

Características del seguro

- Seguro de vida que, en caso de fallecimiento del titular de la póliza, proporciona un capital a los herederos o beneficiarios designados, con el que podrán hacer frente a situaciones imprevistas como la disminución de ingresos.
- Puede combinar el seguro de fallecimiento con la cobertura complementaria de invalidez absoluta y permanente.

Descripción de las coberturas

Perfeccionado el contrato, el asegurador abonará al beneficiario el capital previsto para la respectiva cobertura que haya contratado, cuando el evento correspondiente ocurra durante la vigencia de la respectiva cobertura y no sea consecuencia de enfermedad o accidente originado con anterioridad a la fecha de efecto del contrato, ni concorra otro supuesto de exclusión. Dicho pago al beneficiario, se realizará una vez formulada la declaración de siniestro y aportada la documentación indicada en las Condiciones Generales.

1. Cobertura básica

1.1. Capital en caso de fallecimiento del asegurado

2. Coberturas complementarias (optativas)

2.1. Capital en caso de invalidez absoluta y permanente.

La cobertura complementaria se extinguirá en la anualidad del seguro en la que el asegurado cumpla sesenta y cinco años y, en todo caso cuando se extinga la cobertura básica de fallecimiento.

Todo ello con arreglo a las normas de contratación del Asegurador.

Las condiciones generales, en las que se delimitan las coberturas indicadas, están a disposición del interesado en el canal Línea Abierta.

Servicios gratuitos que se incluyen

- Saldo pendiente de tarjetas de crédito de "la Caixa" en caso de fallecimiento hasta 3.005,06€.
- Segunda opinión médica: ante un diagnóstico de enfermedad grave del titular, su cónyuge o sus hijos que convivan con él, prestigiosos especialistas médicos reconocidos mundialmente, efectuarán de forma personalizada un informe de evaluación del caso.
- Orientación médica telefónica para resolver cualquier duda de salud las 24 horas del día.

Los servicios de "Segunda opinión médica" y de "Orientación médica telefónica" se prestarán durante los primeros cinco años, siempre que la póliza esté vigente. Estos servicios los prestará la entidad Advance Medical-Health Care Management Services, S.A, c/ Folgueroles 17-25 (08022) Barcelona, CIF A-62103999 o cualquier otra entidad de características similares.

Información sobre el seguro

1. Legislación y jurisdicción aplicable

El contrato que se suscriba se regirá por lo que dispone la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados.

El contrato de seguro quedará sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato, el adscrito al domicilio del asegurado.

2. Estado y autoridad de control del asegurador

El control de la actividad del asegurador corresponde al Estado español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

3. Duración del contrato

El contrato tiene carácter anual renovable. Tras la fecha de vencimiento del primer período, el contrato podrá renovarse por períodos anuales, a no ser que el asegurador o el tomador se opongan a ello en los términos y plazos establecidos en la Ley de Contrato de Seguro.

4. Reducción

Se reconoce al tomador el derecho de reducción del capital asegurado como consecuencia de la suspensión del pago de las primas establecidas, siempre que el importe del seguro reducido resulte igual o superior al 5% de la prestación inicialmente contratada.

5. Prima

La prima se calculará con arreglo a las siguientes variables: la cobertura, las prestaciones incluidas, el sexo y la edad del asegurado (en meses). En consecuencia, en cada vencimiento anual se incrementará la prima debido al aumento de la edad del asegurado.

La periodicidad del pago puede ser anual o mensual con vencimiento en la fecha de efecto establecida en el contrato. En el canal Línea Abierta se informa al interesado de la prima del seguro mediante el resultado de la simulación que éste puede realizar.

6. Derecho de desistimiento del tomador

El tomador del seguro podrá resolver el contrato dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en que el asegurador le entregue la póliza. El plazo anterior se contará a partir de la fecha en que se informe al tomador de que el contrato se ha celebrado. En caso de no desistir en el citado plazo o de que el tomador solicite la realización de las prestaciones del producto, se perderá el derecho a desistir del contrato.

El tomador deberá ejercer la facultad de resolución mediante comunicación expedida y dirigida al asegurador a través de un soporte duradero. Al efecto, podrá dirigir una carta firmada al domicilio del asegurador, identificando claramente en la misma sus datos personales y los del contrato que desea resolver. Asimismo, podrá ejercer este derecho a través del medio electrónico por el que ha contratado el seguro y el Servicio Línea abierta: mediante la opción de menú Servicios – Administración de Línea Abierta, apartado "Desistimiento". Para poder desistir del contrato se necesitará indicar el PIN 2 de su tarjeta de coordenadas.

Cesará la cobertura del riesgo por parte del asegurador desde la fecha de expedición de la comunicación.

7. Régimen fiscal aplicable en España

La parte de la prima correspondiente a la cobertura complementaria de invalidez absoluta y permanente si se hubiese contratado - tributará en el Impuesto sobre Primas de Seguro.

Con carácter general, cuando el beneficiario sea una persona física distinta del tomador, las prestaciones tributarán en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Cuando tomador y beneficiario sean la misma persona física, los rendimientos que genere la prestación tributarán en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas como rendimientos del capital mobiliario (rentas del ahorro).

Otros datos de interés

1. Solicitud y perfección del seguro

Cuando se solicite la contratación o modificación del seguro, en función del resultado del control de estado de salud de la persona a asegurar, el asegurador puede denegar o supeditar la referida contratación o modificación al pago de una sobreprima.

Para la existencia del seguro (perfección del contrato), el asegurador debe prestar su conformidad al control de salud requerido, según lo establecido en la cláusula de perfección del contrato. El control requerido consiste en un cuestionario de salud que debe cumplimentar el asegurado, pudiendo el asegurador solicitar información adicional si lo considera necesario.

El asegurador dispone de la fracción del mes de expedición de la póliza más dos meses para dar conformidad al control requerido.

Una vez aceptado el control requerido y pagada la prima se retrotraerán los efectos del seguro a la fecha de efecto que figura en las condiciones particulares.

2. Definiciones

Beneficiario: persona, física o jurídica, con derecho a percibir la prestación. En caso que no existiera designación expresa de beneficiarios en la cobertura de fallecimiento, se entenderá que lo son los designados como herederos del tomador, sin necesidad de aceptación de la herencia. En la cobertura de invalidez absoluta y permanente será beneficiario el propio asegurado.

Invalidez absoluta y permanente: la situación física del asegurado de carácter irreversible, cuyo origen no sea imputable a la voluntad del asegurado, y que le impida, por completo y de forma permanente, el desarrollo de cualquier relación laboral o actividad profesional. En la determinación de la invalidez se seguirán los criterios de calificación recogidos en el contrato de seguro, con independencia de los criterios seguidos en el Sistema Público.

3. Exclusiones

El presente producto de seguro tiene definido detalladamente en el condicionado del contrato sus coberturas específicas, así como las exclusiones de cobertura, las cuales es importante que lea con anterioridad a la contratación.

Información del proveedor y asegurador

El proveedor financiero y asegurador de este seguro es VidaCaixa, S.A. de Seguros y Reaseguros, inscrita como asegurador, en el registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el código C0611.

Información del mediador

En caso de suscribirse la operación de seguro de referencia, la misma estará mediada por Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona, operador banca-seguros exclusivo con código de registro C0611G58899998 y domicilio Avenida Diagonal, 621-629, Barcelona (08028).

Realiza actividades de mediación en seguros de las compañías de seguros de VidaCaixa, S.A. de Seguros y Reaseguros con CIF A-58333261 y SegurCaixa, S.A. de Seguros y Reaseguros con CIF A-28011864.

El mediador está inscrito en el Registro administrativo especial de mediadores de seguros de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en Madrid (28046), Paseo de la Castellana, nº 44. Estos datos podrán consultarse en el mencionado domicilio, con el código de registro indicado.

El mediador sí posee participación directa o indirecta superior al 10% del capital social en los derechos de voto de las compañías aseguradoras. La empresa matriz de las compañías aseguradoras no posee una participación directa o indirecta superior al 10% de los derechos de voto y del capital del mediador de seguros.

El mediador del seguro actúa como encargado del tratamiento de datos de carácter personal recabados con motivo de la formalización del contrato de seguro, siendo responsable del tratamiento la entidad aseguradora.

El referido seguro, da cumplimiento a las necesidades y exigencias del cliente, según las informaciones facilitadas por el mismo y cuyas características principales se especifican a continuación: Seguro de vida que cubra un capital en caso de fallecimiento, con el seguro complementario opcional de invalidez absoluta y permanente.

En el caso de discrepancia entre dichas necesidades y exigencias, y lo establecido en el contrato que, en su caso, se suscriba, la Ley de Contrato de Seguro contempla el plazo de un mes desde la contratación del seguro para que se subsanen las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin que el contratante efectúe la reclamación rige lo establecido en la póliza.

El asesoramiento prestado se facilita con la finalidad de contratar un seguro y no cualquier otro producto que pudiera comercializar la entidad de crédito.

Instancias de reclamación

Sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas y/o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias:

1. En todos los casos, ante el Servicio de Atención al Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo, cuyo texto será entregado, a petición del interesado, en el domicilio social de la compañía o bien en cualquiera de las oficinas del agente.

2. Ante el Defensor del Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo, cuyo texto será entregado, a petición del interesado, en el domicilio social de la Compañía, o bien en cualquiera de las oficinas del agente.

3. Ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones (funciones asumidas por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones). Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el mismo se debe acreditar la formulación de reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente o el Defensor del Cliente y que la misma ha sido desestimada, no admitida o que ha transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta.