



BASES LEGALES Santander Renting coche

Cobertura de protección de pagos por pérdida involuntaria de empleo, incapacidad temporal y hospitalización por enfermedad o accidente.

y

Cobertura de cancelación anticipada del contrato de renting

Descripción: Con referencia a las ofertas y superofertas de arrendamiento no financiero de vehículos (**renting**) se detallan en el presente documento las condiciones de la "cobertura de protección de pagos por pérdida involuntaria de empleo, incapacidad temporal y hospitalización por enfermedad o accidente" y de la "cobertura de cancelación anticipada del contrato de renting", cuya descripción comercial se indica en dichas ofertas y superofertas:

- I. Cobertura de protección de pagos por pérdida involuntaria de empleo, incapacidad temporal y hospitalización por enfermedad o accidente para clientes particulares y autónomos
- II. Cobertura de protección de pagos por pérdida involuntaria de empleo, incapacidad temporal y hospitalización por enfermedad o accidente para clientes empresas
- III. Cobertura de cancelación anticipada del contrato de renting para clientes particulares y autónomos
- IV. Cobertura de cancelación anticipada del contrato de renting para clientes empresas

I Cobertura de protección de pagos por pérdida involuntaria de empleo, incapacidad temporal y hospitalización por enfermedad o accidente para clientes particulares y autónomos

CARENCIA INICIAL: Periodo de tiempo que debe transcurrir desde la fecha de adhesión al seguro hasta la entrada en vigor de las garantías contratadas. Durante este periodo no tomarán efecto las garantías previstas en la póliza y por lo tanto no se devengará derecho al cobro de prestación alguna.

CARENCIA ENTRE SINIESTROS: Periodo de tiempo que debe transcurrir entre varios siniestros desde la fecha en que finalizó el último siniestro abonado al Beneficiario por la Entidad Aseguradora hasta la fecha ocurrencia del siguiente siniestro. Durante este periodo la garantía prevista en la póliza se encontrará en suspenso y por lo tanto no se devengará derecho al cobro de prestación alguna.

SUMA ASEGURADA O PRESTACIÓN: Es el importe que, de cumplirse los requisitos y condiciones establecidos en la Póliza, la Entidad Aseguradora se compromete a pagar al Beneficiario en el momento del acaecimiento de las contingencias previstas en la misma.

CONTRATO DE RENTING ASOCIADO: A efectos de esta póliza se entenderá por contrato de renting el contrato de alquiler de vehículos, turismos y derivados de turismos de hasta 3.500 kg de MMA formalizado entre el Asegurado y el Tomador y asociado a esta póliza. **ACCIDENTE:** Toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito, violento y ajeno a la voluntad del asegurado.

ENFERMEDAD: Toda alteración del estado de la salud originado por una causa no accidental, cuyo diagnóstico sea efectuado por un médico legalmente reconocido, que requiera tratamiento y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de Póliza.

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

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

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

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

1.- CONDICIONES DE ADHESIÓN

Sólo tendrán la condición de Asegurados de la presente Póliza de Seguro las personas físicas que, en el momento de adherirse a la misma, reúnan las siguientes condiciones:

- a) Ser residente fiscal en España.
- b) Tener una edad comprendida entre los 18 y los 80 años en el momento de la adhesión al Seguro.

- c) Ser titular de un Contrato de renting con el Tomador del Seguro. Dicho contrato deberá estar en vigor en el momento de producirse el siniestro y estará asociado a este contrato de seguro.
- d) Para las garantías de incapacidad laboral y hospitalización: no estar en la fecha de efecto del Seguro, en situación de baja laboral por enfermedad o accidente y no haber estado más de 30 días de baja laboral por razones médicas en los últimos 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de efecto del seguro.
- e) A efectos de la cobertura de Incapacidad Temporal no tener reconocida alguna minusvalía o incapacidad o no estar en proceso de su solicitud.
- f) Para la garantía de pérdida involuntaria de empleo: No tener conocimiento de que la empresa va a iniciar un Expediente de Regulación de Empleo o no tener conocimiento de que se va a producir la extinción o suspensión de su relación laboral por cualquier causa.

2.- SUMA ASEGURADA O PRESTACIÓN.

Se entiende por Suma Asegurada el importe que se abonará al beneficiario en caso de ocurrencia del siniestro.

En el presente contrato de seguro la Suma Asegurada será el importe de la cuota ordinaria mensual ordinaria que, en el momento de producirse el siniestro, el Asegurado estuviera pagando al Tomador correspondiente al contrato de renting asociado a este contrato de seguro.

A estos efectos, se entiende por cuota ordinaria mensual ordinaria la estipulada en el contrato de renting asociado a este contrato de seguro quedando excluida de la misma los intereses de demora y de cualesquiera otros gastos, comisiones, penalizaciones o pagos que debiera hacer el Asegurado en virtud de lo pactado en dicho contrato de renting.

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

Para las garantías de Pérdida Involuntaria de Empleo o Incapacidad Temporal, el importe de suma asegurada será la cuota ordinaria mensual ordinaria o el importe mensualizado del contrato de renting asociado, por cada periodo completo de 30 días naturales consecutivos desde que se produce la situación de Pérdida Involuntaria de Empleo o Incapacidad Temporal del Asegurado.

Para la garantía Hospitalización por Enfermedad o Accidente, el importe de suma asegurada será la cuota ordinaria mensual ordinaria o el importe mensualizado del contrato de renting asociado una vez alcanzado un periodo de 7 días naturales consecutivos de probada Hospitalización por Accidente o Enfermedad. Los pagos sucesivos serán por cada periodo completo de 30 días naturales consecutivos en dicha situación.

En cualquier caso, el importe máximo de suma asegurada a satisfacer por la Entidad Aseguradora en caso de siniestro será de 1.500 euros por cuota ordinaria mensual con independencia del número de contratos de renting que tenga asociados a la presente póliza un mismo asegurado.

Así mismo el número máximo de cuotas ordinarias mensuales (suma asegurada) a abonar por la Entidad Aseguradora será de 6 consecutivas por expediente declarado o 18 alternas en total para el conjunto de todos los expedientes declarados durante la vigencia de la póliza.

3.- PERIODO DE CARENIA INICIAL Y ENTRE SINIESTROS

Carencia Inicial: Para la garantía de Pérdida Involuntaria de Empleo del Asegurado se establece un periodo de carencia inicial de 60 días naturales consecutivos, a computar a partir de la fecha de adhesión al Seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Pérdida Involuntaria del Empleo se produce en la fecha en que se produzca la extinción de la relación laboral por las causas señaladas en esta póliza, y así lo señale el SEPE u Organismo que lo sustituya.

Para la garantía de Incapacidad Temporal y Hospitalización del Asegurado cuando la causa de las mismas sea por Enfermedad, se establece un periodo de carencia inicial de 30 días naturales consecutivos, a computar a partir de la fecha de su adhesión al seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Incapacidad Temporal se produce en la fecha en la que la enfermedad causante de la Incapacidad hubiera sido diagnosticada por facultativos de la Seguridad Social, Mutua o Institución análoga o médico o facultativo autorizado y así lo ratifiquen los servicios médicos de la Entidad Aseguradora.

No tendrán periodo de carencia inicial la cobertura de Hospitalización por accidente ni la Incapacidad Temporal por accidente.

Carencia entre dos siniestros:

En caso de producirse situaciones de Pérdida Involuntaria de Empleo subsiguientes a una situación anterior de Pérdida Involuntaria de Empleo que dio lugar al pago de la prestación por parte de la Entidad Aseguradora, se procederá al pago de nuevas prestaciones si el Asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral como trabajador por cuenta ajena y con un contrato indefinido por un periodo mínimo de 180 días naturales consecutivos y haya superado el periodo de prueba establecido correspondiente a su nueva relación laboral siempre que dicho contrato tenga una duración igual o superior a 25 horas a la semana. En caso contrario no se pagará cantidad alguna.

En caso de producirse Incapacidades Temporales u Hospitalizaciones del Asegurado como consecuencia de enfermedades, subsiguientes a una anterior Incapacidad Temporal u Hospitalización que dio lugar a prestación por parte de esta póliza, la Entidad Aseguradora procederá nuevamente al pago de prestaciones transcurridos 180 días naturales consecutivos desde el fin de la última incapacidad temporal u Hospitalización si se trata de la misma causa de Incapacidad u hospitalización o 30 días naturales consecutivos, si se trata de una causa distinta.

No se exigirá periodo de carencia para el supuesto de Incapacidad Temporal por accidente u Hospitalización por accidente.

4.- DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS O GARANTÍAS CUBIERTOS

Dentro del presente seguro quedan incluidas las siguientes garantías de contratación obligatoria que se detallan a continuación:

4.1. PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO

A los efectos de este seguro, se entenderá por Pérdida Involuntaria de Empleo la situación en que se encuentran quienes, pudiendo y queriendo trabajar remuneradamente por cuenta ajena, pierdan su empleo y sean privados de su salario por causas distintas de su voluntad. Sólo estarán cubiertos frente al riesgo de Pérdida involuntaria de empleo los Asegurados, trabajadores por cuenta ajena, que, en el momento de incurrir en la situación de pérdida

involuntaria de empleo se encuentren adheridos a esta póliza y cumplan los siguientes requisitos:

- a) No sea funcionarios públicos.

Hasta el momento de incurrir en la situación de pérdida involuntaria de empleo, hubieran tenido una relación laboral ininterrumpida de, al menos, 6 meses con un contrato laboral de duración indefinida en la empresa en la que cause baja, con una jornada no inferior a 25 horas semanales cotizando en el Régimen General de la Seguridad Social y estar registrado en el Servicio Público de Empleo Estatal (en adelante, SEPE) u organismo

- b) organismo que lo sustituya, como totalmente desempleado y buscando activamente un nuevo trabajo.
- c) Tener derecho en el momento de incurrir en siniestro a la prestación pública por desempleo, en su nivel contributivo, del Servicio Público de Empleo Estatal u organismo que lo sustituya.
- d) En la fecha de firma del Contrato de renting asociado a este contrato de seguro, no conocieran, o estuvieran en situación de conocer que se va a producir la extinción de su relación laboral por cualquiera de las causas que darían derecho a la prestación de Pérdida Involuntaria de Empleo en base a este Contrato de Seguro.
- e) Sean residentes en España, mayores de 18 años y menores de 65 años.

Si en el momento de incurrir en la situación de pérdida involuntaria del empleo, el Asegurado se encuentra cobrando una prestación pública derivada de una incapacidad temporal como consecuencia de contingencias comunes, dicha prestación se asimilará a efectos de esta garantía, a la prestación de desempleo en su nivel contributivo.

La suma asegurada se abonará al Beneficiario siempre que dicha situación de pérdida involuntaria de empleo ocurra durante la vigencia del seguro, haya transcurrido el periodo de carencia, y se produzca por alguna de las siguientes circunstancias:

- a) En virtud de expediente de regulación de empleo o despido colectivo y no se adhiera de manera voluntaria.
- b) Por fallecimiento o incapacidad del empresario individual, y siempre que estas causas determinen la extinción del contrato de trabajo.
- c) Por despido improcedente, atendiendo a la legislación laboral.
- d) Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas.
- e) Por resolución voluntaria por parte del Asegurado únicamente en los supuestos previstos en los artículos 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo), 49.1.m (por decisión de la trabajadora que se ve obligada a abandonar su puesto de trabajo en los casos de violencia de género) y 50 (extinción por incumplimiento del empleador) del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L.2/2015 de 23 de octubre).
- f) En virtud de resolución judicial adoptada en el seno de un procedimiento concursal.

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

Para que la Entidad Aseguradora abone la suma asegurada en el caso de producirse la situación de pérdida involuntaria de empleo, el Asegurado deberá permanecer en esta situación durante 30 días naturales consecutivos. Si la situación de pérdida involuntaria de empleo es inferior a 30 días naturales consecutivos, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.

Todo ello sin perjuicio de lo establecido en relación con los periodos de carencia.

4.2. INCAPACIDAD TEMPORAL

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

Estarán cubiertos por esta garantía los Asegurados que, en el momento de incurrir en situación de incapacidad temporal se encuentren adheridos a esta póliza y cumplan los siguientes requisitos:

- a) Sean residentes en España, mayores de 18 años y menores de 65 años.
- b) Tuvieran la condición de autónomos (trabajadores por cuenta propia) que coticen o no en un Régimen distinto al Régimen General de la Seguridad Social, o de trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral temporal, o de trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral indefinido de duración inferior a 6 meses o con contrato indefinido de más de 6 meses de antigüedad pero con una jornada laboral inferior a 25 horas semanales o con contrato por obra y servicio, y funcionarios públicos, siempre que el accidente o la enfermedad que den lugar a la referida incapacidad temporal tengan su origen u ocurran con posterioridad a la fecha de adhesión a esta póliza y sin perjuicio de lo establecido respecto al periodo de carencia.
- c) El Asegurado, en el momento de la adhesión no ha de estar en situación de baja laboral por razones de salud, ni de baja por enfermedad durante más de 30 días naturales consecutivos durante los 12 meses anteriores a la contratación, ni deben ser titulares de una prestación periódica o prestación por incapacidad o invalidez.

El derecho al cobro de la indemnización cesará en el momento en que el Asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo/actividad remunerado/a o por cuenta propia, aún de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación siempre que haya reanudado su empleo remunerado o por cuenta propia, y también si su estado pasa a ser de Incapacidad Permanente en los términos descritos por la normativa de la Seguridad Social española vigente en cada momento.

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

Si la situación de Incapacidad Temporal es inferior a 30 días naturales consecutivos, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.

Todo ello sin perjuicio de lo establecido en relación con los periodos de carencia.

4.3. HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

A los efectos de esta póliza se entenderá por Hospitalización el ingreso del Asegurado en un establecimiento hospitalario en condición de paciente, originada por un accidente o por una enfermedad y con la finalidad de someterse a tratamientos médicos o quirúrgicos.

Se entenderá por establecimiento hospitalario cualquier hospital, centro sanitario o clínica tanto público como privado, que disponga de la infraestructura necesaria para diagnosticar y realizar tratamientos terapéuticos por facultativos legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión.

A los efectos de esta cobertura no se considerarán establecimientos hospitalarios las siguientes instituciones:

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

Estarán cubiertos por la garantía de Hospitalización por enfermedad aquellos asegurados residentes en España, mayores de 18 años y menores de 65 a la fecha de finalización de la cobertura.

Estarán cubiertos por la garantía de Hospitalización por accidente aquellos asegurados residentes en España, mayores de 18 años y menores de 80 a la fecha de finalización de la cobertura.

Estarán cubiertos por Hospitalización por accidente o por enfermedad aquellos asegurados que, en el momento de producirse el siniestro por hospitalización, se encuentren adheridos a esta póliza y no resulten elegibles ni para la cobertura de desempleo involuntario ni para la de incapacidad temporal, es decir aquellos Asegurados que, en el momento de producirse el siniestro, no tengan ningún tipo de relación laboral, ni por cuenta propia ni por cuenta ajena.

La Entidad Aseguradora abonará al Beneficiario de la presente póliza, de producirse la hospitalización por accidente o por enfermedad del Asegurado, la suma asegurada una vez alcanzado un periodo de 7 días naturales consecutivos de probada Hospitalización. Los pagos sucesivos por esta prestación se realizarán por cada periodo completo de 30 días naturales consecutivos en los que el Asegurado se encuentre en dicha situación.

De no permanecer los 7 o 30 días naturales consecutivos, en su caso, en situación de Hospitalización, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.

Todo ello sin perjuicio de lo establecido en relación con los periodos de carencia.

5. EXCLUSIONES PARA LAS GARANTÍAS ASEGURADAS

5.1 EXCLUSIONES COMUNES PARA TODAS LAS GARANTÍAS DE LA PÓLIZA

Quedan fuera del objeto de cobertura de las garantías de esta póliza y, por tanto, no dan derecho al Beneficiario designado al cobro de suma asegurada o prestación alguna los siniestros que tenga su origen como consecuencia directa o indirecta de:

- a) Las consecuencias de guerras o de otras circunstancias extraordinarias y aquéllos otros supuestos que tengan la consideración de fuerza mayor de acuerdo con lo previsto en el artículo 1.105 del Código Civil.
- b) Conflictos armados, aunque no haya precedido declaración oficial de guerra o los derivados de hechos de carácter político o social o actos de terrorismo.
- c) La acción directa o indirecta de reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- d) Terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario y todas aquellas que deriven de situaciones calificadas por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe" o "calamidad nacional".
- e) Los derivados de riesgos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros

5.2 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA GARANTÍA DE PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO

Además de las exclusiones comunes para todas las garantías de la póliza, quedan fuera del objeto de cobertura de la garantía de Pérdida Involuntaria de Empleo de esta póliza y, por tanto, no dan derecho al Beneficiario designado al cobro de suma asegurada o prestación alguna, cuando el Asegurado se encuentre en alguno de los siguientes supuestos:

- a) Cuando el despido sea declarado procedente y el Asegurado no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato derivada de expediente de regulación de empleo o de despido colectivo o basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre).
- b) Cuando su contrato se extinga por jubilación del empresario empleador individual del Asegurado o por expiración del tiempo convenido y/o finalización de la obra o servicio objeto del contrato.
- c) Los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los periodos en que carezcan de ocupación efectiva.
- d) Cuando, declarado improcedente o nulo el despido por sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.
- e) Cuando no hayan solicitado el reingreso al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador, cuando fuera delegado sindical o representante legal de los trabajadores, o se estuviera en excedencia y venciera el periodo fijado para la misma.

- f) La extinción del contrato laboral durante el periodo de prueba, la jubilación anticipada o cuando la indemnización por despido consista en una renta temporal pagadera en momento del despido hasta la fecha en la que el trabajador acceda a la jubilación (prejubilación).
- g) Si la situación de Pérdida Involuntaria de Empleo o la comunicación del despido al Tomador/Asegurado se produce durante el periodo de carencia inicial del contrato o con anterioridad a la fecha de efecto del mismo.
- h) Los despidos calificados como improcedentes mediante acto de conciliación administrativa, cuya indemnización sea inferior a la establecida en la legislación laboral vigente.
- i) Cuando el trabajador cese voluntariamente en su puesto de trabajo.
- j) Cuando la extinción del contrato sea declarada procedente por sentencia firme, ya siendo así notificado al asegurado por parte del empresario, éste no haya reclamado en tiempo y forma debidos. Se entiende por sentencia firme aquella contra la que no cabe interposición de recurso alguno.
- k) No tendrá la consideración de contrato indefinido a efectos del presente Contrato de Seguro la concatenación de varios contratos temporales o de duración determinada.
- l) En cualquier caso, los asegurados no se encontrarán cubiertos por esta garantía los supuestos de suspensión del contrato de trabajo o de reducción de la jornada laboral con carácter temporal ya sea por causas económicas, técnicas, organizativas o de producción o derivadas de fuerza mayor de conformidad con lo establecido por el Artículo 47 del Estatuto de los Trabajadores o sus posteriores adiciones o modificaciones.
- m) Cuando el Asegurado se acoga voluntariamente a un Expediente de Regulación de Empleo.
- n) Si el Asegurado, o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercer grado de afinidad, fuera el administrador de la empresa y/o si el Asegurado fuera socio con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.

EXCLUSIONES COMUNES PARA LAS GARANTÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL Y DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:

Además de las exclusiones comunes para todas las garantías de la póliza, quedan fuera del objeto de cobertura de las garantías de Incapacidad Temporal y de Hospitalización por Enfermedad o Accidente y, por tanto, no dan derecho al Beneficiario designado al cobro de suma asegurada o prestación alguna, los siniestros que tenga su origen como consecuencia directa o indirecta de:

- a) Enfermedades, lesiones y complicaciones causadas directa o indirectamente por voluntad del asegurado o derivadas de la realización de actos notoriamente temerarios que entrañen graves riesgos para la salud.
- b) No tendrá la consideración de enfermedad o accidente, el parto o la interrupción del embarazo de forma voluntaria, así como el permiso de maternidad o paternidad.
- c) Los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del asegurado, declarada judicialmente, o su resistencia a ser detenido.
- d) Cualquier enfermedad, dolencia, estado o lesión por la que el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento de un médico con anterioridad a la fecha de efecto del seguro.
- e) Cualquier enfermedad degenerativa diagnosticada con anterioridad a la fecha de efecto del seguro.
- f) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos y/u odontológicos que no sean esenciales por razones médicas y sean demandados por el asegurado por razones psicológicas, personales y/o estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de efecto de la cobertura del seguro.
- g) Dolor lumbar, cervical, dorsal, sacro y ciático, así como cualquier otro proceso patológico que tenga como manifestación única el dolor, salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammografías, scanners, T.A.C, etc.) que demuestren la existencia de alteraciones que justifiquen el dolor causa de la incapacidad temporal.
- h) Cefaleas, enfermedades psiquiátricas y neuropsiquiátrica, incluyendo estados depresivos, menoscabo de la salud mental y afecciones similares, aun cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista (psiquiatra).
- i) Las curas de reposo, termales o dietéticas.
- j) Aquellos asegurados que estén percibiendo una pensión de invalidez o que estén tramitando en el momento de la adhesión la incapacidad temporal.
- k) Los siniestros ocasionados a consecuencia de encontrarse el asegurado bajo la influencia de alcohol o cuando haya consumido drogas o estupefacientes sin prescripción médica. Se considera que el asegurado ha consumido bebidas alcohólicas cuando la tasa de alcohol en sangre sea superior a 0.5 mg. Se considera que el asegurado ha consumido drogas o estupefacientes cuando se detecte su presencia mediante determinación en sangre.
- l) Los siniestros ocurridos como consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte y como aficionado en los siguientes deportes: motociclismo y automovilismo (ocupando el vehículo como piloto, copiloto o como simple pasajero), actividades aéreas (paracaidismo, parapente, ala delta, ultraligero, planeador, ascensiones globo, skysurf, saltos al vacío con cualquier tipo de sujeción), esquí o snowboard o cualquier otro deporte de nieve que no se realice en una pista autorizada, submarinismo con pulmón artificial o que se realice a más de 30m de profundidad, boxeo, caza mayor, artes marciales, escalada y alpinismo de alta montaña, espeleología, trote o encierro de reses bravas, concursos hípicas, polo a caballo, puenting, piragüismo en aguas bravas y rafting.
- m) Los siniestros ocurridos como consecuencia de accidentes aéreos cuando el Asegurado forme parte de la tripulación y descensos en paracaídas que no sean consecuencia de una situación de emergencia, así como las causadas por la utilización de líneas de navegación no autorizadas.

6.- INCOMPATIBILIDAD DE GARANTÍAS

Las coberturas de Pérdida Involuntaria del Empleo, Incapacidad Temporal y Hospitalización por Enfermedad o Accidente son alternativas dependiendo de la situación laboral en la que se encuentre el Asegurado en el momento del siniestro y excluyentes entre sí. Por tanto, cuando un Asegurado esté cubierto por una de las garantías contratadas no podrá estar cubierto por el resto.

7.- DURACION DEL SEGURO Y LAS COBERTURAS

La duración del contrato de seguro y de las coberturas, será igual a la duración de cada contrato de renting asociado a estapóliza con un máximo de 60 meses para cada uno.

No obstante lo anterior, el plazo de duración del presente contrato de seguro podrá ampliarse en caso de prórroga de los contratos de renting asociados al mismo. El nuevo plazo de duración será igual al de la prórroga del contrato de renting asociado con un máximo de 24 meses.

A estos efectos, el Tomador deberá abonar a la Entidad Aseguradora una prima adicional que será calculada de conformidad con las tarifas de prima que, fundadas en criterios técnico-actuariales, ésta tenga en dicho momento. En este supuesto no serán de aplicación los periodos de carencia iniciales.

El contrato permanecerá en vigor mientras el Tomador se mantenga al corriente de pago de las primas. Sin perjuicio de lo establecido anteriormente, la cobertura para cada Asegurado terminará y el derecho al cobro de las prestaciones por el Beneficiario por dicho Asegurado cesará en el momento en que tenga lugar el primero de los siguientes eventos:

- Cuando el Asegurado haya cancelado el contrato de renting con el Tomador o se haya producido un cambio de titularidad en el mismo.
- Impago de la prima.
- Para la garantía de Hospitalización por accidente, la fecha en la cual el Asegurado alcance la edad de 80 años.
- Para las garantías de Pérdida Involuntaria del Empleo, Incapacidad Temporal y Hospitalización por Enfermedad, la cobertura terminará en la fecha en la cual el Asegurado cese toda su actividad profesional remunerada por Jubilación o Jubilación anticipada y, en cualquier caso, en el momento en que cumpla 65 años de edad.
- Asimismo, la cobertura terminará en la fecha en la que la Entidad Aseguradora haya pagado el número máximo de Prestaciones fijado en este contrato de seguro.

8.- PAGO DE PRESTACIONES

Para reclamar el pago de las prestaciones aseguradas el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, podrá comunicarlo por teléfono 910 017 890 o por e-mail a ATENCIONCLIENTERENTING@GRUPOSANTANDERES y deberán facilitar los documentos que se soliciten para cada caso concreto.

PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO

- ✓ Copia legible del DNI/NIE en vigor.
- ✓ Vida Laboral original, actualizada y completa que justifique al menos 30 días en desempleo.
- ✓ Copia del último contrato de trabajo indefinido.
- ✓ Copia de la Carta de notificación de despido de la empresa, en papel de la empresa debidamente firmada y sellada.
- ✓ Copia del Certificado de Empresa y dos últimas nóminas debidamente firmado y sellado.
- ✓ Copia del desglose de la liquidación e indemnización efectuada por la empresa, en papel de la empresa debidamente firmado y sellado.
- ✓ Copia del justificante correspondiente al ingreso de la indemnización.
- ✓ En caso de SMAC/TRIBUNALES, copia del Acta de conciliación, demanda y Sentencia Judicial firme.
- ✓ En caso de ERE copia de la comunicación a la Autoridad Laboral competente de la decisión del ERE así como de las consecuencias del mismo y comunicación de la empresa al trabajador.
- ✓ Copia de la carta del SEPE u organismo que lo sustituya aceptando el pago de la prestación con el periodo reconocido.
- ✓ Copia del recibo de renting pagado a la fecha de ocurrencia del siniestro
- ✓ El asegurado tiene que aportar los recibos pagados, para que se le reembolsen hasta el límite establecido en la presente póliza.
- ✓ Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde se realizará el ingreso de la prestación.
- ✓ Para la continuidad del siniestro: Vida laboral actualizada y completa que justifique al menos 30 días naturales consecutivos en situación de Pérdida Involuntaria de Empleo.

INCAPACIDAD TEMPORAL

- ✓ Copia legible del DNI/NIE en vigor.
- ✓ Vida laboral original, actualizada y completa.
- ✓ Copia legible del último contrato de trabajo o en caso de autónomo, documento acreditativo de estar inscrito en el régimen de Autónomos de la Seguridad Social y último pago.
- ✓ Copia legible de los partes de baja que acrediten, durante al menos 30 días, la incapacidad temporal del Asegurado expedido por la Seguridad Social u Organismo Competente.
- ✓ Copia legible del Certificado Médico donde se detalle la naturaleza y la fecha origen de la enfermedad o accidente que causó la incapacidad. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con la causa de la incapacidad, las fechas de diagnóstico de los mismos y tratamientos seguidos.
- ✓ Además de lo anterior en caso de Hospitalización copia del informe de ingreso y alta hospitalaria.
- ✓ Además de lo anterior en caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copiad el certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
- ✓ Copia del recibo de renting pagado a la fecha de ocurrencia del siniestro.

- ✓ El asegurado tiene que aportar los recibos pagados, para que se le reembolsen hasta el límite establecido en la presente póliza.
- ✓ Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde se realizará el ingreso de la prestación.
- ✓ Para la continuidad del siniestro: partes de baja y vida laboral actualizada y completa que justifiquen que han transcurrido al menos 30 días naturales consecutivos en situación de incapacidad temporal desde el anterior parte de baja.

HOSPITALIZACIÓN

- ✓ Copia legible de DNI/NIE en vigor.
- ✓ Vida laboral original actualizada y completa o del certificado que justifique que no es trabajador activo.
- ✓ Copia del parte de hospitalización con especificación de la hora de entrada y salida del centro hospitalario.
- ✓ Copia legible del Certificado Médico donde se detalle la naturaleza y la fecha origen del accidente que causó la Hospitalización.
- ✓ Copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
- ✓ Copia del recibo de renting pagado a la fecha de ocurrencia del siniestro.
- ✓ El asegurado tiene que aportar los recibos pagados, para que se le reembolsen hasta el límite establecido en la presente póliza.
- ✓ Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde se realizará el ingreso de la prestación.

En cualquier caso, en relación a todas las garantías contratadas, la Entidad Aseguradora podrá solicitar la documentación que estime oportuna en orden a conocer la realidad del siniestro.

9.- RÉGIMEN DE RECLAMACIONES

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

El Tomador, el Asegurado y el Beneficiario, así como sus derechohabientes, están facultados para formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio en el Pº de la Castellana nº 44, 28046 Madrid y con página web: www.dgssp.mineco.es/reclamaciones contra la Entidad Aseguradora, si consideran que ésta realiza prácticas abusivas o lesiona los derechos derivados del contrato de seguro.

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

El Área de Protección del Cliente de CNP PARTNERS, domiciliado en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 MADRID, y dirección de correo electrónico protecciondelcliente@cnppartners.eu tramitará y resolverá cuantas quejas y reclamaciones le sean formuladas por las personas anteriormente mencionadas, en primera instancia y tras su resolución por dicho departamento podrá seguirse la tramitación ante el Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, D.A.DEFENSOR, S.L., domiciliado en c/Velázquez nº80, 1ºD, 28001 Madrid Tfno. 913104043 - Fax 913084991 reclamaciones@da-defensor.org. La Entidad Aseguradora se compromete a prestar la colaboración necesaria en la instrucción del procedimiento de resolución de las quejas y reclamaciones y a aceptar las resoluciones que el Defensor del Cliente emita y que tengan carácter vinculante para CNP PARTNERS.

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

El Defensor del cliente y el Área de Protección al Cliente, actuarán en la resolución de las quejas y reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en su Reglamento que estará a disposición de los Asegurados en las oficinas y en la web de la Entidad Aseguradora, y que les será facilitado en cualquier momento.

En todo caso, el reclamante podrá acudir a los tribunales de Justicia del domicilio del asegurado en España.

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

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.
- d) Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

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

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

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

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

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

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

Los causados por mala fe del asegurado.

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

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

3. Extensión de la cobertura

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

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

4. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

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

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

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042)
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

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

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

II Cobertura de protección de pagos por pérdida involuntaria de empleo, incapacidad temporal y hospitalización por enfermedad o accidente para clientes empresas:

CARENCIA INICIAL: Periodo de tiempo que debe transcurrir desde la fecha de adhesión al seguro hasta la entrada en vigor de las garantías contratadas. Durante este periodo no tomarán efecto las garantías previstas en la póliza y por lo tanto no se devengará derecho al cobro de prestación alguna.

CARENCIA ENTRE SINIESTROS: Periodo de tiempo que debe transcurrir entre varios siniestros desde la fecha en que finalizó el último siniestro abonado al Beneficiario por la Entidad Aseguradora hasta la fecha ocurrencia del siguiente siniestro. Durante este periodo la garantía prevista en la póliza se encontrará en suspenso y por lo tanto no se devengará derecho al cobro de prestación alguna.

SUMA ASEGURADA O PRESTACIÓN: Es el importe que, de cumplirse los requisitos y condiciones establecidos en la Póliza, la Entidad Aseguradora se compromete a pagar al Beneficiario en el momento del acaecimiento de las contingencias previstas en la misma.

CONTRATO DE RENTING ASOCIADO: A efectos de esta póliza se entenderá por contrato de renting el contrato de alquiler de vehículos, turismos y derivados de turismos de hasta 3.500 kg de MMA formalizado entre el Asegurado y el Tomador y asociado a esta póliza. **ACCIDENTE:** Toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito, violento y ajeno a la voluntad del asegurado.

ACCIDENTE: Toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito, violento y ajeno a la voluntad del asegurado.

ENFERMEDAD: Toda alteración del estado de la salud originado por una causa no accidental, cuyo diagnóstico sea efectuado por un médico legalmente reconocido, que requiera tratamiento y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de Póliza.

1.- CONDICIONES DE ADHESIÓN

Sólo tendrán la condición de Asegurados de la presente Póliza de Seguro las personas físicas que, en el momento de adherirse a la misma, reúnan las siguientes condiciones:

Ser residente fiscal en España.

Tener una edad comprendida entre los 18 y los 65 años en el momento de la adhesión al Seguro.

Ser el conductor indicado en el contrato de renting que el empleador del Asegurado hubiese suscrito con el Tomador del Seguro. Dicho contrato deberá estar en vigor en el momento de producirse el siniestro y estará asociado a este contrato de seguro.

No estar en la fecha de efecto del Seguro, en situación de baja laboral por enfermedad o accidente y no haber estado más de 30 días de baja laboral por razones médicas en los últimos 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de efecto del seguro.

No tener reconocida alguna minusvalía o incapacidad o no estar en proceso de su solicitud.

2.- SUMA ASEGURADA O PRESTACIÓN

Se entiende por Suma Asegurada el importe que se abonará al beneficiario en caso de ocurrencia del siniestro. El importe de suma asegurada o prestación será el de la cuota ordinaria mensual que, en el momento de producirse el siniestro, el empleador del Asegurado estuviera pagando al Tomador correspondiente al contrato de renting asociado a esta póliza con el límite de 1.500€ por cuota ordinaria mensual con independencia del número de contratos de renting que tenga asociados a la presente póliza un mismo asegurado.

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

El número máximo de cuotas mensuales ordinarias (suma asegurada) a abonar por la Entidad Aseguradora será de 6 consecutivas por expediente declarado o de 18 alternas en total para el conjunto de todos los expedientes declarados durante la vigencia de la póliza, siempre que el siniestro ocurra durante la vigencia del seguro, el Tomador haya abonado la prima, se cumplan los requisitos y condiciones establecidos en la presente póliza y haya transcurrido el periodo de carencia establecido.

A estos efectos, se entenderá por cuota ordinaria mensual la estipulada en el contrato de renting de asociado a este contrato de seguro quedando excluida de la misma los intereses de demora y de cualesquiera otros gastos, comisiones, penalizaciones o pagos que debiera hacer el empleador del Asegurado en virtud de lo pactado en dicho contrato de renting.

Pago inicial:

La Entidad Aseguradora abonará al Beneficiario, en caso de cumplirse las condiciones y requisitos establecidos, la Suma Asegurada, por cada periodo completo de 30 días naturales consecutivos en los que el Asegurado se encuentre en situación de Incapacidad Temporal. De no permanecer los 30 días naturales consecutivos en de dicha situación, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.

Para los pagos sucesivos: la Entidad Aseguradora abonará al beneficiario, en caso de cumplirse las condiciones y requisitos establecidos en la póliza, la Suma Asegurada, por cada periodo completo de 30 días naturales consecutivos en los que el Asegurado se encuentre en situación de Incapacidad Temporal. De no permanecer el Asegurado los 30 días naturales consecutivos en situación de Incapacidad Temporal la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.

Todo ello sin perjuicio de lo establecido a continuación en relación con los periodos de carencia.

3.- PERIODO DE CARENCIA INICIAL Y ENTRE SINIESTROS

3.1 CARENCIA INICIAL

Cuando la causa de Incapacidad Temporal sea una Enfermedad, se establece un periodo de carencia inicial de 30 días naturales consecutivos, a computar a partir de la fecha de adhesión del Asegurado al seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Incapacidad Temporal se produce en la fecha en la que la enfermedad causante de la

Incapacidad hubiera sido diagnosticada por facultativos de la Seguridad Social, Mutua o Institución análoga o médico o facultativo autorizado y así lo ratifiquen los servicios médicos de la Entidad Aseguradora.

No tendrán periodo de carencia inicial la cobertura de Incapacidad Temporal por accidente.

3.2 CARENCIA ENTRE DOS SINIESTROS

En caso de producirse Incapacidades Temporales del Asegurado como consecuencia de enfermedades, subsiguientes a una anterior Incapacidad Temporal que dio lugar a prestación por parte de esta póliza, la Entidad Aseguradora procederá nuevamente al pago de prestaciones transcurridos 180 días naturales consecutivos desde el fin de la última Incapacidad Temporal si se trata de la misma causa o 30 días naturales consecutivos, si se trata de una causa distinta.

No se exigirá periodo de carencia para el supuesto de Incapacidad Temporal por accidente.

4.- RIESGO ASEGURADO O GARANTÍA CUBIERTA

Dentro del presente seguro se incluye la siguiente garantía asegurada:

INCAPACIDAD TEMPORAL

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

Estarán cubiertos por esta garantía los Asegurados que, en el momento de incurrir en situación de incapacidad temporal se encuentren adheridos a esta póliza y cumplan los siguientes requisitos:

Sean residentes en España, mayores de 18 años y menores de 65 años.

Tuvieran la condición de autónomos (trabajadores por cuenta propia) que coticen o no en un Régimen distinto al Régimen General de la Seguridad Social, o de trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral temporal, o de trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral indefinido de duración inferior a 6 meses o con contrato indefinido de más de 6 meses de antigüedad pero con una jornada laboral inferior a 25 horas semanales o con contrato por obra y servicio, y funcionarios públicos, siempre que el accidente o la enfermedad que den lugar a la referida incapacidad temporal tengan su origen u ocurran con posterioridad a la fecha de adhesión a esta póliza y sin perjuicio de lo establecido respecto al periodo de carencia.

El Asegurado, en el momento de la adhesión no ha de estar en situación de baja laboral por razones de salud, ni de baja por enfermedad durante más de 30 días naturales consecutivos durante los 12 meses anteriores a la contratación, ni deben ser titulares de una prestación periódica o prestación por incapacidad o invalidez.

El derecho al cobro de la indemnización cesará en el momento en que el Asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo/actividad remunerado/a o por cuenta propia, aún de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación siempre que haya reanudado su empleo remunerado o por cuenta propia, y también si su estado pasa a ser de Incapacidad Permanente en los términos descritos por la normativa de la Seguridad Social española vigente en cada momento.

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

Si la situación de Incapacidad Temporal es inferior a 30 días naturales consecutivos, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.

Todo ello sin perjuicio de lo establecido en relación con los periodos de carencia.

5.- EXCLUSIONES PARA LA GARANTÍA ASEGURADA

Quedan fuera del objeto de cobertura de las garantías de esta póliza y, por tanto, no dan derecho al Beneficiario designado al cobro de suma asegurada o prestación alguna los siniestros que tenga su origen como consecuencia directa o indirecta de:

Enfermedades, lesiones y complicaciones causadas directa o indirectamente por voluntad del asegurado o derivadas de la realización de actos notoriamente temerarios que entrañen graves riesgos para la salud.

No tendrá la consideración de enfermedad o accidente, el parto o la interrupción del embarazo de forma voluntaria, así como el permiso de maternidad o paternidad.

Los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del asegurado, declarada judicialmente, o su resistencia a ser detenido.

Cualquier enfermedad, dolencia, estado o lesión por la que el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento de un médico con anterioridad a la fecha de efecto del seguro.

Cualquier enfermedad degenerativa diagnosticada con anterioridad a la fecha de efecto del seguro.

Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos y/u odontológicos que no sean esenciales por razones médicas y sean demandados por el asegurado por razones psicológicas, personales y/o estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de efecto de la cobertura del seguro.

Dolor lumbar, cervical, dorsal, sacro y ciático, así como cualquier otro proceso patológico que tenga como manifestación única el dolor, salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammografías, scanners, T.A.C, etc.) que demuestren la existencia de alteraciones que justifiquen el dolor causa de la incapacidad temporal.

Cefaleas, enfermedades psiquiátricas y neuropsiquiátrica, incluyendo estados depresivos, menoscabo de la salud mental y afecciones similares, aun cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista (psiquiatra).

Las curas de reposo, termales o dietéticas.

Aquellos asegurados que estén percibiendo una pensión de invalidez o que estén tramitando en el momento de la adhesión la incapacidad temporal.

Los siniestros ocasionados a consecuencia de encontrarse el asegurado bajo la influencia de alcohol o cuando haya consumido drogas o estupefacientes sin prescripción médica. Se considera que el asegurado ha consumido bebidas alcohólicas cuando la tasa de alcohol en sangre sea superior a 0.5 mg. Se considera que el asegurado ha consumido drogas o estupefacientes cuando se detecte su presencia mediante determinación en sangre.

Los siniestros ocurridos como consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte y como aficionado en los siguientes deportes: motociclismo y automovilismo (ocupando el vehículo como piloto, copiloto o como simple pasajero), actividades aéreas (paracaidismo, parapente, ala delta, ultraligero, planeador, ascensiones globo, skysurf, saltos al vacío con cualquier tipo de sujeción), esquí o snowboard o cualquier otro deporte de nieve que no se realice en una pista autorizada, submarinismo con pulmón artificial o que se realice a más de 30m de profundidad, boxeo, caza mayor, artes marciales, escalada y alpinismo de alta montaña, espeleología, toreo o encierro de reses bravas, concursos hípicos, polo a caballo, puenting, piragüismo en aguas bravas y rafting.

Los siniestros ocurridos como consecuencia de accidentes aéreos cuando el Asegurado forme parte de la tripulación y descensos en paracaídas que no sean consecuencia de una situación de emergencia, así como las causadas por la utilización de líneas de navegación no autorizadas.

Las consecuencias de guerras o de otras circunstancias extraordinarias y aquéllos otros supuestos que tengan la consideración de fuerza mayor de acuerdo con lo previsto en el artículo 1.105 del Código Civil.

Conflictos armados, aunque no haya precedido declaración oficial de guerra o los derivados de hechos de carácter político o social o actos de terrorismo. La acción directa o indirecta de reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.

Terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario y todas aquellas que deriven de situaciones calificadas por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe" o "calamidad nacional".

Los derivados de riesgos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.

6.- DURACION DE LAS COBERTURAS

La duración del contrato de seguro y de las coberturas, será igual a la duración de cada contrato de renting asociado a esta póliza con un máximo de 60 meses para cada uno.

No obstante lo anterior, el plazo de duración del presente contrato de seguro podrá ampliarse en caso de prórroga de los contratos de renting asociados al mismo. El nuevo plazo de duración será igual al de la prórroga del contrato de renting asociado con un máximo de 24 meses.

A estos efectos, el Tomador deberá abonar a la Entidad Aseguradora una prima adicional que será calculada de conformidad con las tarifas de prima que, fundadas en criterios técnico-actuariales, ésta tenga en dicho momento. En este supuesto no serán de aplicación los periodos de carencia iniciales. El contrato permanecerá en vigor mientras el Tomador se mantenga al corriente en el pago de las primas. Sin perjuicio de lo establecido anteriormente, la cobertura para cada Asegurado terminará y el derecho al cobro de las prestaciones por el Beneficiario por dicho Asegurado cesará en el momento en que tenga lugar el primero de los siguientes eventos:

Cuando el empleador del Asegurado haya cancelado el contrato de renting con el Tomador o se haya producido un cambio de titularidad en el mismo.

Impago de la prima.

La fecha en la cual el Asegurado deje de ser el conductor indicado en el contrato de renting que el empleador del Asegurado hubiese suscrito con el Tomador del Seguro, o se produzca su Jubilación o Jubilación anticipada y, en cualquier caso, en el momento en que cumpla 65 años de edad.

Asimismo, la cobertura terminará en la fecha en la que la Entidad Aseguradora haya pagado el número máximo de Prestaciones fijado en este contrato de seguro.

7.- PAGO DE PRESTACIONES

Para reclamar el pago de las prestaciones aseguradas el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, podrá comunicarlo por teléfono 910 017 890 o por e-mail a atencioncliente@grupasantander.es y deberán facilitar los documentos que se soliciten para cada caso concreto.

INCAPACIDAD TEMPORAL

Copia legible del DNI/NIE en vigor.

Vida laboral original, actualizada y completa.

Copia legible del último contrato de trabajo o en caso de autónomo, documento acreditativo de estar inscrito en el régimen de Autónomos de la Seguridad Social y último pago.

Copia legible de los partes de baja que acrediten, durante al menos 30 días, la incapacidad temporal del Asegurado expedido por la Seguridad Social u Organismo Competente.

Copia legible del Certificado Médico donde se detalle la naturaleza y la fecha origen de la enfermedad o accidente que causó la incapacidad. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con la causa de la incapacidad, las fechas de diagnóstico de los mismos y tratamientos seguidos.

Además de lo anterior en caso de Hospitalización copia del informe de ingreso y alta hospitalaria.

Además de lo anterior en caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.

Copia del recibo de renting pagado para que se le reembolsen hasta el límite establecido en la presente póliza.

Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde se realizará el ingreso de la prestación.

Para la continuidad del siniestro: partes de baja y vida laboral actualizada y completa que justifiquen que han transcurrido al menos 30 días naturales consecutivos en situación de incapacidad temporal desde el anterior parte de baja.

En cualquier caso, la Entidad Aseguradora podrá solicitar la documentación que estime oportuna en orden a conocer la realidad del siniestro.

8.- RÉGIMEN DE RECLAMACIONES

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

El Tomador, el Asegurado y el Beneficiario, así como sus derechohabientes, están facultados para formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio en el Pº de la Castellana nº 44, 28046 Madrid y con página web: www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones contra la Entidad Aseguradora, si consideran que ésta realiza prácticas abusivas o lesiona los derechos derivados del contrato de seguro.

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

El Área de Protección del Cliente de CNP PARTNERS, domiciliado en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 MADRID, y dirección de correo electrónico protecciondelcliente@cnppartners.eu tramitará y resolverá cuantas quejas y reclamaciones le sean formuladas por las personas anteriormente mencionadas, en primera instancia y tras su resolución por dicho departamento podrá seguirse la tramitación ante el Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, D.A.DEFENSOR, S.L., domiciliado en c/Velázquez nº80, 1ºD, 28001 Madrid Tfno. 913104043 - Fax 913084991 reclamaciones@da-defensor.org. La Entidad Aseguradora se compromete a prestar la colaboración necesaria en la instrucción del procedimiento de resolución de las quejas y reclamaciones y a aceptar las resoluciones que el Defensor del Cliente emita y que tengan carácter vinculante para CNP PARTNERS.

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

El Defensor del cliente y el Área de Protección al Cliente, actuarán en la resolución de las quejas y reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en su Reglamento que estará a disposición de los Asegurados en las oficinas y en la web de la Entidad Aseguradora, y que les será facilitado en cualquier momento.

En todo caso, el reclamante podrá acudir a los tribunales de Justicia del domicilio del asegurado en España.

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

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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 converir 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.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.
- d) Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

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

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

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

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

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

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

Los causados por mala fe del asegurado.

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

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

3. Extensión de la cobertura

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

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

4. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

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

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

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042)
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).

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

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

III Cobertura de cancelación anticipada del contrato de renting para clientes personas físicas

CARENCIA INICIAL: Periodo de tiempo que debe transcurrir desde la fecha de adhesión al seguro hasta la entrada el vigor de las garantías contratadas. Durante este periodo no tomarán efecto las garantías previstas en la póliza y por lo tanto no se devengará derecho al cobro de prestación alguna.

SUMA ASEGURADA O PRESTACIÓN: Importe que, de cumplirse los requisitos y condiciones establecidos en la Póliza, la Entidad Aseguradora se compromete a pagar al Beneficiario en el momento del acaecimiento de las contingencias previstas en la misma.

CONTRATO DE RENTING ASOCIADO: A efectos de esta póliza se entenderá por contrato de renting asociado el contrato de alquiler de vehículos, turismos y derivados de turismos de hasta 3.500 kg de MMA formalizado entre el Asegurado y el Tomador y asociado a esta póliza. **ACCIDENTE:** Toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito, violento y ajeno a la voluntad del asegurado.

ENFERMEDAD: Toda alteración del estado de la salud originado por una causa no accidental, cuyo diagnóstico sea efectuado por un médico legalmente reconocido, que requiera tratamiento y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de Póliza.

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

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

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

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

1.- OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO

El objeto del presente contrato de seguro es la protección al Asegurado si como consecuencia del acaecimiento de alguno de los riesgos cubiertos por el mismo, el Asegurado se viera en la obligación de cancelar el contrato de renting formalizado con el BANCO SANTANDER, S.A y asociado a esta póliza, y tuviera que abonar la penalización pactada en el contrato por cancelación anticipada, excepto el exceso de kilometraje. La Entidad Aseguradora, siempre que se cumplan los requisitos y condiciones establecidas en esta póliza abonará al Tomador el importe de Suma Asegurada y éste destinará dicho importe al pago de la penalización pactada en el contrato de renting asociado.

2.-CONDICIONES DE ADHESIÓN

Sólo tendrán la condición de Asegurados de la presente Póliza de Seguro las personas físicas que, en el momento de adherirse a la misma, reúnan las siguientes condiciones:

Ser residente fiscal en España.

Tener una edad comprendida entre los 18 y los 65 años

Ser titular de un Contrato de renting con el Tomador del Seguro. Dicho contrato deberá estar en vigor en el momento de producirse el siniestro y estará asociado a este contrato de seguro.

Para las garantías de incapacidad laboral y hospitalización: no estar en la fecha de efecto del Seguro, en situación de baja laboral por enfermedad o accidente y no haber estado más de 30 días de baja laboral por razones médicas en los últimos 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de efecto del seguro.

Para la garantía de pérdida involuntaria de empleo: No tener conocimiento de que la empresa va a iniciar un Expediente de Regulación de Empleo o no tener conocimiento de que se va a producir la extinción o suspensión de su relación laboral por cualquier causa.

3.- SUMA ASEGURADA O PRESTACIÓN.

Se entiende por Suma Asegurada o prestación el importe que se abonará al beneficiario en caso de ocurrencia del siniestro.

A estos efectos, el número máximo de contratos de renting asociados a esta póliza será de 3 por Asegurado.

4.- PERIODOS DE CARENCIA INICIAL

A continuación se establecen los periodos de carencia iniciales para cada una de las garantías contratadas. Durante este periodo no tomarán efecto las garantías previstas en la póliza y por lo tanto no se devengará derecho al cobro de prestación alguna.

Para la garantía de Pérdida Involuntaria de Empleo del Asegurado se establece un periodo de carencia inicial de 60 días naturales consecutivos, a computar a partir de la fecha de adhesión al Seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Pérdida Involuntaria del Empleo se produce en la fecha en que se produzca la extinción de la relación laboral por las causas señaladas en esta póliza, y así lo señale el SEPE u Organismo que lo sustituya.

Para la garantía de Incapacidad Temporal cuando la causa de la misma sea por Enfermedad, se establece un periodo de carencia inicial de 30 días naturales consecutivos, a computar a partir de la fecha de su adhesión al seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Incapacidad Temporal se produce en la fecha en la que la enfermedad causante de la Incapacidad hubiera sido diagnosticada por facultativos de la Seguridad Social, Mutua o Institución análoga o médico o facultativo autorizado y así lo ratifiquen los servicios médicos de la Entidad Aseguradora.

Para la garantía de Divorcio, se establece un periodo de carencia inicial de 180 días naturales a computar a partir desde la fecha de adhesión al seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Divorcio se produce en la fecha en que alcanza firmeza la Sentencia judicial que decreta el Divorcio o en la fecha en la que se otorga la correspondiente Escritura de Divorcio ante Notario.

Para la garantía de Nacimiento Múltiple, se establece un periodo de carencia inicial de 270 días naturales a computar a partir desde la fecha de adhesión al seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Nacimiento Múltiple se produce en la fecha que figure en el certificado de nacimiento de los hijos.

Para la garantía de Traslado Profesional, se establece un periodo de carencia inicial de 90 días naturales a computar a partir desde la fecha de adhesión al seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Traslado Profesional se produce en la fecha que figure en el apéndice al contrato de trabajo o el acuerdo debidamente suscrito entre empleador y empleado.

No tendrán periodo de carencia inicial las coberturas de Fallecimiento e Incapacidad Permanente Absoluta, ni la cobertura de Incapacidad Temporal cuando la misma tenga carácter accidental.

5.- DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS O GARANTÍAS CUBIERTOS

Dentro del presente seguro quedan incluidas las siguientes garantías o riesgos que se detallan a continuación:

5.1. FALLECIMIENTO:

A los efectos de este seguro, se entenderá por Fallecimiento la pérdida de la vida del Asegurado, debidamente acreditada por Certificado Médico de defunción o declaración de ausencia.

Si el Asegurado fallece durante la vigencia de la póliza y dentro del periodo de cobertura establecido en el apartado 8, el Beneficiario designado tendrá derecho, a partir de la fecha de comunicación del siniestro a la Entidad Aseguradora y una vez presentada la documentación prevista acreditativa del siniestro y verificados los requisitos exigidos en la póliza, al abono de la suma asegurada.

Riesgos Excluidos para la garantía de fallecimiento:

Además de las exclusiones comunes a todas las garantías, para el supuesto de Fallecimiento se aplicarán las siguientes exclusiones:

Suicidio: las consecuencias de la acción de suicidarse, frustrada o no, cometida por el asegurado en el transcurso de un año a partir de su adhesión al contrato o de cada rehabilitación.

Siniestros causados intencionadamente por el asegurado

La muerte causada dolosamente por el beneficiario

Los siniestros derivados de la participación del asegurado en actos delictivos de homicidio, riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente, o su resistencia a ser detenido.

Los que ocurran en estado de perturbación mental o sonambulismo

No estarán cubiertas las enfermedades y estados relacionados que sufriera con carácter preexistente a adherirse a esta póliza.

A estos efectos, una Preexistencia es una enfermedad, lesión, condición o síntoma:

Que el asegurado conocía antes del comienzo del seguro,

Que el asegurado había consultado con un médico registrado antes del comienzo de seguro.

Que una persona razonable bajo la situación de asegurado hubiera consultado con un médico registrado antes del comienzo del seguro.

5.2. INCAPACIDAD PERMANENTE Y ABSOLUTA

A efectos de esta póliza se entenderá por Incapacidad Permanente y Absoluta la situación física o psíquica irreversible, sobrevenida, que provoca al Asegurado la ineptitud total para toda relación laboral o profesional. Debe ser permanente en el sentido de que no pueda esperarse razonablemente la recuperación. Se entenderá cubierta la Incapacidad Permanente Absoluta reconocida durante el año siguiente a la fecha del accidente o la enfermedad que la causó, y siempre que esta fecha estuviera dentro del periodo de cobertura establecido.

Si el Asegurado resulta afectado por una Incapacidad Permanente Absoluta dentro del periodo de cobertura establecido en el apartado 8, el Beneficiario designado tendrá derecho, a partir de la fecha de comunicación del siniestro a la Entidad Aseguradora y una vez presentada la documentación prevista acreditativa del siniestro y verificados los requisitos exigidos, al abono de la suma asegurada.

Riesgos Excluidos de la garantía de Incapacidad Permanente Absoluta:

Además de las exclusiones comunes a todas las garantías y las señaladas para el caso de fallecimiento, para el supuesto de Incapacidad Permanente Absoluta se aplicarán las siguientes exclusiones:

Los siniestros ocurridos como consecuencia de las lesiones y enfermedades derivadas de alteraciones o defectos musculares o esqueléticos como: cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias y lumbociáticas, con la excepción de las producidas por traumatismo.

Los ocasionados por competiciones, apuestas o tentativas de récord y en general todos los actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo los que sobrevengan en las tentativas de salvamento de personas o bienes.

5.3 INCAPACIDAD TEMPORAL

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

Estarán cubiertos por esta garantía los Asegurados que, en el momento de incurrir en situación de incapacidad temporal, se encuentren adheridos a esta póliza y cumplan los siguientes requisitos:

Sean residentes en España, mayores de 18 años y menores de 65 años.

Tuvieran la condición de autónomos (trabajadores por cuenta propia) que coticen o no en un Régimen distinto al Régimen General de la Seguridad Social, o de trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral temporal, o de trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral indefinido de duración inferior a 6 meses o con contrato indefinido de más de 6 meses de antigüedad pero con una jornada laboral inferior a 25 horas semanales o con contrato

por obra y servicio, y funcionarios públicos, siempre que el accidente o la enfermedad que den lugar a la referida incapacidad temporal tengan su origen u ocurran con posterioridad a la fecha de adhesión a esta póliza y sin perjuicio de lo establecido respecto al periodo de carencia.

El Asegurado, en el momento de la adhesión no ha de estar en situación de baja laboral por razones de salud, ni de baja por enfermedad durante más de 30 días naturales consecutivos durante los 12 meses anteriores a la contratación, ni deben ser titulares de una prestación periódica o prestación por incapacidad o invalidez.

El derecho al cobro de la prestación cesará en el momento en que el Asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo/actividad remunerado/a o por cuenta propia, aún de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación siempre que haya reanudado su empleo remunerado o por cuenta propia, y también si su estado pasa a ser de Incapacidad Permanente en los términos descritos por la normativa de la Seguridad Social española vigente en cada momento.

Para que la Entidad Aseguradora abone la suma asegurada en el caso de producirse la situación de Incapacidad Temporal, el Asegurado deberá permanecer en esta situación durante, al menos, 90 días consecutivos. Si la situación de Incapacidad Temporal es inferior a 90 días consecutivos, la Entidad Aseguradora no prestación alguna.

El importe de la prestación será, en cualquier caso la suma asegurada, independientemente que el Asegurado padeciera varias enfermedades al mismo tiempo. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en relación con el periodo de carencia inicial para esta Garantía.

Riesgos excluidos de la garantía de incapacidad temporal

Además de las exclusiones comunes para todas las garantías de la póliza, para el supuesto de Incapacidad Temporal se aplicarán las siguientes exclusiones:

Enfermedades, lesiones y complicaciones causadas directa o indirectamente por voluntad del asegurado o derivadas de la realización de actos notoriamente temerarios que entrañen graves riesgos para la salud.

No tendrá la consideración de enfermedad o accidente, el parto o la interrupción del embarazo de forma voluntaria, así como el permiso de maternidad o paternidad.

Los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del asegurado, declarada judicialmente, o su resistencia a ser detenido.

No estarán cubiertas las enfermedades y estados relacionados que sufriera con carácter preexistente a adherirse a esta póliza.

A estos efectos, una Preexistencia es una enfermedad, lesión, condición o síntoma:

Que el asegurado conocía antes del comienzo del seguro,

Que el asegurado había consultado con un médico registrado antes del comienzo de seguro.

Que una persona razonable bajo la situación de asegurado hubiera consultado con un médico registrado antes del comienzo del seguro.

Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos y/u odontológicos que no sean esenciales por razones médicas y sean demandados por el asegurado por razones psicológicas, personales y/o estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de efecto de la cobertura del seguro.

Dolor lumbar, cervical, dorsal, sacro y ciático, así como cualquier otro proceso patológico que tenga como manifestación única el dolor, salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammografías, scanners, T.A.C, etc.) que demuestren la existencia de alteraciones que justifiquen el dolor causa de la incapacidad temporal.

Cefaleas, enfermedades psiquiátricas y neuropsiquiátrica, incluyendo estados depresivos, menoscabo de la salud mental y afecciones similares, aun cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista (psiquiatra).

Las curas de reposo, termales o dietéticas.

Aquellos asegurados que estén percibiendo una pensión de invalidez o que estén tramitando en el momento de la adhesión la incapacidad temporal.

5.4. PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO

A los efectos de este seguro, se entenderá por Pérdida Involuntaria de Empleo la situación en que se encuentran quienes, pudiendo y queriendo trabajar remuneradamente por cuenta ajena, pierdan su empleo y sean privados de su salario por causas distintas de su voluntad. Sólo estarán cubiertos frente al riesgo de Pérdida involuntaria de empleo los Asegurados, trabajadores por cuenta ajena, que, en el momento de incurrir en la situación de pérdida involuntaria de empleo se encuentren adheridos a esta póliza y cumplan los siguientes requisitos:

No sea funcionarios públicos.

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

Tener derecho en el momento de incurrir en siniestro a la prestación pública por desempleo, en su nivel contributivo, del Servicio Público de Empleo Estatal u organismo que lo sustituya.

En la fecha de firma del Contrato de renting asociado a este contrato de seguro, no conocieran, o estuvieran en situación de conocer que se va iba a producir la extinción de su relación laboral por cualquiera de las causas que darían derecho a la prestación de Pérdida Involuntaria de Empleo en base a este Contrato de Seguro.

Sean residentes en España, mayores de 18 años y menores de 65 años.

Si en el momento de incurrir en la situación de pérdida involuntaria del empleo, el Asegurado se encuentra cobrando una prestación pública derivada de una incapacidad temporal como consecuencia de contingencias comunes, dicha prestación se asimilará a efectos de esta garantía, a la prestación de desempleo en su nivel contributivo.

La Suma Asegurada se abonará al Beneficiario siempre que dicha situación de pérdida involuntaria de empleo ocurra durante la vigencia del seguro, haya transcurrido el periodo de carencia, y se produzca por alguna de las siguientes circunstancias:

En virtud de expediente de regulación de empleo o despido colectivo y no se adhiera de manera voluntaria.

Por fallecimiento o incapacidad del empresario individual, y siempre que estas causas determinen la extinción del contrato de trabajo.

Por despido improcedente, atendiendo a la legislación laboral.

Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas.

Por resolución voluntaria por parte del Asegurado únicamente en los supuestos previstos en los artículos 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo), 49.1.m (por decisión de la trabajadora que se ve obligada a abandonar su puesto de trabajo en los casos de violencia de género) y 50 (extinción por incumplimiento del empleador) del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L.2/2015 de 23 de octubre).

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

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

Para que la Entidad Aseguradora abone la suma asegurada en el caso de producirse la situación de pérdida involuntaria de empleo, el Asegurado deberá permanecer en esta situación durante, al menos, 180 días consecutivos. Si la situación de Pérdida Involuntaria de Empleo es inferior a 180 días consecutivos, la Entidad Aseguradora no abonará prestación alguna.

Todo ello sin perjuicio de lo establecido en relación con el periodo de carencia inicial para esta Garantía.

Riesgos excluidos de la garantía de Pérdida Involuntaria de Empleo

Además de las exclusiones comunes para todas las garantías de la póliza, para el supuesto de Pérdida Involuntaria de Empleo se aplicarán las siguientes exclusiones:

Cuando el despido sea declarado procedente y el Asegurado no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato derivada de expediente de regulación de empleo o de despido colectivo o basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre).

Cuando su contrato se extinga por jubilación del empresario empleador individual del Asegurado o por expiración del tiempo convenido y/o finalización de la obra o servicio objeto del contrato.

Los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los periodos en que carezcan de ocupación efectiva.

Cuando, declarado improcedente o nulo el despido por sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.

Cuando no hayan solicitado el reintegro al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador, cuando fuera delegado sindical o representante legal de los trabajadores, o se estuviera en excedencia y venciera el periodo fijado para la misma.

La extinción del contrato laboral durante el periodo de prueba, la jubilación anticipada o cuando la indemnización por despido consista en una renta temporal pagadera en momento del despido hasta la fecha en la que el trabajador acceda a la jubilación (prejubilación).

Si la situación de Pérdida Involuntaria de Empleo o la comunicación del despido al Tomador/Asegurado se produce durante el periodo de carencia inicial del contrato o con anterioridad a la fecha de efecto del mismo.

Los despidos calificados como improcedentes mediante acto de conciliación administrativa, cuya indemnización sea inferior a la establecida en la legislación laboral vigente.

Cuando el trabajador cese voluntariamente en su puesto de trabajo.

Cuando la extinción del contrato sea declarada procedente por sentencia firme, ya siendo así notificado al asegurado por parte del empresario, éste no haya reclamado en tiempo y forma debidos. Se entiende por sentencia firme aquella contra la que no cabe interposición de recurso alguno.

No tendrá la consideración de contrato indefinido a efectos del presente Contrato de Seguro la concatenación de varios contratos temporales o de duración determinada.

En cualquier caso, los asegurados no se encontrarán cubiertos por esta garantía los supuestos de suspensión del contrato de trabajo o de reducción de la jornada laboral con carácter temporal ya sea por causas económicas, técnicas, organizativas o de producción o derivadas de fuerza mayor de conformidad con lo establecido por el Artículo 47 del Estatuto de los Trabajadores o sus posteriores adiciones o modificaciones.

Cuando el Asegurado se acoja voluntariamente a un Expediente de Regulación de Empleo.

Si el Asegurado, o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercer grado de afinidad, fuera el administrador de la empresa y/o si el Asegurado fuera socio con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.

5.5. DIVORCIO

A los efectos de este seguro, se entenderá por Divorcio la causa de disolución del matrimonio caracterizada por la ruptura del vínculo conyugal en virtud de una decisión judicial, ya sea a petición conjunta de ambos cónyuges o de uno solo, atendiendo a los requisitos establecidos en la Ley.

Riesgos excluidos de la garantía de Pérdida Involuntaria de Empleo

Además de las exclusiones comunes para todas las garantías de la póliza, para el supuesto de Divorcio se aplicarán las siguientes exclusiones

El Divorcio cuyo escrito de demanda (solicitud reiterada o citación judicial) se haya registrado debidamente en el órgano competente antes de la Fecha de Entrada en Vigor de la Adhesión.

Quedan excluidas las parejas de hecho.

5.6 NACIMIENTO MÚLTIPLE

A efectos de este seguro, se entenderá por nacimiento múltiple los hijos nacidos en el mismo parto cuando su número sea igual o superior a dos, y los menores que de manera concurrente hayan sido adoptados o acogidos tanto en su modalidad preadoptiva como permanente siempre que su número sea igual o superior a dos.

La fecha de hecho causante es la del parto. En el caso de adopción la de la resolución judicial por la que se constituye la misma. Y en caso de acogimiento tanto preadoptivo como permanente la de la decisión administrativa o judicial por los que se estable el acogimiento.

Riesgos excluidos de la garantía de Nacimiento Múltiple

A esta garantía le serán de aplicación las exclusiones comunes para todas las garantías de la póliza.

5.7 TRASLADO PROFESIONAL

A efectos de este seguro, se entenderá por traslado profesional del trabajador cuando su empresa le ha trasladado a una delegación distinta, a más de 300 km de su puesto de trabajo actual, con una duración mínima en el nuevo puesto de trabajo de 12 meses.

De no cumplirse estos dos requisitos, la Entidad Aseguradora no abonará prestación alguna.

Riesgos Excluidos:

Además de las exclusiones comunes para todas las garantías de la póliza, para el supuesto de Traslado Profesional se aplicarán las siguientes exclusiones:

Las personas que ostenten una función pública incluidos las carreras militares, policía y similares, los magistrados y los profesores.

Los trabajadores por cuenta propia (autónomos).

Los Traslados Profesionales a una distancia inferior a 300 kilómetros entre el nuevo lugar de trabajo y el anterior.

Traslado profesional voluntariamente solicitado.

6.-EXCLUSIONES COMUNES A TODAS LAS GARANTÍAS

Quedan fuera del objeto de cobertura de las garantías de esta póliza y, por tanto, no dan derecho al Beneficiario designado al cobro de suma asegurada o prestación alguna los siniestros que tenga su origen como consecuencia directa o indirecta de:

Las consecuencias de guerras o de otras circunstancias extraordinarias y aquéllos otros supuestos que tengan la consideración de fuerza mayor de acuerdo con lo previsto en el artículo 1.105 del Código Civil.

Conflictos armados, aunque no haya precedido declaración oficial de guerra o los derivados de hechos de carácter político o social o actos de terrorismo.

La acción directa o indirecta de reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.

Terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario y todas aquellas que deriven de situaciones calificadas por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe" o "calamidad nacional".

Los derivados de riesgos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros

Los siniestros ocurridos como consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte y como aficionado en los siguientes deportes: motociclismo y automovilismo (ocupando el vehículo como piloto, copiloto o como simple pasajero), actividades aéreas (paracaidismo, parapente, ala delta, ultraligero, planeador, ascensiones globo, skysurf, saltos al vacío con cualquier tipo de sujeción), esquí o snowboard o cualquier otro deporte de nieve que no se realice en una pista autorizada, submarinismo con pulmón artificial o que se realice a más de 30m de profundidad, boxeo, caza mayor, artes marciales, escalada y alpinismo de alta montaña, espeleología, tореo o encierro de reses bravas, concursos hípicas, polo a caballo, puenting, piragüismo en aguas bravas y rafting.

Los siniestros ocasionados a consecuencia de encontrarse el asegurado bajo la influencia de alcohol o cuando haya consumido drogas o estupefacientes sin prescripción médica. Se considera que el asegurado ha consumido bebidas alcohólicas cuando la tasa de alcohol en sangre sea superior a 0,5 mg. Se considera que el asegurado ha consumido drogas o estupefacientes cuando se detecte su presencia mediante determinación en sangre.

Los siniestros ocurridos como consecuencia de accidentes aéreos cuando el Asegurado forme parte de la tripulación y descensos en paracaídas que no sean consecuencia de una situación de emergencia, así como las causadas por la utilización de líneas de navegación no autorizadas.

7.- INCOMPATIBILIDAD DE GARANTÍAS

Las coberturas de Pérdida Involuntaria del Empleo e Incapacidad Temporal son alternativas dependiendo de la situación laboral en la que se encuentre el Asegurado en el momento del siniestro y excluyentes entre sí. Por tanto, cuando un Asegurado esté cubierto por una de estas dos garantías contratadas no podrá estar cubierto por la otra.

8.- DURACION DEL SEGURO Y LAS COBERTURAS

La duración del contrato de seguro y de las coberturas, será igual a la duración de cada contrato de renting asociado a esta póliza con un máximo de 60 meses para cada uno. No obstante lo anterior, el plazo de duración del presente contrato de seguro podrá ampliarse en caso de prórroga de los contratos de renting asociados al mismo. El nuevo plazo de duración será igual al de la prórroga del contrato de renting asociado con un máximo de 24 meses.

A estos efectos, el Tomador deberá abonar a la Entidad Aseguradora una prima adicional que será calculada de conformidad con las tarifas de prima que, fundadas en criterios técnico-actuariales, ésta tenga en dicho momento. En este supuesto no serán de aplicación los periodos de carencia iniciales. El contrato permanecerá en vigor mientras el Tomador se mantenga al corriente de pago de las primas. Sin perjuicio de lo establecido anteriormente, la cobertura para cada Asegurado terminará y el derecho al cobro de las prestaciones por el Beneficiario por dicho Asegurado cesará en el momento en que tenga lugar el primero de los siguientes eventos:

Quando el Asegurado haya cancelado el contrato de renting con el Tomador o se haya producido un cambio de titularidad en el mismo.

Impago de la prima.

Para las garantías de Pérdida Involuntaria del Empleo, Incapacidad Temporal Traslado Profesional e Incapacidad Permanente Absoluta, la cobertura terminará en la fecha en la cual el Asegurado cese toda su actividad profesional remunerada por Jubilación o Jubilación anticipada y, en cualquier caso, en el momento en que cumpla 67 años de edad.

Para el resto de garantías la cobertura terminará en la fecha en la cual el Asegurado cumpla 67 años.

Asimismo, la cobertura terminará en la fecha en la que la Entidad Aseguradora haya pagado la prestación fijada en este contrato de seguro.

9.- PAGO DE PRESTACIONES

Para reclamar el pago de las prestaciones aseguradas el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, podrá comunicarlo por teléfono 910 017 890 o por e-mail a atencionclienterenting@gruposantander.es y deberán facilitar los documentos que se soliciten para cada caso concreto.

FALLECIMIENTO

- Copia legible del DNI/NIE del Asegurado.
- Certificado de Defunción expedido por el Registro Civil.
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de diagnóstico y causas de la defunción del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la defunción y las fechas de diagnóstico de las mismas.
- Además de lo anterior en caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
- Certificado del registro de Actos de Última Voluntad.
- Si hay testamento, último testamento del Asegurado.
- Si no hay testamento, Acta de declaración de herederos.
- Copia del recibo de renting pagado a la fecha de ocurrencia del siniestro.

INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA

- Copia legible de DNI/NIE en vigor.
- Resolución de Incapacidad emitida por la Seguridad Social u organismo competente.
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de diagnóstico y causas de la Incapacidad del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la Incapacidad y las fechas de diagnóstico de las mismas.
- Además de lo anterior en caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
- Copia del recibo de renting pagado a la fecha de ocurrencia del siniestro.

PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO

- Copia legible del DNI/NIE en vigor.
- Vida Laboral original, actualizada y completa que justifique al menos 30 días en desempleo.
- Copia del último contrato de trabajo indefinido.
- Copia de la Carta de notificación de despido de la empresa, en papel de la empresa debidamente firmada y sellada.
- Copia del Certificado de Empresa y dos últimas nóminas debidamente firmadas y selladas.
- Copia del desglose de la liquidación e indemnización efectuada por la empresa, en papel de la empresa debidamente firmado y sellado.
- Copia del justificante correspondiente al ingreso de la indemnización.
- En caso de SMAC/TRIBUNALES, copia del Acta de conciliación, demanda y Sentencia Judicial firme.
- En caso de ERE copia de la comunicación a la Autoridad Laboral competente de la decisión del ERE así como de las consecuencias del mismo y comunicación de la empresa al trabajador.
- Copia de la carta del SEPE u organismo que lo sustituya aceptando el pago de la prestación con el periodo reconocido.
- Copia del recibo de renting pagado a la fecha de ocurrencia del siniestro.

INCAPACIDAD TEMPORAL

- Copia legible del DNI/NIE en vigor.
- Vida laboral original, actualizada y completa.
- Copia legible del último contrato de trabajo o en caso de autónomo, documento acreditativo de estar inscrito en el régimen de Autónomos de la Seguridad Social y último pago.
- Copia legible de los partes de baja que acrediten, durante al menos 30 días, la incapacidad temporal del Asegurado expedido por la Seguridad Social u Organismo Competente.
- Copia legible del Certificado Médico donde se detalle la naturaleza y la fecha origen de la enfermedad o accidente que causó la incapacidad. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con la causa de la incapacidad, las fechas de diagnóstico de los mismos y tratamientos seguidos.
- Además de lo anterior en caso de Hospitalización copia del informe de ingreso y alta hospitalaria.
- Además de lo anterior en caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
- Copia del recibo de renting pagado a la fecha de ocurrencia del siniestro.

DIVORCIO

- Copia legible de DNI/NIE en vigor.
- Certificación de matrimonio expedida por el Registro Civil en la que conste la inscripción del Divorcio.
- Copia del recibo de renting pagado a la fecha de ocurrencia del siniestro.

NACIMIENTO MÚLTIPLE

- Copia legible de DNI/NIE en vigor.

- En el caso de nacimiento: copia del certificado, acta o partida de nacimiento expedido por el Registro Civil
- En el caso de acogimiento, resolución administrativa o judicial por los que se establece dicho acogimiento.
- En el caso de adopción, resolución administrativa o judicial de dicha adopción.
- Copia del recibo de renting pagado a la fecha de ocurrencia del siniestro.

TRASLADO PROFESIONAL

- Copia legible de DNI/NIE en vigor.
- Vida laboral, actualizada y completa.
- Copia legible del último contrato de trabajo.
- Copia del apéndice al contrato de trabajo o del acuerdo entre empleador y empleado en el que figure tanto el motivo del traslado como la nueva localización-debidamente firmado y sellado.
- Copia del recibo de renting pagado a la fecha de ocurrencia del siniestro.

En cualquier caso, en relación a todas las garantías contratadas, la Entidad Aseguradora podrá solicitar la documentación que estime oportuna en orden a conocer la realidad del siniestro.

10.- RÉGIMEN DE RECLAMACIONES

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

El Tomador, el Asegurado y el Beneficiario, así como sus derechohabientes, están facultados para formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio en el Pº de la Castellana nº 44, 28046 Madrid y con página web: www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones contra la Entidad Aseguradora, si consideran que ésta realiza prácticas abusivas o lesiona los derechos derivados del contrato de seguro.

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

El Área de Protección del Cliente de CNP PARTNERS, domiciliado en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 MADRID, y dirección de correo electrónico protecciondelcliente@cnppartners.eu tramitará y resolverá cuantas quejas y reclamaciones le sean formuladas por las personas anteriormente mencionadas, en primera instancia y tras su resolución por dicho departamento podrá seguirse la tramitación ante el Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, D.A.DEFENSOR, S.L., domiciliado en c/Velázquez nº80, 1ºD, 28001 Madrid Tfno. 913104043 - Fax 913084991 reclamaciones@da-defensor.org. La Entidad Aseguradora se compromete a prestar la colaboración necesaria en la instrucción del procedimiento de resolución de las quejas y reclamaciones y a aceptar las resoluciones que el Defensor del Cliente emita y que tengan carácter vinculante para CNP PARTNERS.

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

El Defensor del cliente y el Área de Protección al Cliente, actuarán en la resolución de las quejas y reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en su Reglamento que estará a disposición de los Asegurados en las oficinas y en la web de la Entidad Aseguradora, y que les será facilitado en cualquier momento.

En todo caso, el reclamante podrá acudir a los tribunales de Justicia del domicilio del asegurado en España.

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

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

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

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

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

2. Riesgos excluidos

- Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- Los causados por mala fe del asegurado.
- Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad racional".

3. Extensión de la cobertura

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

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

4. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

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

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

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042)
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

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

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

IV Cobertura de cancelación anticipada del contrato de renting para clientes empresas

CARENCIA INICIAL: Periodo de tiempo que debe transcurrir desde la fecha de adhesión al seguro hasta la entrada en vigor de las garantías contratadas. Durante este periodo no tomarán efecto las garantías previstas en la póliza y por lo tanto no se devengará derecho al cobro de prestación alguna.

SUMA ASEGURADA O PRESTACIÓN: Importe que, de cumplirse los requisitos y condiciones establecidos en la Póliza, la Entidad Aseguradora se compromete a pagar al Beneficiario en el momento del acaecimiento de las contingencias previstas en la misma.

CONTRATO DE RENTING ASOCIADO: A efectos de esta póliza se entenderá por contrato de renting asociado el contrato de alquiler de vehículos, turismos y derivados de turismos de hasta 3.500 kg de MMA formalizado entre el Asegurado y el Tomador y asociado a esta póliza. **ACCIDENTE:** Toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito, violento y ajeno a la voluntad del asegurado.

ENFERMEDAD: Toda alteración del estado de la salud originado por una causa no accidental, cuyo diagnóstico sea efectuado por un médico legalmente reconocido, que requiera tratamiento y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de Póliza.

1.- OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO

El objeto del presente contrato de seguro es la protección al Asegurado si como consecuencia del acaecimiento de alguno de los riesgos cubiertos por el mismo, el Asegurado se viera en la obligación de cancelar el contrato de renting formalizado con el BANCO SANTANDER, S.A y asociado a esta póliza, y tuviera que abonar la penalización pactada en el contrato por cancelación anticipada, excepto el exceso de kilometraje. La Entidad Aseguradora, siempre que se cumplan los requisitos y condiciones establecidas en esta póliza abonará al Tomador el importe de Suma Asegurada y éste destinará dicho importe al pago de la penalización pactada en el contrato de renting asociado.

2.-CONDICIONES DE ADHESIÓN

Sólo tendrán la condición de Asegurados de la presente Póliza de Seguro las personas físicas que, en el momento de adherirse a la misma, reúnan las siguientes condiciones:

- g) Ser residente fiscal en España.
- h) Tener una edad comprendida entre los 18 y los 65 años
- i) Ser el conductor indicado en el contrato de renting que el empleador del Asegurado hubiese suscrito con el Tomador del Seguro. Dicho contrato deberá estar en vigor en el momento de producirse el siniestro y estará asociado a este contrato de seguro.
- j) Para la garantía de incapacidad laboral: no estar en la fecha de efecto del Seguro, en situación de baja laboral por enfermedad o accidente y no haber estado más de 30 días de baja laboral por razones médicas en los últimos 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de efecto del seguro.

3.- SUMA ASEGURADA O PRESTACIÓN.

Se entiende por Suma Asegurada el importe que se abonará al beneficiario en caso de ocurrencia del siniestro.

A estos efectos, el número máximo de contratos de renting asociados a esta póliza será de 3 por Asegurado.

4.- PERIODOS DE CARENCIA INICIAL

A continuación se establecen los periodos de carencia iniciales para cada una de las garantías contratadas. Durante este periodo no tomarán efecto las garantías previstas en la póliza y por lo tanto no se devengará derecho al cobro de prestación alguna.

Para la garantía de Incapacidad Temporal cuando la causa de la misma sea por Enfermedad, se establece un periodo de carencia inicial de 30 días naturales consecutivos, a computar a partir de la fecha de su adhesión al seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el periodo de carencia inicial, se entenderá que la situación de Incapacidad Temporal se produce en la fecha en la que la enfermedad causante de la Incapacidad hubiera sido diagnosticada por facultativos de la Seguridad Social, Mutua o Institución análoga o médico o facultativo autorizado y así lo ratifiquen los servicios médicos de la Entidad Aseguradora.

No tendrán periodo de carencia inicial las coberturas de Fallecimiento e Incapacidad Permanente Absoluta, ni la cobertura de Incapacidad Temporal cuando la misma tenga carácter accidental.

5.- DESCRIPCION DE LOS RIESGOS O GARANTÍAS CUBIERTOS

Dentro del presente seguro quedan incluidas las siguientes garantías o riesgos que se detallan a continuación:

5.1. FALLECIMIENTO:

A los efectos de este seguro, se entenderá por Fallecimiento la pérdida de la vida del Asegurado, debidamente acreditada por Certificado Médico de defunción o declaración de ausencia.

Si el Asegurado fallece durante la vigencia de la póliza y dentro del periodo de cobertura establecido en el apartado 7, el Beneficiario designado tendrá derecho, a partir de la fecha de comunicación del siniestro a la Entidad Aseguradora y una vez presentada la documentación prevista acreditativa del siniestro y verificados los requisitos exigidos en la póliza, al abono de la suma asegurada.

Riesgos Excluidos para la garantía de fallecimiento:

Además de las exclusiones comunes a todas las garantías, para el supuesto de Fallecimiento se aplicarán las siguientes exclusiones:

- a) Suicidio: las consecuencias de la acción de suicidarse, frustrada o no, cometida por el asegurado en el transcurso de un año a partir de su adhesión al contrato o de cada rehabilitación.
- b) Siniestros causados intencionadamente por el asegurado
- c) La muerte causada dolosamente por el beneficiario
- d) Los siniestros derivados de la participación del asegurado en actos delictivos dolo, riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente, o su resistencia a ser detenido.
- e) Los que ocurran en estado de perturbación mental o sonambulismo

Comentado [MJ1]: Ojo riesgo si penalización excede de 10.000 €
Recomendamos incluir hasta 10.000 €

f) No estarán cubiertas las enfermedades y estados relacionados que sufriera con carácter preexisten a adherirse a esta póliza.

A estos efectos, una Preexistencia es una enfermedad, lesión, condición o síntoma:

- Que el asegurado conocía antes del comienzo del seguro,
- Que el asegurado había consultado con un médico registrado antes del comienzo de seguro.
- Que una persona razonable bajo la situación de asegurado hubiera consultado con un médico registrado antes del comienzo del seguro.

5.2. INCAPACIDAD PERMANENTE Y ABSOLUTA

A efectos de esta póliza se entenderá por Incapacidad Permanente y Absoluta la situación física o psíquica irreversible, sobrevenida, que provoca al Asegurado la ineptitud total para toda relación laboral o profesional. Debe ser permanente en el sentido de que no pueda esperarse razonablemente la recuperación. Se entenderá cubierta la Incapacidad Permanente Absoluta reconocida durante el año siguiente a la fecha del accidente o la enfermedad que la causó, y siempre que esta fecha estuviera dentro del periodo de cobertura establecido.

Si el Asegurado resulta afectado por una Incapacidad Permanente Absoluta dentro del periodo de cobertura establecido en el apartado 7, el Beneficiario designado tendrá derecho, a partir de la fecha de comunicación del siniestro a la Entidad Aseguradora y una vez presentada la documentación prevista acreditativa del siniestro y verificados los requisitos exigidos, al abono de la suma asegurada.

Riesgos Excluidos de la garantía de Incapacidad Permanente Absoluta:

Además de las exclusiones comunes a todas las garantías y las señaladas para el caso de fallecimiento, para el supuesto de Incapacidad Permanente Absoluta se aplicarán las siguientes exclusiones:

- a) Los siniestros ocurridos como consecuencia de las lesiones y enfermedades derivadas de alteraciones o defectos músculo esqueléticos como: cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias y lumbociáticas, con la excepción de las producidas por traumatismo.
- b) Los ocasionados por competiciones, apuestas o tentativas de record y en general todos los actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo los que sobrevengan en las tentativas de salvamento de personas o bienes.

5.3 INCAPACIDAD TEMPORAL

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

Estarán cubiertos por esta garantía los Asegurados que, en el momento de incurrir en situación de incapacidad temporal, se encuentren adheridos a esta póliza y cumplan los siguientes requisitos:

- d) Sean residentes en España, mayores de 18 años y menores de 65 años.
- e) Tuvieran la condición de autónomos (trabajadores por cuenta propia) que coticen o no en un Régimen distinto al Régimen General de la Seguridad Social, o de trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral temporal, o de trabajadores por cuenta ajena con un contrato laboral indefinido de duración inferior a 6 meses o con contrato indefinido de más de 6 meses de antigüedad pero con una jornada laboral inferior a 25 horas semanales o con contrato por obra y servicio, y funcionarios públicos, siempre que el accidente o la enfermedad que den lugar a la referida incapacidad temporal tengan su origen u ocurran con posterioridad a la fecha de adhesión a esta póliza y sin perjuicio de lo establecido respecto al periodo de carencia El Asegurado, en el momento de la adhesión no ha de estar en situación de baja laboral por razones de salud, ni de baja por enfermedad durante más de 30 días naturales consecutivos durante los 12 meses anteriores a la contratación, ni deben ser titulares de una prestación periódica o prestación por incapacidad o invalidez.

El derecho al cobro de la prestación cesará en el momento en que el Asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo/actividad remunerado/a o por cuenta propia, aún de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación siempre que haya reanudado su empleo remunerado o por cuenta propia, y también si su estado pasa a ser de Incapacidad Permanente en los términos descritos por la normativa de la Seguridad Social española vigente en cada momento.

Para que la Entidad Aseguradora abone la suma asegurada en el caso de producirse la situación de Incapacidad Temporal, el Asegurado deberá permanecer en esta situación durante, al menos, 90 días consecutivos. Si la situación de Incapacidad Temporal es inferior a 90 días consecutivos, la Entidad Aseguradora no abonará cantidad alguna.

El importe de la prestación será, en cualquier caso la suma asegurada, independientemente que el Asegurado padeciera varias enfermedades al mismo tiempo. .

Todo ello sin perjuicio de lo establecido en relación con el periodo de carencia inicial para esta Garantía.

Riesgos excluidos de la garantía de incapacidad temporal

Además de las exclusiones comunes para todas las garantías de la póliza, para el supuesto de Incapacidad Temporal se aplicarán las siguientes exclusiones:

- a) Enfermedades, lesiones y complicaciones causadas directa o indirectamente por voluntad del asegurado o derivadas de la realización de actos notoriamente temerarios que entrañen graves riesgos para la salud.
- b) No tendrá la consideración de enfermedad o accidente, el parto o la interrupción del embarazo de forma voluntaria, así como el permiso de maternidad o paternidad.
- c) Los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del asegurado, declarada judicialmente, o su resistencia a ser detenido.
- d) No estarán cubiertas las enfermedades y estados relacionados que sufriera con carácter preexisten a adherirse a esta póliza.

A estos efectos, una Preexistencia es una enfermedad, lesión, condición o síntoma:

- Que el asegurado conocía antes del comienzo del seguro,
 - Que el asegurado había consultado con un médico registrado antes del comienzo de seguro.
 - Que una persona razonable bajo la situación de asegurado hubiera consultado con un médico registrado antes del comienzo del seguro.
- e) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos y/u odontológicos que no sean esenciales por razones médicas y sean demandados por el asegurado por razones psicológicas, personales y/o estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de efecto de la cobertura del seguro.
- f) Dolor lumbar, cervical, dorsal, sacro y ciático, así como cualquier otro proceso patológico que tenga como manifestación única el dolor, salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammografías, scanners, T.A.C, etc.) que demuestren la existencia de alteraciones que justifiquen el dolor causa de la incapacidad temporal.
- g) Cefaleas, enfermedades psiquiátricas y neuropsiquiátricas, incluyendo estados depresivos, menoscabo de la salud mental y afecciones similares, aun cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista (psiquiatra).
- h) Las curas de reposo, termas o dietéticas.
- i) Aquellos asegurados que estén percibiendo una pensión de invalidez o que estén tramitando en el momento de la adhesión la incapacidad temporal.

6.-EXCLUSIONES COMUNES A TODAS LAS GARANTÍAS

Quedan fuera del objeto de cobertura de las garantías de esta póliza y, por tanto, no dan derecho al Beneficiario designado al cobro de suma

asegurada o prestación alguna los siniestros que tenga su origen como consecuencia directa o indirecta de:

- a) Las consecuencias de guerras o de otras circunstancias extraordinarias y aquéllos otros supuestos que tengan la consideración de fuerza mayor de acuerdo con lo previsto en el artículo 1.105 del Código Civil.
- b) Conflictos armados, aunque no haya precedido declaración oficial de guerra o los derivados de hechos de carácter político o social o actos de terrorismo.
- c) La acción directa o indirecta de reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- d) Terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario y todas aquellas que deriven de situaciones calificadas por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe" o "calamidad nacional".
- e) Los derivados de riesgos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros
- f) Los siniestros ocurridos como consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte y como aficionado en los siguientes deportes:
- g) motociclismo y automovilismo (ocupando el vehículo como piloto, copiloto o como simple pasajero), actividades aéreas (paracaidismo, parapente, ala delta, ultraligero, planeador, ascensiones globo, skysurf, saltos al vacío con cualquier tipo de sujeción), esquí o snowboard o cualquier otro deporte de nieve que no se realice en una pista autorizada, submarinismo con pulmón artificial o que se realice a más de 30m de profundidad, boxeo, caza mayor, artes marciales, escalada y alpinismo de alta montaña, espeleología, troteo o encierro de reses bravas, concursos hípicas, polo a caballo, puenting, piragüismo en aguas bravas y rafting.
- h) Los siniestros ocasionados a consecuencia de encontrarse el asegurado bajo la influencia de alcohol o cuando haya consumido drogas o estupefacientes sin prescripción médica. Se considera que el asegurado ha consumido bebidas alcohólicas cuando la tasa de alcohol en sangre sea superior a 0.5 mg. Se considera que el asegurado ha consumido drogas o estupefacientes cuando se detecte su presencia mediante determinación en sangre.
- i) Los siniestros ocurridos como consecuencia de accidentes aéreos cuando el Asegurado forme parte de la tripulación y descensos en paracaídas que no sean consecuencia de una situación de emergencia, así como las causadas por la utilización de líneas de navegación no autorizadas.

7.- DURACION DEL SEGURO Y LAS COBERTURAS

La duración del contrato de seguro y de las coberturas, será igual a la duración de cada contrato de renting asociado a esta póliza con un máximo de 60 meses para cada uno.

No obstante lo anterior, el plazo de duración del presente contrato de seguro podrá ampliarse en caso de prórroga de los contratos de renting asociados al mismo. El nuevo plazo de duración será igual al de la prórroga del contrato de renting asociado con un máximo de 24 meses.

A estos efectos, el Tomador deberá abonar a la Entidad Aseguradora una prima adicional que será calculada de conformidad con las tarifas de prima que, fundadas en criterios técnico-actuariales, ésta tenga en dicho momento. En este supuesto no serán de aplicación los periodos de carencia iniciales. El contrato permanecerá en vigor mientras el Tomador se mantenga al corriente de pago de las primas. Sin perjuicio de lo establecido anteriormente, la cobertura para cada Asegurado terminará y el derecho al cobro de las prestaciones por el Beneficiario por dicho Asegurado cesará en el momento en que tenga lugar el primero de los siguientes eventos:

- f) Cuando el empleador del Asegurado haya cancelado el contrato de renting con el Tomador o se haya producido un cambio de titularidad en el mismo.
- g) La fecha en la cual el Asegurado deje de ser el conductor indicado en el contrato de renting que el empleador del Asegurado hubiese suscrito con el Tomador del Seguro, o se produzca su Jubilación o Jubilación anticipada y, en cualquier caso, en el momento en que cumpla 67 años de edad.
- h) Impago de la prima.
- i) Para la garantía de Incapacidad Temporal e Incapacidad Permanente y Absoluta la cobertura terminará en la fecha en la cual el Asegurado cese toda su actividad profesional remunerada por Jubilación o Jubilación anticipada y, en cualquier caso, en el momento en que cumpla 67 años de edad.
- j) Para la garantía de fallecimiento la cobertura terminará en la fecha en la cual el Asegurado cumpla 67 años.

- k) Asimismo, la cobertura terminará en la fecha en la que la Entidad Aseguradora haya pagado la prestación fijada en este contrato de seguro.

9.- PAGO DE PRESTACIONES

Para reclamar el pago de las prestaciones aseguradas el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, podrá comunicarlo por teléfono 910 017 890 o por e-mail a atencionclienterenting@gruposantander.es y deberán facilitar los documentos que se soliciten para cada caso concreto.

FALLECIMIENTO

- ✓ Copia legible del DNI/NIE del Asegurado.
- ✓ Certificado de Defunción expedido por el Registro Civil.
- ✓ Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de diagnóstico y causas de la defunción del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la defunción y las fechas de diagnóstico de las mismas.
- ✓ Además de lo anterior en caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
- ✓ Certificado del registro de Actos de Última Voluntad.
- ✓ Si hay testamento, último testamento del Asegurado.
- ✓ Si no hay testamento, Acta de declaración de herederos.
- ✓ Copia del recibo de renting pagado a la fecha de ocurrencia del siniestro.

INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA

- ✓ Copia legible de DNI/NIE en vigor.
- ✓ Resolución de Incapacidad emitida por la Seguridad Social u organismo competente.
- ✓ Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de diagnóstico y causas de la Incapacidad del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la Incapacidad y las fechas de diagnóstico de las mismas.
- ✓ Además de lo anterior en caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
- ✓ Copia del recibo de renting pagado a la fecha de ocurrencia del siniestro.

INCAPACIDAD TEMPORAL

- ✓ Copia legible del DNI/NIE en vigor.
- ✓ Vida laboral original, actualizada y completa.
- ✓ Copia legible del último contrato de trabajo o en caso de autónomo, documento acreditativo de estar inscrito en el régimen de Autónomos de la Seguridad Social y último pago.
- ✓ Copia legible de los partes de baja que acrediten, durante al menos 30 días, la incapacidad temporal del Asegurado expedido por la Seguridad Social u Organismo Competente.
- ✓ Copia legible del Certificado Médico donde se detalle la naturaleza y la fecha origen de la enfermedad o accidente que causó la incapacidad. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con la causa de la incapacidad, las fechas de diagnóstico de los mismos y tratamientos seguidos.
- ✓ Además de lo anterior en caso de Hospitalización copia del informe de ingreso y alta hospitalaria.
- ✓ Además de lo anterior en caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
- ✓ Copia del recibo de renting pagado a la fecha de ocurrencia del siniestro.

En cualquier caso, en relación a todas las garantías contratadas, la Entidad Aseguradora podrá solicitar la documentación que estime oportuna en orden a conocer la realidad del siniestro.

10.- RÉGIMEN DE RECLAMACIONES

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

El Tomador, el Asegurado y el Beneficiario, así como sus derechohabientes, están facultados para formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio en el Pº de la Castellana nº 44, 28046 Madrid y con página web: www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones contra la Entidad Aseguradora, si consideran que ésta realiza prácticas abusivas o lesiona los derechos derivados del contrato de seguro.

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

El Área de Protección del Cliente de CNP PARTNERS, domiciliado en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 MADRID, y dirección de correo electrónico protecciondelcliente@cnppartners.eu tramitará y resolverá cuantas quejas y reclamaciones le sean formuladas por las personas anteriormente mencionadas, en primera instancia y tras su resolución por dicho departamento podrá seguirse la tramitación ante el Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, D.A.DEFENSOR, S.L., domiciliado en c/Velázquez nº80, 1ºD, 28001 Madrid Tfno. 913104043 - Fax 913084991 reclamaciones@da-defensor.org. La Entidad Aseguradora se compromete a prestar la colaboración necesaria en la instrucción del procedimiento de resolución de las quejas y reclamaciones y a aceptar las resoluciones que el Defensor del Cliente emita y que tengan carácter vinculante para CNP PARTNERS.

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

El Defensor del cliente y el Área de Protección al Cliente, actuarán en la resolución de las quejas y reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en su Reglamento que estará a disposición de los Asegurados en las oficinas y en la web de la Entidad Aseguradora, y que les será facilitado en cualquier momento.

En todo caso, el reclamante podrá acudir a los tribunales de Justicia del domicilio del asegurado en España.

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

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.
- d) Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- Los causados por mala fe del asegurado.
- Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad racional".

3. Extensión de la cobertura

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

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

4. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

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

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

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042)
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

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

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