

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa se entrega al potencial Tomador/a del contrato de seguro, con anterioridad a la celebración del mismo, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 60 del 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 de los Artículos 104 a 107 de su Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998.

LEGISLACIÓN APLICABLE

Ley 50/80, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro; Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto nº 2486/1998, de 20 de Noviembre); Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto Sobre la Renta de las Personas Físicas y su Reglamento de desarrollo.

ENTIDAD ASEGURADORA

La Entidad Aseguradora es Sa Nostra, Compañía de Seguros de Vida, S.A., en adelante denominada "la Compañía", con C.I.F. A-07289531, y domicilio social en Avenida Comte de Sallent, 3 - 2ª Planta - 07003 Palma de Mallorca, correspondiendo al Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control y supervisión de su actividad.

INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

Cualquier consulta, queja o reclamación que ante decisiones previas de la Compañía pueda presentar el Tomador/a, Asegurado/a, Beneficiario, tercero perjudicado, o derechohabiente de cualquiera de ellos, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, será resuelta por el Servicio de Defensa al Asegurado de SA NOSTRA, en Avenida de Burgos, 109, 28050 Madrid. Este Servicio acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se le presente y las resolverá o denegará igualmente por escrito y motivadamente.

El Tomador/a del seguro, los Asegurados y Beneficiarios, así como sus derechohabientes, están facultados para formular reclamaciones contra la Compañía ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid), si consideran que dicha Entidad realiza prácticas abusivas o lesiona sus derechos derivados del Contrato de Seguro. Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el referido Servicio será imprescindible acreditar haberlas formulado previamente por escrito dirigido al Servicio de Defensa del Asegurado de la Compañía. Asimismo, para dicha admisión y tramitación, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de la presentación de la reclamación al referido Servicio, sin que haya sido resuelta o desestimada su petición.

Recibida la reclamación por el Servicio de Reclamaciones, se verificará la concurrencia de alguna de las circunstancias previstas en el párrafo anterior, procediéndose a la apertura del correspondiente expediente si se cumplen los requisitos necesarios. En caso contrario, el mencionado Servicio requerirá al reclamante para completar la información en el plazo de diez días, con apercibimiento de que, si así no lo hiciese, se dictaría resolución en la que se le tendría por desistido de su reclamación.

Cualquiera de las partes contratantes está facultada para ejercitar sus acciones ante los órganos jurisdiccionales, debiendo recurrir al Juez del domicilio del Tomador/a, que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro. En el caso de que el domicilio del Tomador/a radicara fuera de España, éste deberá designar uno dentro del Estado Español.

GARANTÍAS ASEGURADAS

1. Seguro principal. Fallecimiento por cualquier causa

Pago del capital asegurado por esta garantía, si el Asegurado/a fallece durante la vigencia del seguro.

2. Garantías complementarias

2.1. Fallecimiento por accidente

Pago del capital garantizado, adicional al seguro principal, si el Asegurado/a fallece por una causa accidental durante la vigencia del seguro.

2.2. Fallecimiento en accidente de circulación

Pago del capital garantizado, adicionalmente al riesgo de fallecimiento por accidente, si éste es como consecuencia de accidente de circulación.

2.3. Incapacidad permanente absoluta

Pago del capital garantizado alternativo al seguro principal, si el Asegurado/a sufre una incapacidad permanente absoluta para toda profesión durante la vigencia del seguro.

2.4. Incapacidad permanente absoluta accidental

Pago del capital garantizado, adicionalmente al riesgo de incapacidad antes descrito, si el Asegurado/a sufre una incapacidad permanente absoluta a causa de accidente durante la vigencia del seguro.

2.5. Incapacidad absoluta por accidente de circulación

Pago del capital garantizado, adicional a los riesgos de incapacidad antes descritos, si el Asegurado/a sufre una incapacidad permanente absoluta derivada de un accidente de circulación durante la vigencia del seguro.

2.6. Apoyo extra en caso de Cáncer

Pago del capital garantizado, en caso de presentarse por primera vez, una situación clínica diagnosticada como Cáncer, tal y como se define en el apartado de Definiciones de enfermedades graves de la presente nota informativa.

2.7. Ayuda en caso de Infartos de Miocardio

Pago del capital garantizado, en caso de presentarse por primera vez, una situación clínica diagnosticada como Infarto de miocardio, tal y como se define en el apartado de Definiciones de enfermedades graves de la presente nota informativa.

2.8. Ayuda en caso de Enfermedades cerebro-vasculares

Pago del capital garantizado, en caso de presentarse por primera vez, una situación clínica diagnosticada como padecimiento cerebro-vascular, tal y como se define en el apartado de Definiciones de enfermedades graves de la presente nota informativa.

2.9. Ayuda CCC (Cáncer, Corazón, Cerebro-vascular)

Pago del capital garantizado, en caso de presentarse por primera vez, una situación clínica diagnosticada como Cáncer, Infarto de miocardio o Padecimiento cerebro-vascular, tal y como se define en el apartado de Definiciones de enfermedades graves de la presente nota informativa.

2.10. Ayuda en caso de Cáncer Femenino

Pago del capital garantizado, en caso de presentarse por primera vez, una situación clínica diagnosticada como Enfermedades Graves de la Mujer, tal y como se define en el apartado de Definiciones de enfermedades graves de la presente nota informativa.

2.11. Protección Especial para Enfermedades Graves

Pago del capital garantizado, en caso de presentarse por primera vez, una situación clínica diagnosticada como Enfermedad Grave, tal y como se define en el apartado de Definiciones de enfermedades graves de la presente nota informativa.

2.12 Doble efecto

Si el cónyuge del Asegurado/a, no separado legalmente, fallece simultáneamente o con posterioridad al Asegurado/a en un plazo máximo de 12 meses, el asegurador pagará el capital asegurado por esta garantía complementaria.

2.13 Saldo tarjeta de crédito

En caso de fallecimiento o incapacidad permanente absoluta, se garantiza adicionalmente el capital necesario para liquidar el saldo pendiente a la fecha del siniestro, de tarjetas de crédito a nombre del Asegurado/a. Dicho capital estará limitado, para el conjunto de tarjetas titularidad del Asegurado/a, no para cada una de ellas, a la cantidad de 1.500,00 euros.

2.14 Capital urgente de decesos

En caso de producirse el fallecimiento del Asegurado/a, se garantiza adicionalmente un capital igual a 3.000 euros, que se abonará a los beneficiarios tan pronto como se comunique el fallecimiento a la aseguradora.

DEFINICIONES DE ENFERMEDADES GRAVES

Enfermedades Graves: Toda alteración del estado de la salud de causa común o accidental, confirmada por un médico legalmente reconocido y que coincida con alguna de las definidas a continuación, en los términos siguientes:

- Cáncer: La presencia de un tumor maligno caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolada de estas células y la invasión del tejido. Este incluye leucemia (que no sea la leucemia crónica linfática).

El Diagnóstico Clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un Informe Histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico en todos los casos.

Un diagnóstico de cáncer solamente será considerado como maligno después de un estudio de la arquitectura histopatológica o patrón del tumor, tejido o espécimen sospechoso.

- Infarto de miocardio: La muerte o necrosis de parte del músculo cardíaco como consecuencia de una inadecuada irrigación sanguínea hacia una zona relevante. El diagnóstico debe estar basado en todos los siguientes síntomas:

- Un historial del típico dolor de pecho prolongado, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.
- Alteraciones nuevas y relevantes en el electrocardiograma EGG.
- Aumento de las enzimas cardíacas por encima de los valores normales en una comprobación de laboratorio.
- Estudio radioisotópico del músculo cardíaco.

- Padecimiento cerebro-vascular: La lesión o accidente cerebrovascular debido a trombosis cerebral, embolia o hemorragia, que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que suponga una lesión neurológica permanente.

- Intervención quirúrgica para enfermedades de las arterias coronarias: Es la que requiera la cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.
- Insuficiencia Renal: La falla total, crónica e irreversible de ambos riñones, que exija la diálisis o riñón artificial permanente o trasplante renal (como receptor). El diagnóstico debe incluir historia de enfermedad renal crónica con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesario diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo.
- Trasplante de un órgano vital: La realización actual de un trasplante de órganos en que el Asegurado/a participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, médula ósea o páncreas total como consecuencia de su deterioro funcional severo, por otro órgano similar obtenido de un donador. El trasplante debe tener una indicación médica, y ésta deberá estar basada en la historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del trasplante efectuado. Únicamente queda cubierto el receptor y no el donador.
- Enfermedad de Parkinson: La confirmación definitiva por un médico neurólogo del diagnóstico de enfermedad de Parkinson idiopática o parálisis agitans, que requiera tratamiento con un precursor de dopamina.
- Enfermedad de Alzheimer: Un diagnóstico clínico establecido de enfermedad de Alzheimer que origine incapacidad para llevar a cabo en forma independiente tres o más de las siguientes actividades de la vida cotidiana:
 - Trasladarse o desplazarse: Capacidad para desplazarse de una habitación a otra contigua, o de un lado a otro de la misma habitación, sentarse o levantarse de una silla, recostarse o incorporarse en la cama sin que se requiera la asistencia física de otra persona.
 - Continencia: Capacidad de ejercer el control voluntario de la excreción intestinal o de la vejiga, de tal modo que se pueda mantener la higiene personal.
 - Vestirse: Ponerse y quitarse todas las prendas que se utilizan en el vestido sin requerir la asistencia de otra persona
 - Aseo personal: Entrar y salir del tocador y usar la ducha o el inodoro como parte del aseo personal.
 - Alimentación: Se refiere a la posibilidad de llevar a cabo las acciones en la ingestión de los alimentos una vez preparados
- Enfermedades Graves de la Mujer: Toda situación clínica o alteración del estado de salud confirmada por un médico legalmente reconocido y que coincida con alguna de las definidas a continuación:
 - Carcinoma de mama: Enfermedad neoplásica con transformación maligna de células, que proliferan de una manera anormal e incontrolada y que se origina en el epitelio glandular de la mama. Se excluye cualquier tipo de carcinoma in situ o clasificado como Tis en la clasificación TNM.
 - Carcinoma de endometrio: Enfermedad neoplásica con transformación maligna de las células, que proliferan de una manera anormal e incontrolada y que se origina en cualquier región del tejido endometrial. Se excluye cualquier tipo de carcinoma in situ o clasificado como Tis (TNM) o FIGO 0.

- Carcinoma de cérvix uterino: Enfermedad neoplásica con transformación maligna de células, que proliferan de una manera anormal e incontrolada y que se origina en los tejidos del cuello uterino (órgano que conecta el útero con la vagina). Se excluye cualquier grado de CIN (Neoplasia Intraepitelial Cervical) así como cualquier tipo de carcinoma in situ o clasificado como Tis (TNM) o FIGO 0.
 - Carcinoma de ovario: Enfermedad neoplásica con transformación maligna de células, que proliferan de una manera anormal e incontrolada y que se origina en los tejidos del ovario.
- En cualquiera de los casos, el diagnóstico debe ser evidenciado por una histología claramente definida

Segunda opinión médica: Segundo diagnóstico que confirme o no las conclusiones del primero. Para acceder a esta prestación se deberá cumplir:

1. El primer diagnóstico esté realizado por un médico especialista o institución médica autorizada.
2. La patología diagnosticada esté dentro de las catalogadas como Enfermedad Grave, de acuerdo con la definición descrita en las Condiciones Particulares, o bien incluida en la relación siguiente:
Sida (Infección crónica del sistema inmunológico causada por el virus de inmunodeficiencia adquirida), Enfermedades Inmunológicas (Enfermedad multisistémica que afecta a todo el organismo), Parkinson (Degeneración del sistema niglostriado caracterizado por hipocinesia, rigidez muscular y temblores), Alzheimer (Atrofia cerebral difusa asociada a demencia que se presenta en periodos presenil y senil), Trasplante de órganos (Sustitución de un órgano vital por otro de un donante, que reemplaza su función en el organismo), Intervenciones quirúrgicas (Cualquier intervención quirúrgica a que se someta al Asegurado/a, excluida cirugía menor).

Rehabilitación Cardíaca: Conjunto de medidas dirigidas a mejorar la capacidad funcional, fisiológica y psicológica de la persona afectada por una enfermedad cardíaca calificada como Enfermedad Grave de acuerdo con las Condiciones Particulares. No es Rehabilitación Cardíaca y no están cubiertos los estudios y tratamientos en cuidados intensivos, unidad coronaria y sala de hospitalización ni los controles cardíacos posteriores.

La totalidad de las garantías complementarias descritas están sujetas a las condiciones, limitaciones y exclusiones previstas en la póliza, salvo la cobertura de Capital urgente de decesos.

Las coberturas de enfermedades graves están relacionadas entre sí, de modo que el pago del capital asegurado por cualquiera de ellas supone la anulación del resto de coberturas de enfermedades graves contratadas, continuando la póliza en vigor por el resto.

Sin embargo, el pago del capital por cualquiera de las garantías aseguradas, excepto las de enfermedades graves, supone la cancelación del seguro, entendiéndose la póliza rescindida a todos los efectos, sin perjuicio de lo dispuesto en relación a la garantía de "Doble efecto".

Las garantías de enfermedades graves no tendrán validez hasta que haya transcurrido un plazo de noventa días desde la fecha de efecto de la póliza. Si durante dicho plazo se diagnosticara al Asegurado/a una enfermedad grave de las que dan derecho al cobro del capital asegurado, conforme a lo previsto en la póliza, cualquier garantía de enfermedad grave contratada quedará cancelada y las primas de las mismas serán reembolsadas al Tomador/a del seguro.

El Tomador/a podrá modificar siempre que lo desee y con efectos inmediatos (sin perjuicio de lo dispuesto en el último párrafo de este apartado) las garantías y capitales asegurados, incorporando o eliminando garantías y/o incrementando o disminuyendo los capitales asegurados para las ya contratadas.

Estas modificaciones supondrán el reajuste del importe de las primas a satisfacer por el Tomador/a y, en caso de supresión de garantías o reducción de capitales asegurados, se extornará al Asegurado/a la parte de prima no consumida que corresponda.

Asimismo, el Tomador/a que contrate nuevas garantías o incremente el capital de las que ya tenga contratadas, deberá suscribir un nuevo cuestionario de salud.

CAPITALES ASEGURADOS

Para cada una de las garantías antes descritas, los capitales asegurados serán los previstos en las Condiciones Particulares de la póliza.

DURACIÓN DEL CONTRATO

Siempre y cuando el Tomador/a haya pagado el correspondiente recibo de prima, el contrato entra en vigor en la fecha y hora indicadas en las Condiciones Particulares, si bien las garantías complementarias se anularán en el aniversario del seguro más próximo al 65 cumpleaños del Asegurado/a, si ocurre antes del vencimiento del seguro. El seguro finaliza con la ocurrencia de cualquiera de los riesgos cubiertos por las garantías contratadas, excepto en el caso de enfermedades graves, en el que la póliza continuará en vigor, sin las mencionadas coberturas de enfermedades graves. De igual forma, el acceso a la prestación de Segunda Opinión Médica y Rehabilitación Cardíaca no implica la extinción del contrato. La Compañía tiene derecho a rescindir unilateralmente el contrato en caso de impago de la prima o por reserva o inexactitud del Tomador/a en las declaraciones efectuadas por esta para evaluar el riesgo.

Alcanzado el vencimiento de la póliza, la misma se renovará automáticamente por un plazo idéntico, salvo que el Tomador/a o la Compañía aseguradora se opongan expresamente a ello con una antelación mínima de dos meses respecto de la fecha de vencimiento.

En todo caso, la póliza sólo podrá renovarse, como máximo, hasta el aniversario del seguro más próximo al 70 cumpleaños del Asegurado/a, respecto de la garantía de fallecimiento, y hasta el aniversario del seguro más próximo a su 65 cumpleaños, respecto de las garantías complementarias.

CONDICIONES DE IMPUGNACIÓN Y RESCISIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO POR LA COMPAÑÍA

Si por culpa del Tomador/a la prima inicial no ha sido pagada a su vencimiento, la Compañía tiene el 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, la Compañía quedará liberada de su obligación.

El Tomador/a del seguro tiene el deber, antes de la celebración del contrato, de declarar a la Compañía, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. La Compañía podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador/a en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador/a del seguro en las que eventualmente haya incurrido en las citadas declaraciones.

CONDICIONES DE RESOLUCIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO POR EL ASEGURADO/A

El Tomador/a del seguro tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en que la Compañía le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional.

La facultad de resolución del Tomador/a se ejercerá mediante comunicación fehaciente por escrito, dirigida a la Compañía antes de que venza el plazo indicado.

A partir de la fecha en que se expida dicha comunicación, cesará la cobertura del riesgo por parte de la Compañía, y el Tomador/a del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia. La Compañía dispondrá, para ello, de un plazo de treinta días a contar desde el día que reciba la comunicación de rescisión.

PAGO DE LAS PRIMAS

La prima neta es el resultado de sumar las primas netas de cada garantía contratada. El recibo de prima se incrementa con las tasas e impuestos de legal repercusión en el momento de su emisión. Este seguro se configura a prima periódica durante el número de años establecido en las Condiciones Particulares, permaneciendo su importe constante durante toda la vigencia de la póliza, salvo que el Tomador/a modifique garantías o capitales asegurados. En todo caso, el pago de primas periódicas correspondientes a las garantías complementarias finalizará en el aniversario del seguro más próximo al 65 cumpleaños del Asegurado/a.

Las primas periódicas podrán pagarse de forma fraccionada según sea solicitado por el Tomador/a. Igualmente, el Tomador/a podrá solicitar el cambio en este fraccionamiento, en cuyo caso el nuevo fraccionamiento tomará efecto a partir del siguiente aniversario del seguro.

Las primas del seguro podrán verse modificadas, tanto al alza como a la baja, en cualquier momento como resultado de los cambios en las coberturas solicitados por el Asegurado/a.

En caso de cancelación de la póliza, eliminación de coberturas contratadas o reducción de capitales asegurados, se devolverá al Tomador/a del seguro la parte de la prima no consumida y pagada desde el momento de la cancelación, hasta el vencimiento de la misma.

VALORES GARANTIZADOS

Esta modalidad de seguro no dispone de valores de rescate, reducción o anticipo.

RÉGIMEN FISCAL

Sin perjuicio de las modificaciones posteriores que se puedan producir durante la vigencia del contrato, éste queda sometido a la normativa fiscal española de la siguiente forma: las prestaciones dinerarias del contrato, de las que resulte beneficiario el propio Tomador/a/ Asegurado/a, tributarán como rendimientos del capital mobiliario, sujetas a retención al tipo vigente en cada momento.

Las prestaciones por fallecimiento del Asegurado/a tributarán en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.