

R09



Dña. Cristina Forné García  
Avda. Generalitat, 121, bajos  
43500- Tortosa  
TARRAGONA

Madrid, a 14 de septiembre de 2011

Estimada Sra. Forné:

Nos ponemos en contacto con usted en relación con su escrito, recibido con fecha 05 de septiembre de 2011, referente a una póliza de protección de pagos contratada a través de Cofidis.

Le informamos que la póliza a la que hace referencia, no consta en nuestra base de datos ya que se trata de un seguro contratado en un inicio con CNP IAM, el cual actualmente no es gestionado por CNP ASSURANCES S.A., SUCURSAL EN ESPAÑA.

No obstante, aunque el producto sobre el que usted nos reclama no pertenece a nuestra compañía, hemos dado traslado de la reclamación a la compañía aseguradora encargada de dar respuesta a este tipo de productos:

ASSURANCE CREDIT MUTUEL  
34 RUE DU WACKEN  
67906- STRASBOURG CEDEX 9  
FRANCE

Esperamos haber podido aclarar sus dudas, no obstante, nuestro Servicio de Atención al Cliente queda a su disposición para cualquier aclaración adicional que estime oportuna en el teléfono 91-524.34.00.

Atentamente,

  
CNP ASSURANCES, S.A. SUCURSAL EN ESPAÑA  
Servicio de Atención al Cliente  
Teléfono: 91 524 34 00

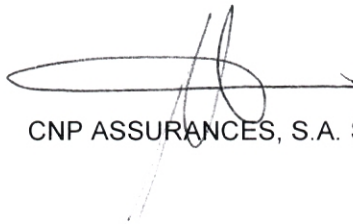


ASSURANCE CREDIT MUTUEL  
PERSONEL  
A L'ATTENTION DE MR. BLOCH  
EQUIPE 5C  
34 RUE DU WACKEN  
67906 STRASBOURG CEDEX 9  
FRANCE

Estimado Sr. Bloch:

Le adjuntamos, para su tramitación, escrito de reclamación de la Sra. Dña. Cristina Forné García, referente a una póliza de protección de pagos que tenía contratada con Cofidis.

Atentamente,



CNP ASSURANCES, S.A. SUCURSAL EN ESPAÑA

CNP SEGUROS

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

C/ OCHADIANO Nº 10 2º

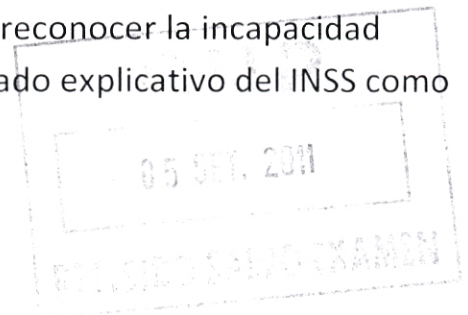
28023 MADRID

En Tortosa, a treinta de agosto de dos mil once

Doña CRISTINA FORNÉ GARCÍA, mayor de edad , con DNI 40929026C, y domicilio a efectos de notificaciones en Tortosa (43500) av Generalitat, nº 121 bajos, mediante el presente escrito formula **RECLAMACIÓN** ante este departamento por los siguientes hechos:

- 1- La señora Forné suscribió una póliza de seguro con CNP IAM por un préstamo efectuado con COFIDIS.
- 2- En dicha póliza se hace referencia a la responsabilidad de esta compañía aseguradora para responder del préstamo en caso de incapacidad total temporal. Se adjunta copia del contrato de préstamo y de la póliza de seguro como **documentos uno y dos.**
- 3- En el caso que nos ocupa, es sabido por esta entidad que la señora Cristina dejó de pagar sus cuotas debido a un grave accidente de tráfico que le provocó secuelas irreversibles.

En un primer momento el INSS le reconoció la incapacidad permanente absoluta. Posteriormente, mediante una revisión de grado, se procedió a reconocerle la incapacidad permanente total. Unos meses después, se le ha vuelto a reconocer la incapacidad absoluta. Se aporta copia de un certificado explicativo del INSS como **documento número tres.**



Por lo que se refiere al seguro suscrito, se establece la cobertura en caso de incapacidad temporal, en caso de fallecimiento y de gran invalidez.

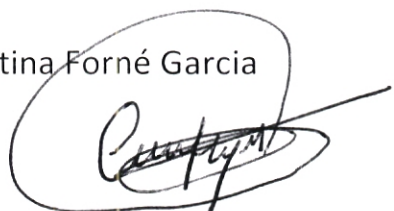
En el caso que nos ocupa, la senyora Forné tiene reconocida una incapacidad permanente absoluta, que, en el baremo de las incapacidades, está por encima de la incapacidad total temporal, pero por debajo de la gran invalidez.

- 4- Que las cláusulas de dicha póliza de segura son amigas y abusivas, puesto que no tiene ningún sentido que cubra una incapacidad total temporal y no cubra la absoluta, siendo ésta última más grave que la anterior.
- 5- Que la entidad COFIDIS interpuso demanda en el juzgado para reclamar las cuotas impagadas, por lo que actualmente le están embargando parte de la pensión que cobra por la incapacidad.

Por todo ello se efectua la presente reclamación, puesto que es obligación de esta compañía de seguros responder de la deuda contraída con cofidis, esperando una respuesta por parte de esta compañía de seguros, pues en el caso contrario me veré obligada a ejercer las acciones judiciales que estime oportunas.

Sin otro particular, se despide atentamente,

Cristina Forné Garcia

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Cristina Forné Garcia', is written over a circular stamp or seal. The signature is fluid and cursive.



El dinero directo  
SRA CRISTINA  
FORNE GARCIA  
2GJ

# SOLICITUD DE SU CRÉDITO

Vidalibre 7635 PM

Ud. Elige la cantidad

<input type="checkbox"/> 600 € 98.832 ptas.	<input type="checkbox"/> 1.200 € 198.883 ptas.	<input type="checkbox"/> 1.800 € 298.485 ptas.	<input type="checkbox"/> 2.400 € 398.328 ptas.	<input type="checkbox"/> 3.000 € 498.158 ptas.
--	---	---	---	---

Ud. Elige la mensualidad

<input type="checkbox"/> 24 €/3.993 ptas.	<input type="checkbox"/> 48 €/7.987 ptas.	<input type="checkbox"/> 72 €/11.980 ptas.	<input type="checkbox"/> 96 €/15.973 ptas.	<input type="checkbox"/> 120 €/19.966 ptas.
<input type="checkbox"/> 30 €/4.992 ptas.	<input type="checkbox"/> 60 €/9.983 ptas.	<input type="checkbox"/> 90 €/14.975 ptas.	<input checked="" type="checkbox"/> 120 €/19.966 ptas.	<input type="checkbox"/> 150 €/24.958 ptas.

No quiero disfrutar de mi dinero ahora, prefiero dejarlo reservado en Cofidis

MA  
67

Fecha 18 de Septiembre de 2002 Ref. Cliente / N. de Vidalibre

300598155

Nº CLA. / CONTRATO  
601 000310809

## DATOS DEL TITULAR 601 000310785 DATOS DEL COTITULAR

1º Apellido FORNÉ  
2º Apellido GARCIA  
Nombre CRISTINA  
N.I.F. 40A2910216C  
Fecha Nacimiento 8-10-84 Lugar GINEBRA  
Nacionalidad ESPAÑOLA  
Teléfono 91771440286 Móvil 639835875  
E-mail \_\_\_\_\_  
Domicilio PASEO MOREIRA  
N.º 12 Planta 3 Piso 2º  
Población TORTOSA  
C.P. 43500 Provincia TARRAGONA

1º Apellido \_\_\_\_\_  
2º Apellido \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
N.I.F. \_\_\_\_\_  
Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_  
Nacionalidad \_\_\_\_\_

### SITUACIÓN PROFESIONAL DEL TITULAR

Profesión ENFERMERA DIPLOMADA  
Empresa CLINICA ALZANERCA S.A.  
Dirección empresa SOLANIM BAYUTG  
CP 43500 Población TORTOSA  
Tel. empresa 9177588200 Extensión \_\_\_\_\_  
Salario neto mensual 195967 en  €  Ptas.  
Antigüedad desde 05/19/91  Fijo  Temporal  
(mes) (año)

### SITUACIÓN PROFESIONAL DEL COTITULAR

Profesión \_\_\_\_\_  
Empresa \_\_\_\_\_  
Dirección empresa \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_  
Tel. empresa \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_  
Salario neto mensual \_\_\_\_\_ en  €  Ptas.  
Antigüedad desde \_\_\_\_\_  Fijo  Temporal  
(mes) (año)

### SITUACIÓN FAMILIAR

Soltero/a  Casado/a  En pareja  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a Hijos a su cargo, N.º \_\_\_\_\_

### VIVIENDA

Propietario sin hipoteca  Propietario con hipoteca  Alquiler  Alojamiento por la empresa  Vivienda de la familia  Hotel, Pensión, Caravana

Resido en mi domicilio desde el año 1973

### GASTOS

Importe total (indicando el tipo de moneda)

Alquiler 116500 en  €  Ptas.  
 Hipoteca \_\_\_\_\_ en  €  Ptas.  
 Préstamo coche \_\_\_\_\_ en  €  Ptas.  
 Tarjetas de crédito 40000 en  €  Ptas.  
 Otros pagos mensuales \_\_\_\_\_ en  €  Ptas.

1. Rellene y firme la solicitud adjunta sin olvidar ningún dato
2. Adjunta toda la documentación necesaria que se indica en el dossier.
3. Introduzca la solicitud y todos los documentos en el sobre adjunto y envíelo a COFIDIS Ronda General Mtra, 126 - 08021 BARCELONA

### DATOS BANCARIOS

Abonará mis mensualidades a través de mi cuenta bancaria que indico seguidamente. Tengo esta cuenta abierta desde el año 1991

ENTIDAD BANCARIA	COFIDIS ESPAÑA, Entidad crediticia Financiera de Crédito, S.A. Ronda General Mtra, 126, 08021 Barcelona
TITULAR CTA. DE CARGO	<u>CRISTINA FORNE GARCIA</u>
ENTIDAD DE CRÉDITO	Banco / Caja <u>LA CAIXA</u> Dirección <u>AVENIDA COLON - VALENCIA</u> Población <u>TORTOSA</u> CP <u>43500</u>
ORDEN DE DOMICILIACIÓN	Entidad <u>2110101211913</u> Oficina <u>0101015339311</u> D.C. _____ Nº de Cuenta _____

### FIRMA DE SOLICITUD Y DOMICILIACIÓN

Acepto la solicitud Vidalibre y me adhiero al seguro opcional (1) que pagará mis mensualidades en caso de incapacidad total, Temporal, Gran Invalidez o Fallecimiento, sin variar mis mensualidades, conforme al punto 7 de las condiciones generales del reverse de este documento, y al seguro de Protección de Tarjetas (2), tras haber tenido conocimiento de sus condiciones, por lo que autorizo el cargo de la prima salvo comunicación escrita en sentido contrario. Muy señores míos. Con cargo a mi cuenta, attentan la presente orden de domiciliación

FIRME AQUÍ [Firma] FIRME AQUÍ [Firma]

ENVIE ESTA HOJA A COFIDIS  
Ronda General Mtra, 126 - 08021 BARCELONA  
Tel. de información permanente: 902 432 432



**CONDICIONES GENERALES Y NOTA INFORMATIVA  
DEL SEGURO OPCIONAL**

Contrato de seguro colectivo nº 9940E 05/08 suscrito por COFIDIS HISPANIA EFC, S.A., Sociedad Unipersonal  
con CNP Assurances (riesgo fallecimiento) y CNP IAM (riesgos de Gran Invalidez, de Incapacidad Temporal y de Pérdida de Empleo) para los  
titulares y/o cotitulares de los créditos concedidos por aquella.

Ref.: Cofidis E 9940E 05/08

COFIDIS HISPANIA EFC, S.A. Sociedad Unipersonal (Ins.16 C.I.F. A-79528246), es Agente exclusivo de CNP Assurances y CNP IAM, inscrita en el Registro de mediadores de seguros con nº de registro **L0411A79528246**. Este contrato, sujeto a la ley española, tiene por finalidad el reembolso de la deuda contraída frente a COFIDIS en caso de fallecimiento o de Gran Invalidez (GI) del Asegurado, o de las cuotas mensuales del crédito debidas por el Asegurado en caso de Incapacidad Temporal (IT) y de Pérdida de Empleo. El Asegurado es el titular y/o el cotitular, según el caso, si cumple con las condiciones de la cláusula 1 siguiente en la fecha de su adhesión, que tomará efecto en la fecha prevista al artículo 2.

**1 - LAS CONDICIONES DE ADHESIÓN**

**Para estar asegurado, usted debe, en la fecha de la firma de la solicitud de adhesión:**

- para beneficiarse de las coberturas **Fallecimiento, Gran Invalidez y Pérdida de Empleo**: tener menos de 65 años;
  - para beneficiarse de la cobertura **Incapacidad Temporal**: tener menos de 65 años y no estar, en el momento de la adhesión, de baja laboral por razones de salud ni haber estado de baja por enfermedad durante más de 30 días consecutivos en los 24 meses anteriores a la adhesión, ni ser titular de una prestación por incapacidad o pensión por invalidez.
- Además, para cada cobertura, Usted deberá, en la fecha del siniestro, cumplir con las condiciones previstas al artículo 5 – OBJETO Y RIESGOS CUBIERTOS.**

**2 - SU SEGURO ENTRARÁ EN VIGOR**, con sujeción al pago de la prima, desde su adhesión. **No obstante, la garantía de Pérdida de Empleo tendrá efectos a partir del 181º día a contar desde la fecha de su adhesión.**  
La adhesión dura un año con una renovación tácita a su vencimiento.

**3 - ÁMBITO TERRITORIAL**

La cobertura **Fallecimiento** se aplica en todos los países del mundo. Las coberturas **Gran Invalidez e Incapacidad Temporal** no se aplican cuando sean consecuencia de enfermedades o accidentes que afectan al Asegurado que no reside en el territorio español. Para los residentes en el territorio español, la solicitud de prestaciones sólo será posible cuando se realice desde el territorio español y de acuerdo con las condiciones siguientes:

- la prestación por **Gran Invalidez** se calculará sobre el importe de la deuda contraída para con COFIDIS por el titular de la cuenta, y liquidada en la fecha de constatación médica en el territorio español, por CNP Assurances;
- la prestación por **Incapacidad Temporal** estará supeditada a la presencia del Asegurado en el territorio español para las constataciones médicas que CNP ASSURANCES considera oportunas. El inicio del período de la franquicia por la cobertura Incapacidad Temporal se producirá el día de constatación médica en el territorio español, por CNP Assurances.

**4 - FINALIZACIÓN DE COBERTURAS**

**El conjunto de las coberturas cesa:**

- en la fecha de cierre de su crédito;
- en la fecha de reembolso total de la línea de crédito a COFIDIS conforme a lo previsto en el contrato de crédito;
- en caso de impago de la prima de seguro;
- en la fecha de rescisión del contrato de seguro colectivo, sea por COFIDIS o sea por CNP Assurances;
- al vencimiento de la cuota mensual del crédito que sigue a la recepción por COFIDIS de su solicitud de rescisión del seguro, remitida por carta certificada y acusé de recibo.

**La cobertura Fallecimiento cesa:**

- en la fecha de su fallecimiento;
- y, en todo caso, en la fecha de su 75º aniversario.

**LAS COBERTURAS GI, IT Y PÉRDIDA DE EMPLEO FINALIZAN**, manteniéndose sin embargo el pago de la prima para el resto de coberturas.

**La cobertura Gran Invalidez (GI) cesa:**

- en la fecha en la que se reconozca la situación de GI, cuando ésta última dé lugar al cobro de la correspondiente prestación;
- y, en todo caso, en la fecha de su 65º aniversario.

**La cobertura Incapacidad Temporal (IT) cesa:**

- en la fecha en que usted cese en toda actividad profesional remunerada o en la fecha de su jubilación o de prejubilación cualquiera sea su causa;
- y, en todo caso, en la fecha de su 65º aniversario.

**La cobertura Pérdida de Empleo cesa:**

- para la Pérdida de Empleo, en la fecha en que finalice su derecho a la prestación por desempleo;
- y, en todo caso, en la fecha de su 65º aniversario.

**5 - OBJETO Y RIESGOS CUBIERTOS**

El objeto de la póliza es la cobertura del riesgo de fallecimiento, Gran Invalidez, Incapacidad Temporal y Pérdida de Empleo.

**Fallecimiento.**

**Gran Invalidez (GI):** Un Asegurado se halla en situación de GI cuando la invalidez le pone en la imposibilidad total y definitiva de ejercer cualquier profesión y como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida cotidiana (desplazarse, lavarse, vestirse, alimentarse).

CN

CNP ASSURANCES - S.A., con un capital de 594 151 292 € completamente desembolsado – 3 41 737 062 RCS Paris y CNP IAM - S.A. con capital de 30 500 000 € completamente desembolsado – 383 024 189 RCS Paris -

Sociedades sometidas al Código de seguros francés – Domicilio social: 4 place Raoul Dautry – 75716 Paris cedex 15 - Francia.

**Incapacidad Temporal (IT):** A los efectos del presente contrato, un Asegurado está en situación de IT cuando a la finalización de un periodo continuado de 90 días sin trabajar (periodo de franquicia) debido a una enfermedad o un accidente, se encuentra en la imposibilidad total y reconocida por un médico de reincorporarse temporalmente a su actividad profesional, aunque ésta sea a tiempo parcial o esté limitada a la instrucción, a la dirección o a la coordinación de sus subordinados.

**Usted deberá, para beneficiarse con la cobertura IT, ejercer una actividad profesional remunerada en la fecha del siniestro.**

**Pérdida de Empleo:** Para beneficiarse con la cobertura por Pérdida de Empleo, usted deberá en la fecha del siniestro, cumplir con cada una de las tres condiciones siguientes:

- 1 - Haberse adherido al seguro desde más de 180 días de antelación en la fecha cuando usted tuvo conocimiento de su despido;
- 2 - Ejercer una actividad asalariada durante 12 meses sin interrupción en el marco de un contrato indefinido;
- 3 - Beneficiarse con las prestaciones por desempleo que paga el Instituto Nacional de Empleo durante 90 días consecutivos (periodo de franquicia).

La Pérdida de Empleo debe ser consecuencia directa de un despido, es decir de una finalización involuntaria por parte del Asegurado de la relación laboral.

**6 - SOLICITUD DE PRESTACIONES** se efectuará al Asegurador a través de COFIDIS, por teléfono o por correo, desde el momento en que se tenga conocimiento del siniestro, en caso de fallecimiento o de GI, y dentro de los 90 días siguientes a la finalización del periodo de franquicia, en caso de IT o de Pérdida de Empleo. COFIDIS le informará de los documentos necesarios a entregar al Asegurador para estudiar su solicitud. CNP Assurances se reserva el derecho de solicitar cuanta documentación adicional sea necesaria a fin de realizar tal estudio y efectuar un control médico. El pago de las prestaciones está subordinado al cumplimiento de estas formalidades. Usted deberá entregar los documentos que justifiquen la prolongación de la situación de IT y de la Pérdida de Empleo, puesto que si no, el Asegurador cesará el pago de las prestaciones.

**7 - LAS PRESTACIONES** se pagarán directamente a COFIDIS.

**EN CASO DE FALLECIMIENTO O DE GI,** el Asegurador reembolsará su deuda para con COFIDIS, liquidada en la fecha del siniestro y correspondiente a las utilidades del crédito anteriores a tal fecha.

**EN CASO DE IT,** el Asegurador pagará las cuotas mensuales de su deuda para con COFIDIS, liquidada en el primer día de IT y correspondiente a las utilidades del crédito anteriores a tal fecha. **El pago de su indemnización empezará tras un periodo de franquicia de 90 días consecutivos desde el primer día de baja laboral y podrá continuar durante 15 meses máximo, siempre y cuando, usted justifique su situación de IT.**

**Usted podrá beneficiarse de nuevas coberturas en las mismas condiciones, en caso de nueva IT si respeta las condiciones estipuladas en la cláusula 5. La duración total de las coberturas sucesivas no podrá, en todo caso, superar la duración máxima de 15 meses. La cobertura cesará en todo caso por los puntos previstos en la cláusula 4.**

Sin embargo, usted se beneficiará con una cobertura por IT mejorada si su situación profesional en la fecha de baja laboral no le permite beneficiarse con la cobertura por Pérdida de Empleo conforme al presente contrato, por no ejercer una actividad asalariada durante 12 meses sin interrupción en el marco de un contrato indefinido.

En este caso, el Asegurador se hace cargo de sus cuotas mensuales, sin limitación de duración, tanto como usted justifique hallarse en situación de IT.

En todo caso, la cobertura cesa en los puntos previstos en la cláusula 4.

En caso de que retome su actividad antes que hayan transcurrido 60 días, la cobertura se reanuda desde la obtención de justificantes que acrediten un mes entero de baja por la misma causa.

**EN CASO DE PÉRDIDA DE EMPLEO,** el Asegurador pagará las cuotas mensuales de su deuda para con COFIDIS, liquidada a la fecha de la carta de despido y correspondiente a las utilidades del crédito anteriores a tal fecha. **El pago de su prestación empezará tras un periodo de franquicia de 90 días consecutivos desde la fecha en que comience a percibir la prestación por desempleo por parte del Instituto Nacional de Empleo y podrá continuar, para cada cobertura, durante 12 meses máximo siempre y cuando usted justifique el cobro de la prestación por desempleo.**

Usted podrá beneficiarse de nuevas coberturas en las mismas condiciones, en caso de nueva Pérdida de Empleo si éstas se producen tras una vuelta a la actividad de al menos 9 meses consecutivos sin interrupción en el marco de un contrato indefinido con un mismo empleador. La duración total de las coberturas sucesivas no podrá, en todo caso, superar la duración máxima de 24 meses. La cobertura cesará en todo caso por los puntos previstos en la cláusula 4.

**En caso de siniestros simultáneos del titular y del cotitular, por causa de IT o de Pérdida de Empleo, la cobertura para el 2º siniestro, una vez transcurrido el periodo de franquicia, no tendrá lugar hasta que la indemnización del 1º siniestro haya cesado. La base de indemnización para el segundo siniestro será la deuda cubierta por el primer siniestro menos las cuotas mensuales vencidas hasta el inicio de la cobertura para el segundo siniestro.**

**8 - COSTE : LA PRIMA DE SEGURO** estará referida al importe del crédito solicitado, así como a la duración del mismo, calculándose como 0,15% del importe financiado multiplicado por el número de meses que dure la misma, con un mínimo de 30 euros. Ejemplo: para un crédito de 900 euros a 25 meses, la prima será  $0,15\% \times 900 \times 25 = 33,75$  euros. La prima será cobrada en un único recibo, independiente de la mensualidad de su crédito, y para toda la duración del mismo.

**9 - LOS RIESGOS SIGUIENTES ESTÁN EXCLUIDOS DEL SEGURO:**

- El suicidio del Asegurado que tenga lugar durante el primer año del seguro cualquiera sea su causa ;
- 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 ;
- Los accidentes aéreos con excepción de los vuelos comerciales ;
- Los riesgos que se produzcan en vehículos a motor en competiciones deportivas ;
- Los efectos directos o indirectos de la explosión, del desprendimiento de calor, de la inhalación o de la irradiación provenientes de la transmutación de núcleos atómicos ;
- Los accidentes ocurridos o enfermedades contraídas o iniciadas con anterioridad a la adhesión al seguro colectivo ;

CNP ASSURANCES - S.A., con un capital de 594 151 292 € completamente desembolsado - 3 41 737 062 RCS Paris y CNP IAM - S.A. con capital de 30 500 000 € completamente desembolsado - 383 024 189 RCS Paris -

Sociedades sometidas al Código de seguros francés - Domicilio social: 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15 - Francia.



➤ Las consecuencias del SIDA o relacionadas con el (HIV positivo, ARC) ;

**ADEMÁS ESTÁN EXCLUÍDOS DE LA COBERTURA POR GI E IT:**

➤ Las lumbalgias, ciáticas, dorsalgias, dolor cervical, sacro coxalgia, cualquiera sea su causa ;

➤ Los accidentes, heridas, enfermedades o mutilaciones, voluntarias o derivadas de hechos voluntarios.

**DE LA COBERTURA POR IT:**

➤ Las curas en establecimiento termal, salvo cuando el Asegurado se beneficie con las prestaciones previstas en el contrato y la cura se adecue al tratamiento específico de la afección que motiva el derecho a la indemnización ;

➤ Los tratamientos relativos a cirugía estética, salvo los que sean consecuencia de un accidente o una enfermedad ;

➤ Las incapacidades surgidas durante la baja legal por maternidad.

**DE LA COBERTURA POR PÉRDIDA DE EMPLEO:**

➤ La finalización del contrato de trabajo por iniciativa del Asegurado o por causas imputables al Asegurado ;

➤ La Pérdida de Empleo a la finalización o durante la vigencia de un contrato de trabajo no indefinido o de un período de prueba o en prácticas, cualquier sea su régimen jurídico ;

➤ El desempleo como consecuencia del despido del Asegurado por un miembro de su familia, por el cotitular, o por una entidad o persona jurídica controlada o dirigida por un miembro de su familia o por el cotitular del crédito ;

➤ La revocación del contrato de trabajo por acuerdo de las partes ;

➤ La finalización del contrato de trabajo por jubilación del Asegurado cualquiera sea su causa ;

➤ El desempleo estacional y el parcial.

**10 - RÉGIMEN FISCAL:** el régimen fiscal aplicable será según la legislación vigente en España.

### **11 - INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN**

Puede usted dirigirse al mediador COFIDIS HISPANIA EFC, S.A.U., Pl<sup>a</sup> de la Pau s/n, Edificio WTC AP1, 08940 Cornellà de Llobregat, Barcelona. También puede usted dirigirse a CNP Assurances: 4 place Raoul Dautry, 75716 Paris cedex 15 Francia, o por correo electrónico a [mediation@cnp.fr](mailto:mediation@cnp.fr), el cual responderá a su reclamación dentro de un periodo de dos meses desde la recepción del correo. Una vez agotadas las instancias de reclamación internas, quedará expedita la vía jurisdiccional civil ordinaria para la solución de las posibles controversias o pueden acudir a la Dirección General de Seguros.

### **12 - AUTORIDAD SUPERVISORA**

La autoridad supervisora de CNP Assurances y CNP IAM es la ACAM – 61, rue Taitbout, 75009 Paris, Francia.

### **13 - INFORMACIÓN ADICIONAL**

#### **DERECHO DE DE DESISTIMIENTO :**

El Asegurado tendrá la facultad unilateral de renunciar por escrito al presente contrato, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de ejecución de su adhesión, mediante envío de carta por correo al mediador COFIDIS HISPANIA EFC, S.A.U. ATT Servicio Consumidor Pl de la Pau s/n, Edificio WTC AP1, 08940 Cornellà de Llobregat, Barcelona, expresando su deseo de revocar el contrato. El asegurado da su autorización al Asegurador a ejecutar el contrato desde el momento de su celebración, sin que haya transcurrido el plazo de revocación regulado en la presente cláusula.

#### **PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

Los datos personales y de salud facilitados se incorporarán al fichero cuyo responsable es CNP Assurances, con domicilio en 4 place Raoul Dautry, París, otorgando su consentimiento expreso para su tratamiento al objeto de gestionar el seguro contratado y pudiendo ser cedidos a otras entidades para los fines directamente relacionados con las funciones para los que recaban. Los datos personales necesarios para el cumplimiento del contrato de seguro tendrán carácter obligatorio. En caso de negativa a facilitar dichos datos, no será posible la celebración del presente contrato de seguro. El Asegurado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición dirigiéndose por escrito junto con copia de su DNI a la sede social de CNP Assurances antes mencionada o bien a través de COFIDIS, Pl. de la Pau s/n, Edif. WTC AP1, 08940 Cornellà de Llobregat, Barcelona (L.O. 15/1999). COFIDIS es mero encargado de tratamiento, al amparo del art. 12 de la LOPD.

#### **FONDO DE GARANTÍA**

El Consorcio de Compensación de Seguros puede indemnizar siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios según las condiciones descritas en la Resolución de la DGSFP de 27/11/2006. El Asegurado, o sus representantes legales, deberá comunicar dentro del plazo de 7 días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro (web : [www.consorseguros.es](http://www.consorseguros.es) , teléfono : 902 222 665).

#### **LENGUA DEL CONTRATO**

Las relaciones contractuales entre las partes del contrato se ejecutarán en la lengua española. Si desea las condiciones generales en otra lengua contacte con COFIDIS.



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE TRABAJO  
E INMIGRACIÓN

SECRETARIA DE ESTADO  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



DIRECCION PROVINCIAL DE  
TARRAGONA

Doc 103

O F I C I O

S/REF.  
N/REF. REV. I.P. Y RECL. PREVIAS FV  
FECHA 21/06/2011 09/509986  
ASUNTO Certificado

CRISTINA FORNE GARCIA  
AV GENERALITAT 87, 3  
43500 TORTOSA

Narciso Martín Sanz, director provincial de este Instituto,

CERTIFICA:

Que, en relación con la pensión de incapacidad permanente absoluta que actualmente percibe, hemos de indicarle:

- Por resolución de 06.10.09 se le reconoció una pensión de incapacidad permanente absoluta (IPA), con fecha de efectos económicos 08.09.09.
- Por revisión de oficio de la IPA, de 10.05.10, se le reconoció una pensión de incapacidad permanente total (IPT) con fecha de efectos 11.05.10
- Por revisión de grado de la IPT, de 09.05.11, se le renoció nuevamente la pensión de incapacidad permanente absoluta con fecha de efectos 06.05.11.

Y, para que conste, expido el presente certificado.

Tarragona, 21 de junio de 2011

Centros de Atención e Información

Avda. Roma, 7 Tarragona	Miquel Alfons, 16 Montblanc	Sant Antoni, 45 Mora d'Ebre	Avda. Paisos Catalans, 36 Reus	Avda. Colón, 16-20 Tortosa	Pl. Torrent del Titit, s/n Valls	Camí Reial, 15-17 El Vendrell
----------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

CORREO ELECTRÓNICO

[www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)

TELÉFONO CONSULTAS GRATUITO

900 16 65 65

DIRECCIÓN PROVINCIAL

Rambla Nova, 84  
43071 TARRAGONA  
TEL.: 977 25 96 25 FAX.: 977 25 96 37

CNP SEGUROS. DEP. ATENCIÓN CLIENTE  
C/ OCHO DIANO 1010 20  
28023 MADRID

CNP SEGUROS  
05 SEP 2011  
MADRID



FIRMA

FRANQUEO PAGADO EN OFICINA  
4350001  
CORREOS  
- 2 SEP. 2011  
TORTOSA  
España



CERTIFICADO