

SEGUROS DE PROTECCIÓN DE PAGOS MEDIADOS POR CELERIS.

Aquellos clientes que hayan suscrito un seguro opcional de protección de pagos mediado por CELERIS, pueden acceder a través de esta página a las condiciones generales, particulares y especiales aplicables a cada uno de ellos, y que incluyen las correspondientes coberturas y exclusiones:

- Seguro de Protección de Pagos “GARANTÍA ESENCIAL v.1”.
- Seguro de Protección de Pagos “GARANTÍA INTEGRAL v.1”.
- Seguro de Protección de Pagos “GARANTÍA PLUS v.1”.
- Seguro de Protección de Pagos “FÓRMULA BÁSICA v.1”.
- Seguro de Protección de Pagos “FÓRMULA PLUS v.1”.
- Seguro de Protección de Pagos “GARANTÍA BÁSICA. v.1”

CERTIFICADO DEL CONTRATO DE SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS - "GARANTÍA ESENCIAL".

1. Partes del contrato

Asegurador: Las Compañías aseguradoras son Financial Insurance Company Limited Spain Sucursal en España y Financial Assurance Company Limited Spain Sucursal en España (en adelante, conjuntamente, GENWORTH), registradas en Inglaterra y sujetas a la supervisión de la Financial Services Authority (FSA), y con domicilio social en la calle Luchana 23, 5ª (28010) Madrid.

Suscriptor del seguro: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C.

Tomador / Asegurado: Es la persona física que satisface las condiciones de adhesión e incorporación a la póliza firmada entre La Compañía y el Suscriptor y es el primer titular de un contrato financiero, siempre que sea mayor de dieciocho años, menor de ochenta en la fecha de finalización de la cobertura, y tenga residencia permanente en el territorio español.

Mediador: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C., como operador de banca-seguros vinculado.

Beneficiario: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C. y los herederos legales del Tomador/Asegurado. Se declara expresamente que la designación del beneficiario es irrevocable.

Pensión: Se considera a estos efectos como la pensión concedida por (i) jubilación : jubilación ordinaria, anticipada al ser mutualista, anticipada sin tener esta condición, anticipada debido a la realización de actividades penosas, tóxicas e insalubres, anticipada por discapacidad, parcial, y especial a los 64 años. (ii) incapacidad permanente: total, parcial, absoluta y gran invalidez. (iii) por fallecimiento, viudedad, orfandad y en favor de familiares.

2. Legislación aplicable

El presente contrato se rige por la Ley del Contrato de Seguro 50/1980 de 8 de octubre, por el Texto Refundido de la Ley de ordenación y supervisión de seguros privados, aprobado por Real Decreto 6/2004, de 29 de octubre y su Reglamento de desarrollo, así como por cualquier modificación y adaptación que dicha normativa pueda sufrir. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, se informa que el Asegurador está sujeto a la supervisión y control de Financial Services Authority y debidamente autorizado para operar en España en régimen de derecho de establecimiento.

3. Riesgos garantizados

Fallecimiento por accidente: a todos aquellos titulares de un Contrato Financiero amparado por la presente póliza, que no hayan alcanzado la edad de 80 años.

4. Cobertura

Fallecimiento por accidente: Se garantiza el pago de cinco veces el saldo pendiente del contrato financiero en el momento del siniestro. Dicho pago se aplicará para:

1. cancelar el importe del saldo pendiente que tenga el Tomador/Asegurado con Celeris , y
2. abonar hasta cuatro veces dicho importe a los herederos legales del Tomador/Asegurado.

En todo caso, el importe máximo de la cuota de reembolso será de 40.000€.

5. Condiciones de Adhesión e Incorporación

El Asegurado adquirirá la condición de tal a efectos de esta Póliza, siempre y cuando:

- Haya contratado un préstamo con la entidad Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C.
- Sea mayor de 18 años y no haya alcanzado la edad de 80 años en la fecha de finalización de la cobertura, y tenga residencia permanente en el territorio español.
- En el momento de su adhesión a la Póliza Colectiva sea una persona que esté percibiendo una pensión por parte de la Administración General del Estado español.

6. Prima (impuestos y recargos legales incluidos)

7% sobre el importe del préstamo solicitado.

Estas tasas podrán verse modificadas en función de la variación de los impuestos y recargos legales que son de aplicación.

7. Inicio y duración de la cobertura

La fecha de efecto o inicio de la Cobertura de este Contrato de Seguro para cada Tomador / Asegurado se producirá en el momento en que, tras la firma por el mismo del Contrato Financiero y el Boletín / Solicitud de Adhesión al Seguro o aceptación del mismo por vía telefónica, la prima haya sido pagada y se cumplan los criterios de elegibilidad del seguro. El vencimiento del Seguro se producirá para cada Tomador / Asegurado cuando venza el contrato financiero al que está vinculado. En todo caso, el contrato de seguro, con independencia de la duración del contrato financiero, tendrá una duración máxima de 72 meses.

8. Definiciones y exclusiones

Quedan cubiertas las siguientes garantías:

- **FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE** del Asegurado, salvo cuando:

1. se produzca por suicidio del Asegurado ocurrido dentro del primer año contado desde la fecha de toma de efecto del contrato;
2. Las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol en la sangre, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente.
3. Las derivadas de la participación del Asegurado en carreras de vehículos a motor y las que resulten de la práctica de cualquier deporte profesional y las ocasionadas por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente y, en cualquier caso, los derivados del uso de motocicletas, sea como conductor o como ocupante, y las acaecidas durante viajes submarinos o de exploración, así como los de aviación, excepto como pasajeros de líneas comerciales, y en general todas aquellas ocurridas como consecuencia de la participación del Asegurado en todo acto notoriamente peligroso (excepto si se trata de salvar una vida humana). Las causadas por terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, radiación nuclear o contaminación radiactiva, guerras, declaradas o no y fenómenos de carácter terrorista así como cualquier otro fenómeno de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario.

9. Devolución de la prima no consumida calculada según la regla de devengo del 78:

El Asegurado tiene derecho a resolver el seguro sin penalización alguna durante el plazo de un mes desde su contratación. Transcurrido dicho plazo de un mes, en caso de cancelación del contrato financiero, se devolverá la parte de prima no consumida en base a la siguiente fórmula

$$P \cdot \frac{R(R+1)}{T(T+1)} - A$$

Donde:

P = Prima antes de impuestos, cargas y gravámenes que sean de aplicación

R = Número de meses restantes hasta la finalización del contrato de seguro

T = Duración del contrato de seguro en meses

A = 10 % en concepto de gastos de administración

10. Siniestros

En caso de ocurrir algún siniestro el asegurado debe comunicarlo al teléfono 902 109 171 en el plazo máximo de 30 días desde que tuvo conocimiento del mismo. El asegurado deberá aportar la documentación acreditativa del siniestro que le exija la compañía aseguradora.

11. Reclamaciones

Los asegurados disponen de un servicio cuyo teléfono es 902 109 171 al que pueden dirigirse para cualquier consulta o reclamación. Asimismo podrán presentar sus quejas y reclamaciones por escrito dirigidas al Servicio de Atención al Cliente de las Compañías (Calle Luchana 23, 5ª Planta 28010 Madrid, e-mail: atencion.cliente@genworth.com), que resolverá las mismas en un plazo máximo de dos meses. En caso de no obtener respuesta de la Compañía en el mencionado plazo, o en el supuesto de que su queja o reclamación sea denegada por ésta última, los Asegurados podrán acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para la admisión y tramitación de la queja o reclamación ante dicho Comisionado, el Asegurado deberá acreditar haber acudido con anterioridad al Departamento de Atención al Cliente de la Compañía. En cualquier caso, los Asegurados podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en la Ley 60/2003 de Arbitraje, o acudir ante los jueces y tribunales competentes.

12. Protección de Datos

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, GENWORTH le informa que los datos personales que se proporcionen como consecuencia de este contrato y aquellos otros obtenidos durante la relación contractual, serán incorporados a un fichero titularidad de esta entidad, con la finalidad de gestionar el desarrollo y ejecución del contrato de seguro y cualesquiera otros servicios que se soliciten posteriormente.

Los asegurados expresamente autorizan a utilizar aquellos datos de salud, o de naturaleza sensible, a los que GENWORTH acceda, para la adecuada gestión desarrollo y ejecución de los servicios objeto de la presente relación contractual. Asimismo, éstos prestan su consentimiento para que sus datos puedan ser cedidos a ficheros comunes para la liquidación de siniestros y para la prevención del fraude en el sector asegurador, y a otras compañías aseguradoras para el coaseguro o reaseguro del riesgo, así como a médicos internos o externos para la correcta valoración del siniestro. En el caso de que los datos personales no sean facilitados directamente por su titular, la persona o entidad encargada de suministrarlos se responsabiliza de haber recabado el consentimiento de los afectados para su comunicación a GENWORTH así como de haberle informado del contenido de la presente cláusula. El asegurado consiente y autoriza expresamente la cesión de los datos personales facilitados a GENWORTH, incluyendo los relativos a salud, a las compañías subsidiarias del grupo Genworth Financial Inc y Genpact Internacional identificadas en la póliza de seguro, cuyas condiciones el asegurado declara conocer, para la tramitación de esta póliza de seguro, o cualquier otra póliza que el asegurado solicite, gestión de reclamaciones y prevención del riesgo. Del mismo modo, el asegurado es informado que, por motivos de externalización de funciones de soporte de las tecnologías de la información, sus datos van a ser almacenados en dichas compañías prestando su consentimiento inequívoco para que tenga lugar dicha transferencia internacional de datos. Por último, informamos de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida a GENWORTH a la dirección indicada previamente, incluyendo en la comunicación la referencia "Protección de Datos Personales".

13. Cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente. Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones: (a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora. (b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros. El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros. En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que esta disponible en la página «Web» del Consorcio (www.consorseguros.es), o en las oficinas de este o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera. Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

14. Firma de las Partes

El Tomador / Asegurado declara y reconoce mediante la suscripción del presente documento, que ha recibido las Condiciones Generales y Especiales, y Particulares que integran esta Póliza de Seguro de Protección de Pagos, manifestando así su conocimiento y conformidad con las mismas. Igualmente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de la ley 50/80 de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro, y como pacto adicional a las Condiciones Particulares, el Tomador / Asegurado manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas del presente contrato y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos. Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y plena aceptación de las mismas, el Tomador / Asegurado lo rubrica con su firma a continuación. Para la correcta ejecución y tramitación de su póliza le rogamos se sirva remitir copia firmada de este documento a la compañía aseguradora a través de: FAX: 902 108 060 o E-mail: recepcion.documentacion@genworth.com

El Tomador / Asegurado reconoce expresamente haber recibido del Asegurador, con carácter previo a la formalización de este contrato de seguro, la oportuna información relativa a la legislación aplicable al contrato de seguro, las diferentes instancias de reclamación, el Estado miembro del domicilio del Asegurador y su autoridad de control, la denominación social, dirección y forma jurídica del Asegurador, así como la información mínima prevista en la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

EL TOMADOR / ASEGURADO

LA COMPAÑÍA



Fdo.

D/ña:DNI/NIF

CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES Y ESPECIALES DEL CONTRATO DE SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS - "GARANTÍA INTEGRAL".

1. Partes del contrato

Asegurador: Las Compañías aseguradoras son Financial Insurance Company Limited Spain Sucursal en España y Financial Assurance Company Limited Spain Sucursal en España (en adelante, conjuntamente, GENWORTH), registradas en Inglaterra y sujetas a la supervisión de la Financial Services Authority (FSA), y con domicilio social en la calle Luchana 23, 5ª (28010) Madrid.

Suscriptor del seguro: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C.

Tomador / Asegurado: Es la persona física que satisfice las condiciones de adhesión e incorporación a la póliza firmada entre La Compañía y el Suscriptor y es el primer titular de un contrato financiero, siempre que sea mayor de dieciocho años, menor de sesenta y cinco exceptuando para la garantía de Fallecimiento que se amplía hasta los ochenta años (en la fecha de finalización de la cobertura) y para las garantías de Desempleo e Incapacidad Temporal esté trabajando, ya sea por cuenta ajena o como profesional autónomo, en territorio español de forma remunerada desde hace más de 6 meses, con un mínimo de 13 horas semanales, encontrándose en situación de alta en la Seguridad Social (régimen general o RETA, según corresponda), Mutualidad, Montepío o institución análoga que la legislación determine y, en caso de ser trabajador por cuenta ajena con contrato laboral indefinido no sabe, o debería saber, que va a ser cesado de su puesto de trabajo. Para adquirir la condición de Tomador / Asegurado es necesario que en el momento de la contratación del Seguro no padezca defecto físico, secuela, o enfermedad crónica física y/o mental (incluida epilepsia o enajenación mental) ni esté en situación de Incapacidad Temporal o lo haya estado durante más de 15 días consecutivos durante los doce meses anteriores a la fecha de efecto del seguro, ni sea titular de una prestación por invalidez en dicha fecha.

Mediador: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C., como operador de banca-seguros vinculado.

Beneficiario: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C. Se declara expresamente que la designación del beneficiario es irrevocable.

2. Legislación aplicable

El presente contrato se rige por la Ley del Contrato de Seguro 50/1980 de 8 de octubre, por el Texto Refundido de la Ley de ordenación y supervisión de seguros privados, aprobado por Real Decreto 6/2004, de 29 de octubre y su Reglamento de desarrollo, así como por cualquier modificación y adaptación que dicha normativa pueda sufrir. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, se informa que el Asegurador está sujeto a la supervisión y control de Financial Services Authority y debidamente autorizado para operar en España en régimen de derecho de establecimiento.

3. Riesgos garantizados

- **Fallecimiento** a todos aquellos titulares de un Contrato Financiero amparado por la presente póliza, que no hayan alcanzado la edad de 80 años.

- **Incapacidad Permanente y Absoluta** a todos aquellos titulares de un Contrato Financiero amparado por la presente póliza que no hayan superado la edad de 65 años.

- **Desempleo** a aquellos titulares de un Contrato Financiero amparado por la presente póliza que mantengan una Relación Laboral por cuenta ajena de carácter indefinido durante un mínimo de trece horas semanales durante un período continuado de, al menos, seis meses inmediatamente antes de la fecha de inicio del Desempleo así como aquellos trabajadores fijos discontinuos que hubieren sido despedidos de manera improcedente durante el período de efectividad de su contrato. **Quedan excluidos los funcionarios dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas y el personal con contrato indefinido mientras se encuentren en el período de prueba de contrato, si existiera.** La edad máxima para tener acceso a esta cobertura es de 65 años.

- **Incapacidad Temporal por enfermedad o accidente** a aquellos titulares de un Contrato Financiero amparado por la presente póliza que tengan un contrato laboral de duración determinada, los trabajadores autónomos, así como los funcionarios y el personal laboral dependiente de cualquiera de las Administraciones Públicas, así como a los trabajadores fijos discontinuos en el período en que carezcan de ocupación efectiva. La edad máxima para tener acceso a esta cobertura es de 65 años.

- **Enfermedades Graves** a aquellos titulares de un Contrato Financiero amparados por la presente póliza, que tengan una Relación laboral menor de 13 horas a la semana o ningún tipo de relación laboral, y no hayan alcanzado la edad de 65 años.

- **Hospitalización** a aquellos titulares de un Contrato Financiero amparados por la presente póliza, que tengan una Relación laboral menor de 13 horas a la semana o ningún tipo de relación laboral. La edad máxima para tener acceso a esta cobertura es de 65 años.

El pago de la prestación a un Asegurado por una de las garantías de Incapacidad Temporal, Desempleo u Hospitalización excluye el pago simultáneo por cualquier otra garantía.

4. Cobertura

- **Fallecimiento, Enfermedades Graves o de Invalidez Permanente y Absoluta del Asegurado:** Se garantiza el pago del saldo pendiente del contrato financiero amparado en la presente póliza. **En todo caso, el importe máximo de la cuota de reembolso será de 30.000 Euros.**

- **Hospitalización del Asegurado:** Se garantiza al beneficiario el pago de las cuotas de reembolso que se rigen por medio de la presente póliza, en todos los supuestos en los que el asegurado permanezca hospitalizado más de siete días consecutivos. En caso de permanecer el asegurado hospitalizado por un período superior a treinta días, se pagará adicionalmente al beneficiario una cantidad equivalente a la cuota de amortización por cada treinta días consecutivos en que se encuentre el asegurado en situación de hospitalización, con un **máximo de 12 prestaciones consecutivas y 24 alternas y con un límite en el importe de la cuota de reembolso de 901 Euros.**

- **Incapacidad Temporal o Desempleo del Asegurado:** Se garantiza al beneficiario el pago de las cuotas de reembolso de los distintos créditos que se rigen por medio de la presente póliza, por cada treinta días consecutivos en que se encuentre el asegurado en situación de desempleo o incapacidad temporal en función del riesgo garantizado **con un máximo de 12 prestaciones consecutivas y 24 alternas y con un límite en el importe de la cuota de reembolso de 901 Euros.**

5. Prima (impuestos y recargos legales incluidos)

10, 50% sobre el importe del préstamo personal otorgado por Celeris al Tomador / Asegurado. Esta tasa podrá verse modificada en función de la variación de los impuestos y recargos legales que son de aplicación.

6. Inicio y duración de la cobertura

La fecha de efecto o inicio de la Cobertura de este Contrato de Seguro para cada Tomador / Asegurado se producirá en el momento en que, tras la firma por el mismo del Contrato Financiero con Celeris y el Boletín / Solicitud de Adhesión al Seguro o aceptación del mismo por vía telefónica, la prima haya sido pagada y se cumplan los criterios de elegibilidad del seguro. El vencimiento del Seguro se producirá para cada Tomador / Asegurado cuando venza el contrato financiero al que está vinculado. En todo caso, el contrato de seguro, con independencia de la duración del contrato financiero, tendrá una duración mínima de 3 meses y máxima de 72 meses.

7. Plazo entre siniestros

En caso de producirse situaciones de desempleo subsiguientes al primer desempleo, se procederá al pago de nuevas prestaciones **únicamente si el asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral de carácter indefinido por un período mínimo de seis meses.**

En caso de enfermedad y/o accidente, si se produjeran situaciones de Incapacidad Temporal subsiguientes a la primera, se pagarán nuevas prestaciones **siempre que el asegurado haya estado trabajando seis meses desde el fin de la última Incapacidad Temporal si el siniestro se ha producido por la misma causa de la primera incapacidad o de un mes si se trata de una causa distinta.** La carencia sólo será de aplicación cuando se hayan agotado el número máximo de prestaciones consecutivas; Si no se han agotado, no habrá período de carencia y el asegurado tendrá derecho a percibir las prestaciones

que resten hasta alcanzar el número máximo.

En caso de enfermedad y/o accidente, si se produjeran situaciones de Hospitalización subsiguientes a la primera, se pagarán nuevas prestaciones **si se trata de una causa distinta.** La carencia solo será de aplicación cuando se hayan agotado el número máximo de prestaciones consecutivas; Si no se han agotado, no habrá período de carencia y el asegurado tendrá derecho a percibir las prestaciones que resten hasta alcanzar el número máximo.

8. Carencia

La ocurrencia de un siniestro no generará derecho alguno a indemnización, presente o futura, para el asegurado **los dos primeros meses de cobertura para el desempleo y del primer mes para la Incapacidad Temporal y Hospitalización.** No hay carencia para las coberturas de Fallecimiento, Enfermedades Graves e Incapacidad Permanente y Absoluta. Tampoco habrá carencias en el caso de Incapacidad Temporal o de Hospitalización derivada de un accidente.

9. Definiciones y exclusiones

Quedan cubiertas las siguientes garantías:

- **FALLECIMIENTO** del Asegurado, salvo cuando se produzca **por suicidio del Asegurado ocurrido dentro del primer año contado desde la fecha de toma de efecto del contrato; si el fallecimiento se produjere como consecuencia de una enfermedad o patología preexistente al inicio de la cobertura para cada Tomador / Asegurado; o por cualquiera de las circunstancias descritas bajo el apartado "Exclusiones" en la cobertura de Incapacidad Temporal.**

- **INCAPACIDAD PERMANENTE Y ABSOLUTA** entendiéndose por tal la situación física sobrevenida que inhabilite por completo al Asegurado para la realización de todo trabajo, profesión u oficio. Dicha situación deberá ser diagnosticada por un médico de la Seguridad Social o asimilado. Si fuera previsible una dilación en la emisión de dicho dictamen, podrá diagnosticarla un facultativo designado por la compañía aseguradora. Quedan excluidos de la cobertura por incapacidad permanente absoluta los siniestros que resulten de: **a) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Asegurado; b) Las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol en la sangre, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente; c) Cualquier enfermedad, dolencia, lesión o estado incluyendo el SIDA y el VIH, (o las enfermedades que deriven de estos), cuando el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento con anterioridad al inicio de la cobertura de presente Póliza; d) Las causadas por terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, radiación nuclear o contaminación radiactiva, guerras, declaradas o no y fenómenos de carácter terrorista así como cualquier otro fenómeno de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario; e) Las derivadas de la participación del Asegurado en carreras de vehículos a motor y las que resulten de la práctica de cualquier deporte profesional y las ocasionadas por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente y, en cualquier caso, los derivados del uso de motocicletas, sea como conductor o como ocupante, y las acaecidas durante viajes submarinos o de exploración, así como los de aviación, excepto como pasajeros de líneas comerciales, y en general todas aquellas ocurridas como consecuencia de la participación del Asegurado en todo acto notoriamente peligroso (excepto si se trata de salvar una vida humana); f) Las derivadas de cualquiera de las situaciones excluidas para la cobertura de Incapacidad Temporal.**

- **ENFERMEDADES GRAVES** se entiende exclusivamente como el diagnóstico, por un médico especialista y según las condiciones descritas posteriormente, de una de las siguientes enfermedades: **a) Cáncer:** Todo tumor de desarrollo anárquico que invade, sin respetarlos, los límites de su tejido original así como los tejidos próximos y que puede propagar metástasis a distancia. **b) Infarto de miocardio:** Muerte de una parte variable del músculo cardíaco por anoxia (isquemia total). Para confirmar esta necrosis es necesario disponer de la confirmación por un cardiólogo especialista de la presencia de acinesia o de discinesia a través de una eco cardiografía o de otro método de representación gráfica cardíaca reconocido, contemporáneo.

c) Enfermedades de las arterias coronarias que requieran cirugía mayor: Toda afección coronaria que requiera una intervención a tórax abierto para eliminar la obstrucción o evitar las arterias coronarias estrechadas. **d) Accidente cerebro-vascular:** Todo episodio de isquemia por ruptura o por trombosis o por embolia de una arteria cerebral dando lugar a secuelas neurológicas permanentes. Los accidentes isquémicos transitorios no están cubiertos. La permanencia del daño neurológico deberá certificarse por un médico neurólogo especialista, no antes de 6 meses desde dicho accidente cerebro-vascular. **e) Insuficiencia renal Terminal:** Toda deficiencia irreversible y terminal de la función renal que requiera una hemo-dialisis o un trasplante de riñón o ambas cosas sucesivamente. La necesidad de una diálisis continua deberá certificarse por un médico nefrólogo especialista. **f) Trasplante de órgano:** Todo trasplante o inscripción sobre una lista oficial de trasplante de uno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, riñón, hígado, páncreas. Los trasplantes de médula hemopoética para afecciones no malignas están cubiertos.

No se considerarán Enfermedad Grave los siniestros que resulten de cualquiera de las siguientes circunstancias: **a) Accidentes isquémico transitorio o isquemia cerebro-vascular, b) Estadio 1 de la enfermedad de Hodgkin, tumores de ovarios de malignidad "borderline", c) Para cirugía bypass coronario: angioplastia, laser, etc. d) Enfermedad preexistente al inicio de la cobertura, e) Consecuencia del consumo de drogas, alcohol.**

- **HOSPITALIZACIÓN:** entendiéndose por tal a los efectos de este contrato, **todos los supuestos en los que el asegurado permanezca hospitalizado más de siete días consecutivos.** Las exclusiones indicadas para las coberturas de Incapacidad Absoluta y Permanente e Incapacidad Temporal, son comunes asimismo para la Hospitalización.

- **DESEMPLEO** entendiéndose por tal a los efectos de este contrato, la situación en que se encuentra el asegurado cuando

A) Se extingue su relación laboral:

- Por despido improcedente

- En virtud de expediente de regulación de empleo (excepto en los casos en los que el Asegurado se adhiera voluntariamente al mismo) o despido colectivo,

- Por muerte o incapacidad de su empresario individual

- Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas económicas, técnicas, organizativas o de producción, de conformidad con el apartado c del artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores.

- Por resolución voluntaria por parte del Asegurado ante las situaciones previstas en los artículos 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones substanciales de las condiciones de trabajo) y 50 (extinción por incumplimiento del empleador) del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo).

B) Se suspende la relación laboral en virtud de expediente de regulación de empleo o e reduzca a la mitad, al menos, la jornada de trabajo por dicha causa.

Esta garantía comienza a contar a partir de la fecha efectiva de la prestación por Desempleo realizada por el Servicio de Empleo Público Estatal u organismo competente, sin perjuicio del período de carencia y período mínimo en situación de desempleo establecidos en la póliza y finalizará en el momento en que el trabajador comience una nueva relación laboral, con la excepción reflejada en el siguiente párrafo.

En el supuesto en que el Asegurado no haya percibido el límite máximo de prestaciones consecutivas, y comience una relación laboral de carácter temporal de duración inferior a 6 meses, el pago de la prestación se interrumpirá y se reanudarà una vez finalice la relación laboral de carácter temporal hasta alcanzar dicho límite máximo, siempre y cuando el pago de las prestaciones se devengue dentro de los doce meses siguientes a la fecha del desempleo que originó el pago de la primera prestación.

No se considera desempleo la situación en que se encuentra el trabajador: a) Cuando la finalización del contrato de trabajo se deba a un despido declarado legalmente procedente o baja voluntaria, excepto si se trata de un despido procedente basado en causas objetivas económicas, técnicas, organizativas o de producción, de conformidad con el apartado c del artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores; b) Cuando cesen voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo) o c cuando el Tomador/ Asegurado se acoja voluntariamente a un Expediente de Regulación de Empleo; c) Cuando el contrato de trabajo finalice por jubilación del Tomador/ Asegurado o por jubilación del empleador, cualquiera que sea su causa; d) Cuando el despido es comunicado al Tomador/ Asegurado con anterioridad a la contratación del seguro o dentro de los plazos de carencia o éste se produzca dentro del periodo de prueba de un contrato indefinido, si existiera; e) El paro parcial y los contratos de trabajo fijos de carácter discontinuo, en los periodos en que carezcan de ocupación efectiva; f) Los despidos sin derecho a prestación por parte del Servicio Público de Empleo Estatal u organismo competente o aquéllos cuya indemnización sea menor del 50% de la legalmente establecida; g) Cuando hayan sido despedidos y no reclamen en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato o despido basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo) en cuyo caso no sería necesaria dicha reclamación; h) 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; i) Cuando no hayan solicitado el reingreso al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador o se estuviera en excedencia y venciera el periodo fijado para la misma; j) Si el Tomador / Asegurado rechaza, dentro de su ámbito geográfico, un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario que esté acorde con su formación y previa experiencia; k) Si el Desempleo se produce después de que el Tomador / Asegurado haya alcanzado la edad legal de jubilación con respecto a la actividad que llevaba a cabo, y reúne todos los requisitos legales necesarios para acceder a la pensión de jubilación; l) 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 de contrato; m) Cuando la relación laboral del asegurado fuera con una empresa propiedad de su ámbito familiar 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 afinidad fuera socio o 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; n) Cuando su contrato se extinga por expiración del tiempo convenido y/o finalización de la obra o servicio objeto del contrato.

10. INCAPACIDAD TEMPORAL entendiéndose por tal a los efectos de este contrato la situación física temporal motivada por enfermedad o accidente determinante de la incapacidad del asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral. Dicha enfermedad o accidente deben producirse cuando el asegurado esté trabajando de forma remunerada en España. La Incapacidad Temporal debe ser diagnosticada, tanto en su causa como en la incapacidad que genera para el Asegurado, por el médico competente de la Seguridad Social o asimilado. El derecho a percibir las prestaciones del contrato de seguro cesará cuando el asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo, aún de manera parcial, o cuando su estado pase a ser de incapacidad permanente. Esta garantía comenzará a contar desde la certificación de la incapacidad por el médico competente de la Seguridad Social o asimilado, sin perjuicio del periodo de carencia y periodo mínimo en situación de incapacidad temporal establecidos.

No se considerarán Incapacidad Temporal los siniestros que resulten de: a) Los accidentes ocurridos antes de la entrada en vigor o enfermedades preexistentes a dicha entrada en vigor. Se entiende por enfermedad preexistente toda dolencia, enfermedad o lesión previamente diagnosticada o tratada médicamente o puramente sintomática, iniciada o contraída con anterioridad a la fecha de efecto de esta póliza; b) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Tomador / Asegurado; c) Las producidas cuando el Tomador / Asegurado se encuentre en estado de enajenación o perturbación mental, en estado de sonambulismo o cuando la Incapacidad Temporal derive de una enfermedad o afección cerebrovascular o estado de epilepsia; d) Las producidas como consecuencia de una situación de desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa, así como los derivados de una actuación delictiva del Tomador / Asegurado, declarada judicialmente; e) Las producidas cuando el Tomador / Asegurado se encuentre en estado de embriaguez, esto es, cuando el grado de alcoholemia sea superior al establecido por la normativa en materia de tráfico y circulación de vehículos a motor vigente en el momento del accidente o bajo los efectos de drogas tóxicas o estupefacientes, fármaco y/o tratamiento que no le hubiera sido prescrito o administrado por un médico; f) Los periodos de descanso obligatorio y voluntario que procedan por maternidad o paternidad. No se encuentran excluidos los siniestros motivados por complicaciones en caso de embarazo, parto o aborto.; g) Dolores de espalda y cuello (tales como cervicalgia, dorsalgia o lumbalgia), salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammografías, scanners, T.A.C., etc.) que acrediten la existencia de una lesión o enfermedad y que sean causantes de la Incapacidad Temporal; h) Enfermedades psiquiátricas, cefaleas y enfermedades mentales nerviosas, incluidas la depresión, el estrés y afecciones similares aún cuando existan evidencias médicas; i) Las causadas por terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, radiación nuclear o contaminación radiactiva, guerras, declaradas o no, y fenómenos de carácter terrorista así como cualquier otro fenómeno de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario; j) Las derivadas de la participación del Tomador/ Asegurado en carreras de vehículos a motor y las que resulten de la práctica de cualquier deporte profesional o deporte considerado de riesgo y las ocasionadas por la conducción de vehículos a motor si el Tomador/ Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente y, en cualquier caso, los derivados del uso de motocicletas, sea como conductor o como ocupante, y las acaecidas durante viajes submarinos o de exploración, así como los de aviación, excepto como pasajeros de líneas comerciales, y en general todas aquellas ocurridas como consecuencia de la participación del Tomador/ Asegurado en todo acto notoriamente peligroso (excepto si se trata de salvar una vida humana); k) Las provocadas voluntariamente por el asegurado.

10. Devolución de la prima no consumida calculada según la regla de devengo del 78: El Asegurado tiene derecho a resolver el seguro sin penalización alguna durante el plazo de un mes desde su contratación. Transcurrido dicho plazo de un mes, en caso de cancelación del contrato financiero, se devolverá la parte de prima no consumida en base a la siguiente fórmula

Donde:
$$P_0 \cdot \frac{R(R+1)}{T(T+1)} - A$$

P = Prima antes de impuestos, cargas y gravámenes que sean de aplicación
R = Número de meses restantes hasta la finalización del contrato de seguro
T = Duración del contrato de seguro en meses
A = 10 % en concepto de gastos de administración

11. Siniestros
En caso de ocurrir algún siniestro el asegurado debe comunicarlo al teléfono 902 109 171 en el plazo máximo de 1 mes desde que tuvo conocimiento del mismo. El asegurado deberá aportar la documentación acreditativa del siniestro que le exija la compañía aseguradora. La compañía podrá exigir en cualquier momento la documentación acreditativa de que el asegurado continúa en situación de desempleo o incapacidad temporal. No se pagarán prestaciones mensuales adicionales si dicha documentación no se entrega en el plazo de sesenta días desde que fue requerida.

12. Reclamaciones

Los asegurados disponen de un servicio cuyo teléfono es 902 109 171 al que pueden dirigirse para cualquier consulta o reclamación. Asimismo podrán presentar sus quejas y reclamaciones por escrito dirigidas al Servicio de Atención al Cliente de las Compañías (Calle Luchana 23, 5ª Planta 28010 Madrid, e-mail: atencion.cliente@genworth.com), que resolverá las mismas en un plazo máximo de dos meses. En caso de no obtener respuesta de la Compañía en el mencionado plazo, o en el supuesto de que su queja o reclamación sea denegada por ésta última, los Asegurados podrán acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para la admisión y tramitación de la queja o reclamación ante dicho Comisionado, el Asegurado deberá acreditar haber acudido con anterioridad al Departamento de Atención al Cliente de la Compañía. En cualquier caso, los Asegurados podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en la Ley 60/2003 de Arbitraje, o acudir ante los jueces y tribunales competentes.

13. Protección de Datos

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, GENWORTH le informa que los datos personales que se proporcionen como consecuencia de este contrato y aquellos otros obtenidos durante la relación contractual, serán incorporados a un fichero titularidad de esta entidad, con la finalidad de gestionar el desarrollo y ejecución del contrato de seguro y cualesquiera otros servicios que se soliciten posteriormente. Los asegurados expresamente autorizan a utilizar aquellos datos de salud, o de naturaleza sensible, a los que GENWORTH acceda, para la adecuada gestión desarrollo y ejecución de los servicios objeto de la presente relación contractual. Asimismo, éstos prestan su consentimiento para que sus datos puedan ser cedidos a ficheros comunes para la liquidación de siniestros y para la prevención del fraude en el sector asegurador, y a otras compañías aseguradoras para el coaseguro o reaseguro del riesgo, así como a médicos internos o externos para la correcta valoración del siniestro. En el caso de que los datos personales no sean facilitados directamente por su titular, la persona o entidad encargada de suministrarlos se responsabiliza de haber recabado el consentimiento de los afectados para su comunicación a GENWORTH así como de haberle informado del contenido de la presente cláusula. El asegurado consiente y autoriza expresamente la cesión de los datos personales facilitados a GENWORTH, incluyendo los relativos a salud, a las compañías subsidiarias del grupo Genworth Financial Inc y Genpact Internacional identificadas en la póliza de seguro, cuyas condiciones el asegurado declara conocer, para la tramitación de esta póliza de seguro, o cualquier otra póliza que el asegurado solicite, gestión de reclamaciones y prevención del riesgo. Del mismo modo, el asegurado es informado que, por motivos de externalización de funciones de soporte de las tecnologías de la información, sus datos van a ser almacenados en dichas compañías prestando su consentimiento inequívoco para que tenga lugar dicha transferencia internacional de datos. Por último, informamos de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida a GENWORTH a la dirección indicada previamente, incluyendo en la comunicación la referencia "Protección de Datos Personales".

14. Cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente. Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones: (a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora. (b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros. El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros. En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que esta disponible en la página «Web» del Consorcio (www.consorsseguros.es), o en las oficinas de este o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera. Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

15. Firma de las Partes

El Tomador / Asegurado declara y reconoce mediante la suscripción del presente documento, que ha recibido las Condiciones Generales y Especiales, y Particulares que integran esta Póliza de Seguro de Protección de Pagos, manifestando así su conocimiento y conformidad con las mismas. Igualmente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de la Ley 50/80 de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro, y como pacto adicional a las Condiciones Particulares, el Tomador / Asegurado manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas del presente contrato y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negra, pudieran ser limitativas de derechos. Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y plena aceptación de las mismas, el Tomador / Asegurado lo rubrica con su firma a continuación. Para la correcta ejecución y tramitación de su póliza le rogamos se sirva remitir copia firmada de este documento a la compañía aseguradora a través de: FAX: 902 108 060 o E-mail: recepcion.documentacion@genworth.com

El Tomador / Asegurado reconoce expresamente haber recibido del Asegurado, con carácter previo a la formalización de este contrato de seguro, la oportuna información relativa a la legislación aplicable al contrato de seguro, las diferentes instancias de reclamación, el Estado miembro del domicilio del Asegurado y su autoridad de control, la denominación social, dirección y forma jurídica del Asegurado, así como la información mínima prevista en la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

EL TOMADOR / ASEGURADO

LA COMPAÑÍA

Fdo.

D/ña:.....

DNI/NIF.....

CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES Y ESPECIALES DEL CONTRATO DE SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS "GARANTÍA PLUS"

1. Partes del contrato

Asegurador: Las Compañías aseguradoras son Financial Insurance Company Limited Spain Sucursal en España y Financial Assurance Company Limited Spain Sucursal en España (en adelante, conjuntamente, GENWORTH), registradas en Inglaterra y sujetas a la supervisión de la Financial Services Authority (FSA), y con domicilio social en la calle Luchana 23, 5º (28010) Madrid.

Suscriptor del seguro: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C.

Tomador / Asegurado: Es la persona física que satisfice las condiciones de adhesión e incorporación a la póliza firmada entre La Compañía y el Suscriptor y es el primer titular del contrato financiero Celeris Hogar Plus, siempre que sea mayor de dieciocho años, menor de sesenta y cinco exceptuando para la garantía de Fallecimiento que se amplía hasta los ochenta años (en la fecha de finalización de la cobertura) y para las garantías de Desempleo e Incapacidad Temporal esté trabajando, ya sea por cuenta ajena o como profesional autónomo, en territorio español de forma remunerada desde hace más de 6 meses, con un mínimo de 13 horas semanales, encontrándose en situación de alta en la Seguridad Social (régimen general o RETA, según corresponda), Mutualidad, Montepío o institución análoga que la legislación determine y, en caso de ser trabajador por cuenta ajena con contrato laboral indefinido no sabe, o debería saber, que va a ser cesado de su puesto de trabajo. Para adquirir la condición de Tomador / Asegurado es necesario que en el momento de la contratación del Seguro no padezca defecto físico, secuela, o enfermedad crónica física y/o mental (incluida epilepsia o enajenación mental) ni esté en situación de Incapacidad Temporal o lo haya estado durante más de 15 días consecutivos durante los doce meses anteriores a la fecha de efecto del seguro, ni sea titular de una prestación por invalidez en dicha fecha.

Mediador: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C., como operador de banca-seguros vinculado.

Beneficiario: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C. Se declara expresamente que la designación del beneficiario es irrevocable.

2. Legislación aplicable

El presente contrato se rige por la Ley del Contrato de Seguro 50/1980 de 8 de octubre, por el Texto Refundido de la Ley de ordenación y supervisión de seguros privados, aprobado por Real Decreto 6/2004, de 29 de octubre y su Reglamento de desarrollo, así como por cualquier modificación y adaptación que dicha normativa pueda sufrir. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, se informa que el Asegurado está sujeto a la supervisión y control de Financial Services Authority y debidamente autorizado para operar en España en régimen de derecho de establecimiento.

3. Riesgos garantizados

- **Fallecimiento** a todos aquellos titulares del Contrato Financiero amparado por la presente póliza, que no hayan alcanzado la edad de 80 años.

- **Incapacidad Permanente y Absoluta** a todos aquellos titulares del Contrato Financiero amparado por la presente póliza, que no hayan superado la edad de 65 años.

- **Desempleo** a aquellos titulares del Contrato Financiero amparado por la presente póliza, que mantengan una Relación Laboral por cuenta ajena de carácter indefinido durante un mínimo de trece horas semanales durante un periodo continuado de, al menos, seis meses inmediatamente antes de la fecha de inicio del Desempleo así como aquellos trabajadores fijos discontinuos que hubieren sido despedidos de manera improcedente durante el periodo de efectividad de su contrato. **Quedan excluidos los funcionarios dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas y el personal con contrato indefinido mientras se encuentren en el periodo de prueba de contrato, si existiera.** La edad máxima para tener acceso a esta cobertura es de 65 años.

- **Incapacidad Temporal por enfermedad o accidente:** a aquellos titulares del Contrato Financiero amparado por la presente póliza, que tengan un contrato laboral de duración determinada, los trabajadores autónomos, así como los funcionarios y el personal laboral dependiente de cualquiera de las Administraciones Públicas, así como a los trabajadores fijos discontinuos en el periodo en que carezcan de ocupación efectiva. La edad máxima para tener acceso a esta cobertura es de 65 años.

- **Enfermedades Graves** a aquellos titulares del Contrato Financiero amparados por la presente póliza, que tengan una relación laboral menor de 13 horas a la semana o ningún tipo de relación laboral, y no hayan alcanzado la edad de 65 años.

- **Hospitalización** a aquellos titulares del Contrato Financiero amparado por la presente póliza, que tengan una Relación laboral menor de 13 horas a la semana o ningún tipo de relación laboral. La edad máxima para tener acceso a esta cobertura es de 65 años.

El pago de la prestación a un Asegurado por una de las garantías de Incapacidad Temporal, Desempleo u Hospitalización excluye el pago simultáneo por cualquier otra garantía.

4. Cobertura

- **Fallecimiento, Enfermedades Graves o de Invalidez Permanente y Absoluta del Asegurado:** Se garantiza el pago del saldo pendiente del contrato financiero amparado en la presente póliza. En todo caso, el importe máximo de la cuota de reembolso será de 12.000 Euros.

- **Hospitalización del Asegurado:** Se garantiza al beneficiario el pago de las cuotas de reembolso que se rigen por medio de la presente póliza, en todos los supuestos en los que el asegurado permanezca hospitalizado más de siete días consecutivos. En caso de permanecer el asegurado hospitalizado por un periodo superior a treinta días, se pagará adicionalmente al beneficiario una cantidad equivalente a la cuota de amortización por cada treinta días consecutivos en que se encuentre el asegurado en situación de hospitalización. Se establece el límite máximo de 6 prestaciones consecutivas y 12 alternas, con un límite en el importe de la cuota de reembolso de 901 Euros.

- **Incapacidad Temporal o Desempleo del Asegurado:** Se garantiza al beneficiario el pago de las cuotas de reembolso del crédito que se rige por medio de la presente póliza, por cada treinta días consecutivos en que se encuentre el asegurado en situación de desempleo o incapacidad temporal en función del riesgo garantizado. Se establece el límite máximo de 6 prestaciones consecutivas y 12 alternas, con un límite en el importe de la cuota de reembolso de 901 Euros.

5. Prima (impuestos y recargos legales incluidos)

Celeris "Hogar plus": 5,00% sobre el importe del préstamo solicitado. Esta tasa podrá verse modificada en función de la variación de los impuestos y recargos legales que son de aplicación.

6. Inicio y duración de la cobertura

La fecha de efecto o inicio de la cobertura de este Contrato de Seguro para cada Tomador / Asegurado se producirá en el momento en que, tras la firma por el mismo del Contrato Financiero y el Boletín / Solicitud de Adhesión al Seguro, la prima haya sido pagada y se cumplan los criterios de elegibilidad del seguro. El vencimiento del Seguro se producirá para cada Tomador / Asegurado cuando venza el contrato financiero al que está vinculado.

7. Plazo entre siniestros

En caso de producirse situaciones de desempleo subsiguientes al primer desempleo, se procederá al pago de nuevas prestaciones únicamente si el asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral de carácter indefinido por un periodo mínimo de seis meses.

En caso de enfermedad y/o accidente, si se produjeran situaciones de Incapacidad Temporal subsiguientes a la primera, se pagarán nuevas prestaciones siempre que el asegurado haya estado trabajando seis meses desde el fin de la última Incapacidad Temporal si el siniestro se ha producido por la misma causa de la primera incapacidad o de un mes si se trata de una causa distinta. La carencia sólo será de aplicación cuando se hayan agotado el número máximo de prestaciones consecutivas; Si no se han agotado, no habrá periodo de carencia y el asegurado tendrá derecho a percibir las prestaciones que resten hasta alcanzar el número máximo.

En caso de enfermedad y/o accidente, si se produjeran situaciones de Hospitalización subsiguientes a la primera, se pagarán nuevas prestaciones si se trata de una causa distinta. La carencia solo será de aplicación cuando se hayan agotado el número máximo de prestaciones consecutivas; Si no se han agotado, no habrá periodo de carencia y el asegurado tendrá derecho a percibir las prestaciones que resten hasta alcanzar el número máximo.

8. Carencia

La ocurrencia de un siniestro no generará derecho alguno a indemnización, presente o futura, para el asegurado los dos primeros meses de cobertura para el desempleo y del primer mes para la Incapacidad Temporal y Hospitalización. No hay carencia para las coberturas de Fallecimiento, Enfermedades Graves e Incapacidad Permanente y Absoluta. Tampoco habrá carencias en el caso de Incapacidad Temporal o de Hospitalización derivada de un accidente.

9. Definiciones y exclusiones

Quedan cubiertas las siguientes garantías:

- **FALLECIMIENTO del Asegurado**, salvo cuando se produzca por suicidio del Asegurado ocurrido dentro del primer año contado desde la fecha de toma de efecto del contrato; si el fallecimiento se produce como consecuencia de una enfermedad o patología preexistente al inicio de la cobertura para cada Tomador / Asegurado; o por cualquiera de las circunstancias descritas bajo el apartado "Exclusiones" en la cobertura de Incapacidad Temporal.

- **INCAPACIDAD PERMANENTE Y ABSOLUTA** entendiéndose por tal la situación física sobrevenida que inhabilite por completo al Asegurado para la realización de todo trabajo, profesión u oficio. Dicha situación deberá ser diagnosticada por un médico de la Seguridad Social o asimilado. Si fuera previsible una dilación en la emisión de dicho dictamen, podrá diagnosticarla un facultativo designado por la compañía aseguradora. Quedan excluidos de la cobertura por incapacidad permanente absoluta los siniestros que resulten de: a) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Asegurado; b) Las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol en la sangre, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente; c) Cualquier enfermedad, dolencia, lesión o estado incluyendo el SIDA y el VIH, (o las enfermedades que deriven de estos), cuando el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento con anterioridad al inicio de la cobertura de presente Póliza; d) Las causadas por terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, radiación nuclear o contaminación radiactiva, guerras, declaradas o no y fenómenos de carácter terrorista así como cualquier otro fenómeno de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario; e) Las derivadas de la participación del Asegurado en carreras de vehículos a motor y las que resulten de la práctica de cualquier deporte profesional y las ocasionadas por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente y, en cualquier caso, los derivados del uso de motocicletas, sea como conductor o como ocupante, y las acaecidas durante viajes submarinos o de exploración, así como los de aviación, excepto como pasajeros de líneas comerciales, y en general todas aquellas ocurridas como consecuencia de la participación del Asegurado en todo acto notoriamente peligroso (excepto si se trata de salvar una vida humana); f) Las derivadas de cualquiera de las situaciones excluidas para la cobertura de Incapacidad Temporal.

- **ENFERMEDADES GRAVES** se entiende exclusivamente como el diagnóstico, por un médico especialista y según las condiciones descritas posteriormente, de una de las siguientes enfermedades: a) Cáncer: Todo tumor de desarrollo anárquico que invade, sin respetarlos, los límites de su tejido original así como los tejidos próximos y que puede propagar metástasis a distancia. b) Infarto de miocardio: Muerte de una parte variable del músculo cardíaco por anoxia (isquemia total). Para confirmar esta necrosis es necesario disponer de la confirmación por un cardiólogo especialista de la presencia de acinesia o de discinesia a través de una eco cardiografía o de otro método de representación gráfica cardíaca reconocido, contemporáneo. c) Enfermedades de las arterias coronarias que requieran cirugía mayor: Toda afección coronaria que requiera una intervención a tórax abierto para eliminar la obstrucción o evitar las arterias coronarias estrechadas. d) Accidente cerebro-vascular: Todo episodio de isquemia por ruptura o por trombosis o por embolia de una arteria cerebral dando lugar a secuelas neurológicas permanentes. Los accidentes isquémicos transitorios no están cubiertos. La permanencia del daño neurológico deberá certificarse por un médico neurólogo especialista, no antes de 6 meses desde dicho accidente cerebro-vascular. e) Insuficiencia renal Terminal: Toda deficiencia irreversible y terminal de la función renal que requiera una hemo-dialísis o un trasplante de riñón o ambas cosas sucesivamente. La necesidad de una diálisis continua deberá certificarse por un médico nefrólogo especialista. f) Trasplante de órgano: Todo trasplante o inscripción sobre una lista oficial de trasplante de uno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, riñón, hígado, páncreas. Los trasplantes de médula hemopoética para afecciones no malignas están cubiertas. No se considerarán Enfermedad Grave los siniestros que resulten de cualquiera de las siguientes circunstancias: a) Accidentes isquémico transitorio o isquemia cerebrovascular, b) Estadio 1 de la enfermedad de Hodgkin, tumores de ovarios de malignidad "borderline", c) Para cirugía bypass coronario: angioplastia, laser, etc. d) Enfermedad preexistente al inicio de la cobertura, e) Consecuencia del consumo de drogas, alcohol.

- **HOSPITALIZACIÓN:** entendiéndose por tal a los efectos de este contrato, todos los supuestos en los que el asegurado permanezca hospitalizado más de siete días consecutivos. Las exclusiones indicadas para las coberturas de Incapacidad Absoluta y Permanente e Incapacidad Temporal, son comunes asimismo para la Hospitalización.

- **DESEMPLEO** entendiéndose por tal a los efectos de este contrato, la situación en que se encuentra el asegurado cuando

A) Se extingue su relación laboral:

- Por despido improcedente

- En virtud de expediente de regulación de empleo (excepto en los casos en los que el Asegurado se adhiera voluntariamente al mismo) o despido colectivo,

- Por muerte o incapacidad de su empresario individual

- Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas económicas, técnicas, organizativas o de producción, de conformidad con el apartado c del artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores.

- Por resolución voluntaria por parte del Asegurado ante las situaciones previstas en los artículos 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones substanciales de las condiciones de trabajo) y 50 (extinción por incumplimiento del empleador) del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo).

B) Se suspende la relación laboral en virtud de expediente de regulación de empleo o e reduzca a la mitad, al menos, la jornada de trabajo por dicha causa.

Esta garantía comienza a contar a partir de la fecha efectiva de la prestación por Desempleo realizada por el Servicio de Empleo Público Estatal u organismo competente, sin perjuicio del periodo de carencia y periodo mínimo en situación de desempleo establecidos en la póliza y finalizará en el momento en que el trabajador comience una nueva relación laboral, con la excepción reflejada en el siguiente párrafo.

En el supuesto en que el Asegurado no haya percibido el límite máximo de prestaciones consecutivas, y comience una relación laboral de carácter temporal de duración inferior a 6 meses, el pago de la prestación se interrumpirá y se reanudarà una vez finalice la relación laboral de carácter temporal hasta alcanzar dicho límite máximo, siempre y cuando el pago de las prestaciones se devengue dentro de los doce meses siguientes a la fecha del desempleo que originó el pago de la primera prestación.

No se considera desempleo la situación en que se encuentra el trabajador: a) Cuando la finalización del contrato de trabajo se deba a un despido declarado legalmente procedente o baja voluntaria, excepto si se trata de un despido procedente basado en causas objetivas económicas, técnicas, organizativas o de producción, de conformidad con el apartado c del artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores; b) Cuando cesen voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo) o c cuando el Tomador/ Asegurado se acoja voluntariamente a un Expediente de Regulación de Empleo; c) Cuando el contrato de trabajo finalice por jubilación del Tomador/ Asegurado o por jubilación del empleador, cualquiera que sea su causa; d) Cuando el despido es comunicado al Tomador/ Asegurado con anterioridad a la contratación del seguro o dentro de los plazos de carencia o éste se produzca dentro del periodo de prueba de un contrato indefinido, si existiera; e) El paro parcial y los contratos de trabajo fijos de carácter discontinuo, en los periodos en que carezcan de ocupación efectiva; f) Los despidos sin derecho a prestación por parte del Servicio Público de Empleo Estatal u organismo competente o aquellos cuya indemnización sea menor del 50% de la legalmente establecida; g) Cuando hayan sido despedidos y no reclamen en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato o despido basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo) en cuyo caso no sería necesaria dicha reclamación; h) 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; i) Cuando no hayan solicitado el reintegro al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador o se estuviera en excedencia y venciera el período fijado para la misma; j) Si el Tomador / Asegurado rechaza, dentro de su ámbito geográfico, un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario que esté acorde con su formación y previa experiencia; k) Si el Desempleo se produce después de que el Tomador / Asegurado haya alcanzado la edad legal de jubilación con respecto a la actividad que llevaba a cabo, y reúne todos los requisitos legales necesarios para acceder a la pensión de jubilación; l) 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 de contrato; m) Cuando la relación laboral del asegurado fuera con una empresa propiedad de su ámbito familiar 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 afinidad fuera socio o 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; n) Cuando su contrato se extinga por expiración del tiempo convenido y/o finalización de la obra o servicio objeto del contrato.

- **INCAPACIDAD TEMPORAL** entendiéndose por tal a los efectos de este contrato la situación física temporal motivada por enfermedad o accidente determinante de la incapacidad del asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral. Dicha enfermedad o accidente deben producirse cuando el asegurado esté trabajando de forma remunerada en España. La Incapacidad Temporal debe ser diagnosticada, tanto en su causa como en la incapacidad que genera para el Asegurado, por el médico competente de la Seguridad Social o asimilado. El derecho a percibir las prestaciones del contrato de seguro cesará cuando el asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo, aún de manera parcial, o cuando su estado pase a ser de incapacidad permanente. Esta garantía comenzará a contar desde la certificación de la incapacidad por el médico competente de la Seguridad Social o asimilado, sin perjuicio del periodo de carencia y periodo mínimo en situación de incapacidad temporal establecidos.

- No se considerarán Incapacidad Temporal los siniestros que resulten de: a) **Los accidentes ocurridos antes de la entrada en vigor o enfermedades preexistentes a dicha entrada en vigor. Se entiende por enfermedad preexistente toda dolencia, enfermedad o lesión previamente diagnosticada o tratada médicamente o puramente sintomática, iniciada o contraída con anterioridad a la fecha de efecto de esta póliza;** b) **Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Tomador / Asegurado;** c) **Las producidas cuando el Tomador / Asegurado se encuentre en estado de enajenación o perturbación mental, en estado de sonambulismo o cuando la Incapacidad Temporal derive de una enfermedad o afección cerebrovascular o estado de epilepsia;** d) **Las producidas como consecuencia de una situación de desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa, así como los derivados de una actuación delictiva del Tomador / Asegurado, declarada judicialmente;** e) **Las producidas cuando el Tomador / Asegurado se encuentre en estado de embriaguez, esto es, cuando el grado de alcoholemia sea superior al establecido por la normativa en materia de tráfico y circulación de vehículos a motor vigente en el momento del accidente o bajo los efectos de drogas tóxicas o estupefacientes, fármaco y/o tratamiento que no le hubiera sido prescrito o administrado por un médico;** f) **Los periodos de descanso obligatorio y voluntario que procedan por maternidad o paternidad. No se encuentran excluidos los siniestros motivados por complicaciones en caso de embarazo, parto o aborto.;** g) **Dolores de espalda y cuello (tales como cervicalgia, dorsalgia o lumbalgia), salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammografías, scanners, T.A.C., etc.) que acrediten la existencia de una lesión o enfermedad y que sean causantes de la Incapacidad Temporal;** h) **Enfermedades psiquiátricas, cefaleas y enfermedades mentales nerviosas, incluidas la depresión, el estrés y afecciones similares aún cuando existan evidencias médicas;** i) **Las causadas por terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, radiación nuclear o contaminación radiactiva, guerras, declaradas o no, y fenómenos de carácter terrorista así como cualquier otro fenómeno de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario;** j) **Las derivadas de la participación del Tomador/ Asegurado en carreras de vehículos a motor y las que resulten de la práctica de cualquier deporte profesional o deporte considerado de riesgo y las ocasionadas por la conducción de vehículos a motor si el Tomador/ Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente y, en cualquier caso, los derivados del uso de motocicletas, sea como conductor o como ocupante, y las acaecidas durante viajes submarinos o de exploración, así como los de aviación, excepto como pasajeros de líneas comerciales, y en general todas aquellas ocurridas como consecuencia de la participación del Tomador/ Asegurado en todo acto notoriamente peligroso (excepto si se trata de salvar una vida humana);** k) **Las provocadas voluntariamente por el asegurado.**

10. Devolución de la prima no consumida calculada según la regla de devengo del 78: El Asegurado tiene derecho a resolver el seguro sin penalización alguna durante el plazo de un mes desde su contratación. Transcurrido dicho plazo de un mes, en caso de cancelación del contrato financiero, se devolverá la parte de prima no consumida en base a la siguiente fórmula

$$P \cdot \frac{R(T+1)}{T(T+1)} - A$$

Donde:
P = Prima antes de impuestos, cargas y gravámenes que sean de aplicación
R = Número de meses restantes hasta la finalización del contrato de seguro
T = Duración del contrato de seguro en meses
A = 10 % en concepto de gastos de administración

11. Siniestros

En caso de ocurrir algún siniestro el asegurado debe comunicarlo al teléfono 902 109 171 en el plazo máximo de 1 mes desde que tuvo conocimiento del mismo. El asegurado deberá aportar la documentación acreditativa del siniestro que le exija la compañía aseguradora. La compañía podrá exigir en cualquier momento la documentación acreditativa de que el asegurado continúa en situación de desempleo o incapacidad temporal. **No se pagarán prestaciones mensuales adicionales si dicha documentación no se entrega en el plazo de sesenta días desde que fue requerida.**

12. Reclamaciones

Los asegurados disponen de un servicio cuyo teléfono es 902 109 171 al que pueden dirigirse para cualquier consulta o reclamación. Asimismo podrán presentar sus quejas y reclamaciones por escrito dirigidas al Servicio de Atención al Cliente de las Compañías (Calle Luchana 23, 5ª Planta 28010 Madrid, e-mail: atencion.cliente@genworth.com), que resolverá las mismas en un plazo máximo de dos meses. En caso de no obtener respuesta de la Compañía en el mencionado plazo, o en el supuesto de que su queja o reclamación sea denegada por ésta última, los Asegurados podrán acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para la admisión y tramitación de la queja o reclamación ante dicho Comisionado, el Asegurado deberá acreditar haber acudido con anterioridad al Departamento de Atención al Cliente de la Compañía. En cualquier caso, los Asegurados podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en la Ley 60/2003 de Arbitraje, o acudir ante los jueces y tribunales competentes.

13. Protección de Datos

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, GENWORTH le informa que los datos personales que se proporcionen como consecuencia de este contrato y aquellos otros obtenidos durante la relación contractual, serán incorporados a un fichero titularidad de esta entidad, con la finalidad de gestionar el desarrollo y ejecución del contrato de seguro y cualesquiera otros servicios que se soliciten posteriormente. Los asegurados expresamente autorizan a utilizar aquellos datos de salud, o de naturaleza sensible, a los que GENWORTH acceda, para la adecuada gestión desarrollo y ejecución de los servicios objeto de la presente relación contractual. Asimismo, éstos prestan su consentimiento para que sus datos puedan ser cedidos a ficheros comunes para la liquidación de siniestros y para la prevención del fraude en el sector asegurador, y a otras compañías aseguradoras para el coaseguro o reaseguro del riesgo, así como a médicos internos o externos para la correcta valoración del siniestro. En el caso de que los datos personales no sean facilitados directamente por su titular, la persona o entidad encargada de suministrarlos se responsabiliza de haber recabado el consentimiento de los afectados para su comunicación a GENWORTH así como de haberle informado del contenido de la presente cláusula. El asegurado consiente y autoriza expresamente la cesión de los datos personales facilitados a GENWORTH, incluyendo los relativos a salud, a las compañías subsidiarias del grupo Genworth Financial Inc y Genpact Internacional identificadas en la póliza de seguro, cuyas condiciones el asegurado declara conocer, para la tramitación de esta póliza de seguro, o cualquier otra póliza que el asegurado solicite, gestión de reclamaciones y prevención del riesgo. Del mismo modo, el asegurado es informado que, por motivos de externalización de funciones de soporte de las tecnologías de la información, sus datos van a ser almacenados en dichas compañías prestando su consentimiento inequívoco para que tenga lugar dicha transferencia internacional de datos. Por último, informamos de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida a GENWORTH a la dirección indicada previamente, incluyendo en la comunicación la referencia "Protección de Datos Personales".

14. Cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente. Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones: (a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora. (b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros. El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros. En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que esta disponible en la página «Web» del Consorcio (www.consorseguros.es), o en las oficinas de este o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera. Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

15. Firma de las Partes

El Tomador / Asegurado declara y reconoce mediante la suscripción del presente documento, que ha recibido las Condiciones Generales y Especiales, y Particulares que integran esta Póliza de Seguro de Protección de Pagos, manifestando así su conocimiento y conformidad con las mismas. Igualmente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de la ley 50/80 de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro, y como pacto adicional a las Condiciones Particulares, el Tomador / Asegurado manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas del presente contrato y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negra, pudieran ser limitativas de derechos. Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y plena aceptación de las mismas, el Tomador / Asegurado lo rubrica con su firma a continuación. Para la correcta ejecución y tramitación de su póliza le rogamos se sirva remitir copia firmada de este documento a la compañía aseguradora a través de: FAX: 902 108 060 o E-mail: repcion.documentacion@genworth.com

El Tomador / Asegurado reconoce expresamente haber recibido del Asegurador, con carácter previo a la formalización de este contrato de seguro, la oportuna información relativa a la legislación aplicable al contrato de seguro, las diferentes instancias de reclamación, el Estado miembro del domicilio del Asegurador y su autoridad de control, la denominación social, dirección y forma jurídica del Asegurador, así como la información mínima prevista en la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

EL TOMADOR / ASEGURADO

LA COMPAÑÍA

Fdo.

D/ña:.....

DNI/NIF.....

CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES Y ESPECIALES DEL CONTRATO DE SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS "FÓRMULA BÁSICA"

1. Partes del contrato

Asegurador: La Compañía aseguradora Financial Assurance Company Limited Spain Sucursal en España (en adelante, GENWORTH), registrada en Inglaterra y sujeta a la supervisión de la Financial Services Authority (FSA), y con domicilio social en la calle Luchana 23, 5ª (28010) Madrid.

Suscriptor del seguro: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C.

Tomador / Asegurado: Es la persona física que satisfice las condiciones de adhesión e incorporación a la póliza firmada entre La Compañía y el Suscriptor y es el primer titular de un contrato financiero, siempre que sea mayor de dieciocho años, menor de sesenta y cinco exceptuando para la garantía de Fallecimiento que se amplía hasta los ochenta años (en la fecha de finalización de la cobertura). Para adquirir la condición de Tomador / Asegurado es necesario que en el momento de la contratación del Seguro no padezca defecto físico, secuela, o enfermedad crónica física y/o mental (incluida epilepsia o enajenación mental) ni esté en situación de Incapacidad Temporal o lo haya estado durante más de 15 días consecutivos durante los doce meses anteriores a la fecha de efecto del seguro, ni sea titular de una prestación por invalidez en dicha fecha.

Mediador: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C., como operador de banca-seguros vinculado.

Beneficiario: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C. Se declara expresamente que la designación del beneficiario es irrevocable.

2. Legislación aplicable

El presente contrato se rige por la Ley del Contrato de Seguro 50/1980 de 8 de octubre, por el Texto Refundido de la Ley de ordenación y supervisión de seguros privados, aprobado por Real Decreto 6/2004, de 29 de octubre y su Reglamento de desarrollo, así como por cualquier modificación y adaptación que dicha normativa pueda sufrir. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, se informa que el Asegurador está sujeto a la supervisión y control de Financial Services Authority y debidamente autorizado para operar en España en régimen de derecho de establecimiento.

3. Riesgos garantizados

- **Fallecimiento** a todos aquellos titulares del Contrato Financiero amparado por la presente póliza, que no hayan alcanzado la edad de 80 años.

- **Incapacidad Permanente y Absoluta** a todos aquellos titulares del Contrato Financiero amparado por la presente póliza.

4. Cobertura

- **Fallecimiento, o Invalidez Permanente y Absoluta del Asegurado:** Se garantiza el pago del saldo pendiente del contrato financiero amparado en la presente póliza. **En todo caso, el importe máximo de la cuota de reembolso será de 3.000 Euros**

5. Prima (impuestos y recargos legales incluidos)

Celeris "Gratuito básico": 18 Euros.

Esta tasa podrá verse modificada en función de la variación de los impuestos y recargos legales que son de aplicación.

6. Inicio y duración de la cobertura

La fecha de efecto o inicio de la Cobertura de este Contrato de Seguro para cada Tomador / Asegurado se producirá en el momento en que, tras la firma por el mismo del Contrato Financiero y el Boleín / Solicitud de Adhesión al Seguro, la prima haya sido pagada y se cumplan los criterios de elegibilidad del seguro. El vencimiento del Seguro se producirá para cada Tomador / Asegurado cuando venza el contrato financiero al que está vinculado. En todo caso, el contrato de seguro, con independencia de la duración del contrato financiero, tendrá una duración máxima de 12 meses.

7. Definiciones y exclusiones

Quedan cubiertas las siguientes garantías:

- **FALLECIMIENTO** del Asegurado, salvo cuando se produzca **por suicidio del Asegurado ocurrido dentro del primer año contado desde la fecha de toma de efecto del contrato; o el fallecimiento se produjere como consecuencia de una enfermedad o patología preexistente al inicio de la cobertura para cada Tomador / Asegurado, o por cualquiera de las circunstancias descritas bajo el apartado "Exclusiones" de la cobertura de Incapacidad Permanente y Absoluta que se describen a continuación.**

- **INCAPACIDAD PERMANENTE Y ABSOLUTA** entendiéndose por tal la situación física sobrevenida que inhabilite por completo al Asegurado para la realización de todo trabajo, profesión u oficio. Dicha situación deberá ser diagnosticada por un médico de la Seguridad Social o asimilado. Si fuera previsible una dilación en la emisión de dicho dictamen, podrá diagnosticarla un facultativo designado por la compañía aseguradora. Quedan excluidos de la cobertura por incapacidad permanente absoluta los siniestros que resulten de: **a) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Asegurado; b) Las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol en la sangre, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente; c) Cualquier enfermedad, dolencia, lesión o estado incluyendo el SIDA y el VIH, (o las enfermedades que deriven de estos), cuando el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento con anterioridad al inicio de la cobertura de presente Póliza; d) Las causadas por terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, radiación nuclear o contaminación radiactiva, guerras, declaradas o no y fenómenos de carácter terrorista así como cualquier otro fenómeno de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario; e) Las derivadas de la participación del Asegurado en carreras de vehículos a motor y las que resulten de la práctica de cualquier deporte profesional y las ocasionadas por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente y, en cualquier caso, los derivados del uso de motocicletas, sea como conductor o como ocupante, y las acaecidas durante viajes submarinos o de exploración, así como los de aviación, excepto como pasajeros de líneas comerciales, y en general todas aquellas ocurridas como consecuencia de la participación del Asegurado en todo acto notoriamente peligroso (excepto si se trata de salvar una vida humana); f) Las derivadas de cualquiera de las situaciones excluidas para la cobertura de Incapacidad Temporal.**

8. Devolución de la prima no consumida calculada según la regla de devengo del 78:

El Asegurado tiene derecho a resolver el seguro sin penalización alguna durante el plazo de un mes desde su contratación. Transcurrido dicho plazo de un mes, en caso de cancelación del contrato financiero, se devolverá la parte de prima no consumida en base a la siguiente fórmula

Donde:

P = Prima antes de impuestos, cargas y gravámenes que sean de aplicación

$$P \cdot \frac{R(R+1)}{T(T+1)} - A$$

R = Número de meses restantes hasta la finalización del contrato de seguro

T = Duración del contrato de seguro en meses

A = 10 % en concepto de gastos de administración

9. Siniestros

En caso de ocurrir algún siniestro el asegurado debe comunicarlo al teléfono 902 109 171 en el plazo máximo de 1 mes desde que tuvo conocimiento del mismo. El asegurado deberá aportar la documentación acreditativa del siniestro que le exija la compañía aseguradora. La compañía podrá exigir en cualquier momento la documentación acreditativa de que el asegurado continúa en situación de desempleo o incapacidad temporal. **No se pagarán prestaciones mensuales adicionales si dicha documentación no se entrega en el plazo de sesenta días desde que fue requerida.**

10. Reclamaciones

Los asegurados disponen de un servicio cuyo teléfono es 902 109 171 al que pueden dirigirse para cualquier consulta o reclamación. Asimismo podrán presentar sus quejas y reclamaciones por escrito dirigidas al Servicio de Atención al Cliente de las Compañías (Calle Luchana 23, 5ª Planta 28010 Madrid, e-mail: atencion.cliente@genworth.com), que resolverá las mismas en un plazo máximo de dos meses. En caso de no obtener respuesta de la Compañía en el mencionado plazo, o en el supuesto de que su queja o reclamación sea denegada por ésta última, los Asegurados podrán acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para la admisión y tramitación de la queja o reclamación ante dicho Comisionado, el Asegurado deberá acreditar haber acudido con anterioridad al Departamento de Atención al Cliente de la Compañía. En cualquier caso, los Asegurados podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en la Ley 60/2003 de Arbitraje, o acudir ante los jueces y tribunales competentes.

11. Protección de Datos

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, GENWORTH le informa que los datos personales que se proporcionen como consecuencia de este contrato y aquellos otros obtenidos durante la relación contractual, serán incorporados a un fichero titularidad de esta entidad, con la finalidad de gestionar el desarrollo y ejecución del contrato de seguro y cualesquiera otros servicios que se soliciten posteriormente.

Los asegurados expresamente autorizan a utilizar aquellos datos de salud, o de naturaleza sensible, a los que GENWORTH acceda, para la adecuada gestión desarrollo y ejecución de los servicios objeto de la presente relación contractual. Asimismo, éstos prestan su consentimiento para que sus datos puedan ser cedidos a ficheros comunes para la liquidación de siniestros y para la prevención del fraude en el sector asegurador, y a otras compañías aseguradoras para el coaseguro o reaseguro del riesgo, así como a médicos internos o externos para la correcta valoración del siniestro. En el caso de que los datos personales no sean facilitados directamente por su titular, la persona o entidad encargada de suministrarlos se responsabiliza de haber recabado el consentimiento de los afectados para su comunicación a GENWORTH así como de haberle informado del contenido de la presente cláusula. El asegurado consiente y autoriza expresamente la cesión de los datos personales facilitados a GENWORTH, incluyendo los relativos a salud, a las compañías subsidiarias del grupo Genworth Financial Inc y Genpact Internacional identificadas en la póliza de seguro, cuyas condiciones el asegurado declara conocer, para la tramitación de esta póliza de seguro, o cualquier otra póliza que el asegurado solicite, gestión de reclamaciones y prevención del riesgo. Del mismo modo, el asegurado es informado que, por motivos de externalización de funciones de soporte de las tecnologías de la información, sus datos van a ser almacenados en dichas compañías prestando su consentimiento inequívoco para que tenga lugar dicha transferencia internacional de datos. Por último, informamos de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida a GENWORTH a la dirección indicada previamente, incluyendo en la comunicación la referencia "Protección de Datos Personales".

12. Cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente. Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones: (a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora. (b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros. El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros. En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que esta disponible en la página "Web" del Consorcio (www.consorseguros.es), o en las oficinas de este o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera. Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

13. Firma de las Partes

El Tomador / Asegurado declara y reconoce mediante la suscripción del presente documento, que ha recibido las Condiciones Generales y Especiales, y Particulares que integran esta Póliza de Seguro de Protección de Pagos, manifestando así su conocimiento y conformidad con las mismas. Igualmente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de la ley 50/80 de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro, y como pacto adicional a las Condiciones Particulares, el Tomador / Asegurado manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas del presente contrato y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos. Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y plena aceptación de las mismas, el Tomador / Asegurado lo rubrica con su firma a continuación. Para la correcta ejecución y tramitación de su póliza le rogamos se sirva remitir copia firmada de este documento a la compañía aseguradora a través de: FAX: 902 108 060 o E-mail: recepcion.documentacion@genworth.com

El Tomador / Asegurado reconoce expresamente haber recibido del Asegurado, con carácter previo a la formalización de este contrato de seguro, la oportuna información relativa a la legislación aplicable al contrato de seguro, las diferentes instancias de reclamación, el Estado miembro del domicilio del Asegurado y su autoridad de control, la denominación social, dirección y forma jurídica del Asegurador, así como la información mínima prevista en la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

EL TOMADOR / ASEGURADO

LA COMPAÑÍA

Fdo.

D/ña:.....

DNI/NIF.....

CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES Y ESPECIALES DEL CONTRATO DE SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS - "FÓRMULA PLUS".

1. Partes del contrato

Asegurador: Las Compañías aseguradoras son Financial Insurance Company Limited Spain Sucursal en España y Financial Assurance Company Limited Spain Sucursal en España (en adelante, conjuntamente, GENWORTH), registradas en Inglaterra y sujetas a la supervisión de la Financial Services Authority (FSA), y con domicilio social en la calle Luchana 23, 5ª (28010) Madrid.

Suscriptor del seguro: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C.

Tomador / Asegurado: Es la persona física que satisface las condiciones de adhesión e incorporación a la póliza firmada entre La Compañía y el Suscriptor y es el primer titular de un contrato financiero, siempre que sea mayor de dieciocho años, menor de sesenta y cinco exceptuando para la garantía de Fallecimiento que se amplía hasta los ochenta años (en la fecha de finalización de la cobertura) y para las garantías de Desempleo e Incapacidad Temporal esté trabajando, ya sea por cuenta ajena o como profesional autónomo, en territorio español de forma remunerada desde hace más de 6 meses, con un mínimo de 13 horas semanales, encontrándose en situación de alta en la Seguridad Social (régimen general o RETA, según corresponda), Mutualidad, Montepío o institución análoga que la legislación determine y, en caso de ser trabajador por cuenta ajena con contrato laboral indefinido no sabe, o debería saber, que va a ser cesado de su puesto de trabajo. Para adquirir la condición de Tomador / Asegurado es necesario que en el momento de la contratación del Seguro no padezca defecto físico, secuela, o enfermedad crónica física y/o mental (incluida epilepsia o enajenación mental) ni esté en situación de Incapacidad Temporal o lo haya estado durante más de 15 días consecutivos durante los doce meses anteriores a la fecha de efecto del seguro, ni sea titular de una prestación por invalidez en dicha fecha.

Mediador: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C., como operador de banca-seguros vinculado.

Beneficiario: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C. Se declara expresamente que la designación del beneficiario es irrevocable.

2. Legislación aplicable

El presente contrato se rige por la Ley del Contrato de Seguro 50/1980 de 8 de octubre, por el Texto Refundido de la Ley de ordenación y supervisión de seguros privados, aprobado por Real Decreto 6/2004, de 29 de octubre y su Reglamento de desarrollo, así como por cualquier modificación y adaptación que dicha normativa pueda sufrir. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, se informa que el Asegurador está sujeto a la supervisión y control de Financial Services Authority y debidamente autorizado para operar en España en régimen de derecho de establecimiento.

3. Riesgos garantizados

- **Fallecimiento** a todos aquellos titulares del Contrato Financiero amparado por la presente póliza, que no hayan alcanzado la edad de 80 años.

- **Incapacidad Permanente y Absoluta** a todos aquellos titulares de un Contrato Financiero amparado por la presente póliza, que no hayan superado la edad de 65 años.

- **Desempleo** a aquellos titulares del contrato financiero amparado por la presente póliza, que mantengan una Relación Laboral por cuenta ajena de carácter indefinido durante un mínimo de trece horas semanales durante un periodo continuado de, al menos, seis meses inmediatamente antes de la fecha de inicio del Desempleo así como aquellos trabajadores fijos discontinuos que hubieran sido despedidos de manera improcedente durante el periodo de efectividad de su contrato. **Quedan excluidos los funcionarios dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas y el personal con contrato indefinido mientras se encuentren en el periodo de prueba de contrato, si existiera.** La edad máxima para tener acceso a esta cobertura es de 65 años.

- **Incapacidad Temporal por enfermedad o accidente** a aquellos titulares del contrato financiero amparado por la presente póliza, que tengan un contrato laboral de duración determinada, los trabajadores autónomos, así como los funcionarios y el personal laboral dependiente de cualquiera de las Administraciones Públicas, así como a los trabajadores fijos discontinuos en el periodo en que carezcan de ocupación efectiva. La edad máxima para tener acceso a esta cobertura es de 65 años.

El pago de la prestación a un Asegurado por una de las garantías de Incapacidad Temporal, Desempleo excluye el pago simultáneo por cualquier otra garantía.

4. Cobertura

- **Fallecimiento, o Invalidez Permanente y Absoluta del Asegurado:** Se garantiza el pago del saldo pendiente del contrato financiero amparado en la presente póliza. **En todo caso, el importe máximo de la cuota de reembolso será de 12.000 Euros.**

- **Incapacidad Temporal o Desempleo del Asegurado:** Se garantiza al beneficiario el pago de las cuotas de reembolso del crédito que se rige por medio de la presente póliza, por cada treinta días consecutivos en que se encuentre el asegurado en situación de desempleo o incapacidad temporal en función del riesgo garantizado **con un máximo de 6 prestaciones consecutivas o alternas, con un límite en el importe de la cuota de reembolso de 901 Euros.**

5. Prima (impuestos y recargos legales incluidos)

Celeris Gratuito plus: 25 Euros.

Esta tasa podrá verse modificada en función de la variación de los impuestos y recargos legales que son de aplicación.

6. Inicio y duración de la cobertura

La fecha de efecto o inicio de la Cobertura de este Contrato de Seguro para cada Tomador / Asegurado se producirá en el momento en que, tras la firma por el mismo del Contrato Financiero y el Boletín / Solicitud de Adhesión al Seguro, la prima haya sido pagada y se cumplan los criterios de elegibilidad del seguro. El vencimiento del Seguro se producirá para cada Tomador / Asegurado cuando venza el contrato financiero al que está vinculado.

7. Plazo entre siniestros

En caso de producirse situaciones de desempleo subsiguientes al primer desempleo, se procederá al pago de nuevas prestaciones **únicamente si el asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral de carácter indefinido por un periodo mínimo de seis meses.**

En caso de enfermedad y/o accidente, si se produjeran situaciones de Incapacidad Temporal subsiguientes a la primera, se pagarán nuevas prestaciones **siempre que el asegurado haya estado trabajando seis meses desde el fin de la última Incapacidad Temporal si el siniestro se ha producido por la misma causa de la primera incapacidad o de un mes si se trata de una causa distinta.** La carencia sólo será de aplicación cuando se hayan agotado el número máximo de prestaciones consecutivas; Si no se han agotado, no habrá periodo de carencia y el asegurado tendrá derecho a percibir las prestaciones que resten hasta alcanzar el número máximo.

8. Carencia

La ocurrencia de un siniestro no generará derecho alguno a indemnización, presente o futura, para el asegurado **los dos primeros meses de cobertura para el desempleo y del primer mes para la Incapacidad Temporal.** No hay carencia para la cobertura de Fallecimiento ni Incapacidad Permanente y Absoluta. Tampoco habrá carencias en el caso de Incapacidad Temporal derivada de un accidente.

9. Definiciones y exclusiones

Quedan cubiertas las siguientes garantías:

- **FALLECIMIENTO** del Asegurado, salvo cuando se produzca **por suicidio del Asegurado ocurrido dentro del primer año contado desde la fecha de toma de efecto del contrato;**

si el fallecimiento se produjere como consecuencia de una enfermedad o patología preexistente al inicio de la cobertura para cada Tomador / Asegurado; o por cualquiera de las circunstancias descritas bajo el apartado "Exclusiones" en la cobertura de Incapacidad Temporal.

- **INCAPACIDAD PERMANENTE Y ABSOLUTA** entendiéndose por tal la situación física sobrenvenida que inhabilite por completo al Asegurado para la realización de todo trabajo, profesión u oficio. Dicha situación deberá ser diagnosticada por un médico de la Seguridad Social o asimilado. Si fuera previsible una dilación en la emisión de dicho dictamen, podrá diagnosticarla un facultativo designado por la compañía aseguradora. Quedan excluidos de la cobertura por incapacidad permanente absoluta los siniestros que resulten de: **a) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Asegurado; b) Las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol en la sangre, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente; c) Cualquier enfermedad, dolencia, lesión o estado incluyendo el SIDA y el VIH, (o las enfermedades que deriven de estos), cuando el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento con anterioridad al inicio de la cobertura de presente Póliza; d) Las causadas por terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, radiación nuclear o contaminación radiactiva, guerras, declaradas o no y fenómenos de carácter terrorista así como cualquier otro fenómeno de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario; e) Las derivadas de la participación del Asegurado en carreras de vehículos a motor y las que resulten de la práctica de cualquier deporte profesional y las ocasionadas por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente y, en cualquier caso, los derivados del uso de motocicletas, sea como conductor o como ocupante, y las acaecidas durante viajes submarinos o de exploración, así como los de aviación, excepto como pasajeros de líneas comerciales, y en general todas aquellas ocurridas como consecuencia de la participación del Asegurado en todo acto notoriamente peligroso (excepto si se trata de salvar una vida humana); f) Las derivadas de cualquiera de las situaciones excluidas para la cobertura de Incapacidad Temporal.**

- **DESEMPLEO** entendiéndose por tal a los efectos de este contrato, la situación en que se encuentra el asegurado cuando

A) Se extingue su relación laboral:

- Por despido improcedente

- En virtud de expediente de regulación de empleo (excepto en los casos en los que el Asegurado se adhiera voluntariamente al mismo) o despido colectivo,

- Por muerte o incapacidad de su empresario individual

- Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas económicas, técnicas, organizativas o de producción, de conformidad con el apartado c del artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores.

- Por resolución voluntaria por parte del Asegurado ante las situaciones previstas en los artículos 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones substanciales de las condiciones de trabajo) y 50 (extinción por incumplimiento del empleador) del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo).

B) Se suspende la relación laboral en virtud de expediente de regulación de empleo o e reduzca a la mitad, al menos, la jornada de trabajo por dicha causa.

Esta garantía comienza a contar a partir de la fecha efectiva de la prestación por Desempleo realizada por el Servicio de Empleo Público Estatal u organismo competente, sin perjuicio del periodo de carencia y periodo mínimo en situación de desempleo establecidos en la póliza y finalizará en el momento en que el trabajador comience una nueva relación laboral, con la excepción reflejada en el siguiente párrafo.

En el supuesto en que el Asegurado no haya percibido el límite máximo de prestaciones consecutivas, y comience una relación laboral de carácter temporal de duración inferior a 6 meses, el pago de la prestación se interrumpirá y se reanudará una vez finalice la relación laboral de carácter temporal hasta alcanzar dicho límite máximo, siempre y cuando el pago de las prestaciones se devengue dentro de los doce meses siguientes a la fecha del desempleo que originó el pago de la primera prestación.

No se considera desempleo la situación en que se encuentra el trabajador: a) Cuando la finalización del contrato de trabajo se deba a un despido declarado legalmente procedente o baja voluntaria, excepto si se trata de un despido procedente basado en causas objetivas económicas, técnicas, organizativas o de producción, de conformidad con el apartado c del artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores; b) Cuando cesen voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo) o c cuando el Tomador/ Asegurado se acoja voluntariamente a un Expediente de Regulación de Empleo; c) Cuando el contrato de trabajo finalice por jubilación del Tomador/ Asegurado o por jubilación del empleador, cualquiera que sea su causa; d) Cuando el despido es comunicado al Tomador/ Asegurado con anterioridad a la contratación del seguro o dentro de los plazos de carencia o éste se produzca dentro del periodo de prueba de un contrato indefinido, si existiera; e) El paro parcial y los contratos de trabajo fijos de carácter discontinuo, en los periodos en que carezcan de ocupación efectiva; f) Los despidos sin derecho a prestación por parte del Servicio Público de Empleo Estatal u organismo competente o aquéllos cuya indemnización sea menor del 50% de la legalmente establecida; g) Cuando hayan sido despedidos y no reclamen en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato o despido basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo) en cuyo caso no sería necesaria dicha reclamación; h) 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; i) Cuando no hayan solicitado el reintegro al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador o se estuviera en excedencia y venciera el periodo fijado para la misma; j) Si el Tomador / Asegurado rechaza, dentro de su ámbito geográfico, un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario que esté acorde con su formación y previa experiencia; k) Si el Desempleo se produce después de que el Tomador / Asegurado haya alcanzado la edad legal de jubilación con respecto a la actividad que llevaba a cabo, y reúne todos los requisitos legales necesarios para acceder a la pensión de jubilación; l) 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 de contrato; m) Cuando la relación laboral del asegurado fuera con una empresa propiedad de su ámbito familiar 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 afinidad fuera socio o 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; n) Cuando su contrato se extinga por expiración del tiempo convenido y/o finalización de la obra o servicio objeto del contrato.

- **INCAPACIDAD TEMPORAL** entendiéndose por tal a los efectos de este contrato la situación física temporal motivada por enfermedad o accidente determinante de la incapacidad del asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral. Dicha enfermedad o accidente deben producirse cuando el asegurado esté trabajando de forma remunerada en España. La Incapacidad Temporal debe ser diagnosticada, tanto en su causa como en la incapacidad que genera para el Asegurado, por el médico competente de la Seguridad Social o asimilado. El derecho a percibir las prestaciones del contrato de seguro cesará cuando el asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo, aún de manera parcial, o cuando su estado pase a ser de incapacidad permanente. Esta garantía comenzará a contar desde la certificación de la incapacidad por el médico competente de la Seguridad Social o asimilado, sin perjuicio del periodo de carencia y periodo mínimo en situación de incapacidad temporal establecidos.

No se considerarán Incapacidad Temporal los siniestros que resulten de: **a) Los accidentes ocurridos antes de la entrada en vigor o enfermedades preexistentes a dicha entrada en vigor. Se entiende por enfermedad preexistente toda dolencia, enfermedad o lesión previamente diagnosticada o tratada médicamente o puramente sintomática, iniciada o contraída con anterioridad a la fecha de efecto de esta póliza;** **b) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Tomador / Asegurado;** **c) Las producidas cuando el Tomador / Asegurado se encuentre en estado de enajenación o perturbación mental, en estado de sonambulismo o cuando la Incapacidad Temporal derive de una enfermedad o afección cerebrovascular o estado de epilepsia;** **d) Las producidas como consecuencia de una situación de desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa, así como los derivados de una actuación delictiva del Tomador / Asegurado, declarada judicialmente;** **e) Las producidas cuando el Tomador / Asegurado se encuentre en estado de embriaguez, esto es, cuando el grado de alcoholemia sea superior al establecido por la normativa en materia de tráfico y circulación de vehículos a motor vigente en el momento del accidente o bajo los efectos de drogas tóxicas o estupefacientes, fármaco y/o tratamiento que no le hubiera sido prescrito o administrado por un médico;** **f) Los periodos de descanso obligatorio y voluntario que procedan por maternidad o paternidad. No se encuentran excluidos los siniestros motivados por complicaciones en caso de embarazo, parto o aborto.;** **g) Dolores de espalda y cuello (tales como cervicalgia, dorsalgia o lumbalgia), salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammografías, scanners, T.A.C., etc.) que acrediten la existencia de una lesión o enfermedad y que sean causantes de la Incapacidad Temporal;** **h) Enfermedades psiquiátricas, cefaleas y enfermedades mentales nerviosas, incluidas la depresión, el estrés y afecciones similares aún cuando existan evidencias médicas;** **i) Las causadas por terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, radiación nuclear o contaminación radiactiva, guerras, declaradas o no, y fenómenos de carácter terrorista así como cualquier otro fenómeno de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario;** **j) Las derivadas de la participación del Tomador/ Asegurado en carreras de vehículos a motor y las que resulten de la práctica de cualquier deporte profesional o deporte considerado de riesgo y las ocasionadas por la conducción de vehículos a motor si el Tomador/ Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente y, en cualquier caso, los derivados del uso de motocicletas, sea como conductor o como ocupante, y las acaecidas durante viajes submarinos o de exploración, así como los de aviación, excepto como pasajeros de líneas comerciales, y en general todas aquellas ocurridas como consecuencia de la participación del Tomador/ Asegurado en todo acto notoriamente peligroso (excepto si se trata de salvar una vida humana);** **k) Las provocadas voluntariamente por el asegurado.**

10. Devolución de la prima no consumida calculada según la regla de devengo del 78:

El Asegurado tiene derecho a resolver el seguro sin penalización alguna durante el plazo de un mes desde su contratación. Transcurrido dicho plazo de un mes, en caso de cancelación del contrato financiero, se devolverá la parte de prima no consumida en base a la siguiente fórmula

Donde:
$$P = \frac{R(R+1)}{T(T+1)} - A$$

P = Prima antes de impuestos, cargas y gravámenes que sean de aplicación
R = Número de meses restantes hasta la finalización del contrato de seguro
T = Duración del contrato de seguro en meses
A = 10 % en concepto de gastos de administración

11. Siniestros

En caso de ocurrir algún siniestro el asegurado debe comunicarlo al teléfono 902 109 171 en el plazo máximo de 1 mes desde que tuvo conocimiento del mismo. El asegurado deberá aportar la documentación acreditativa del siniestro que le exija la compañía aseguradora. La compañía podrá exigir en cualquier momento la documentación acreditativa de que el asegurado continúa en situación de desempleo o incapacidad temporal. **No se pagarán prestaciones mensuales adicionales si dicha documentación no se entrega en el plazo de sesenta días desde que fue requerida.**

12. Reclamaciones

Los asegurados disponen de un servicio cuyo teléfono es 902 109 171 al que pueden dirigirse para cualquier consulta o reclamación. Asimismo podrán presentar sus quejas y reclamaciones por escrito dirigidas al Servicio de Atención al Cliente de las Compañías (Calle Luchana 23, 5ª Planta 28010 Madrid, e-mail: atencion.cliente@genworth.com), que resolverá las mismas en un plazo máximo de dos meses. En caso de no obtener respuesta de la Compañía en el mencionado plazo, o en el supuesto de que su queja o reclamación sea denegada por ésta última, los Asegurados podrán acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para la admisión y tramitación de la queja o reclamación ante dicho Comisionado, el Asegurado deberá acreditar haber acudido con anterioridad al Departamento de Atención al Cliente de la Compañía. En cualquier caso, los Asegurados podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en la Ley 60/2003 de Arbitraje, o acudir ante los jueces y tribunales competentes.

13. Protección de Datos

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, GENWORTH le informa que los datos personales que se proporcionen como consecuencia de este contrato y aquellos otros obtenidos durante la relación contractual, serán incorporados a un fichero titularidad de esta entidad, con la finalidad de gestionar el desarrollo y ejecución del contrato de seguro y cualesquiera otros servicios que se soliciten posteriormente. Los asegurados expresamente autorizan a utilizar aquellos datos de salud, o de naturaleza sensible, a los que GENWORTH acceda, para la adecuada gestión desarrollo y ejecución de los servicios objeto de la presente relación contractual. Asimismo, éstos prestan su consentimiento para que sus datos puedan ser cedidos a ficheros comunes para la liquidación de siniestros y para la prevención del fraude en el sector asegurador, y a otras compañías aseguradoras para el coaseguro o reaseguro del riesgo, así como a médicos internos o externos para la correcta valoración del siniestro. En el caso de que los datos personales no sean facilitados directamente por su titular, la persona o entidad encargada de suministrarlos se responsabiliza de haber recabado el consentimiento de los afectados para su comunicación a GENWORTH así como de haberle informado del contenido de la presente cláusula. El asegurado consiente y autoriza expresamente la cesión de los datos personales facilitados a GENWORTH, incluyendo los relativos a salud, a las compañías subsidiarias del grupo Genworth Financial Inc y Genpact Internacional identificadas en la póliza de seguro, cuyas condiciones el asegurado declara conocer, para la tramitación de esta póliza de seguro, o cualquier otra póliza que el asegurado solicite, gestión de reclamaciones y prevención del riesgo. Del mismo modo, el asegurado es

informado que, por motivos de externalización de funciones de soporte de las tecnologías de la información, sus datos van a ser almacenados en dichas compañías prestando su consentimiento inequívoco para que tenga lugar dicha transferencia internacional de datos. Por último, informamos de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida a GENWORTH a la dirección indicada previamente, incluyendo en la comunicación la referencia "Protección de Datos Personales".

14. Cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente. Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones: (a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora. (b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros. El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros. En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que esta disponible en la página «Web» del Consorcio (www.consorseguros.es), o en las oficinas de este o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera. Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

15. Firma de las Partes

El Tomador / Asegurado declara y reconoce mediante la suscripción del presente documento, que ha recibido las Condiciones Generales y Especiales, y Particulares que integran esta Póliza de Seguro de Protección de Pagos, manifestando así su conocimiento y conformidad con las mismas. Igualmente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de la ley 50/80 de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro, y como pacto adicional a las Condiciones Particulares, el Tomador / Asegurado manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas del presente contrato y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos. Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y plena aceptación de las mismas, el Tomador / Asegurado lo rubrica con su firma a continuación. Para la correcta ejecución y tramitación de su póliza le rogamos se sirva remitir copia firmada de este documento a la compañía aseguradora a través de: FAX: 902 108 060 o E-mail: repcion.documentacion@genworth.com

El Tomador / Asegurado reconoce expresamente haber recibido del Asegurador, con carácter previo a la formalización de este contrato de seguro, la oportuna información relativa a la legislación aplicable al contrato de seguro, las diferentes instancias de reclamación, el Estado miembro del domicilio del Asegurador y su autoridad de control, la denominación social, dirección y forma jurídica del Asegurador, así como la información mínima prevista en la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

EL TOMADOR / ASEGURADO

LA COMPAÑÍA



Fdo.

D/ña:.....

DNI/NIF.....

1. Partes del contrato

Asegurador: Las Compañías aseguradoras son Financial Insurance Company Limited Spain Sucursal en España y Financial Assurance Company Limited Spain Sucursal en España (en adelante, conjuntamente, GENWORTH), registradas en Inglaterra y sujetas a la supervisión de la Financial Services Authority (FSA), y con domicilio social en la calle Luchana 23, 5ª (28010) Madrid.

Suscriptor del seguro: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C.

Tomador / Asegurado: Es la persona física que satisfice las condiciones de adhesión e incorporación a la póliza firmada entre La Compañía y el Suscriptor y es el primer titular de un contrato financiero, siempre que sea mayor de dieciocho años, menor de sesenta y cinco exceptuando para la garantía de Fallecimiento que se amplía hasta los ochenta años (en la fecha de finalización de la cobertura) y para las garantías de Desempleo e Incapacidad Temporal esté trabajando, ya sea por cuenta ajena o como profesional autónomo, en territorio español de forma remunerada desde hace más de 6 meses, con un mínimo de 13 horas semanales, encontrándose en situación de alta en la Seguridad Social (régimen general o RETA, según corresponda), Mutualidad, Montepío o institución análoga que la legislación determine y, en caso de ser trabajador por cuenta ajena con contrato laboral indefinido no sabe, o debería saber, que va a ser cesado de su puesto de trabajo. Para adquirir la condición de Tomador / Asegurado es necesario que en el momento de la contratación del Seguro no padezca defecto físico, secuela, o enfermedad crónica física y/o mental (incluida epilepsia o enajenación mental) ni esté en situación de Incapacidad Temporal o lo haya estado durante más de 15 días consecutivos durante los doce meses anteriores a la fecha de efecto del seguro, ni sea titular de una prestación por invalidez en dicha fecha. Se entenderá por contrato financiero el crédito Celeris Hogar básico.

Mediador: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C., como operador de banca-seguros vinculado.

Beneficiario: Celeris Servicios Financieros, S.A., E.F.C. Se declara expresamente que la designación del beneficiario es irrevocable.

2. Legislación aplicable

El presente contrato se rige por la Ley del Contrato de Seguro 50/1980 de 8 de octubre, por el Texto Refundido de la Ley de ordenación y supervisión de seguros privados, aprobado por Real Decreto 6/2004, de 29 de octubre y su Reglamento de desarrollo, así como por cualquier modificación y adaptación que dicha normativa pueda sufrir. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, se informa que el Asegurado está sujeto a la supervisión y control de Financial Services Authority y debidamente autorizado para operar en España en régimen de derecho de establecimiento.

3. Riesgos garantizados

- **Fallecimiento** a todos aquellos titulares del Contrato Financiero amparado por la presente póliza, que no hayan alcanzado la edad de 80 años.
- **Desempleo** a aquellos titulares del Contrato Financiero amparado por la presente póliza, que mantengan una Relación Laboral por cuenta ajena de carácter indefinido durante un mínimo de trece horas semanales durante un periodo continuado de, al menos, seis meses inmediatamente antes de la fecha de inicio del Desempleo así como aquellos trabajadores fijos discontinuos que hubieren sido despedidos de manera improcedente durante el periodo de efectividad de su contrato. **Quedan excluidos los funcionarios dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas y el personal con contrato indefinido mientras se encuentren en el periodo de prueba de contrato, si existiera.** La edad máxima para tener acceso a esta cobertura es de 65 años.

- **Incapacidad Temporal por enfermedad o accidente** a aquellos titulares del Contrato Financiero amparado por la presente póliza, que tengan un contrato laboral de duración determinada, los trabajadores autónomos, así como los funcionarios y el personal laboral dependiente de cualquiera de las Administraciones Públicas, así como a los trabajadores fijos discontinuos en el periodo en que carezcan de ocupación efectiva. La edad máxima para tener acceso a esta cobertura es de 65 años.

Hospitalización a aquellos titulares del Contrato Financiero Celeris Hogar básico, amparado por la presente póliza, que tengan una Relación Laboral menor de 13 horas a la semana o ningún tipo de relación laboral. La edad máxima para tener acceso a esta cobertura es de 65 años.

El pago de la prestación a un Asegurado por una de las garantías de Incapacidad Temporal, Desempleo u Hospitalización excluye el pago simultáneo por cualquier otra garantía.

4. Cobertura

- **Fallecimiento:** Se garantiza el pago del saldo pendiente del contrato financiero amparado en la presente póliza. **En todo caso, el importe máximo de la cuota de reembolso será de 4.000 Euros.**

- **Hospitalización del Asegurado:** Se garantiza al beneficiario el pago de las cuotas de reembolso que se rigen por medio de la presente póliza, en todos los supuestos en los que el asegurado permanezca hospitalizado más de siete días consecutivos. En caso de permanecer el asegurado hospitalizado por un periodo superior a treinta días, se pagará adicionalmente al beneficiario una cantidad equivalente a la cuota de amortización por cada treinta días consecutivos en que se encuentre el asegurado en situación de hospitalización. **Se establece un límite máximo de 12 prestaciones consecutivas o alternas, con un límite de la cuota de reembolso de 300 Euros.**

- **Incapacidad Temporal o Desempleo del Asegurado:** Se garantiza al beneficiario el pago de las cuotas de reembolso del crédito que se rige por medio de la presente póliza, por cada treinta días consecutivos en que se encuentre el asegurado en situación de desempleo o incapacidad temporal en función del riesgo garantizado. **Se establece el límite máximo de 12 prestaciones consecutivas o alternas, con un límite de la cuota de reembolso de 300 Euros.**

5. Prima (impuestos y recargos legales incluidos)

Celeris "Hogar básico": 3,16% sobre el importe del préstamo solicitado.

Esta tasa podrá verse modificada en función de la variación de los impuestos y recargos legales que son de aplicación.

6. Inicio y duración de la cobertura

La fecha de efecto o inicio de la Cobertura de este Contrato de Seguro para cada Tomador / Asegurado se producirá en el momento en que, tras la firma por el mismo del Contrato Financiero y el Boletín / Solicitud de Adhesión al Seguro, la prima haya sido pagada y se cumplan los criterios de elegibilidad del seguro. El vencimiento del seguro se producirá para cada Tomador / Asegurado cuando venza el contrato financiero al que está vinculado.

7. Plazo entre siniestros

En caso de producirse situaciones de desempleo subsiguientes al primer desempleo, se procederá al pago de nuevas prestaciones únicamente si el asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral de carácter indefinido por un periodo mínimo de seis meses.

En caso de enfermedad y/o accidente, si se produjeran situaciones de Incapacidad Temporal subsiguientes a la primera, se pagarán nuevas prestaciones siempre que el asegurado haya estado trabajando seis meses desde el fin de la última Incapacidad Temporal si el siniestro se ha producido por la misma causa de la primera incapacidad o de un mes si se trata de una causa distinta. La carencia sólo será de aplicación cuando se hayan agotado el número máximo de prestaciones consecutivas; Si no se han agotado, no habrá periodo de carencia y el asegurado tendrá derecho a percibir las prestaciones que resten hasta alcanzar el número máximo.

En caso de enfermedad y/o accidente, si se produjeran situaciones de Hospitalización subsiguientes a la primera, se pagarán nuevas prestaciones si se trata de una causa distinta. La carencia solo será de aplicación cuando se hayan agotado el número máximo de prestaciones consecutivas; Si no se han agotado, no habrá periodo de carencia y el asegurado tendrá derecho a percibir las prestaciones que resten hasta alcanzar el número máximo.

8. Carencia

La ocurrencia de un siniestro no generará derecho alguno a indemnización, presente o futura, para el asegurado los dos primeros meses de cobertura para el desempleo y del primer mes para la Incapacidad Temporal y Hospitalización. No hay carencia para la cobertura de Fallecimiento. Tampoco habrá carencias en el caso de Incapacidad Temporal o de Hospitalización derivada de un accidente.

9. Definiciones y exclusiones

Quedan cubiertas las siguientes garantías:

- **FALLECIMIENTO** del Asegurado, salvo cuando se produzca por suicidio del Asegurado ocurrido dentro del primer año contado desde la fecha de toma de efecto del contrato; si el fallecimiento se produjere como consecuencia de una enfermedad o patología preexistente al inicio de la cobertura para cada Tomador / Asegurado; o por cualquiera de las circunstancias descritas bajo el apartado "Exclusiones" en la cobertura de Incapacidad Temporal.

- **HOSPITALIZACIÓN:** entendiéndose por tal a los efectos de este contrato, todos los supuestos en los que el asegurado permanezca hospitalizado más de siete días consecutivos.

Las exclusiones indicadas para la cobertura de Incapacidad Temporal, es común asimismo para la Hospitalización.

- **DESEMPLEO** entendiéndose por tal a los efectos de este contrato, la situación en que se encuentra el asegurado cuando

A) Se extingue su relación laboral:

- Por despido improcedente

- En virtud de expediente de regulación de empleo (excepto en los casos en los que el Asegurado se adhiera voluntariamente al mismo) o despido colectivo,

- Por muerte o incapacidad de su empresario individual

- Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas económicas, técnicas, organizativas o de producción, de conformidad con el apartado c del artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores.

- Por resolución voluntaria por parte del Asegurado ante las situaciones previstas en los artículos 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones substanciales de las condiciones de trabajo) y 50 (extinción por incumplimiento del empleador) del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo).

B) Se suspende la relación laboral en virtud de expediente de regulación de empleo o e reduzca a la mitad, al menos, la jornada de trabajo por dicha causa. Esta garantía comienza a contar a partir de la fecha efectiva de la prestación por Desempleo realizada por el Servicio de Empleo Público Estatal u organismo competente, sin perjuicio del periodo de carencia y periodo mínimo en situación de desempleo establecidos en la póliza y finalizará en el momento en que el trabajador comience una nueva relación laboral, con la excepción reflejada en el siguiente párrafo.

En el supuesto en que el Asegurado no haya percibido el límite máximo de prestaciones consecutivas, y comience una relación laboral de carácter temporal de duración inferior a 6 meses, el pago de la prestación se interrumpirá y se reanudará una vez finalice la relación laboral de carácter temporal hasta alcanzar dicho límite máximo, siempre y cuando el pago de las prestaciones se devengue dentro de los doce meses siguientes a la fecha del desempleo que originó el pago de la primera prestación.

No se considera desempleo la situación en que se encuentra el trabajador: a) Cuando la finalización del contrato de trabajo se deba a un despido declarado legalmente procedente o baja voluntaria, excepto si se trata de un despido procedente basado en causas objetivas económicas, técnicas, organizativas o de producción, de conformidad con el apartado c del artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores; b) Cuando cesen voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo) o c cuando el Tomador/ Asegurado se acoja voluntariamente a un Expediente de Regulación de Empleo; c) Cuando el contrato de trabajo finalice por jubilación del Tomador/ Asegurado o por jubilación del empleador, cualquiera que sea su causa; d) Cuando el despido es comunicado al Tomador/ Asegurado con anterioridad a la contratación del seguro o dentro de los plazos de carencia o éste se produzca dentro del periodo de prueba de un contrato indefinido, si existiera; e) El paro parcial y los contratos de trabajo fijos de carácter discontinuo, en los periodos en que carezcan de ocupación efectiva; f) Los despidos sin derecho a prestación por parte del Servicio Público de Empleo Estatal u organismo competente o aquéllos cuya indemnización sea menor del 50% de la legalmente establecida; g) Cuando hayan sido despedidos y no reclamen en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato o despido basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo) en cuyo caso no sería necesaria dicha reclamación; h) 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; i) Cuando no hayan solicitado el reintegro al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador o se estuviera en excedencia y venciera el periodo fijado para la misma; j) Si el Tomador / Asegurado rechaza, dentro de su ámbito geográfico, un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario que esté acorde con su formación y previa experiencia; k) Si el Desempleo se produce después de que el Tomador / Asegurado haya alcanzado la edad legal de jubilación con respecto a la actividad que llevaba a cabo, y reúne todos los requisitos legales necesarios para acceder a la pensión de jubilación; l) 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 de contrato; m) Cuando la relación laboral del asegurado fuera con una empresa propiedad de su ámbito familiar 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 afinidad fuera socio o 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; n) Cuando su contrato se extinga por expiración del tiempo convenido y/o finalización de la obra o servicio objeto del contrato.

- **INCAPACIDAD TEMPORAL** entendiéndose por tal a los efectos de este contrato la situación física temporal motivada por enfermedad o accidente determinante de la incapacidad del asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral. Dicha enfermedad o accidente deben producirse cuando el asegurado esté trabajando de forma remunerada en España. La Incapacidad Temporal debe ser diagnosticada, tanto en su causa como en la incapacidad que genera para el Asegurado, por el médico competente de la Seguridad Social o asimilado. El derecho a percibir las prestaciones del contrato de seguro cesará cuando el asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo, aún de manera parcial, o cuando su estado pase a ser de incapacidad permanente. Esta garantía comenzará a contar desde la certificación de la incapacidad por el médico competente de la Seguridad Social o asimilado, sin perjuicio del periodo de carencia y periodo mínimo en situación de incapacidad temporal establecidos.

No se considerarán Incapacidad Temporal los siniestros que resulten de: a) **Los accidentes ocurridos antes de la entrada en vigor o enfermedades preexistentes a dicha entrada en vigor. Se entiende por enfermedad preexistente toda dolencia, enfermedad o lesión previamente diagnosticada o tratada médicamente o puramente sintomática, iniciada o contraída con anterioridad a la fecha de efecto de esta póliza;** b) **Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Tomador / Asegurado;** c) **Las producidas cuando el Tomador / Asegurado se encuentre en estado de enajenación o perturbación mental, en estado de sonambulismo o cuando la Incapacidad Temporal derive de una enfermedad o afección cerebrovascular o estado de epilepsia;** d) **Las producidas como consecuencia de una situación de desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa, así como los derivados de una actuación delictiva del Tomador / Asegurado, declarada judicialmente;** e) **Las producidas cuando el Tomador / Asegurado se encuentre en estado de embriaguez, esto es, cuando el grado de alcoholemia sea superior al establecido por la normativa en materia de tráfico y circulación de vehículos a motor vigente en el momento del accidente o bajo los efectos de drogas tóxicas o estupefacientes, fármaco y/o tratamiento que no le hubiera sido prescrito o administrado por un médico;** f) **Los periodos de descanso obligatorio y voluntario que procedan por maternidad o paternidad. No se encuentran excluidos los siniestros motivados por complicaciones en caso de embarazo, parto o aborto;** g) **Dolores de espalda y cuello (tales como cervicalgia, dorsalgia o lumbalgia), salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammografías, scanners, T.A.C., etc.) que acrediten la existencia de una lesión o enfermedad y que sean causantes de la Incapacidad Temporal;** h) **Enfermedades psiquiátricas, cefaleas y enfermedades mentales nerviosas, incluidas la depresión, el estrés y afecciones similares aún cuando existan evidencias médicas;** i) **Las causadas por terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, radiación nuclear o contaminación radiactiva, guerras, declaradas o no, y fenómenos de carácter terrorista así como cualquier otro fenómeno de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario;** j) **Las derivadas de la participación del Tomador/ Asegurado en carreras de vehículos a motor y las que resulten de la práctica de cualquier deporte profesional o deporte considerado de riesgo y las ocasionadas por la conducción de vehículos a motor si el Tomador/ Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente y, en cualquier caso, los derivados del uso de motocicletas, sea como conductor o como ocupante, y las acaecidas durante viajes submarinos o de exploración, así como los de aviación, excepto como pasajeros de líneas comerciales, y en general todas aquellas ocurridas como consecuencia de la participación del Tomador/ Asegurado en todo acto notoriamente peligroso (excepto si se trata de salvar una vida humana);** k) **Las provocadas voluntariamente por el asegurado.**

10. **Devolución de la prima no consumida calculada según la regla de devengo del 78:**

El Asegurado tiene derecho a resolver el seguro sin penalización alguna durante el plazo de un mes desde su contratación. Transcurrido dicho plazo de un mes, en caso de cancelación del contrato financiero, se devolverá la parte de prima no consumida en base a la siguiente fórmula

$$P = \frac{R(R+1)}{T(T+1)} - A$$

Donde:
P = Prima antes de impuestos, cargas y gravámenes que sean de aplicación
R = Número de meses restantes hasta la finalización del contrato de seguro
T = Duración del contrato de seguro en meses
A = 10 % en concepto de gastos de administración

11. **Siniestros**

En caso de ocurrir algún siniestro el asegurado debe comunicarlo al teléfono 902 109 171 en el plazo máximo de 1 mes desde que tuvo conocimiento del mismo. El asegurado deberá aportar la documentación acreditativa del siniestro que le exija la compañía aseguradora. La compañía podrá exigir en cualquier momento la documentación acreditativa de que el asegurado continúa en situación de desempleo o incapacidad temporal. **No se pagarán prestaciones mensuales adicionales si dicha documentación no se entrega en el plazo de sesenta días desde que fue requerida.**

12. **Reclamaciones**

Los asegurados disponen de un servicio cuyo teléfono es 902 109 171 al que pueden dirigirse para cualquier consulta o reclamación. Asimismo podrán presentar sus quejas y reclamaciones por escrito dirigidas al Servicio de Atención al Cliente de las Compañías (Calle Luchana 23, 5ª Planta 28010 Madrid, e-mail: atencion.cliente@genworth.com), que resolverá las mismas en un plazo máximo de dos meses. En caso de no obtener respuesta de la Compañía en el mencionado plazo, o en el supuesto de que su queja o reclamación sea denegada por ésta última, los Asegurados podrán acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para la admisión y tramitación de la queja o reclamación ante dicho Comisionado, el Asegurado deberá acreditar haber acudido con anterioridad al Departamento de Atención al Cliente de la Compañía. En cualquier caso, los Asegurados podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en la Ley 60/2003 de Arbitraje, o acudir ante los jueces y tribunales competentes.

13. **Protección de Datos**

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, GENWORTH le informa que los datos personales que se proporcionen como consecuencia de este contrato y aquellos otros obtenidos durante la relación contractual, serán incorporados a un fichero titularidad de esta entidad, con la finalidad de gestionar el desarrollo y ejecución del contrato de seguro y cualesquiera otros servicios que se soliciten posteriormente.

Los asegurados expresamente autorizan a utilizar aquellos datos de salud, o de naturaleza sensible, a los que GENWORTH acceda, para la adecuada gestión desarrollo y ejecución de los servicios objeto de la presente relación contractual. Asimismo, éstos prestan su consentimiento para que sus datos puedan ser cedidos a ficheros comunes para la liquidación de siniestros y para la prevención del fraude en el sector asegurador, y a otras compañías aseguradoras para el coaseguro o reaseguro del riesgo, así como a médicos internos o externos para la correcta valoración del siniestro. En el caso de que los datos personales no sean facilitados directamente por su titular, la persona o entidad encargada de suministrarlos se responsabiliza de haber recabado el consentimiento de los afectados para su comunicación a GENWORTH así como de haberle informado del contenido de la presente cláusula. El asegurado consiente y autoriza expresamente la cesión de los datos personales facilitados a GENWORTH, incluyendo los relativos a salud, a las compañías subsidiarias del grupo Genworth Financial Inc y Genpact Internacional identificadas en la póliza de seguro, cuyas condiciones el asegurado declara conocer, para la tramitación de esta póliza de seguro, o cualquier otra póliza que el asegurado solicite, gestión de reclamaciones y prevención del riesgo. Del mismo modo, el asegurado es informado que, por motivos de externalización de funciones de soporte de las tecnologías de la información, sus datos van a ser almacenados en dichas compañías prestando su consentimiento inequívoco para que tenga lugar dicha transferencia internacional de datos. Por último, informamos de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida a GENWORTH a la dirección indicada previamente, incluyendo en la comunicación la referencia "Protección de Datos Personales".

14. **Cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros**

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente. Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones: (a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora. (b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros. El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros. En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que esta disponible en la página "Web" del Consorcio (www.consortseguros.es), o en las oficinas de este o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera. Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

15. **Firma de las Partes**

El Tomador / Asegurado declara y reconoce mediante la suscripción del presente documento, que ha recibido las Condiciones Generales y Especiales, y Particulares que integran esta Póliza de Seguro de Protección de Pagos, manifestando así su conocimiento y conformidad con las mismas. Igualmente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de la ley 50/80 de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro, y como pacto adicional a las Condiciones Particulares, el Tomador / Asegurado manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas del presente contrato y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos. Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y plena aceptación de las mismas, el Tomador / Asegurado lo rubrica con su firma a continuación. Para la correcta ejecución y tramitación de su póliza le rogamos se sirva remitir copia firmada de este documento a la compañía aseguradora a través de: FAX: 902 108 060 o E-mail: recepcion.documentacion@genworth.com

El Tomador / Asegurado reconoce expresamente haber recibido del Asegurador, con carácter previo a la formalización de este contrato de seguro, la oportuna información relativa a la legislación aplicable al contrato de seguro, las diferentes instancias de reclamación, el Estado miembro del domicilio del Asegurador y su autoridad de control, la denominación social, dirección y forma jurídica del Asegurador, así como la información mínima prevista en la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

EL TOMADOR / ASEGURADO

LA COMPAÑÍA

Fdo.
D/ña:.....
DNI/NIF:.....

