



**CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES Y ESPECIALES DEL
CONTRATO DE SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS
PÓLIZA 10251 "Garantía completa"**

1. Partes del contrato

Asegurador: Las Compañías aseguradoras en el presente contrato de seguro son **AXA FRANCE VIE y AXA FRANCE IARD** (en adelante, "AXA" o la "Compañía") Sucursales en España con domicilio social en la C/ Arequipa 1, esc. izquierda 3ª Planta, CP 28043 de Madrid, con número C.I.F. W2502654C y W2502653E respectivamente, siendo el establecimiento permanente en España de **AXA FRANCE VIE y AXA FRANCE IARD** (Registradas bajo los números 310 499 959 R.C.S NANTERRE y 772 057 460 R.C.S. NANTERRE respectivamente con dirección en 92727 Nanterre CEDEX, Francia), autorizada y regulada por "Autorité de contrôle prudentiel et de résolution" (ACPR) y por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en España.

Suscriptor del seguro: PEPPER FINANCE CORPORATION, S.L. Unipersonal, con domicilio social en Madrid, C/ Juan Esplandiú 13 C1 (28007) y CIF B-86961612, debidamente inscrita en el Registro Mercantil de Madrid al Tomo 32039, folio 211, Sección 8ª, Hoja M-576566 (en adelante "PEPPER").

Tomador / Asegurado: Es la persona física que satisface las condiciones de adhesión e incorporación a la póliza colectiva firmada entre el Asegurador y el Suscriptor y es el titular de un contrato financiero siempre que (i) sea mayor de 18 años, menor de 65 en la fecha de finalización de las coberturas, exceptuando para la garantía de Fallecimiento que se amplía hasta los 75 años, (ii) No debe, al momento de la contratación padecer enfermedad crónica física o mental, o estar recibiendo tratamiento médico alguno, a excepción de tratamientos por dolencias menores (gripes, resfriados, alergias comunes, etc.), o estar sometido o tenga previsto someterse a pruebas de diagnóstico, intervención quirúrgica o ingreso hospitalario por razón alguna. (iii) No debe padecer ningún tipo de drogodependencia (alcoholismo, toxicomanía...etc) (iv) No debe ser incapaz legal, ni padecer epilepsia o enajenación mental.

Para las garantías de Incapacidad Temporal y Desempleo debe (i) estar trabajando en territorio español de forma remunerada durante un mínimo de 13 horas semanales, encontrándose en situación de alta en la Seguridad Social, Mutualidad, Montepío o institución análoga que la legislación determine y (ii) En caso de ser trabajador por cuenta ajena con contrato laboral indefinido, no saber que va a ser cesado en su puesto de trabajo. (iii) No tener reconocida cualquier tipo de minusvalía, invalidez o incapacidad, o se encuentren tramitando cualquier expediente de minusvalía, invalidez o incapacidad ante la Seguridad Social u organismos competentes, o que a la entrada en vigor de este seguro ya se encuentren en situación de Incapacidad Temporal por tiempo superior a 15 días, o hayan estado en situación de Incapacidad Temporal más de 20 días consecutivos durante los doce meses anteriores a la fecha de efecto del seguro.

Mediador: PEPPER ASSETS SERVICES, S.L. (unipersonal) con CIF B-86615945 y domicilio social a estos efectos en la calle Juan Esplandiú, 13 C1 de Madrid.

Beneficiario: El acreedor del contrato financiero durante la vigencia de la póliza, y en caso de Fallecimiento también serán junto con el acreedor los herederos legales del Tomador/Asegurado. Se hace constar que el beneficiario está designado con carácter irrevocable

2. Legislación aplicable

La presente Póliza se rige por la Ley del Contrato de Seguro 50/1980 de 8 de octubre, por la Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras de 14 de julio de 2015 y su Reglamento de desarrollo así como por cualquier modificación y adaptación que dicha normativa pueda sufrir. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 96 de la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, se informa que la Aseguradora está sujeta a la supervisión y control de la "Autorité de contrôle prudentiel et de résolution" (ACPR) de Francia y debidamente autorizada para operar en España en régimen de derecho de establecimiento por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensión de España.

Sobre los pagos efectuados por la Aseguradora se aplicará la normativa legal y fiscal vigente en cada momento. La Póliza Colectiva queda sometida a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Tomador/Asegurado a cuyo efecto este designará un domicilio en España en el caso de que el suyo fuese en el extranjero. En caso de que las discrepancias surgieran entre el Suscriptor y la Aseguradora, la jurisdicción competente sería la de los Juzgados y Tribunales de Madrid Capital, con renuncia expresa por las partes de cualquier otro fuero que pudiera corresponderles.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo primero del presente apartado, se pone de manifiesto que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 123 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, la normativa española no resultará de aplicación en cuestiones relacionadas con la liquidación del Asegurador, siendo aplicable la normativa de la República de Francia a estos efectos.

3. Riesgos garantizados

El Seguro cubre los riesgos de:

Fallecimiento, Enfermedades Graves, Incapacidad Permanente y Absoluta y Desempleo a todas aquellas personas físicas que mantengan una Relación Laboral por cuenta ajena de carácter indefinido (quedan excluidos los funcionarios dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas).

Fallecimiento, Incapacidad Permanente y Absoluta, Enfermedades Graves e Incapacidad Temporal por enfermedad o accidente a todas aquellas personas físicas que mantengan una Relación Laboral por cuenta ajena de carácter temporal, autónomos, funcionarios y a los trabajadores fijos discontinuos en los

periodos en los que carezcan de ocupación efectiva (se excluyen los trabajadores temporales en periodos de no ocupación).

Fallecimiento, Enfermedades Graves y Hospitalización a todas aquellas personas físicas que tienen una Relación laboral menor de 13 horas a la semana o ningún tipo de relación laboral.

El pago de la prestación a un Tomador/Asegurado por una de las garantías de Incapacidad Temporal, Desempleo u Hospitalización excluye el pago simultáneo por cualquier otra garantía no siendo esta exclusión aplicable para el caso de pago de prestaciones por Fallecimiento o Incapacidad Permanente y Absoluta o Enfermedad Grave.

En caso de Enfermedades Graves o de Incapacidad Permanente y Absoluta del Tomador/ Asegurado, el presente seguro garantiza el pago del saldo pendiente de los contratos financieros amparados en la presente póliza. Se entiende por Incapacidad Permanente y Absoluta la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad, independientemente de la voluntad del Tomador/Asegurado y determinante de la total imposibilidad de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

En caso de Fallecimiento el presente seguro garantiza el pago de dos veces el saldo pendiente de los contratos financieros amparados en la presente póliza. Dicho pago se aplicará para:

1. **Cancelar el importe del saldo pendiente que tenga el Tomador/Asegurado con el Acreedor del contrato financiero durante la vigencia del mismo, y;**

2. **Abonar hasta una vez dicho importe a los herederos legales del Tomador Asegurado.**

En caso de Incapacidad Permanente y Absoluta o Enfermedades Graves el presente seguro garantiza el pago del saldo pendiente de los contratos financieros amparados en la presente póliza. Dicho pago se aplicará para cancelar el importe del saldo pendiente que tenga el Tomador/Asegurado con el Acreedor del contrato financiero durante la vigencia del mismo.

En todo caso, el importe máximo total a pagar es de 30.000€ para todas las coberturas anteriores.

En caso de Hospitalización del Tomador/Asegurado, el presente contrato garantiza al beneficiario el pago de las cuotas mensuales del préstamo que se rigen por medio de la presente póliza, en todos los supuestos en los que el Tomador/Asegurado permanezca hospitalizado más de siete días consecutivos.

En caso de permanecer el Tomador/Asegurado hospitalizado por un periodo superior a treinta días, se pagará adicionalmente al beneficiario una cantidad equivalente a la cuota de amortización por cada treinta días consecutivos en que se encuentre el Tomador/Asegurado en situación de hospitalización, **con un máximo de 12 prestaciones consecutivas o 24 alternas.**

En todo caso, el importe máximo de la cuota mensual del préstamo será de 901 Euros.

En caso de Incapacidad Temporal o Desempleo del Tomador/Asegurado, el presente contrato garantiza al beneficiario el pago de las cuotas de reembolso de los distintos créditos que se rigen por medio de la presente póliza, por cada treinta días consecutivos en que se encuentre el Tomador/Asegurado en situación de desempleo o incapacidad temporal en función del riesgo garantizado, **con un máximo de 6 prestaciones consecutivas o 24 alternas.**

En todo caso, el importe máximo de la cuota mensual del préstamo será de 901 Euros.

El presente seguro tendrá una duración equivalente a la duración de los respectivos contratos financieros, a partir de su toma de efecto, que se producirá en el momento de la fecha de inicio de los créditos, siempre y cuando se haya abonado el importe de la prima. En todo caso, el contrato de seguro, con independencia de la duración del contrato financiero, tendrá una duración máxima de 72 meses.

4. Exclusiones

A los efectos de este contrato, quedan cubiertas las siguientes garantías:

La **Incapacidad Permanente y Absoluta**, entendiéndose por tal a los efectos de este contrato, la situación física sobrevenida que inhabilite por completo al Tomador/Asegurado para la realización de todo trabajo, profesión u oficio. Dicha situación deberá ser diagnosticada por un médico de la Seguridad Social o asimilado. Si fuera previsible una dilación en la emisión de dicho dictamen, podrá diagnosticarla un facultativo designado por la compañía aseguradora.

La **Hospitalización**, entendiéndose por tal a los efectos de este contrato, todos los supuestos en los que el Tomador/Asegurado permanezca hospitalizado más de siete días consecutivos.

Incapacidad Temporal, entendiéndose por tal a los efectos de este contrato la situación física temporal motivada por enfermedad o accidente determinante de la incapacidad del Tomador/Asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral. La enfermedad o accidente determinante de la incapacidad temporal deben producirse cuando el Tomador/Asegurado esté trabajando de forma remunerada en España. Dicha incapacidad temporal debe ser diagnosticada, tanto en su causa como en la incapacidad que genera para el Tomador/Asegurado, por el médico competente de la Seguridad Social o asimilado. El derecho a percibir las prestaciones del contrato de seguro cesará cuando el Tomador/Asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo, aún de manera parcial, o cuando su estado pase a ser de incapacidad permanente.

Esta garantía comenzará a contar desde la certificación de la incapacidad por el médico competente de la Seguridad Social o asimilado, sin perjuicio del periodo de carencia y periodo mínimo en situación de incapacidad temporal regulados en las Estipulaciones sexta y tercera, respectivamente.

Las siguientes exclusiones serán de aplicación para las garantías de **Fallecimiento, Incapacidad Permanente Absoluta, Incapacidad Temporal y**



Hospitalización y por tanto no tienen la consideración de siniestro y, consecuentemente, no se pagará prestación alguna por aquellos siniestros que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:

- a. Los accidentes y sus secuelas ocurridos antes de la entrada en vigor o enfermedades preexistentes a dicha entrada en vigor. Se entiende por enfermedad preexistente toda dolencia, enfermedad o lesión previamente diagnosticada o tratada médicamente o puramente sintomática, iniciada o contraída con anterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
 - b. Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Tomador/Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes o enfermedades, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Tomador/Asegurado.
 - c. Las producidas cuando el Tomador/Asegurado se encuentre en estado de enajenación o perturbación mental, en estado de sonambulismo. Asimismo están excluidas las enfermedades psiquiátricas, cefaleas, enfermedades mentales y nerviosas, incluidas la depresión, el estrés y afecciones similares, y sus consecuencias, aun cuando existan evidencias médicas.
 - d. Los producidos por mala fe del Tomador/Asegurado, así como los provocados intencionadamente por el Tomador/Asegurado o los beneficiarios de la Póliza, una vez que haya sido dictado por resolución judicial.
 - e. Actos de imprudencia temeraria o negligencia grave del Tomador/Asegurado, declarados judicialmente.
 - f. Las producidas como consecuencia de una situación de desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa, así como los derivados de una actuación delictiva del Tomador/Asegurado, declarada judicialmente, incluyendo faltas administrativas.
 - g. Las producidas cuando el Tomador/Asegurado se encuentre en estado de embriaguez, esto es, cuando el grado de alcoholemia sea superior al establecido por la normativa en materia de tráfico y circulación de vehículos a motor vigente en el momento del accidente o bajo los efectos de drogas tóxicas o estupefacientes, fármaco y/o tratamiento que no le hubiera sido prescrito o administrado por un médico, o que le haya sido prescrito o administrado médicamente.
 - i. Las derivadas de la participación del Tomador/Asegurado en carreras de vehículos a motor y las que resulten de la práctica de cualquier deporte profesional o deporte considerado de riesgo y las ocasionadas por la conducción de vehículos a motor si el Tomador/Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente y, en cualquier caso, los derivados del uso de motocicletas superiores a 250 c/c, sea como conductor o como ocupante, y las acaecidas durante viajes submarinos o de exploración, así como los de aviación, excepto como pasajeros de líneas comerciales, y en general todas aquellas ocurridas como consecuencia de la participación del Tomador/Asegurado en todo acto notoriamente peligroso (excepto si se trata de salvar una vida humana).
 - h. Las causadas por terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, radiación nuclear o contaminación radiactiva, guerras, declaradas o no, actos de terrorismo así como cualquier otro fenómeno de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario.
- Además de las exclusiones mencionadas anteriormente, carecerán de cobertura los siniestros derivados de enfermedades o patologías cuya causa, conocida por el Tomador/Asegurado, sea anterior a su adhesión al seguro. Adicionalmente a las exclusiones Generales aplicables para todas las coberturas antes descritas, a los efectos del presente contrato queda cubierta la garantía de:

- Fallecimiento del Tomador/Asegurado, salvo que se produzca:
- a. Por suicidio del Tomador/Asegurado ocurrido dentro del primer año contado desde la fecha de toma de efecto del contrato.
- Incapacidad Temporal del Tomador/Asegurado, salvo que se produzca:
- a. No se considerarán Incapacidad Temporal los siniestros que resulten de aquellos periodos de descanso obligatorio y voluntario que procedan por maternidad o paternidad. No obstante, no se encuentran excluidos los siniestros motivados por complicaciones en caso de embarazo, parto o aborto.
- b. Dolores de espalda y cuello (tales como cervicalgia, dorsalgia o lumbalgia), salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammografías, scanner, T.A.C., etc.) que acrediten la existencia de una lesión o enfermedad y que sean causantes de la Incapacidad Temporal.

Enfermedades graves se entiende exclusivamente como el diagnóstico, por un médico especialista y según las condiciones descritas posteriormente, de una de las siguientes enfermedades:

- a. **Cáncer:** Todo tumor de desarrollo anárquico que invade, sin respetarlos, los límites de su tejido original así como los tejidos próximos y que puede propagar metástasis a distancia.
- b. **Infarto de miocardio:** Muerte de una parte variable del músculo cardíaco por anoxia (isquemia total). Para confirmar esta necrosis es necesario disponer de la confirmación por un cardiólogo especialista de la presencia de acinesia a través de una eco cardiográfica o de otro método de representación gráfica cardíaca reconocido, contemporáneo.
- c. **Enfermedades de las arterias coronarias que requieran cirugía mayor:** Toda afección coronaria que requiera una intervención a tórax

abierto para eliminar la obstrucción o evitar las arterias coronarias estrechadas.

- d. **Accidente cerebro-vascular:** Todo episodio de isquemia por ruptura o por trombosis o por embolia de una arteria cerebral dando lugar a secuelas neurológicas permanentes. Los accidentes isquémicos transitorios no están cubiertos. La permanencia del daño neurológico deberá certificarse por un médico neurólogo especialista, no antes de 6 meses desde dicho accidente cerebro vascular.
- e. **Insuficiencia renal terminal:** Toda deficiencia irreversible y terminal de la función renal que requiera una hemo-díalisis o un trasplante de riñón o ambas sucesivamente. La necesidad de una diálisis continua deberá certificarse por un médico nefrólogo especialista.
- f. **Trasplante de órgano:** Todo trasplante o inscripción sobre una lista oficial de trasplante de uno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, riñón, hígado, páncreas. Los trasplantes de médula hemopoyética para afecciones no malignas están cubiertas.

No se considerarán Enfermedades Graves los siniestros que resulten de cualquiera de las siguientes circunstancias: Accidente isquémico transitorio o isquemia cerebro-vascular, Estadio 1 de la enfermedad de Hodgkin, tumores de ovarios de malignidad "borderline", Para cirugía bypass coronario: angioplastia, laser,..., Enfermedad preexistente al inicio de la cobertura y Consecuencia del consumo de drogas, alcohol.

Desempleo, entendiéndose por tal a los efectos de este contrato, la situación en que se encuentra el Tomador/Asegurado cuando:

- a. Se extingue su relación laboral:
 - En virtud de expediente de regulación de empleo (excepto en los casos en los que el Tomador/Asegurado se adhiera voluntariamente al mismo) o despido colectivo.
 - Por muerte o incapacidad de su empresario individual
 - Por despido improcedente
 - Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas
 - Por resolución voluntaria por parte del Tomador/Asegurado ante las situaciones previstas en los artículos 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones substanciales de las condiciones de trabajo) y 50 (extinción por incumplimiento del empleador) del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo).
- b. Se suspende la relación laboral en virtud de expediente de regulación de empleo o se reduzca a la mitad, al menos, la jornada de trabajo por dicha causa.

Esta garantía comienza a contar a partir de la fecha efectiva de la prestación por desempleo realizada por el INEM u organismo competente, sin perjuicio del periodo de carencia y periodo mínimo en situación de desempleo regulados en las Estipulaciones sexta y tercera, respectivamente.

No se considera desempleo cuando el trabajador se encuentre en cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. Cuando la finalización del trabajo se deba a baja voluntaria o despido procedente.
- b. Cuando el contrato de trabajo finalice por jubilación del Tomador/Asegurado o por jubilación del empleador, cualquiera que sea su causa.
- c. Cuando la relación laboral del Tomador/Asegurado fuera con una empresa propiedad de su ámbito familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el Tomador/Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad fuera socio o Administrador de la empresa. En estos supuestos el Tomador/Asegurado estará cubierto por la garantía de Incapacidad Temporal.
- d. Cuando el despido es comunicado al Tomador/Asegurado con anterioridad a la contratación del seguro o dentro de los plazos de carencia.
- e. El paro parcial y los contratos de trabajo fijos de carácter discontinuo, en los periodos de discontinuidad.
- f. Los despidos sin derecho a prestación por parte del INEM u organismo competente.
- g. Los despidos cuya indemnización sea menor del 50% de la legalmente establecida.
- h. Cuando el Tomador/Asegurado se acoja voluntariamente a un Expediente de Regulación de Empleo.

5. Prima (impuestos y recargos legales incluidos)

La tasa de prima bruta antes de los impuestos y recargos que fueran de legal aplicación es el **10,041985%** sobre el importe del Préstamo solicitado por el Tomador/Asegurado. A la prima que resulte de la aplicación de esta tasa se le sumarán los impuestos y recargos que sean en todo momento legalmente repercutibles.

A fecha de hoy, la tasa a aplicar sobre el saldo pendiente después de impuestos (tasa comercial) es del **10,50%**. **Estas tasas podrán verse modificadas en función de la variación de los impuestos y recargos legales que son de aplicación.**

6. Carencia

El derecho a las prestaciones cubiertas por este contrato se inicia desde la toma de efecto del seguro, pero respetando los periodos de carencia que a continuación se mencionan. Se entiende por periodo de carencia aquél en que la ocurrencia del siniestro no generará derecho alguno a indemnización, presente o futura, para el Tomador/Asegurado. Dicho periodo será de dos meses para el Desempleo y de un mes para la Incapacidad Temporal y la Hospitalización. No hay carencia para las



coberturas de Fallecimiento, Enfermedades Grave e Incapacidad Permanente y Absoluta. Tampoco habrá carencias en el caso de Incapacidad Temporal o de Hospitalización derivada de un accidente.

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

En caso de enfermedad y/o accidente, si se produjeran situaciones de Incapacidad Temporal u Hospitalización subsiguientes a la primera, se pagarán nuevas prestaciones siempre que el Tomador/Asegurado haya estado trabajando seis meses desde el fin de la última Incapacidad Temporal si el siniestro se ha producido por la misma causa de la primera incapacidad o de un mes si se trata de una causa distinta.

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

El Asegurado tiene derecho a resolver el seguro sin penalización alguna durante el plazo de un mes desde su contratación. Si la cancelación del seguro se produce transcurrido el primer mes desde la toma de efecto del contrato financiero, se devolverá la parte de la prima no consumida en base a la siguiente fórmula:

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

Donde:

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

8.Siniestros y documentación a presentar por el Tomador/ Asegurado

En caso de ocurrir algún siniestro de Desempleo o Incapacidad Temporal el Tomador/Asegurado podrá comunicar el mismo, adjuntar la documentación necesaria y hacer seguimiento del estado de su siniestro, desde su ordenador, tablet o teléfono móvil y mediante nuestra página web: www.clp.partners.axa/es/siniestros

Para el resto de coberturas, o si tuviera alguna consulta, podrá llamar a la Compañía aseguradora al teléfono: **91 836 18 50**, de lunes a jueves en horario de 9:00h a 18:00h y los viernes en horario de 8:00h a 15:00h.

El Asegurado/Tomador deberá comunicar el siniestro en un plazo de 1 mes desde que tuvo conocimiento del mismo, y deberá aportar la documentación acreditativa del mismo que le requiera la compañía aseguradora, pudiendo ésta requerir al Asegurado en cualquier momento documentación acreditativa de que el Asegurado continúa en situación de desempleo o incapacidad temporal, si fuera el caso.

No se pagarán prestaciones mensuales adicionales si dicha documentación no se entrega en el plazo de sesenta días desde que fue requerida.

9.Reclamaciones.

Los asegurados para cualquier consulta o reclamación podrán presentar sus quejas y reclamaciones por escrito dirigidas al Servicio de Atención al Cliente de las Compañías (Calle Arequipa 1, 3ª Planta 28043 Madrid, e-mail: cliente.atencion@partners.axa), que resolverá las mismas en un plazo máximo de dos meses. En caso de no obtener respuesta de la Compañía en el mencionado plazo, o en el supuesto de que su queja o reclamación sea denegada por ésta última, los Tomadores/Asegurados podrán acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para la admisión y tramitación de la queja o reclamación ante dicho Comisionado, el Tomador/Asegurado deberá acreditar haber acudido con anterioridad al Departamento de Atención al Cliente de la Compañía. En cualquier caso, los Tomadores/Asegurados podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en la Ley 60/2003 de Arbitraje, o someter sus conflictos con la entidad aseguradora a los jueces y tribunales del domicilio del Tomador/Asegurado.

10.Protección de Datos.

AXA FRANCE VIE y AXA FRANCE IARD Sucursales en España con domicilio social en la C/ Arequipa 1, esc. izquierda 3ª Planta, CP 28043 de Madrid son los responsables del tratamiento de los datos de carácter personal suministrados por Usted.

Puede ponerse en contacto en cualquier momento con nuestro Delegado de Protección de Datos a través del siguiente mail: clp.dataprivacy@partners.axa.

La finalidad del tratamiento de sus datos es la formalización de la póliza y el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro suscrito con usted. Sus datos podrán ser utilizados para la elaboración de perfiles.

Usted tiene derecho a acceder a su información personal, así como a solicitar la rectificación de sus datos en caso de ser inexactos y a solicitar la supresión de los mismos. Asimismo, usted podrá oponerse al tratamiento de sus datos para determinadas finalidades, entre ellas oponerse a la adopción de decisiones individuales automatizadas que produzcan efectos jurídicos sobre usted o le afecten significativamente y podrá ejercer el derecho de limitación del tratamiento de su información. En determinados casos usted podrá solicitar la portabilidad de sus datos a otro responsable de tratamiento. Usted podrá solicitar el ejercicio de cualquiera de estos derechos contactando por escrito con el responsable en el domicilio indicado o bien contactando por correo electrónico con el Delegado de Protección de Datos. Usted también tiene derecho a recabar tutela y a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. Puede consultar toda la información adicional y detallada sobre nuestra política de Protección de Datos en nuestra página web

<https://es.clp.partners.axa/politica-de-privacidad>. Sus datos han sido recabados por el mediador de seguros de esta póliza 10.209.01 con domicilio en Calle Juan Esplandiú, 11, quien nos ha dado traslado de los mismos para la suscripción del contrato de seguro. Puede encontrar información adicional sobre el tratamiento de datos llevado a cabo por el mediador de seguros en esta página web <http://peppermoney.es/privacidad/>. Las categorías de datos de carácter personal que trataremos sobre usted son su nombre y apellidos, DNI, fecha de nacimiento, estado de salud, datos de contacto: dirección, teléfono y correo electrónico.

11. Cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros

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

12.Firma de las Partes

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

En el caso de que la firma de este documento se haga por medio de firma electrónica a través de un tercero de confianza, este último remitirá al Tomador/Asegurado una copia electrónica original.

El Tomador / Asegurado reconoce expresamente haber recibido del Asegurador, con carácter previo a la formalización de este contrato de seguro, la oportuna información relativa a la documentación contractual previa consistente en Nota Informativa del Asegurador, Nota Informativa del Distribuidos y documento de Información del Producto de Seguro, de conformidad con lo establecido en la legislación vigente.

EL TOMADOR / ASEGURADO

LA COMPAÑÍA

Fdo.

D/ña:
 DNI/NIF.....