

INFORMACIÓN AL TOMADOR PREVIA A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO DE accidentes convenios

Nº póliza: 04 ACV 7157546

Expedido el: 30 de abril de 2019

Nombre y apellidos tomador: JOSEP CURTIELLAS GARCIA

NIF tomador: 44995880Z

En cumplimiento de lo dispuesto en la normativa vigente, se informa:

1. El control de la actividad aseguradora de la entidad Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado español.
2. La legislación aplicable al contrato es la española, en concreto, la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; el 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 su reglamento de desarrollo.
3. **LIBERTY SEGUROS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.**, dispone de un **Departamento de Atención al Cliente** y de un **Defensor del Cliente**, para atender y resolver quejas y reclamaciones derivadas de la actuación de la propia entidad o de su agente de seguros u operador de banca seguros.
 - **Departamento de Atención al Cliente**, Paseo de las Doce Estrellas, 4, 28042 Madrid, por fax al 91 301 79 98 o e-mail: atencionalcliente@libertyseguros.es.
 - **Defensor del Cliente**, C/ Marqués de la Ensenada 2, 6ª planta, 28004 Madrid, por fax al 91 308 49 91 o e-mail: reclamaciones@da-defensor.org.

Las quejas y reclamaciones serán atendidas y resueltas en el plazo de dos meses desde su presentación. Transcurrido dicho plazo sin haber obtenido una respuesta o en caso de disconformidad, el reclamante podrá dirigirse al **Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones**, en Pº de la Castellana 44, 28046 Madrid. Para la solución de conflictos en vía judicial será competente el Juez del domicilio del asegurado.

Se encuentra a disposición de los clientes en las oficinas de Liberty, el **Reglamento para la Defensa del Cliente**, donde se detalla el procedimiento para la atención de quejas y reclamaciones. También se podrá tener acceso a dicho Reglamento en la página web: www.libertyseguros.es o a través de su agente de seguros u operador de banca-seguros.

4. **LIBERTY SEGUROS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.**, tiene su domicilio social en Paseo de las Doce Estrellas, 4, 28042 Madrid, España y está inscrita con el número C-0467 en el Registro administrativo de entidades aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
5. La entidad ha adoptado la forma jurídica de sociedad anónima.
6. **INFORMACIÓN DEL MEDIADOR: LA CORREDURIA DEL VALLES, SL**, con CIF B60067709 y domicilio en CT TERRASSA 227-1, 08205 SABADELL, es corredor de seguros inscrito en el Registro Administrativo Especial de Mediadores de seguros con el número J0984, y que puede comprobarse a través de la dirección electrónica: www.dgsfp.mineco.es.

El asesoramiento que presta el Mediador se realiza con arreglo a la obligación establecida en el art. 42.4 de la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación en seguros y reaseguros privados, basado en el análisis objetivo de un número suficiente de contratos de seguros ofrecidos en el mercado en los riesgos objeto de cobertura.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Los datos de carácter personal facilitados son necesarios para valorar y delimitar el riesgo, así como para iniciar y mantener la relación contractual, no siendo posible sin los mismos la formalización y mantenimiento de la citada relación contractual, los cuales serán incluidos en los ficheros cuyo responsable es Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., CIF A 48037642, Paseo de las Doce Estrellas, 4, 28042 Madrid, ante el cual el interesado puede ejercitar, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de la forma prevista en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y su normativa de desarrollo. En caso de incluirse en este documento, datos de personas físicas distintas del tomador, éste declara haber informado previamente a tales personas de los anteriores extremos.

El tomador consiente expresamente que dichos datos sean tratados por la aseguradora y cedidos a otras Entidades aseguradoras u Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador, con fines estadístico-actuariales, de prevención de fraude, y por razones de coaseguro, así como para facilitar la tramitación de siniestros. Asimismo, el tomador autoriza a cualquier médico, personal auxiliar y centros sanitarios, a facilitar al asegurador, la información que éste pudiera precisar, para el cumplimiento por el asegurador del contrato de seguro.

El tomador autoriza expresamente al asegurador, para que pueda tratar, y conservar incluso una vez cancelado el contrato de seguro, o aunque no llegara a emitirse dicho contrato, su datos personales, a fin de remitirle comunicaciones comerciales por cualquier medio, incluido el envío por correo postal, a través de una llamada de teléfono (ya sea con o sin intervención humana), por fax, correo electrónico o cualquier medio de comunicación electrónica equivalente sobre productos y servicios propios del asegurador, o de cualquier otra entidad, relacionados con el sector asegurador y financiero.

Si no desea recibir la información a que se refiere el párrafo anterior, marque la siguiente casilla . La negativa a autorizar este último tratamiento no impedirá la contratación del presente contrato de seguro.

El tomador y/o asegurado autorizan al asegurador para que pueda grabar las conversaciones telefónicas que pudieran mantener. Dichas grabaciones se podrán utilizar como medio de prueba en cualquier procedimiento judicial o extrajudicial. A su vez, el tomador y/o asegurado tiene derecho a exigir al asegurador copia escrita de las grabaciones a los mismos efectos probatorios.

El tomador o asegurador recibe con estas condiciones particulares un ejemplar de las condiciones generales de la póliza, modelo ****LE10ACN 05/17**** prueba de conformidad, y reconoce que con anterioridad a la firma del contrato ha recibido la información legalmente exigible.

El tomador reconoce con su firma, que el contrato de seguro se ajusta a las exigencias y necesidades expresadas en la solicitud/proposición de seguro. No obstante, si el contenido de la póliza difiere de la solicitud/proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la entidad aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.



CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE accidentes convenios

Nº póliza: 04 ACV 7157546 Expedido en: Barcelona, 30 de Abril de 2019
Efecto: A las 00 horas del 01-05-2019 Vencimiento: A las 00 horas del 01-05-2020 Duración: Anual, Prorrogable
Nombre mediador: LA CORREDURIA DEL VALLES, SL Código: 08 5184545
Tipo mediador: CORREDOR
Teléfono: 937451374 Fax: 937451371
Correo electrónico: corredoria@corredoriadelvalles.es
Referencia condicionado general: LE10ACN 05/17

Datos del tomador del seguro

Nombre y apellidos: JOSEP CURTIELLAS GARCIA
NIF: 44995880Z Dirección: C COSTES DE FARIGOLA 21
CP Población: 08181 SENTMENAT Teléfono: 619984797
Correo electrónico: ROSAGASSO@ICASBD.ORG

Datos del riesgo

Código Convenio: 9905585 CONSTRUCCION-INTERPROVINCIAL Fecha Publicación BOE: 15/03/2012
Número total de trabajadores asegurados: 2 Número de trabajadores autónomos: 0
Número de trabajadores TC1: 2
Tipo de cobertura: Jornada laboral sin parciales

Garantías

	Capitales
MUERTE NATURAL Y/O ACCIDENTE NO LABORAL	1.800,00 €
MUERTE POR ACCIDENTE	47.000,00 €
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	28.000,00 €
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA	47.000,00 €

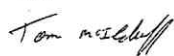
Forma de pago: ANUAL Importe primer recibo: 95,87 €
Desglose del recibo nº: 107854719 del 01-05-2019 al 01-05-2020
Prima neta: 95,44 € Consorcio: 0,28 € Impuestos: 0,15 € Prima TOTAL (impuestos incluidos): 95,87 €
Número de cuenta - IBAN: ES93 0081 0004 35 0006327838 BANCO SABADELL

La presente póliza ha sido confeccionada en base a las declaraciones del tomador, cualquier cambio sobre los datos reflejados deberá ser comunicado al asegurador, en caso contrario será de aplicación el artículo 12 de la Ley del Contrato de Seguro.

Expedido en Barcelona, a 30 de abril de 2019
EL TOMADOR

JOSEP CURTIELLAS GARCIA
D.N.I. Nº 44.995.880-Z

EL ASEGURADOR
P.P.


Tom McIluff
CEO Liberty Seguros

ORIGINAL PARA EL TOMADOR

Página 1 de 3

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE accidentes convenios

Nº póliza: 04 ACV 7157546

Expedido en: Barcelona, 30 de Abril de 2019

Efecto: A las 00 horas del 01-05-2019

Vencimiento: A las 00 horas del 01-05-2020

Duración: Anual, Prorrogable

CLÁUSULAS

CONVENIO: LESIONES O ENFERMEDADES ANTERIORES

Las garantías otorgadas por la póliza no ampararán, en ningún caso, las consecuencias derivadas de enfermedades preexistentes o de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto de la misma, no extendiéndose por tanto a los empleados del Tomador que se encuentren en situación de Incapacidad Laboral o pendientes de calificación para la Invalidez.

OBLIGACIONES EN CASO SOLICITUD PRESTACION

Además de la documentación establecida en las condiciones generales de la póliza, el tomador del seguro facilitará al asegurador copia del modelo TC2 o de cualquier otro sistema de declaración oficial de la Seguridad Social correspondiente al mes de la fecha del accidente, donde figure el trabajador accidentado.

COBERTURA JORNADA LABORAL SIN PARCIALES

La cobertura de la póliza queda limitada a los accidentes, que sufran los trabajadores del Tomador del seguro, mientras estén realizando trabajos por cuenta del mismo, hasta los capitales establecidos en el Convenio y detallados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Tendrá la consideración de Accidente Laboral y por tanto indemnizable, el sufrido durante la ida o vuelta del trabajo, o con motivo de un desplazamiento originado por razones laborales.

En el caso de una Invalidez Parcial, aunque Permanente, no será objeto de indemnización, quedando por tanto sin valor el baremo de indemnización por secuelas, establecido en las Condiciones Generales de la póliza (Invalidez Permanente por accidente).

COBERTURA MUERTE NATURAL O ACCIDENTE NO LABORAL

Por Muerte derivada de enfermedad común o accidente no laboral, el importe de una mensualidad de todos los conceptos de las tablas del Convenio aplicables vigentes en cada momento.

COBERTURA MUERTE POR ACCIDENTE DE TRABAJO

Por muerte derivada de accidente de trabajo (incluido 'in itinere') o enfermedad profesional.

COBERTURA INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL ACCIDENTE TRABAJO

Por Incapacidad Permanente Total, así declarada por la entidad gestora del INSS, derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

COBERTURA INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA O GRAN INVALIDEZ POR ACCIDENTE LABORAL

Por incapacidad permanente absoluta o gran invalidez, derivadas de accidente de trabajo (incluido 'in itinere') o enfermedad profesional.

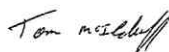
REGULARIZACION DE LA PRIMA

El tomador del seguro se compromete a declarar anualmente al asegurador el número de empleados que ha tenido de alta en la Seguridad Social en cada mes de la anualidad anterior. Esta declaración deberá hacerse en el plazo de dos meses desde la finalización de la anualidad de seguro. Con base a dicha declaración se efectuará anualmente la regularización de la prima.

Expedido en Barcelona, a 30 de abril de 2019
EL TOMADOR

JOSE CURTIELLAS GARCIA
D.N.I. Nº 44.995.880-Z

EL ASEGURADOR
P.P.



Tom McIlduff
CEO Liberty Seguros

ORIGINAL PARA EL TOMADOR

Página 2 de 3



CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE accidentes convenios

Nº póliza: 04 ACV 7157546

Expedido en: Barcelona, 30 de Abril de 2019

Efecto: A las 00 horas del 01-05-2019

Vencimiento: A las 00 horas del 01-05-2020

Duración: Anual, Prorrogable

CLÁUSULAS

PRIMA MINIMA

Se establece, que la prima neta anual de esta póliza, no podrá en ningún caso ser inferior a la cantidad de euros: 80% de la prima neta anual con un mínimo de 30,00€.

MODIFICACIONES NORMATIVAS

Debido a las modificaciones normativas introducidas por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR), le informamos que tanto el tomador como el asegurador pueden oponerse a la prórroga del contrato de seguro mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, UN MES de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso CUANDO QUIEN SE OPONGA A LA PRORROGA SEA EL TOMADOR, y de dos meses cuando sea el asegurador.

Por otra parte, si se produjeran cambios o alteraciones de los factores y circunstancias DECLARADAS POR EL TOMADOR EN EL CUESTIONARIO al que el asegurador le sometió antes de la contratación, que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habrían concluido en condiciones mas gravosas, deberán ser comunicados al asegurador tan pronto como sea posible.

La anterior regulación sustituye a la recogida en las condiciones generales de la póliza sobre estos mismos asuntos.

PROTECCION AL CONSUMIDOR

En caso de ser residente en la Comunidad Autónoma de Galicia o de Cataluña, y de conformidad con el Código de Consumo de Cataluña y la Ley Gallega de Protección General de las Personas Consumidoras y Usuarias, le informamos que tiene a su disposición el número de teléfono 900 112 213, en el que atenderemos cualquier incidencia, queja o reclamación que pudiera surgir respecto al servicio prestado.

Igualmente, en caso de residir en la Comunidad Autónoma de Cataluña, esta tamos a su disposición en la calle Llacuna 56-70 de Barcelona

Expedido en Barcelona, a 30 de abril de 2019
EL TOMADOR

JOSE CURTIELLAS GARCIA
D.N.I. Nº 44.995.880-Z

EL ASEGURADOR
P.P.

Tom McIlduff
CEO Liberty Seguros

ORIGINAL PARA EL TOMADOR

Página 3 de 3

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

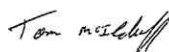
La presente información, acorde al Reglamento general de protección de datos, sustituye y deja sin efecto cualquier otra información sobre protección de datos facilitada, en su caso, en el presente documento.

Responsable	LIBERTY SEGUROS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Finalidad	(a) Gestión de la relación pre-contractual y/o del contrato de seguro, incluida la elaboración de perfiles necesarios para ello.
Legitimación	(a) Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro.
Datos	(a) Facilitados con carácter previo al contrato de seguro, en la póliza y/o generados durante la relación contractual (incluyendo datos de salud). Los datos de salud no serán tratados para el envío de comunicaciones comerciales. (b) Referidos al tomador y otras personas físicas relacionadas con el contrato (Ej. asegurados o beneficiarios).
Destinatarios	(a) Otras entidades aseguradoras y reaseguradoras. (b) Organismos públicos o privados. (c) Entidades gestoras de ficheros comunes con fines estadísticos actuariales, liquidación de siniestros, prevención del fraude y solvencia en caso de impago. (d) Prestadores de servicios.
Transferencias internacionales	(a) Países con nivel de protección adecuado. (b) Estados Unidos (protección no equivalente a UE pero adopción de garantías: cláusulas tipo, normas corporativas vinculantes, "Privacy Shield" y/o cualesquiera otros mecanismos admitidos).
Derechos	Entre otros, derecho de acceso, rectificación, supresión, oposición.
Información adicional	Disponible en la siguiente URL: http://www.libertyseguros.es/privacidad Recomendamos su lectura.

EL TOMADOR

JOSE CURTIELLAS GARCIA
D.N.I. Nº 44.995.880-Z

EL ASEGURADOR
P.P.



Tom McIlduff
CEO Liberty Seguros

ORIGINAL PARA EL TOMADOR

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA*
SEPA* DIRECT DEBIT MANDATE

Datos de la compañía / Company Details

Referencia de la orden de domiciliación / Direct debit reference 04ACV7157546
Identificación de la compañía / Company identification number A48037642
Nombre de la compañía / Company name LIBERTY SEGUROS S.A.
Dirección / Address Paseo de las Doce Estrellas, 4
Código postal / Postcode 28042 Población / City/town Madrid
Provincia / Province MADRID País / Country ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el titular de la cuenta bancaria autoriza (A) a la compañía a enviar instrucciones a la entidad del titular de la cuenta bancaria para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de la compañía. Como parte de sus derechos, el titular de la cuenta bancaria 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 de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.
By signing this mandate form, you authorise (A) the company to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the company. 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 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Datos del titular de la cuenta bancaria / Bank account holder details

Nombre / Name JOSEP CURTIELLAS GARCIA
Dirección / Address C COSTES DE FARIGOLA 21
Código postal / Postcode 08181 Población / City/town SENTMENAT
Provincia / Province BARCELONA País / Country ESPAÑA
Swift BIC / Swift BIC number
BSABESBBXXX
Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN
ES9300810004350006327838
Tipo de pago / Payment type RECURRENTE

En caso que los datos que aparecen no sean correctos, rectifíquelos aquí / If the above details are incorrect, amend them here

Fecha / Date 30 de abril de 2019 Población / City/town SENTMENAT

Firma del titular de la cuenta / Signature of account holder:



JOSEP CURTIELLAS GARCIA
D.N.I. N° 44.995.880-Z

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA A LA COMPAÑÍA PARA SU CUSTODIA CON EL SOBRE DE FRANQUEO EN DESTINO QUE LE ENVIAMOS.
ONCE THIS DIRECT DEBIT ORDER IS SIGNED IT SHOULD BE SENT TO THE COMPANY USING THE ENCLOSED STAMPED ADDRESSED ENVELOPE.

(*) SINGLE EUROPEAN PAYMENT AREA (SEPA) es una zona única de pagos en euros. La normativa SEPA establece un sistema común de medios de pago europeo.
SINGLE EUROPEAN PAYMENT AREA. SEPA regulations establish a common system of payment methods in Europe.

ORIGINAL PARA EL TOMADOR

Data 07-05-2020	Clau oficina 901	Oficina SENTMENAT	Timestamp 2020-05-07-00.43.54.534524	Referència única 04ACV7157546
Nom del creditor LIBERTY SEGUROS S.A.				Referència del càrrec 0112775707 - 04/05/2020
Identificació del creditor ES94300A48037642		Nom de l'últim creditor		
Nom del deutor JOSEP CURTIELLAS GARCIA			Nom de l'últim deutor	Banc creditor 0081-5136
Validez:01/05/20 a 01/05/21. C COSTES DE FARIGOLA 21 08181 SENTMENAT.				
Import en EUR 95,87	Comissió en EUR 0,00	Valoració 07-05-2020	00 0000	
IBAN ES04 0081 0095 3000 0107 4913				

JOSE CURTIELLAS GARCIA

C COSTES DE FARIGOLA , 21

08181 SENTMENAT (BARCELONA)

Per a qualsevol aclariment es pot adreçar amb aquesta nota de càrrec a l'entitat indicada, que és la que ens ha facilitat aquesta informació.