

NOTA INFORMATIVA PREVIA A LA CONTRATACIÓN

Órgano de control y supervisión de la actividad de la entidad aseguradora:
Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Empresa.

1 Datos de la entidad aseguradora	<p>Santa Lucía, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid en el Tomo 679, Libro 257, Sección 3º, Hoja 2012.</p> <p>Domicilio Social en Plaza de España, 15, 28008 Madrid (España).</p> <p>Clave de la Entidad: C0174.</p>
2 Nombre del producto	<p>Temporal Renovable.</p>
3 Descripción del tipo de seguro	<p>Es un seguro de vida individual, temporal anual renovable, cuya garantía principal es el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del seguro.</p> <p>Adicionalmente, como garantías complementarias se podrán contratar las siguientes: fallecimiento por accidente; fallecimiento por accidente de circulación; invalidez absoluta y permanente por cualquier causa; invalidez absoluta por accidente; estudios por orfandad; segunda opinión médica; fallecimiento simultáneo; enfermedad terminal; enfermedad grave; rehabilitación cardíaca; y orientación telefónica, médica y psicológica.</p>
4 Cuestionario de Salud	<p>A través del cuestionario de salud, el Tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.</p> <p>RETICENCIA O INEXACTITUD EN LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR/ASEGURADO</p> <p>El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar desde el día en que una agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.</p> <p>El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.</p> <p>En caso de reticencia e inexactitud en la declaración del Tomador/Asegurado, que influyan en la estimación del riesgo, se estará a lo establecido en las disposiciones generales de la Ley de Contrato de Seguro. Sin embargo, el Asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el Tomador del seguro haya actuado con dolo.</p>

4 Cuestionario de Salud continuación

Se exceptúa de esta norma la declaración inexacta relativa a la edad del Asegurado, en la que el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del Asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

5 Descripción de las garantías ofrecidas:

5.1 Garantía principal

- En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará al Beneficiario el capital garantizado para esta contingencia.

5.2 Garantías complementarias

- En caso de fallecimiento del Asegurado por accidente, el Asegurador abonará el capital garantizado para esta contingencia.
- En caso de fallecimiento del Asegurado por accidente de circulación, el Asegurador abonará el capital garantizado para esta contingencia.
- En caso de Invalidez absoluta y permanente del Asegurado por cualquier causa, el Asegurador abonará el capital garantizado para esta contingencia.
- En caso de Invalidez absoluta y permanente del Asegurado por accidente, el Asegurador abonará el capital garantizado para esta contingencia.
- En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará al Beneficiario designado para este seguro de Estudios por Orfandad, la renta mensual garantizada para esta contingencia, hasta la edad de 25 años o hasta su fallecimiento si éste ocurre antes.
- En caso de diagnosticarse al Asegurado alguna de las enfermedades detalladas en las condiciones de la garantía de Segunda Opinión Médica, el Asegurador pondrá a disposición del Asegurado los medios necesarios para que se efectúe un segundo diagnóstico a fin de confirmar o modificar el primero, se indique cual es el tratamiento más adecuado y los centros asistenciales más prestigiosos a nivel nacional e internacional que lo realicen.
- Si el Asegurado y una segunda persona designada en las Condiciones Particulares fallecen a consecuencia del mismo accidente, simultáneamente o antes de que transcurran doce meses desde el momento de su ocurrencia, el Asegurador abonará adicionalmente un capital igual al asegurado en la garantía principal de fallecimiento, con un máximo de 90.000 euros.
- En caso de diagnosticarse al Asegurado una enfermedad terminal, que redujera su esperanza de vida a un período máximo de doce meses, a petición del Tomador el Asegurador anticipará hasta un 50% del capital asegurado en la garantía principal de fallecimiento, con un máximo de 90.000 euros.
- En caso de diagnosticarse al Asegurado por primera vez alguna de las enfermedades graves descritas en las Condiciones Especiales de este seguro, el Asegurador anticipará el 50% del capital garantizado en el seguro Principal.
- Si el Asegurado padeciese una enfermedad cardíaca, el Asegurador implementará un conjunto de medidas dirigidas a mejorar la capacidad funcional, fisiológica y psicológica del Asegurado.
- El Asegurador pone a disposición del Asegurado un Consejo Médico Telefónico 24 horas, con atención personalizada, para que pueda plantear todas sus consultas y ampliar la información que precise de una manera clara y sencilla, además de la Consulta Telefónica Psicológica.

5 Descripción de las garantías ofrecidas: continuación

5.3 Límites de contratación

La garantía principal se extingue cuando cesa el pago de las primas y con carácter general, al final de la anualidad en la que el Asegurado **cumpla los 70 años de edad**. De igual modo, las garantías complementarias de segunda opinión médica, enfermedad terminal, rehabilitación cardiaca y orientación telefónica, médica y psicológica se extinguirán en caso de impago de la prima y cuando cese la garantía principal.

El resto de las garantías complementarias -a excepción de estudios por orfandad- se extinguen también cuando cesa el pago de las primas y, como máximo, al final de la anualidad en la que el Asegurado **cumpla los 65 años de edad**. Finalmente, la garantía complementaria opcional de estudios por orfandad cesará al final de la anualidad en que el hijo Beneficiario alcance **la edad de 25 años o hasta su fallecimiento**, si éste ocurriese antes.

6 Exclusiones del contrato

SALVO PACTO EN CONTRARIO NO TIENEN COBERTURA LOS SINIESTROS DEBIDOS A LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- Para la **cobertura principal**, las principales exclusiones son las siguientes:

- **El suicidio del Asegurado durante el primer año de vigencia del contrato.**
- **Los producidos como consecuencia directa e indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.**
- **Los acaecidos en la navegación submarina o en viajes de exploración.**
- **Los siniestros ocurridos por el riesgo de aviación, salvo que el Asegurado realice los vuelos como simple pasajero en líneas comerciales regulares, vuelos "chárter" o, en general, en aparatos civiles provistos de un certificado de navegabilidad debidamente autorizado y tripulados por personas provistas del título de piloto necesario para ello.**
Asimismo, quedan excluidas cuantas personas hagan del vuelo su profesión y ocupen una aeronave como integrantes de su tripulación por imperativo de las funciones que, respectivamente, tengan asignadas. Tampoco quedan cubiertos los siniestros ocurridos como consecuencia de efectuar descensos en paracaídas, no exigidos por la situación del aparato.
- **Los producidos a consecuencia de hechos derivados de conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra, ni los derivados de riesgos extraordinarios.**

- Para las **coberturas complementarias**, las principales exclusiones son las siguientes:

- Para las coberturas de accidentes, **el suicidio del Asegurado durante toda la duración del seguro.**
- **Los accidentes que sobrevengan por embriaguez o por el uso de medicamentos no prescritos médicamente.**
- **Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado.**
- **Los siniestros que sean asumidos por el Consorcio de Compensación de seguros derivados de riesgos extraordinarios.**
- **Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor del seguro.**
- **Los accidentes ocasionados por el uso de motocicletas o ciclomotores de más de 50 centímetros cúbicos, bien como pasajero, bien como conductor.**
- **Los siniestros causados voluntariamente por el Asegurado.**

Se establece un período de carencia de **TRES MESES** para las coberturas complementarias de Segunda Opinión Médica y Enfermedad Grave.

<p>7 Condiciones, plazos y vencimientos de las primas</p>	<p>El Seguro Temporal Renovable es un seguro de vida individual a prima periódica.</p> <p>En caso de contratación de revalorización automática, los capitales asegurados y las primas, excepto las de la garantía opcional complementaria de Segunda Opinión Médica si se contrata, se incrementarán anualmente en razón del nuevo índice de precios al consumo.</p> <p>En cualquier caso, las primas, excepto la de la garantía opcional complementaria de Segunda Opinión Médica, se incrementará anualmente en razón de la nueva edad alcanzada.</p> <p>Los factores de riesgo objetivos del Asegurado considerados en el cálculo de la prima son los siguientes: edad, actividad profesional, actividad deportiva, estado de salud y conducción de motocicletas o ciclomotores de más de 50 centímetros cúbicos.</p> <p>IMPAGO DE PRIMA</p> <p>Si por culpa del Tomador del seguro o del Asegurado, la primera prima no ha sido pagada, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.</p> <p>En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.</p> <p>En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.</p> <p>Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los apartados anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del seguro o Asegurado pagó su prima.</p>
<p>8 Duración del contrato</p>	<p>Esta modalidad de seguro es un contrato de cobertura anual, renovable por períodos de un año de duración.</p>
<p>9 Condiciones de rescisión del contrato</p>	<p>El seguro Temporal Renovable se entenderá prorrogado por periodos anuales, salvo que alguna de las partes se oponga a la prórroga, notificándolo por escrito con, al menos, un mes de antelación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador del seguro, y de dos meses cuando sea el Asegurador.</p>
<p>10 Derecho de resolución</p>	<p>El Tomador del seguro podrá resolver el contrato dentro del plazo de los 30 días siguientes a la fecha de entrega de la póliza, mediante comunicación a través de soporte duradero, disponible y accesible al Asegurador que permita dejar constancia de la notificación.</p> <p>A estos efectos se considerará como fecha de entrega de la póliza la que figura en las Condiciones Particulares. La cobertura del riesgo por parte del Asegurador cesará a partir de la fecha en que se expida la comunicación a que se refiere el apartado anterior, teniendo derecho el Tomador del seguro a que se le devuelva la parte de prima no consumida en el plazo de 30 días a contar desde la recepción por el Asegurador de dicha comunicación.</p>
<p>11 Designación del beneficiario de la prestación</p>	<p>El Beneficiario será el designado por el Tomador del seguro en las Condiciones Particulares de la póliza. La designación del Beneficiario podrá hacerse en póliza o en una posterior declaración escrita comunicada al Asegurador o en testamento. Si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiese Beneficiario concretamente designado, se aplicará la regla prevista en las Condiciones Generales de la póliza.</p>

12 Procedimiento de reclamación y Protección de datos

El Tomador del seguro, Asegurado, Beneficiario o Derechohabientes de cualquiera de ellos, podrán formular su queja o reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente de santalucía, conforme al procedimiento regulado en la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras. Si fuera denegada la admisión a trámite o desestimada, total o parcialmente, su petición o transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de su presentación sin que haya sido resuelta, el interesado podrá presentar su queja o reclamación ante el servicio de reclamaciones del Banco de España o el de la Comisión Nacional del Mercado de Valores, o directamente ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana nº 44, 28046 Madrid, <http://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/>), debiendo acreditar haberla formulado previamente ante el Servicio de Atención al Cliente de santalucía.

Los litigios derivados del contrato de seguro se hayan sujetos a la jurisdicción de los tribunales españoles.

Protección de datos de carácter personal:

Consulte información detallada sobre protección de datos disponible en las Condiciones Particulares de su póliza, así como a través de www.santalucia.es/politica-sobre-proteccion-datos-personales-polizas.html

13 Legislación aplicable

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Ley 20/2015, de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Normativa nacional y europea relativa a la distribución de seguros y reaseguros privados.

14 Régimen fiscal

A reserva de las modificaciones ulteriores que puedan producirse durante la vigencia del contrato, éste queda sometido a la normativa fiscal española y, en concreto, a la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio, o la Norma Foral 33/2013, de 27 de noviembre, para el Territorio Histórico de Álava, la Norma Foral 13/2013, de 5 de diciembre, para el Territorio Histórico de Vizcaya, la Norma Foral 3/2014, de 17 de enero, para el Territorio Histórico de Guipúzcoa o el Decreto Foral Legislativo 4/2008, de 2 de junio, para la Comunidad Foral de Navarra.

Las prestaciones por supervivencia tributarán como rendimientos del capital mobiliario, sujetas a retención al tipo vigente en cada momento (actualmente, el 19% para el territorio común), que se aplicará sobre el rendimiento. Las prestaciones por fallecimiento quedarán sujetas al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, regulado por la Ley 29/1987, de 18 de diciembre, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones y su reglamento de desarrollo aprobado por Real Decreto 1629/1991, de 8 de noviembre, con las respectivas particularidades de las Comunidades Autónomas.

Asimismo, y a reserva de las modificaciones ulteriores que puedan producirse durante la vigencia del contrato, en caso de que el beneficiario tenga su residencia habitual fuera del territorio español, será aplicable la normativa fiscal española, en concreto, el Convenio para evitar la doble imposición correspondiente o, en su defecto, el Real Decreto Legislativo 5/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Impuesto sobre la Renta de no Residentes.

Finalmente, podrá ser de aplicación la Ley 19/1991, de 6 de junio, del Impuesto sobre el Patrimonio, así como las correspondientes especificidades establecidas, en su caso, por cada Comunidad Autónoma en función del domicilio fiscal del Asegurado.

15 Situación financiera y de solvencia de la entidad aseguradora

El informe sobre la situación financiera y de solvencia de **Santa Lucía. S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros**, regulado en el artículo 80 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, se encuentra accesible en:

<http://www.santalucia.es/situacion-financiera-solvencia-santalucia.pdf>