

BOLETÍN DE SOLICITUD DE ADHESIÓN N° XXXXXXX AL SEGURO OPCIONAL DE GARANTÍA DE CRÉDITO

SOLICITANTE: xxxxxxxxxxxxxxxx
DOMICILIO: VIA, NOMBRE VIA, NUMERO
POBLACIÓN: CP + POBLACIÓN
FECHA NACIMIENTO: DD-MM-AAAA
SEXO: Varón / Mujer
INICIO COBERTURA: DD-MM-AAAA
FIN COBERTURA: Transcurridos xx MESES meses desde fecha INICIO COBERTURA.
GARANTIAS SOLICITADAS: Fallecimiento Invalidez Permanente Absoluta Incapacidad Temporal o Desempleo (y Hospitalización)
PRIMA SEGURO: xxx,xx Euros (Impuestos incluidos)
IMPORTE INICIAL ASEGURADO: xx.xxx,xx Euros
MODALIDAD DE PAGO: ÚNICA

El Solicitante arriba indicado manifiesta su interés en adherirse a la Póliza LH0403 de fecha 30 de Septiembre de 2005, suscrita por **LIGHTHOUSE GENERAL INSURANCE COMPANY LIMITED**, SUCURSAL EN ESPAÑA y **LIGHTHOUSE LIFE ASSURANCE COMPANY LIMITED**, SUCURSAL EN ESPAÑA, como Aseguradores respectivamente y General Electric Capital Bank, S.A. como Tomador. La validez de dicha solicitud y la toma de efecto del seguro queda condicionada a que el Asegurador emita su voluntad expidiendo y remitiendo el correspondiente certificado de aseguramiento.

PROTECCIÓN DE DATOS

Conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos solicitados son de carácter obligatorio y serán incorporados a un fichero cuyo responsable es **LIGHTHOUSE GENERAL INSURANCE COMPANY LIMITED**, SUCURSAL EN ESPAÑA y **LIGHTHOUSE LIFE ASSURANCE COMPANY LIMITED**, SUCURSAL EN ESPAÑA para la evaluación de los riesgos, la determinación de su aseguramiento y la tramitación del siniestro, en su caso. La negativa a facilitar la información requerida facultará a las Aseguradoras a no celebrar el contrato. El Asegurado otorga su consentimiento expreso para la recogida y el tratamiento automatizado por las Aseguradoras de sus datos personales para el desarrollo, mantenimiento, cumplimiento y control del presente contrato, la evaluación del riesgo, la tramitación del siniestro y/o el pago de la prima, en su caso. El Solicitante autoriza expresamente al Asegurador en el presente Boletín de Solicitud de Adhesión a fin de que dichos datos puedan ser cedidos, o en su caso, interconectados tanto a Lighthouse General Insurance Company Limited y Lighthouse Life Assurance Company Limited ambas con domicilio en Europort 913, Gibraltar y Financial Insurance Group (Guernsey) PCC Limited, con domicilio en Maison Trinity, Trinity Square, St Peter Port, Guernsey GY2 4AT, Reino Unido, como a otros terceros, en este último caso, con la exclusiva finalidad de Reaseguro o Coaseguro. General Electric Capital Bank S.A., en su calidad de tomador de la póliza, tendrá acceso a tales datos personales que podrán ser utilizados para ofrecer al Solicitante servicios y productos que puedan ser de su interés como entidad financiera concedente de un préstamo al asegurado. El asegurado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la citada Ley 15/1999 dirigiendo un escrito, adjuntando fotocopia de su DNI, a la dirección de **LIGHTHOUSE (C/ Lluís 95 1ª planta, 08005 Barcelona)**.

PROTECCIÓN DEL ASEGURADO. DEBER GENERAL DE INFORMACIÓN

En cumplimiento de lo establecido en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, y artículos 104, 105, 106 y 107 de su Reglamento de desarrollo, aprobado por el Real Decreto 2486/1998 de 20 de noviembre, en esta misma fecha, y antes de la suscripción de este Boletín de Solicitud de Adhesión, el Solicitante reconoce que se le ha suministrado por escrito información sobre el contrato de seguro, sobre la entidad aseguradora, su forma jurídica y domicilio social, así como la autoridad de control, legislación aplicable al contrato e instancias de reclamación de los asegurados.

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

1º El Solicitante designa como Beneficiario del seguro a General Electric Capital Bank, S.A. entidad con la que tiene concertado el crédito que está interesado en asegurar, por las Garantías arriba indicadas, mediante esta solicitud.

2º El Solicitante declara que actualmente goza de buen estado de salud, que no sigue tratamiento médico habitual y que no ha sufrido ningún accidente ni enfermedad grave en los últimos doce meses. Asimismo declara ser mayor de 18 años, que en la fecha indicada en FIN COBERTURA será menor de 65 años, que no está de baja laboral y que está trabajando en territorio español de forma remunerada durante un mínimo de trece horas semanales, encontrándose en situación de alta en la Seguridad Social, Mutualidad, Montepío o institución análoga que la legislación determine y no sabe (o debiera saber) que va a ser cesado en su puesto de trabajo .

3º El Solicitante declara haber recibido información, con carácter previo a la formalización de esta solicitud sobre la identidad, actuación y vinculaciones del mediador del seguro, la forma por la que puede recabar su asesoramiento, así como las características del mismo, los procedimientos de queja y reclamación por su actuación y el tratamiento que dará el mediador a sus datos personales. Asimismo, reconoce que ha recibido el asesoramiento necesario y adecuado a sus exigencias y necesidades.

4º El solicitante declara haber contestado con toda sinceridad a las preguntas anteriores y reconoce que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por los Aseguradores, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad.

5º El Solicitante declara haber sido informado del carácter opcional de la adhesión al seguro que mediante la firma del presente documento solicita así como de las condiciones, exclusiones de la Póliza y cláusulas limitativas de sus derechos, que acepta expresamente mediante la firma del presente boletín.

Firmado en _____, el _____ de _____ de _____.
EL SOLICITANTE

INFORMACIÓN AL CLIENTE SOLICITANTE DE ADHESIÓN AL SEGURO OPCIONAL

GARANTIAS: Fallecimiento, Invalidez Permanente Absoluta, Incapacidad Temporal o Desempleo y Hospitalización

EXTRACTO DE CONDICIONES DE LA POLIZA n° LH 0403

1.- COBERTURAS:

GARANTIA I

A) - RIESGO PRINCIPAL - Fallecimiento.

B) - RIESGO COMPLEMENTARIO - Invalidez Permanente Absoluta: situación física sobrevenida que inhabilite por completo para la realización de todo trabajo, profesión u oficio. Ha de ser diagnosticada por un médico valorador de la Seguridad Social o asimilado y no pueda esperarse razonablemente la recuperación del Asegurado.

GARANTIA II

A) - DESEMPLEO. Supuestos:

a) Extinción por alguna de estas causas: -Despido colectivo o expediente de regulación de empleo. -Muerte o Incapacidad del empleador individual que determine la extinción del contrato de trabajo. -Despido improcedente. -Despido o extinción basados en causas objetivas. -Cese voluntario de los Art. 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores.

b) Suspensión por expediente de regulación de empleo.

c) Reducción al 50% mínimo de la jornada laboral por expediente de regulación de empleo.

B) - INCAPACIDAD TEMPORAL. Por accidente o enfermedad imposibilitando el ejercicio de su profesión o actividad laboral. Debe ser diagnosticada por el médico de la Seguridad Social o asimilado, y existir evidencias clínicas.

GARANTIA III

A) - HOSPITALIZACIÓN. Por accidente o enfermedad con ingreso en centro hospitalario por un período superior a 7 días consecutivos.

2.- PERSONAS ASEGURABLES:

Que hayan cumplido 18 años y no cumplan los 65 años durante la vida del préstamo, que estén trabajando en territorio español de forma remunerada un mínimo de trece horas semanales, en situación de alta en la Seguridad Social, Mutualidad, Montepío o institución análoga. Están cubiertos por la Garantía II A (Desempleo) las personas que cumpliendo los requisitos descritos en esta Póliza mantengan una Relación Laboral con un empleador mediante contrato laboral indefinido y en el momento del desempleo tengan una antigüedad mínima de seis meses. Excepto los funcionarios de cualquier Administración Pública y los empleados con contrato laboral de duración u obra determinada.

Están cubiertos por la Garantía II B (Incapacidad Temporal) los que cumpliendo los requisitos descritos no puedan estar cubiertos por la Garantía II A.

En la Garantía II, las coberturas A/ y B/ son excluyentes.

Están cubiertos por la Garantía III las personas cubiertas por las Garantías II.

El pago de la prestación por una de las garantías cubiertas excluye el pago por cualquier otra garantía.

3.- EXCLUSIONES:

3.1 Para todas las coberturas.

Preexistencias: No quedan cubiertos los siniestros a consecuencia de cualquier situación de enfermedad, dolencia, lesión o estado, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, producidos con anterioridad a la adhesión.

3.2 Para Fallecimiento.

El suicidio sólo queda cubierto a partir de un año desde la Fecha de Efecto de la Cobertura.

3.3 Comunes para Invalidez Permanente Absoluta, Incapacidad Temporal y Hospitalización.

a)- Embarazo, parto o aborto, y los derivados de sus complicaciones.

b)- Intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados exclusivamente por razones estéticas, siempre que no sean consecuencia de accidentes, y las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Asegurado.

c)- Producidas bajo la influencia de alcohol en la sangre, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente; en estado de perturbación mental, sonambulismo o desahío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; los derivados de actuación delictiva del Asegurado declarada judicialmente.

d) - Dolores de espalda, cefaleas y lumbalgias salvo evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios.

e)- Enfermedades psiquiátricas, mentales o nerviosas, incluyendo estrés y afecciones similares aunque hayan sido diagnosticados y tratados por un especialista.

f)- Causadas por terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, radiación nuclear o contaminación radiactiva, guerras, declaradas o no y fenómenos de carácter terrorista y cualquier otro fenómeno sísmico.

g)- Derivadas de la participación en carreras de vehículos a motor y de la práctica de cualquier deporte profesional o por la conducción de vehículos a motor sin permiso de conducir o por el uso de motocicletas de cilindrada superior a 750cc, como conductor u ocupante, o durante viajes submarinos o de exploración, o de aviación, excepto como pasajeros de líneas comerciales, y todas las ocurridas por la participación del Asegurado en todo acto notoriamente peligroso (excepto si se trata de salvar una vida humana).

h)- Durante el internamiento en establecimientos penitenciarios y los accidentes de los miembros de las fuerzas de seguridad, mineros, submarinistas, especialistas de cine y manipuladores de explosivos en el ejercicio de sus profesiones.

3.4 Para Desempleo.

a) Cese voluntario excepto los casos previstos en Art. 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores.

b) Cuando no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial de despido, salvo extinción de contrato o despido basado en las causas objetivas del Art. 52 del Estatuto de los Trabajadores.

c) Cuando el despido se declare improcedente o nulo por sentencia firme y comunicada por el Empleador la fecha de reincorporación, el Asegurado no se reincorpore o no la recurra.

d) Cuando no solicite el reingreso al puesto de trabajo en el tiempo y plazo oportunos cuando la opción entre indemnización o readmisión sea del trabajador.

e) Cuando se extinga por jubilación del empresario empleador individual sin continuidad de la actividad empresarial, si el trabajador conocía previamente dicha fecha.

f) Despido declarado legalmente procedente.

g) Los trabajadores fijos discontinuos en los períodos en que carezcan de ocupación efectiva siempre que no se rescinda su contrato.

h) Si inmediatamente antes de la situación de Desempleo el Asegurado no ha estado trabajando durante un mínimo de seis meses o ha estado vinculado por una Relación Laboral en la que el despido es una característica regular o en caso de que el Asegurado conociera o debiera conocer su paso inmediato a la situación de Desempleo.

i) Si la Relación Laboral lo fuera con una empresa propiedad de su ámbito familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, y en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercero de afinidad fuera el administrador

de la Empresa, o si el Asegurado fuera socio o accionista con presencia o representación directa en los Órganos de administración de la Sociedad.

j) Si rechazara un puesto alternativo de similares características ofrecido por el mismo u otro empresario teniendo en cuenta la formación, experiencia y ubicación de dicho puesto de trabajo.

k) Si se produce después de que haya alcanzado la edad legal de jubilación respecto a la actividad que llevaba a cabo y reúna los requisitos legales para acceder a la pensión de jubilación.

3.5 Para las coberturas de Desempleo, Incapacidad Temporal y Hospitalización.

Las prestaciones se limitarán a las cuotas mensuales regulares, quedando excluida la última cuota del Contrato Financiero, en caso de operaciones financieras tipo "Balloon", es decir aquellas cuya cuota final sea superior a las anteriores cuotas regulares.

4.- PERÍODOS DE CARENIA:

Para la Garantía II A) de Desempleo: DOS MESES desde la fecha de comienzo de la cobertura hasta la fecha de notificación del cese en el empleo. En caso de situaciones de Desempleo subsiguientes, para el pago de nuevas prestaciones debe haber estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral por un período mínimo de UN MES.

Para la Garantía II B) de Incapacidad Temporal y Garantía III de Hospitalización: UN MES en caso de enfermedad. En caso de Incapacidades Temporales u Hospitalizaciones subsiguientes, para el pago de nuevas prestaciones debe haber estado trabajando remuneradamente SEIS MESES desde el fin de la última Incapacidad Temporal u Hospitalización si se trata de la misma causa de la baja o UN MES si es distinta causa de la baja. No hay carencia para la Incapacidad Temporal por accidente.

5.- PAGO DE PRESTACIONES:

LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS PAGARÁN:

I) - En caso de Fallecimiento o declaración de Invalidez Permanente Absoluta, una cantidad igual al importe del principal pendiente del Contrato Financiero (hasta 36,060.00 Euros) junto con los intereses devengados y no liquidados pendientes de amortizar en el momento de la ocurrencia del siniestro, si el Asegurado hubiera cumplido todas sus obligaciones. El pago se realizará a través del Tomador al Beneficiario designado. Será requisito que al momento del siniestro cubierto se cumplan las condiciones previstas de adhesión e incorporación a la póliza. En caso de Invalidez Permanente Absoluta, se considerará Siniestro la resolución del I.N.S.S. que de lugar a una prestación y como fecha de declaración, la de efectos económicos de la misma resolución. En ningún caso esta cobertura se extenderá a las cantidades vencidas y no pagadas por el Asegurado (impagados). Se entiende por intereses devengados y no liquidados aquellos intereses transcurridos entre la fecha de la última cuota vencida o última liquidación y el día de ocurrencia del siniestro.

II A) - En caso de Desempleo, una cantidad equivalente a la cuota mensual regular del Contrato Financiero (hasta 1,352.28 Euros) por cada 30 días consecutivos que esté en situación de desempleo, con un límite de 9 pagos consecutivos o 18 alternos.

II B) - En caso de Incapacidad Temporal, una cantidad equivalente a la cuota mensual regular del Contrato Financiero (hasta 1,352.28 Euros) por cada 30 días consecutivos que esté impedido para desempeñar su trabajo o profesión habitual por enfermedad o accidente, con un límite de 6 pagos consecutivos o 18 alternos.

III - En caso de Hospitalización más de 7 días consecutivos, una cantidad equivalente a la cuota mensual regular del Contrato Financiero (hasta 1,352.28 Euros). En caso de permanecer hospitalizado por un período superior a 30 días, se pagará adicionalmente una cantidad equivalente a la cuota mensual por cada 30 días, con un máximo acumulado de 6 cuotas consecutivas y 18 en total.

En el caso de impago de la prima o de las cuotas de amortización del crédito, mediante el cual se efectúa el pago de la prima, el Asegurado no tendrá derecho a la cobertura del seguro, y la compañía se reserva el derecho inmediato de cancelación del seguro sin necesidad de comunicarlo con anterioridad al Asegurado.

LIGHTHOUSE GENERAL INSURANCE COMPANY LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA, asegura el riesgo de Desempleo, Incapacidad Temporal y Hospitalización.

LIGHTHOUSE LIFE ASSURANCE COMPANY LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA, asegura el riesgo de Fallecimiento e Invalidez Permanente Absoluta.

6.- CANCELACIÓN ANTICIPADA, ANULACIÓN Y DESISTIMIENTO:

Si en el plazo de 60 días desde la contratación, el Asegurado solicita la cancelación del seguro por desistimiento, la compañía devolverá el 100 % de la prima pagada sin gastos.

Transcurrido este período, en caso de cancelación anticipada de este seguro, por expreso deseo del cliente, o por desaparición del objeto del contrato financiero (cancelación anticipada de la operación financiera asegurada), el cliente puede solicitar la devolución de la parte proporcional de la prima no consumida deducido un 15% en concepto de gastos de administración. En cualquier caso la solicitud de cancelación y la devolución de la prima se realizará a través del Tomador.

7.- PROTECCIÓN DEL ASEGURADO. DEBER GENERAL DE INFORMACIÓN:

En cumplimiento de lo establecido en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, y art. 104, 105, 106 y 107 de su Reglamento de desarrollo, aprobado por el Real Decreto 2486/1998 de 20 de noviembre se suministra al solicitante la siguiente información sobre el contrato de seguro:

· **Entidades Aseguradoras y domicilio:**

LIGHTHOUSE GENERAL INSURANCE COMPANY LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA, CIF: W0068295E, y LIGHTHOUSE LIFE ASSURANCE COMPANY LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA, CIF: W0068296C, con domicilio social en calle Llull 95, 1ª planta, 08005 Barcelona. Domicilio de la matriz en Gibraltar: Europort 913.

· **Autoridad de control:** Financial Services Comisión de Gibraltar.

· **Legislación aplicable al contrato:** La española, Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; RDL 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 por el RD 2486/1998, de 20 de noviembre.

- **Instancias de reclamación:** Para cualquier reclamación, el Asegurado se podrá dirigir por escrito al Servicio de Atención al Cliente de LIGHTHOUSE, c/ Llull 95, 1ª planta, 08005 Barcelona. En caso de respuesta no satisfactoria o transcurridos dos meses sin respuesta, se podrá dirigir a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 46, 28006 de Madrid. En cualquier caso, puede acudir a la vía judicial.

Para cualquier reclamación de siniestro, puede llamar al teléfono 902 366 278.