

CONDICIONES PARTICULARES A PERFECCIONAR DE CAJAMAR ACCIDENTES ONLINE



Póliza: - - Fecha efecto: - -

ASEGURADOR (1)

CAJAMAR SEGUROS GENERALES, S. A. de Seguros y Reaseguros

Domicilio Social: Plaza de Juan del Águila Molina, 5

Domicilio Operativo: C/ Orense 2, 3ª Pl.

04006 Almería, España

28020 Madrid, España

Tel.: 91 955 19 99

(1) El Asegurador desempeña, en el presente documento, funciones de Acreedor a efectos de la orden de domiciliación de Adeudo Directo SEPA

TOMADOR/ASEGURADO (2)

Tomador:

Domicilio:

Correo electrónico:

Teléfono móvil:

Código Postal:

Población:

Provincia:

N.I.F.:

(2) El Tomador desempeña, en el presente documento, funciones de Deudor a efectos de la orden de domiciliación de Adeudo Directo SEPA

NÚMERO DE PÓLIZA, PERIODO DE COBERTURA Y MEDIADOR

Oferta comercial: 0001

Póliza: - -

Mediador: Cajamar Intermediadora, O.B.S.V., (OV0014)

Fecha de inicio del efecto: desde las 00 horas del día - - hasta las 00 horas del día - -

ASEGURADO, GARANTÍAS Y SUMAS ASEGURADAS

Nombre:

NIF:

Domicilio:

Fecha de Nacimiento:

Sexo:

Código Postal:

Población:

Provincia:

Actividad Profesional:

Seguro de revalorización automática de sumas aseguradas mediante sistema uniforme.

Coefficiente de revalorización: 2,00%

Moneda: Euros

De acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales del Seguro de ACCIDENTES. Se establecen las siguientes garantías del seguro para el asegurado de la póliza:

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE: Indemnización Inicial..... €

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE (SEGÚN BAREMO): Indemnización Inicial..... €

ASISTENCIA PERSONAL..... INCLUIDO

PAGO DE PRIMAS/ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Referencia de la Orden de domiciliación (Mandate Reference): 9 (número de póliza)

Código SWIFT/BIC: CCRIES2AXXX

Número de Cuenta – IBAN (Account Number – IBAN):

Tipo de pago (Type of Payment): Recurrente

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al Acreedor a enviar instrucciones a la Entidad del Deudor para adeudar su cuenta y (B) a la Entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del Acreedor. Como parte de sus derechos, el Deudor está legitimado al reembolso por su Entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha del adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su Entidad Financiera.

By signing this mandate form, you authorize (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a explained in a statement that you can obtain from your bank.

Domicilio Pago: CAJAMAR

Forma de pago:	PRIMAS	TASA	I.P.S	TOTAL
Núm. Recibo:	EUROS	L.E.A		

De - - a - -

CLAUSULAS PARTICULARES

01 La garantía de Asistencia Personal ofrecerá cobertura de los gastos y servicios que se indican hasta los límites máximos siguientes:

- 1.- Gastos de transporte o repatriación del Asegurado fallecido y de los familiares del mismo: 1.500 €.
- 2.- Gastos de estancia del acompañante en caso de hospitalización del Asegurado: 300 €.
- 3.- Gastos de salvamento del Asegurado accidentado: 1.500 €.
- 4.- Servicio Personal de Limpieza a domicilio: 150 €.
- 5.- Servicio de Profesionales Sanitarios a domicilio: 900 €.
- 6.- Servicio de Cuidado de hijos menores de 10 años, minusválidos o ascendientes mayores de 70 años con dependencia del Asegurado para actos de la vida cotidiana: 240 €.
- 7.- Gastos de Asistencia Veterinaria en caso de accidente del Animal Doméstico de la familia: 60 €.

El número de teléfono para solicitar la prestación de los servicios previstos en esta garantía en las Condiciones Generales de la póliza es el 91 594 96 02

02 El asegurado declara que su edad está comprendida entre los 25 y los 65 años, que en los últimos 5 años no ha padecido ni actualmente se encuentra en fase de diagnóstico de una enfermedad grave y que no se encuentra en o está tramitando incapacidad laboral.

Se entiende por enfermedad grave, a los efectos de esta póliza cualquiera de las siguientes: Tumores Invasivos, Carcinomas, Neoplasias, Cardiopatías, Arteriopatías, Diabetes tipo 1, Fibromialgia / Síndrome de fatiga crónica, Esclerosis Múltiple, Parálisis, Enfermedad Neurológica Degenerativa, Patología Ósea Degenerativa, Accidente Cerebro-vascular, Epilepsia, Parkinson y Alzheimer.

03 El Asegurado ha declarado que no practica ningún deporte a nivel Profesional o que no practica de forma ocasional alguna actividad peligrosa tal como: Inmersiones, Barranquismo o Hidrospeed Motonáutica, Navegación, Ski acuático o modalidades de Surf, Boxeo, Lucha o Artes Marciales, Rugby, Caza mayor, hípica, Doma o Polo, Motocicletas, ciclomotores (conductor u ocupante) y bicicletas. Escalada, espeleología, alpinismo o deportes aéreos, Bosleigh o Hockey sobre Patines, Pruebas de velocidad/resistencia con vehículos a motor". De practicarse de forma ocasional al menos una actividad, éstas aparecerán declaradas de forma explícita.

04 El grado de Invalidez Permanente se determinará según el baremo expuesto en el Artículo 4º, Invalidez Permanente de las Condiciones Generales de esta póliza. A cada Grado de Invalidez Permanente le corresponderá el porcentaje de prestación a aplicar sobre el Capital establecido en estas Condiciones Particulares, según el cuadro siguiente:

Grado de Invalidez Permanente	Prestación a Percibir
<i>Superior al 35 %</i>	<i>Igual porcentaje al grado de invalidez</i>
<i>De 31% a 35 %</i>	<i>30 %</i>
<i>De 26% a 30 %</i>	<i>25 %</i>
<i>De 21% a 25 %</i>	<i>15 %</i>
<i>De 0 a 20 %</i>	<i>0 %</i>

06 El Tomador de la póliza ha designado como Beneficiario en caso de Fallecimiento del Asegurado al cónyuge, y en su defecto, por orden excluyente, hijos, padres, hermanos y herederos legales.

07 Queda convenido que la duración del presente Contrato de Seguro tiene carácter anual prorrogable (Artículo veintidós de la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro) el mismo se prorrogará automáticamente por sucesivos periodos de un año.

- 08 Las primas del seguro son anuales, si bien el Asegurador podrá acceder a petición del Tomador del Seguro a fraccionarlas por trimestres, semestres o meses, de acuerdo con las normas de contratación de cada producto, en cuyo caso, su impago dejaría en suspenso la cobertura.
El fraccionamiento de pago de la prima no modificará la naturaleza indivisible de la misma, por lo que, consiguientemente, el Tomador deberá pagar la totalidad de los recibos de la anualidad.
El impago de un recibo supondrá la pérdida del beneficio del aplazamiento, y, por razón del carácter único, indivisible y anticipado de la prima, se computará como plazo de gracia el primer mes del periodo de cobertura.
En caso de desaparición del riesgo antes del vencimiento de la anualidad del seguro, el Tomador estará obligado a hacer efectivos los pagos fraccionados que resten hasta el vencimiento.
- 09 El Tomador del seguro, declara conocer y aceptar todos y cada uno de los límites y sublímites asegurados establecidos para cada Garantía contratada, que están recogidos en estas Condiciones Particulares y en las Condiciones Generales de la presente póliza.
- 10 Se hace constar que el número de teléfono de atención en caso de siniestro es el **91.169.74.70**.
- 07 El tomador del seguro y/o asegurado declara conocer y haber recibido con anterioridad a la celebración del contrato de seguro o a la suscripción del boletín de adhesión, el Documento de información sobre el producto de seguro (IPID) y la información a la que se refiere en el artículo 96.1 Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba su Reglamento de desarrollo, relativos al deber general de información al Tomador del Seguro y al Asegurado por parte del Asegurador, sobre la legislación aplicable al contrato de seguro, los diferentes mecanismos de solución de conflictos y demás información sobre el contenido y condiciones del presente contrato.

COMUNICACIÓN

Las coberturas y exclusiones concretas que usted ha contratado no tienen por que corresponderse necesariamente con las coberturas y exclusiones reflejadas en el documento IPID.

Le comunicamos que en la presente comercialización, Cajamar Seguros Generales se ha limitado a ofrecerle información objetiva acerca del producto de seguro con base en la información obtenida de usted y en las exigencias y necesidades por usted manifestadas, sin haberle prestado un asesoramiento que conlleve una recomendación personalizada.

Mediante la firma de estas Condiciones Particulares y salvo indicación en contrario por su parte notificada a la Compañía Aseguradora, Usted consiente expresamente la utilización indistintamente del correo electrónico, mensaje de texto (SMS), fax, burofax, buzón virtual de su banca electrónica o por correo postal como medio para el envío de comunicaciones y notificaciones, incluidos los recibos de prima, en los términos previstos en la cláusula "Comunicaciones y notificaciones entre las partes" de las Condiciones Generales de su Contrato de Seguro.

No obstante lo anterior, si la Compañía tuviera disponible el contacto vía Redes Sociales para sus clientes, ésta podrá dar respuesta a las consultas de los clientes por este canal, siempre respetando los términos de la Normativa de Protección de Datos, y sin perjuicio de utilizar en adición los medios anteriormente mencionados.

INFORMACIÓN SOBRE CONTRATACIÓN ELECTRÓNICA

La suscripción de este documento mediante firma manuscrita digital requiere el tratamiento y conservación de los datos biométricos de los firmantes y datos personales obtenidos mediante la digitalización de la firma. La utilización por los Titulares de los dispositivos facilitados para su firma manuscrita digital, comportará la aceptación y conformidad por su parte para el tratamiento y conservación de sus datos biométricos por parte de Cajamar Caja Rural y Cajamar Vida S.A. de Seguros y Reaseguros para tales fines.

Podrá obtener una copia del documento electrónico que contiene su firma manuscrita digitalizada accediendo a la Banca Electrónica o a la Sede Electrónica (en caso de no disponer de la primera) o bien solicitando su envío por correo electrónico a su Oficina de referencia. Dado que la firma está cifrada, si desea obtener la información biométrica descifrada y/o llevar a cabo análisis periciales de la misma, deberá acudir con su copia del documento electrónico a la empresa SE R BAN BIOME T R ICS, S.A. (CIF A 83588228), sita en Avda. Alberto Alcocer, 46b - 5ºB - Madrid, propietaria del software de descifrado, con quien accederá al tercero de confianza que custodia las claves que permiten el descifrado de la firma biométrica, previa acreditación de interés legítimo.

Tanto en el caso de que se suscriba este documento con firma manuscrita digital biométrica como con firma electrónica avanzada, mediante claves de tarjeta de coordenadas y contraseña OTP recibida en móvil o certificado digital personal emitido tras identificación por video, con su firma, presta/n su conformidad a la suscripción de este documento mediante las indicadas firma electrónicas avanzadas antes indicadas, y conviene/n en otorgar a los mecanismos de identificación aquí descritos, la misma validez y efectos jurídicos que la firma autógrafa. De igual modo, no se negarán efectos jurídicos a una firma electrónica que no reúna los requisitos de firma electrónica reconocida o cualificada, en relación a los datos a los que esté asociada por el mero hecho de presentarse en forma electrónica.

INFORMACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS

Información básica sobre Protección de Datos	
Responsable del tratamiento	Cajamar Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros ("CAJAMAR SEGUROS GENERALES")
Finalidades del tratamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestionar, mantener y controlar toda la relación contractual mantenida con usted. 2. Prevenir el fraude. 3. Mejorar la calidad del servicio ofrecido por CAJAMAR SEGUROS GENERALES y evaluar su satisfacción. 4. Ofrecerle otros productos y servicios de CAJAMAR SEGUROS GENERALES 5. Comunicar sus datos a terceros únicamente cuando sea necesario para cumplir con una obligación legal o para gestionar este seguro.
Legitimación del tratamiento	Sus datos personales, así como los que se puedan generar en caso de siniestro o prestación, incluso los de salud que fueran necesarios para su tramitación, serán tratados con base en la aplicación de medidas precontractuales, el cumplimiento de una obligación legal, el interés legítimo de CAJAMAR SEGUROS GENERALES a efectuar dicho tratamiento y el consentimiento expresamente otorgado por usted.
Potenciales destinatarios de los datos	Entidades aseguradoras, coaseguradoras y reaseguradoras, médicos, centros sanitarios, hospitales y Administraciones Públicas.
Derechos de protección de datos	Usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición al tratamiento de datos y portabilidad de datos tal como se detalla en la "Información Adicional".
Información adicional	Puede consultar la información adicional detallada sobre Protección de Datos en la siguiente web: https://www.grupocooperativocajamar.es/es/particulares/productos-y-servicios/seguros/cajamar-seguros-generales-privacidad/

Autorizo a que CAJAMAR SEGUROS GENERALES, en el caso de ser necesario, trate mis datos personales de carácter sensible presentes en el cuestionario de salud o recogidos en el proceso de solicitud y que puedan ser facilitados u obtenidos de forma confidencial a través de los centros hospitalarios o equipos médicos que me asistan o reconozcan para valorar el riesgo y calcular la prima de este seguro.

El presente documento no será válido si presenta cualquier clase de alteración en su impresión mecanizada por adiciones, enmiendas, raspaduras, tachaduras o similares.

El Tomador reconoce haber recibido de la Compañía las Condiciones Generales del Contrato de Seguro (CMX-1.19) y el original de las Presentes Condiciones Particulares, que consta de XX hojas con XX cláusulas particulares.

COMPROBADO Y ACEPTO:
EL TOMADOR

POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.