartners.com o a través de un escrito en el domicilio antes indicado pero dirigido al Área de Protección del Cliente. En todo caso, puede acudir a la agencia española de protección de datos que es la autoridad encargada de velar por el cumplimiento de sus derechos en esta materia. En su página web puede encontrar información adicional y complementaria sobre todos estos derechos, le adjuntamos un link a su página web: <https://www.aepd.es/es>



POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE LA INFORMACIÓN QUE A CONTINUACION SE DETALLA Y, EN EL CASO DE QUE ESTÉ DE ACUERDO, ACEPTÉ LOS DISTINTOS TRATAMIENTOS DE SUS DATOS CONFORME SE INDICA A CONTINUACIÓN:

- Si para la contratación del contrato de seguro es necesario el tratamiento de datos sobre su salud, a través de cumplimentación de un cuestionario de salud o solicitud de seguro, **deberá autorizar el uso de tales datos, dado que de lo contrario no se podrá formalizar su contrato.** Así mismo, **deberá autorizar el uso de sus datos de salud en caso de siniestro, para la tramitación, peritación y liquidación del mismo, dado que de lo contrario no se podrá ejecutar el contrato.**
 - Acepto, conforme a lo anterior, al tratamiento de los datos de salud para la valoración del riesgo (en caso de que exista cuestionario de salud y/o en solicitud de seguro), así como para la ejecución del contrato por la propia aseguradora o a través de un proveedor de MEDVIDA Partners para la tramitación y liquidación del siniestro.
- Si acepta, sus datos podrán ser tratados para remitirle ofertas comerciales de MEDVIDA Partners por medios electrónicos, así como información sobre productos distintos a los contratados por Vd., información sobre las acciones de marketing que MEDVIDA Partners vaya a llevar a cabo de cualquier tipo (entre otras, campañas, proyectos, sorteos, concursos, eventos de cualquier tipo y temática), la realización de encuestas de satisfacción y envío de newsletters (todo ello incluso por medios electrónicos).
 - Acepto el tratamiento de mis datos para recibir ofertas comerciales por medios electrónicos, información sobre productos distintos a los contratados, sobre acciones marketing, realización de encuestas de satisfacción y envío de newsletters (todo ello incluso por medios electrónicos).
- Si acepta, sus datos podrán ser tratados para la elaboración de perfiles con fines comerciales y de marketing con el objeto de conocer sus preferencias y necesidades y, en su caso, y entre otras, adecuar las comunicaciones comerciales, diseñar productos en base de dichas preferencias y necesidades.
 - Acepto el tratamiento de mis datos para la elaboración de perfiles con fines comerciales y de marketing.

El presente contrato se rige por las **CONDICIONES GENERALES**, por las **CONDICIONES PARTICULARES** y por los **anexos y Apéndices** que emita la Entidad Aseguradora, y que, en su conjunto, 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. Igualmente las presentes **CONDICIONES PARTICULARES** son emitidas tomando como base las declaraciones del tomador, el cuestionario médico o en caso de ser así requerido por la compañía aseguradora de acuerdo con las pruebas que se consideren necesarias para una correcta valoración del riesgo.

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: MEDVIDA Partners de Seguros y Reaseguros, S.A. (Sociedad Unipersonal) domiciliada en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 Madrid (España)
MEDIADOR: CAJALMENDRALEJO OBSV S.L., domiciliada en Avda. San Antonio, s/n - 06200 Almodóvar del Campo (Badajoz) - España

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

A los efectos de lo dispuesto en los artículos 122 y siguientes Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, ambos incluidos, el Tomador 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.

El Tomador del Seguro declara expresamente, con su firma al pie del presente documento, recibir junto a estas Condiciones Particulares, las Condiciones Generales, y declara expresamente aceptar y entender todas y cada una de las exclusiones y cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado contenidas en el presente condicionado y resaltadas en letra "negrita", dejando constancia expresa de haberlas examinado detenidamente y de mostrarse plenamente conforme con las mismas.

EL TOMADOR DECLARA CONOCER Y ACEPTAR QUE LAS PRESENTES CONDICIONES PARTICULARES ANULAN Y SUSTITUYEN CUALESQUIERA OTRAS QUE SE HUBIEREN EMITIDO CON ANTERIORIDAD.

Leído y conforme,

Hecho por duplicado, en 11 hojas inseparables expedidas por ambas caras, en MERIDA, a 11 de Abril de 2023

EL TOMADOR/ASEGURADO



LA ENTIDAD ASEGURADORA



D. JAIME KIRKPATRICK
Director General

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA*SEPA Direct Debit Mandate*

Referencia de la orden de domiciliación

Mandate Reference

207253001000042000000018801

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

HUANG LIN

Número de cuenta IBAN del Deudor*Account number - IBAN of the Debtor*

ES19 3001 0042 9842 1001 1787

SWIFT / BIC**Nombre del Acreedor***Creditor's Name*

MEDVIDA Partners de Seguros y Reaseguros, S.A. (Sociedad Unipersonal)

DATOS DEL ACREEDOR**Identificación del Acreedor***Creditor Identifier*

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

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

Nombre de la calle y número*Street Name and number of the Creditor*

CARRERA DE SAN JERÓNIMO, 21

Código postal / Ciudad*Postal Code / City*

28014 MADRID

País*Country*

ESPAÑA-SPAIN

Mediante la firma del presente formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza a MEDVIDA Partners de Seguros y Reaseguros, S.A. (Sociedad Unipersonal) a enviar órdenes a su entidad financiera, para adeudar en su cuenta los importes que se devenguen como consecuencia de este contrato y, asimismo, autoriza a su entidad financiera para cargar en su cuenta los importes debidamente notificados por MEDVIDA Partners de Seguros y Reaseguros, S.A. (Sociedad Unipersonal) 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 MEDVIDA Partners de Seguros y Reaseguros, S.A. (Sociedad Unipersonal) 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 MEDVIDA Partners de Seguros y Reaseguros, S.A. (Sociedad Unipersonal) As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights regarding the mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Tipo de pago: Pago recurrente*Type of payment: Recurrent payment***Lugar***Location***Fecha (DDMMAAAA)***Date (DDMMYYYY)*

11/04/2023

Firma del deudor*Signature of the Debtor***Por favor devolver a:** CARRERA DE SAN JERÓNIMO, 21 - 28014 MADRID*Please, return to Creditor address***Ejemplar para el Acreedor***Creditor copy*



D^a. Juan Manuel Amador Vicente, apoderado de Caja Rural de Almendralejo, Sociedad Cooperativa de Crédito.

CERTIFICA

Que según consta en nuestros archivos, existe en esta entidad cuenta corriente cuya titularidad es de:

HUANG LIN Con DNI: X9439987M

cuyo IBAN y SWIFT son:

IBAN: ES19 3001 0042 98 4210011787

SWIFT: BCOEESMM001

Y para que así conste y surta efectos donde proceda, firma la presente certificación en Mérida a 12 de MAYO de 2023.

Fdo.: Juan Manuel Amador Vicente

