

**Tomador del Seguro y Asegurado:**

0001070000054844

|   |                                |  |   |                       |
|---|--------------------------------|--|---|-----------------------|
| Apellidos:<br><b>ZARRANZ SEBASTIAN</b>                                  | Nombre:<br><b>MARGARITA</b>    | N.I.F./D.N.I./N.I.E.<br><b>29119499G</b>               | Fecha Nacimiento:<br><b>30/01/1975</b>      | Sexo:<br><b>MUJER</b> |
| Domicilio, calle o plaza:<br><b>CL JOSE PARDO ASSO URB TEJERIA 4 11</b> | Código Postal:<br><b>22700</b> |  | Localidad y Provincia<br><b>JACA (JACA)</b> |                       |
| <b>TIPO DE TARJETA DE CRÉDITO: VISA BARCLAYCARD</b>                     |                                | <b>IDENTIFICADOR ÚNICO DE CUENTA: 4118873986973486</b> |   |                       |

La persona identificada anteriormente ha decidido contratar (en calidad de Tomador/Asegurado) con CNP BARCLAYS PARTNERS Y PENSIONES, Compañía de Seguros, S.A. un seguro de protección de pagos para las contingencias de Fallecimiento e Incapacidad Permanente Absoluta así como contratar (en calidad de Asegurado) al seguro de protección de pagos para situaciones de Incapacidad Temporal, Desempleo y Hospitalización CON CNP PARTNERS de Seguros y Reaseguros S.A., todo ello con arreglo a los pactos y a los términos recogidos en las Condiciones Generales, Particulares y, en su caso, Especiales de los contratos de seguro reseñados a continuación.

**Cuenta corriente de domiciliación del recibo de prima:** La misma asociada a la tarjeta de crédito

|  |  |
|--|--|
| <b>PÓLIZA DE CNP BARCLAYS VIDA Nº: 4.289</b>   | <b>PÓLIZA DE CNP PARTNERS Nº: 4.289</b>  |
| <b>CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA CNP BARCLAYS VIDA</b>   | <b>CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA CNP PARTNERS</b>  |
| <b>Fecha de Solicitud: 30/07/2015</b>  | <b>Duración del Seguro: Mensual Renovable</b>  |
| <b>GARANTÍAS CONTRATADAS CON CNP BARCLAYS VIDA :</b><br>Fallecimiento e Incapacidad Permanente Absoluta por enfermedad o accidente                       | <b>GARANTÍA</b><br>Capital Asegurado mensual: 12% del saldo pendiente de pago a la fecha de liquidación mensual de la tarjeta inmediatamente anterior a la fecha de producción del siniestro.  |
| <b>CAPITAL ASEGURADO CONTRATADO POR CNP BARCLAYS VIDA:</b><br>El saldo pendiente de pago de la tarjeta asociada en el momento de producirse el siniestro | <b>Incapacidad Temporal:</b> Trabajadores por cuenta propia, funcionarios públicos o por cuenta ajena con independencia de la relación laboral.<br><b>Desempleo</b> (Trabajadores por cuenta ajena con contrato indefinido de duración superior o igual a 6 meses con jornada laboral igual o superior a 13 horas semanales). Excepto Funcionarios Públicos. |
| <b>CAPITAL ASEGURADO MÁXIMO CONTRATADO CON CNP BARCLAYS VIDA:</b><br>Quince mil (15.000) euros   | <b>Hospitalización:</b> Trabajadores por cuenta propia, funcionarios públicos o por cuenta ajena con independencia de la relación laboral. Igualmente estarán cubiertos por la garantía de hospitalización los Tomadores/Asegurados que en el momento del siniestro no desempeñen una actividad profesional remunerada.                                      |
| <b>BENEFICIARIOS:</b> BARCLAYS BANK PLC Sucursal en España con carácter irrevocable  | <b>BENEFICIARIOS:</b> BARCLAYS BANK PLC Sucursal en España con carácter irrevocable  |
| <b>Modalidad de Prima:</b> Prima Mensual   | <b>Modalidad de Prima:</b> Prima Mensual   |
| <b>Nombre Mediador:</b> Barclays Mediador, Operador de Banca-Seguros Vinculado, S.A.U  | <b>Nombre Mediador:</b> Barclays Mediador, Operador de Banca-Seguros Vinculado, S.A.U  |

**El seguro tomará efecto en el momento en que el cliente haga uso del saldo dispuesto de la tarjeta y se cobre la primera prima.**

El presente contrato se rige por las **CONDICIONES GENERALES**, por las **CONDICIONES PARTICULARES** y por los anexos y Apéndices que emita la Entidad Aseguradora, que, en su conjunto, constituyen el Contrato de Seguro, careciendo de valor y efecto por separado. Las cláusulas de las **CONDICIONES GENERALES** son desarrolladas y, en su caso, modificadas por estas **CONDICIONES PARTICULARES**. En caso de discrepancia entre lo establecido en las **CONDICIONES GENERALES** y lo pactado en las **CONDICIONES PARTICULARES**, prevalecerán éstas sobre aquéllas, salvo que dicha discrepancia derive de pactos contra la ley, la moral o el orden público, en cuyo caso se entenderán nulos de pleno derecho.

Conforme al artículo 107 del ROSSP (Real Decreto 2486/1998 de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados), el Asegurado, reconoce haber recibido en fecha de hoy y con anterioridad a la presente declaración, las notas informativas redactadas de forma clara y precisa en relación tanto al seguro de Vida que cubre las contingencias de fallecimiento e Incapacidad Permanente Absoluta como al seguro que cubre las contingencias de Desempleo, Hospitalización e Incapacidad Temporal, con las siguientes rúbricas "Seguro protección de Pagos PPI. Información para el cliente" y "Nota Informativa Seguro Protección de Tarjetas" respectivamente, constando asimismo en estas condiciones particulares, los extremos exigidos por el artículo 104 y 105 del ROSSP. Igualmente declara que ha obtenido exclusivamente un asesoramiento del mediador de la póliza y que ha recibido con carácter previo a la contratación del seguro la documentación referida al mediador prevista en los artículos 42 y 43 de la Ley de Mediación.

El Tomador y/o Asegurado con arreglo a la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999 consiente que las referidas Aseguradoras, lleven a efecto el tratamiento de sus datos personales reseñados en este documento con arreglo a las declaraciones que a tales efectos suscribe el Tomador y/o Asegurado en páginas siguientes de este documento. Asimismo el Tomador y/o Asegurado acepta expresamente con su firma las "Condiciones Generales" de la póliza de CNP BARCLAYS VIDA Y PENSIONES, Compañía de Seguros S.A. (MOD. CGPPIICNPBP001012014) que figuran en 3 páginas anexas así como las "Condiciones Generales" de la póliza de CNP PARTNERS (MOD. CGPPIICNP001012014), que figuran en otras 3 páginas anexas.

Hecho por duplicado, en Madrid a 04 de AGOSTO de 2015

|                                      |                                 |  |
|--------------------------------------|---------------------------------|--|
|                                      |                                 |  |
| <b>CNP BARCLAYS VIDA Y PENSIONES</b> | <b>El Tomador y/o Asegurado</b> | <b>CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A</b> |

EJEMPLAR PARA LA ASEGURADORA

**CONDICIONES GENERALES  
SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS  
BARCLAYS VIDA TARJETAS**

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP BARCLAYS VIDA Y PENSIONES COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. domiciliada en Plaza de Colón, 2 - 28046 Madrid (España) NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: Vida

**CONDICIÓN ADICIONAL**

De conformidad con lo previsto en el artículo 3º de la Ley de Contrato de Seguro, el Tomador-Asegurado manifiesta aceptar expresamente las Cláusulas Limitativas de sus derechos que, debidamente remarcadas, se contemplan en las Condiciones Generales que anteceden y que a continuación se señalan:

- **CONDICIÓN 4º: LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**

Así como el resto de condiciones remarcadas en negrita a lo largo de todo el condicionado.

Lea por favor con detenimiento el contenido de las condiciones de este documento, antes de su conformidad y firma.

CNP BARCLAYS VIDA Y PENSIONES, Compañía de Seguros S.A. y el Tomador-Asegurado, convienen en establecer el presente Contrato de Seguro, que se rige por lo previsto en las presentes Condiciones Generales, las Especiales si las hubiere, y en las correspondientes Condiciones Particulares cuyo contenido conocen y aceptan.

(1) Ley 50/1980 de 8 de octubre, publicada en el B.O.E. de 17 de octubre de 1980.

(2) Ley 30/1995 de 8 de noviembre, publicada en el B.O.E. de 9 de noviembre de 1995.

(3) Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, publicada en el B.O.E. de 25 de noviembre de 1998.

Ningún empleado o asesor de la Entidad Aseguradora tiene autorizado el cobro de cantidad alguna en metálico o en cualquier otro medio de pago, por cualquier concepto derivado de la formalización del presente contrato. Todos los cobros por primas del seguro se realizarán a través de domiciliación aceptada por el Tomador-Asegurado contra sus cuentas bancarias, cuyo justificante será el único documento válido que acredite el pago de las primas.

|   |   |
|---|---|
|  |  |
| El Tomador/Asegurado  | CNP BARCLAYS VIDA Y PENSIONES, Compañía de Seguros S.A.                             |

# CONDICIONES PARTICULARES

## SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS PPI

### BARCLAYS PPI TARJETAS

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. domiciliada en c/ Ochandiano 10, Planta 2º-El Plantio - 28023 Madrid (España)

NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: No vida

#### **PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS**

En caso de siniestro, ellos Beneficiario/s, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la Entidad Aseguradora o del Mediador de seguros, deberá/n 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.consegueros.es](http://www.consegueros.es)), o en las oficinas de éste 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

#### **7.-TARIFA DE PRIMA**

La tarifa de primas aplicable al presente seguro será la especificada en la Base Técnica del seguro en cada momento y puesta a disposición del Tomador/Asegurado por la entidad mediadora.

La compañía aseguradora se reserva el derecho de incrementar la tarifa de prima en cualquier momento en el supuesto de que la evolución de la siniestralidad así lo aconsejara. La citada variación debe ser comunicada al Tomador/Asegurado con un preaviso de dos meses, plazo durante el cual el Tomador/Asegurado podrá rescindir la póliza.

La nueva tarifa de prima, sólo se aplicará para las renovaciones de los contratos en vigor o nuevas contrataciones.

#### **8.- PAGO DE LAS PRIMAS**

Con carácter general, las primas serán aplicadas a cada Tomador/Asegurado repercutiendo el 0,51032% (impuestos y recargos incluidos) del saldo pendiente existente en la fecha de la última liquidación mensual de la tarjeta asegurada.

El seguro se contrata a primas mensuales que se abonarán con cargo a la cuenta de la tarjeta de crédito asegurada.

En caso de impago de la primera prima, el seguro no entrará en efecto. En caso de que se produzca el impago de alguna de las primas del seguro distinta de la primera la cobertura de la Entidad Aseguradora quedará cancelada.

Durante el periodo de pago de un siniestro por cualquier contingencia, el Tomador/Asegurado quedará exento del pago de la prima mensual renovable. El pago de la prima se reanudará al término del pago del siniestro.

#### **9.- MODIFICACIONES Y ANULACION DEL SEGURO**

El Tomador/Asegurado, una vez abonada la primera prima podrá hacer modificaciones en relación con sus datos personales.

**Estas modificaciones tomarán efecto el día de solicitud, previa notificación y aceptación por la Entidad Aseguradora llevando consigo la emisión de unas nuevas condiciones particulares.**

El Tomador/Asegurado, una vez abonada la primera prima, podrá solicitar la anulación del seguro, no existiendo en este caso extorno de primas.

#### **10.-DURACIÓN DEL SEGURO Y FIN DE LAS COBERTURAS**

El seguro tendrá una duración mensual renovable automáticamente y tomará efecto en el momento en el que el cliente haga uso del saldo dispuesto de la tarjeta. El seguro podrá renovarse mientras esté vigente el contrato de la tarjeta sobre la que se basa el seguro.

El seguro dejará de tener efecto:

- La fecha en que la tarjeta vinculada a esta Póliza de seguro termine por cualquier causa.
- La fecha en la cual el Tomador/Asegurado alcance la edad de 65 años.
- La fecha de fallecimiento o de declaración del estado de Incapacidad Permanente Absoluta del Tomador/Asegurado en cualquiera de sus grados.
- La fecha de recepción por parte del Asegurador de carta certificada o llamada telefónica del asegurado manifestando su decisión de rescisión del seguro.
- Asimismo, la cobertura terminará en la fecha en la que el Asegurador haya pagado el número máximo de Prestaciones consecutivas o alternas por Incapacidad Temporal, Desempleo u Hospitalización que se han fijado en esta póliza.

#### **11. PAGO DE PRESTACIONES**

Para reclamar el pago de las prestaciones aseguradas, cuando los beneficiarios de las mismas tengan derecho a percibirlas, el Tomador/Asegurado o Beneficiarios, en su caso, deberán facilitar al Asegurador los documentos que se soliciten para cada caso concreto. El Asegurador podrá disponer que sus médicos, inspectores o empleados visiten al Tomador/Asegurado, debiendo permitir a su vez el Tomador/Asegurado o sus familiares dichas visitas, como cualquier averiguación o comprobación que el Asegurador considere necesario.

La comunicación del acaecimiento de un siniestro podrá realizarse a través del número de teléfono gratuito (900.214.294) o dirección de correo electrónico [cis@cnppartners.eu](mailto:cis@cnppartners.eu), así como a la siguiente dirección de correo ordinaria en el Apartado de Correos N° 141 - 28080 MADRID.

La documentación que la Compañía solicitará al Tomador/Asegurado en caso de siniestro es la siguiente:

#### **DESEMPLEO**

##### **En la apertura del siniestro**

- Copia legible del DNI/NIE.
- Vida Laboral actualizada y completa que justifique al menos 30 días en desempleo.
- Carta de notificación de despido de la empresa, en papel de la empresa y debidamente firmada y sellada.
- Certificado de Empresa o dos últimas nóminas, debidamente firmado y sellado.
- Desglose de la liquidación e indemnización efectuada por la empresa, en papel de la empresa y debidamente firmado y sellado.
- Justificante correspondiente al ingreso de la indemnización.
- En caso de SMAC/JUEZ, Acta de Conciliación, Demanda y Sentencia Judicial.
- En caso de E.R.E., autorización administrativa y comunicación de la empresa al trabajador.
- Carta del INEM aceptando el pago de la prestación con el periodo reconocido.
- Extracto de la tarjeta del mes inmediatamente anterior a la producción del siniestro.

**Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance.**

##### **En la continuación del siniestro**

- Justificante de pago del INEM y/o Vida laboral actualizada.
- Extracto de la tarjeta del mes que corresponda.

**La documentación deberá ser original o compulsada por fedatario público.**

#### **INCAPACIDAD TEMPORAL**

##### **En la apertura del Siniestro:**

- Copia legible del DNI/NIE.
- Partes de baja que acredite, durante al menos 30 días consecutivos, la incapacidad temporal del asegurado expedido por la Seguridad Social u Organismo Competente.
- Vida Laboral Actualizada y completa o en caso de autónomo, documento acreditativo de estar inscrito en el régimen de Autónomos de la Seguridad Social y último pago.
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha y origen de la enfermedad, así como la evolución y estado del asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con la causa de incapacidad, las fechas de diagnóstico de los mismos y tratamientos seguidos.
- Además de lo anterior, en caso de Hospitalización, 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 accidente laboral.
- Extracto de la tarjeta del mes inmediatamente anterior a la producción del siniestro

**Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance.**

##### **En la continuación del siniestro**

- Partes de confirmación de la baja periódicos.
- Extracto de la tarjeta del mes que corresponda.

**La documentación deberá ser original o compulsada por fedatario público.**

#### **HOSPITALIZACIÓN**

##### **1. Copia legible del DNI/NIE.**

- Informe del parte de hospitalización con especificación de la hora de entrada y salida del centro hospitalario.
- Historial Clínico o Certificado médico donde se detalle la fecha y origen de la enfermedad, así como la evolución y estado del asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con la causa de incapacidad, las fechas de diagnóstico de los mismos y tratamientos seguidos.
- Extracto de la tarjeta del mes inmediatamente anterior a la producción del siniestro.

**Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance.**

##### **En la continuación del siniestro:**

- Partes de Hospitalización periódicos.
- Extracto de la tarjeta del mes que corresponda.

**La documentación deberá ser original o compulsada por fedatario público**

Si fuera procedente el rechazo de un siniestro con posterioridad a haberse efectuado pagos con cargo al mismo, el Asegurador podrá reclamar a su elección contra el Tomador/Asegurado o el Beneficiario por las sumas indebidamente satisfechas más los intereses legales que correspondan.

El pago de la Prestación solo se llevará a cabo una vez que el Asegurador haya recibido la documentación y las pruebas requeridas, por parte del Tomador/Asegurado o el Beneficiario.

Una vez que la Entidad Aseguradora, haya recibido las pertinentes pruebas de que el Tomador/Asegurado se halla en alguna de las situaciones de Incapacidad Temporal, Hospitalización o Desempleo fijadas en la definición establecida en Las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, pagará la suma asegurada en los términos establecidos en las presente Condiciones Particulares y con los límites establecidos en la presente Póliza y sin perjuicio de que el Tomador/Asegurado pueda iniciar el procedimiento de reclamación desde el momento en que se encuentre en situación de Incapacidad Temporal, Hospitalización o Desempleo, hasta la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que el Tomador/Asegurado cese en su situación de Incapacidad Temporal, Hospitalización o Desempleo, o deje de aportar las pruebas solicitadas por a Entidad Aseguradora, de que se encuentra en dicha situación.
- La fecha en que a Entidad Aseguradora, haya pagado el número de Prestaciones por Incapacidad Temporal, Hospitalización o Desempleo que se han fijado en esta póliza.

Las Prestaciones previstas en el Contrato de Seguro se pagarán por la Entidad Aseguradora, al Beneficiario, que las destinará al pago de las cantidades debidas por el Tomador/Asegurado en virtud del Contrato de Préstamo.

#### **12. REGIMEN DE RECLAMACIONES**

El régimen de reclamaciones será el previsto en los artículos 61, 62 y 63 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados y disposiciones concordantes.

El Tomador del seguro, el Asegurado y el Beneficiario o los Beneficiarios, así como sus derechohabientes, están facultados para formular reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones 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 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, será imprescindible acreditar haber formulado las quejas o reclamaciones, previamente por escrito ante la Aseguradora, o que haya transcurrido el plazo de dos meses legalmente establecido sin que haya sido resuelta por la entidad.

El servicio de atención al cliente de CNP PARTNERS, domiciliado en Madrid, c) Ochandiano nº 10, Planta 2º El Plantio, tramitará y resolverá cuantas 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 Aseguradora, D.A. DEFENSOR, S.L., domiciliado en c/ Marqués de la Ensenada, 2, 6º 28004 Madrid. La Entidad Aseguradora se compromete a prestar la colaboración necesaria en la instrucción del procedimiento de resolución de las reclamaciones y a aceptar las resoluciones que el Defensor del Asegurado emita.

La presentación de reclamación ante el Defensor del cliente de CNP PARTNERS 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 Departamento de Atención al Cliente y el Defensor del 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 de la Entidad Aseguradora, y que les será facilitado en cualquier momento.

**CONDICIONES PARTICULARES  
SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS PPI  
BARCLAYS PPI TARJETAS**

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. domiciliada en c/ Ochandiano 10, Planta 2º-El Plantio - 28023 Madrid (España)

NATURALEZA DEL RIESGO CUBIERTO: No vida

**13.- TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES**

De conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Entidad Aseguradora informa de la existencia de datos de carácter personal en soporte físico que pueden ser susceptibles de tratamiento o de un fichero de su titularidad en el que se incluirán los datos que han sido recabados para el desarrollo y cumplimiento del presente contrato, y respecto del cual el Tomador/Asegurado podrán ejercitar los derechos reconocidos en la Ley y, en particular, los de acceso, rectificación y cancelación de datos, así como el de revocación del consentimiento por la cesión de sus datos y de oposición, en los términos previstos en la mencionada Ley y en su normativa de desarrollo, a través de escrito que podrá dirigir a la sede social de la Entidad Aseguradora, en Madrid, c/ Ochandiano 10, Planta 2º-El Plantio. El ejercicio de los citados derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación del consentimiento y oposición no supondrá contraprestación de ningún tipo para el Tomador/Asegurado.

Los datos personales necesarios para el cumplimiento del contrato de seguro tendrán carácter obligatorio. En caso de negativa a facilitar dichos datos, no será posible la celebración del presente contrato de seguro.

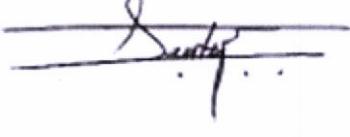
MEDIANTE LA ACEPTACIÓN EXPRESA DE ESTA CLÁUSULA, EL TOMADOR/ASEGURADO CONSENTEN EN LA CESIÓN DE LOS DATOS INCLUIDOS EN EL MENCIONADO FICHERO a otras Entidades para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones para los que fueron solicitados, así como con fines estadísticos y actuariales y, en su caso, de prevención del fraude, y puedan ser

cedidos a otras Entidades Aseguradoras por razones de coaseguro, de reaseguro o de cesión de cartera; también podrán ser cedidos a Entidades Financieras los datos personales estrictamente necesarios a efectos de domiciliación bancaria de las primas y de pago de prestaciones.

ASIMISMO, MEDIANTE LA ACEPTACIÓN EXPRESA DE ESTA CLÁUSULA, EL TOMADOR/ASEGURADO CONSENTE EN EL TRATAMIENTO POR LA ENTIDAD ASEGURADORA DE LOS DATOS CONTENIDOS EN LA DECLARACIÓN DE SALUD, que en su caso cumplimente el Tomador/Asegurado para la contratación del Seguro, así como de los que eventualmente puedan recabarse de los reconocimientos médicos practicados al mismo, para el cumplimiento y desarrollo del presente seguro, no siendo objeto de cesión a terceros salvo a Entidades Aseguradoras o Reaseguradoras por razones de coaseguro, reaseguro o cesión de cartera.

Del mismo modo, el Tomador/Asegurado autoriza a la Entidad Aseguradora para la tramitación de cualquier tipo de comunicación que ésta crea conveniente facilitarle relativa a los contratos suscritos con esta Entidad, necesarios para el cumplimiento de los mismos, o en aquellos casos en que la Entidad Aseguradora tenga un interés legítimo.

El operador de banca-seguros vinculado y sus auxiliares tendrán la consideración de Encargado del Tratamiento de la entidad aseguradora, debiendo tratar los datos exclusivamente con los fines directamente relacionados con la presente contratación, y conforme a lo establecido por la entidad aseguradora.

|   |  |
|---|--|
|  |  |
| El Tomador y/o Asegurado  | CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.   |