

Nota informativa al Tomador del Seguro previa a la contratación para los Seguros de Helvetia Individual Riesgo “Vida Integral”.

1 Información General al Tomador del Seguro

La presente información se facilita en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 96 de la ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y en los artículos 122 y 124 de su Reglamento aprobado por Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre.

1.1 Legislación aplicable

El presente Seguro se rige por:

- 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 entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- 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
- Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
- Ley 29/1987, de 18 de diciembre, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- Real Decreto 1629/1991, de 8 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto de Sucesiones y Donaciones.
- Ley 19/1991, de 6 de junio, del Impuesto sobre el Patrimonio
- Ley 27/2014, de 27 de noviembre, del Impuesto sobre Sociedades
- Real Decreto 634/2015, de 10 de julio, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre Sociedades.

1.2 Instancias de reclamación

De conformidad con el artículo 97.1 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras, los conflictos que puedan surgir entre Tomadores del seguro, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con la Entidad Aseguradora, se resolverán por los Jueces y Tribunales competentes. De acuerdo con el artículo 97.2 y 4 de la referida Ley 20/2015, podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral, en los términos de los artículos 57 y 58 del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, o a arbitraje privado en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje. Asimismo y conforme al art. 97, 2 de la citada Ley 20/2015, se podrán someter las divergencias a un mediador en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

1.2.1 Cláusula de información sobre tramitación de quejas y reclamaciones

Conforme a lo dispuesto en los artículos 29 y siguientes de la Ley 44/2002 de 22 de noviembre de Reforma del Sistema Financiero, artículo 97.5 de la Ley 20/2015, de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y el desarrollo del Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros, R.D. 303/2004 de 20 de febrero; y en el artículo 9 de la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo, **esta Entidad tiene un Departamento de Atención al Cliente** para atender las quejas y reclamaciones de los mismos relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, con domicilio en Paseo Cristóbal Colón 26, 41001 SEVILLA y dirección electrónica: departamentoatencioncliente@helvetia.es

En relación con el Departamento de Atención al Cliente, le informamos que:

- La entidad tiene la obligación legal de atender y resolver las quejas y reclamaciones de sus clientes en el plazo máximo de dos meses de la recepción de la misma. No obstante ello, la entidad se compromete a finalizar el expediente en el plazo máximo de un mes a partir de la fecha en que la consulta, queja o reclamación fuera presentada en el Departamento de Atención al Cliente. Cuando a la entidad no le sea posible responder dentro de dicho plazo, se informará al reclamante sobre las causas del retraso con indicación del momento en que sea probable que se complete la investigación y se resuelva la reclamación. No obstante ello y en todo caso, la finalización del expediente no podrá prolongarse más de dos meses desde la presentación de la consulta, queja o reclamación.
- La presentación de la consulta, queja o reclamación se realizará por escrito al Departamento de Atención al Cliente, personalmente o mediante representación debidamente acreditada, en cualquiera de las oficinas de la Entidad, o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos permitan la lectura, impresión y conservación de los documentos.
- La Entidad tiene en sus oficinas, a disposición de los clientes, el modelo de presentación de quejas y reclamaciones adaptado a los requisitos legales, y el reglamento de funcionamiento del Departamento de Atención al Cliente.
- La decisión del Departamento de Atención al Cliente será motivada y contendrá conclusiones claras sobre la solicitud planteada en la consulta, queja o reclamación, fundamentándose en las cláusulas contractuales, en la legislación de seguros y en las buenas prácticas y usos del sector asegurador.
- Transcurrido este plazo, el reclamante podrá trasladar su queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros para lo cual deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la presentación de la reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente, sin que ésta haya sido resuelta, o que haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

Esta cláusula no es de aplicación a las operaciones calificadas como «grandes riesgos» (Artículo 107 Ley 50/1980 de Contrato de Seguro). No obstante, los clientes pueden dirigirse, con carácter previo a la interposición de la acción judicial o arbitral que corresponda, al Departamento de Atención al Cliente que atenderá y se pronunciará sobre la queja o reclamación formulada en el plazo máximo de dos meses desde la recepción de cualquiera de ellas.

1.3 Entidad Aseguradora

La Entidad Aseguradora es Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en Paseo de Cristóbal Colón 26, CP-41001 Sevilla (España). Corresponde al Ministerio de Economía y Hacienda, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control y supervisión de su actividad aseguradora.

1.4 Jurisdicción

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del asegurado.

1.5 Cláusula de consentimiento expreso sobre cesión y tratamiento informatizado de datos

De conformidad con lo regulado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y las normas reglamentarias que le sean complementarias, Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros le informa que los datos de carácter personal facilitados en el presente documento (incluidos los de salud si los hubiere) serán incorporados a un fichero de su responsabilidad con la finalidad de gestionar la relación aseguradora.

El titular consiente que los datos derivados de un siniestro comunicado por el mismo o por cualquier otro tercero interesado y que haga referencia a sus propios datos durante el tiempo de cobertura del seguro sean tratados con la finalidad de gestionar dicho siniestro por lo que dichos datos podrán ser cedidos o comunicados a los terceros encargados de tramitar dicho siniestro (peritos, talleres, médicos, abogados, etc.). En este sentido, también podrán ser comunicados a todos aquellos terceros que presten un servicio a Helvetia Seguros que implique necesariamente el acceso a sus datos personales cuando resulte necesario para el mantenimiento, desarrollo y control de la relación jurídica.

Igualmente sus datos podrán ser comunicados a las Entidades Coaseguradoras y Reaseguradoras en los casos de coaseguros y reaseguros cuando ello resulte necesario para el desarrollo, mantenimiento y control de la relación jurídica.

Sus datos podrían ser comunicados a ficheros comunes en los casos legalmente previstos con la finalidad de prevenir el fraude, facilitar el resarcimiento en caso de siniestro, valorar riesgos y/o localizar vehículos robados o en otros supuestos que usted expresamente consienta.

También queda informado y acepta expresamente el titular de la cesión de los datos (incluidos los de salud si los hubiere) a otros ficheros comunes que pudieran existir para la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial, con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, cuyos responsables son SERVIAL, TIREA, H.N.A.S.C. y ASITUR.

Helvetia Seguros podrá solicitar informes comerciales y de solvencia que completen la información que usted nos ha facilitado.

Le informamos de la posibilidad de hacer uso, para su tratamiento o cesión a terceros, de los datos de carácter personal de los que resulta titular con la finalidad de realizar encuestas de satisfacción, remitirle comunicaciones comerciales, publicitarias y promocionales, ya sea por vía postal o por medios electrónicos, de productos y servicios de Helvetia Seguros, tanto durante la vigencia de la póliza o pólizas que pudiera tener concertadas con Helvetia.

Seguros como a su término, así como con el objeto de adecuar nuestras comunicaciones a su perfil particular.

La cesión de datos podrá realizarse, con la misma finalidad antes expuesta, a otras empresas del Grupo pertenecientes al sector seguros ubicadas en países que otorguen un nivel de protección equiparable al de la legislación española.

A tal fin se solicita su conformidad y consentimiento a tal tratamiento pudiendo mostrar su negativa en el plazo de treinta días, advirtiéndole que en caso de no pronunciarse se entenderá que consiente el tratamiento de sus datos de carácter personal en el sentido indicado en el párrafo precedente.

En el supuesto de no querer prestar su consentimiento, puede proceder marcando con una X en el/los recuadro/s inferior/es y entregarlo en cualquiera de nuestras Sucursales.

No autorizo el tratamiento de mis datos de carácter personal para la realización de encuestas, envíos de comunicaciones comerciales, publicitarias y promocionales.

No deseo recibir comunicaciones comerciales por correo electrónico u otro medio de comunicación equivalentes (SMS, MMS, etc.).

Podrá ejercer, también, sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación dirigiéndose a cualquiera de nuestras Sucursales.

En caso de incluirse datos de personas físicas distintas del Tomador de la Póliza, éste se compromete a informar previamente a tales personas sobre los extremos señalados con anterioridad.

2 Nombre del Producto

Helvetia Individual Riesgo "Vida Integral".

3 Tipo de Seguro

Helvetia Individual Riesgo "Vida Integral" es un seguro individual de riesgo por el que la Entidad Aseguradora se compromete a abonar al Beneficiario designado el importe de la cantidad establecida en caso de ocurrencia de la Garantía contratada y en la forma que se indica en las Condiciones Generales y Específicas de la Póliza.

4 Definición de Garantías

4.1 Fallecimiento

El Asegurador abonará al Beneficiario o Beneficiarios designados el capital asegurado en las Condiciones Particulares de la Póliza en caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del contrato, cualquiera que sea la causa que lo produzca y el lugar en que ocurra.

El capital a indemnizar por esta Garantía se incrementará en un 50% siempre que como consecuencia de un accidente, tal y como está definido en el contrato, se produzca el fallecimiento conjunto del Asegurado y su cónyuge, de forma inmediata o como consecuencia directa de las lesiones del accidente en el plazo de un año desde la ocurrencia del mismo.

4.1.1 Exclusiones del seguro de Fallecimiento

- El fallecimiento por enfermedades contraídas o accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del seguro, conocidas por el Asegurado antes de dicha fecha, que no hubieran sido declarados por el mismo y que de haber sido conocidos por el Asegurador, hubiera sido motivo de rehúse o aplazamiento.
- El fallecimiento por suicidio del Asegurado si no ha transcurrido más de un año desde la conclusión del contrato. Se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio Asegurado.
- El fallecimiento como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

- Las consecuencias de guerra u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social o actos de terrorismo, así como los accidentes causados por terremotos, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario. (Dichos acontecimientos extraordinarios quedan cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros de acuerdo a la cláusula de riesgos extraordinarios que recoge este contrato).

4.2 Garantías Complementarias

Las Garantías Complementarias sólo se considerarán incluidas si se hacen constar expresamente en las condiciones Particulares de la Póliza, en caso contrario se considerarán excluidas.

4.2.1 Invalidez Absoluta y Permanente

El Asegurador anticipará al Asegurado el capital de la Garantía Básica de Fallecimiento, si como consecuencia de un accidente o una enfermedad, se ocasiona al Asegurado durante la vigencia de la Póliza una Invalidez Absoluta y Permanente. Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

Se entiende por Invalidez Absoluta y Permanente la situación física o psíquica irreversible, determinante de la total ineptitud del Asegurado para el ejercicio de cualquier profesión o actividad laboral, provocada por accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado.

4.2.2 Fallecimiento por accidente

El Asegurador abonará al Beneficiario del Asegurado el capital adicional indicado para esta Garantía, si éste fallece a consecuencia de un accidente garantizado por la Póliza de forma inmediata o como consecuencia de las lesiones sufridas en el plazo de un año a la fecha de su ocurrencia, siempre que el accidente y el fallecimiento sobrevengan estando la Póliza en vigor. Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

4.2.3 Invalidez Absoluta y Permanente por accidente.

El Asegurador abonará al Asegurado el capital adicional indicado para esta Garantía, si como consecuencia de un accidente garantizado, se ocasiona al Asegurado una Invalidez Absoluta y Permanente comprobada y fijada en el término de un año desde la fecha de ocurrencia del accidente, siempre que el accidente y la Invalidez sobrevengan estando la Póliza en vigor. Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

4.2.4 Fallecimiento por accidente de circulación.

El Asegurador abonará al Beneficiario del Asegurado el capital adicional indicado para esta Garantía, si éste fallece a consecuencia de un accidente de circulación de forma inmediata o como consecuencia de las lesiones sufridas en el plazo de un año a la fecha de su ocurrencia, siempre que el accidente y el fallecimiento sobrevengan estando la Póliza en vigor. Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

4.2.5 Invalidez Absoluta y Permanente por accidente de circulación

El Asegurador abonará al Asegurado el capital adicional indicado para esta Garantía, si como consecuencia de un accidente de circulación, se ocasiona al Asegurado una Invalidez Absoluta y Permanente comprobada y fijada en el término de un año desde la fecha de ocurrencia del accidente, siempre que el accidente y la Invalidez sobrevengan estando la Póliza en vigor. Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

4.2.6 Invalidez Parcial por accidente según baremo

El Asegurador abonará al Asegurado, el capital adicional correspondiente al porcentaje de capital fijado en la tabla inserta en las Condiciones Generales de la Póliza de secuelas por Invalidez Parcial, si como consecuencia de un accidente garantizado, originado independientemente de la voluntad del Asegurado, se ocasiona al Asegurado una Invalidez Parcial, que deberá acreditarse en un plazo no superior a un año desde la fecha de ocurrencia del accidente, siempre que éste sobrevenga estando la Póliza en vigor. Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

4.2.7 Incapacidad Temporal

Opción A: Incapacidad temporal por cualquier causa

El Asegurador abonará al Asegurado la indemnización diaria indicada para esta Garantía, si como consecuencia de un accidente o enfermedad, se ocasiona al Asegurado una Incapacidad Temporal.

Opción B: Incapacidad temporal por accidente

El Asegurador abonará al Asegurado la indemnización diaria indicada para esta Garantía, si como consecuencia de un accidente, se ocasiona al Asegurado una Incapacidad Temporal.

En ambos casos por cualquier causa o por accidente, el plazo máximo de indemnización será de 365 días a partir de la fecha de la contingencia cubierta. A este plazo máximo de indemnización se le descontará una franquicia de 7 días.

En el caso de enfermedad existirá un plazo de carencia de tres meses. En el caso de accidente no existe plazo de carencia.

4.2.7.1 Exclusiones de la Incapacidad Temporal

- La incapacidad Temporal ocasionada por las enfermedades mentales cualquiera que sean sus formas así como cualquier patología ocasionada o desencadenada por el estrés.
- La incapacidad temporal ocasionada por las patologías que tengan como manifestación única el dolor, sin comprobación con pruebas médicas.
- La incapacidad temporal por cirugía estética o plástica reparadora salvo las necesarias para eliminar las secuelas de un accidente sufrido por el Asegurado.
- La incapacidad temporal ocasionada por cualquier enfermedad que tenga su origen en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- La incapacidad temporal ocasionada por cualquier proceso que tenga su origen en lesiones osteoarticulares y que provengan de lesiones previas degenerativas, defectos o deformaciones que sean preexistentes a la contratación de la Póliza.

4.2.8 Enfermedad Grave.

El Asegurador en caso de diagnóstico de una enfermedad grave del Asegurado, anticipará al Asegurado, el capital Asegurado de la Garantía Básica de Fallecimiento. Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

Se entiende por Enfermedad Grave toda alteración del estado de salud, cuyo diagnóstico será efectuado por un médico legalmente reconocido y confirmado por el médico del Asegurador, que requiera tratamiento y cuyas manifestaciones se presenten durante la vigencia de la Póliza.

Existe un plazo de carencia de tres meses a contar desde el efecto de la póliza,

A efectos de esta Póliza tendrán la consideración de Enfermedades Graves exclusivamente las siguientes:

- Cáncer
- Accidente cerebro vascular
- Infarto de miocardio.
- Insuficiencia renal
- Trasplante de órganos vitales

4.2.8.1 Exclusiones de la Enfermedad Grave

- Los tipos de cáncer no invasores in situ, tumores en la presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana, la enfermedad de Hodgkin en su primera fase y todo tipo de de cáncer de piel, excepto el melanoma maligno.
- Accidentes vasculares isquémicos transitorios y accidentes lentamente reversibles.

4.2.9 Cirugía.

El Asegurador abonará al Asegurado el capital o indemnización diaria indicado para esta Garantía. Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

Opción A) Intervención Quirúrgica

El Asegurador como consecuencia de una enfermedad contraída o un accidente sufrido durante la vigencia de la Póliza, abonará, la indemnización de tantos módulos o veces como se haya establecido en las Condiciones Particulares, la indemnización única señalada en la tabla de indemnizaciones, según la clase de intervención quirúrgica que se especifica en las Condiciones Generales.

Opción B) Hospitalización por intervención quirúrgica

El Asegurador abonará al Asegurado, la indemnización diaria especificada en las Condiciones Particulares, cuando el Asegurado tuviera que ser necesariamente internado en un hospital para su intervención quirúrgica como consecuencia de una enfermedad contraída o un accidente sufrido durante la vigencia de la póliza.

El plazo máximo de indemnización en ambas opciones será de 120 días por hospitalización continuada.

En el caso de enfermedad existirá un plazo de carencia de tres meses. En el caso de accidente no existe plazo de carencia.

4.2.9.1 Exclusiones de Cirugía

- Las enfermedades mentales cualquiera que sean sus formas así como cualquier patología ocasionada o desencadenada por el estrés.
- Las patologías que tengan como manifestación única el dolor, sin comprobación con pruebas médicas.
- La cirugía estética o plástica reparadora salvo las necesarias para eliminar las secuelas de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.
- Cualquier enfermedad que tenga su origen en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- La prestación de los servicios médicos o quirúrgicos
- La hemodiálisis.
- Las indemnizaciones o subsidios por hospitalización, cuando el internamiento sea inferior a 24 horas.
- Las hospitalizaciones debidas a embarazo, o parto normal.
- Hospitalizaciones con el objeto de realizar curas de rehabilitación, de reposo, termales o dietéticas y los chequeos o controles de salud.

4.2.10 Asistencia sanitaria por accidente.

El Asegurador abonará al Asegurado, los gastos de asistencia sanitaria que se produzcan a consecuencia de un accidente garantizado por la Póliza, hasta el total restablecimiento del Asegurado o la fijación de su grado de invalidez y como máximo durante 365 días contados desde el día del accidente.

Siempre que la asistencia sea prestada por facultativos o centros designados o aceptados por el Asegurador, quedan incluidos en esta Garantía los gastos ocasionados por hospitalización, curación, asistencia clínica y traslado urgente.

La prima de este riesgo variará anualmente en la misma proporción que lo haga el Índice de Precios al Consumo (IPC) o el que lo pudiera sustituir en el futuro.

Esta Garantía surte efecto en todo el territorio español y durante las 24 horas del día.

4.2.11 Exclusiones comunes a las Garantías Complementarias.

Además de las exclusiones que figuran para la Garantía de Fallecimiento, quedan excluidos todos los siniestros originados por alguno de los siguientes motivos:

- El suicidio, frustrado o consumado, o autolesión intencionada del Asegurado.
- Los ocasionados por la participación en espectáculos taurinos, actos delictivos, alborotos, reyertas o luchas, salvo que en este último caso hubiese actuado en legítima defensa, infracciones de la Ley, imprudencias o negligencias graves del Asegurado declaradas así judicialmente, así como por las consecuencias de participación del Asegurado en carreras o apuestas de velocidad con vehículos a motor.
- Los ocasionados por la práctica profesional de cualquier deporte, conduciendo o yendo en motocicletas de más de 250 centímetros cúbicos, los debidos a deportes de alto riesgo como escalada o alta montaña, automovilismo, motorismo, motonáutica de competición, submarinismo, paracaidismo, vuelo sin motor, ala delta, y demás deportes aeronáuticos, esquí de competición, deportes de contacto como el boxeo y otros, puenting, rafting y similares.
- Los accidentes sufridos por el Asegurado en estado de embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes, no prescritos médicamente. Se considera embriaguez cuando el grado de alcohol en sangre sea superior en más de un 20% a los límites legales establecidos en la Ley sobre Tráfico o en el Reglamento General de la Circulación, o el Asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.

4.3 Forma de cobro de la prestación

El cobro de la prestación será en forma de capital.

5 Condiciones y plazos de las primas

El importe de la prima de cada anualidad depende del capital contratado, de la edad actuarial alcanzada por el asegurado al inicio de cada anualidad y de la forma de pago de la prima..

La prima puede pagarse con periodicidad anual, semestral, trimestral o mensual.

6 Duración del contrato y condiciones para su rescisión y resolución

La duración de la Póliza será de un año prorrogable, renovándose tácitamente por un año más a su vencimiento anual, y así sucesivamente hasta, como máximo, el cumplimiento de la edad actuarial marcada para cada una de las Garantías contratadas.

El contrato finalizará por los siguientes motivos:

- El pago de las prestaciones de Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente del Asegurado, cualquiera que sea su causa.
- Por anulación del contrato por parte del Tomador del Seguro.
- En caso de que el Tomador del Seguro deje de pagar la prima vencida dentro de los plazos establecidos en las Condiciones Generales y Específicas de la Póliza.
- En la anualidad en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad actuarial para la Garantía Básica de Fallecimiento por cualquier causa, salvo pacto expreso en contrario, y para las Garantías Complementarias en la anualidad en que el Asegurado cumpla los 65 años de edad actuarial.

6.1 Facultad de resolver el Contrato por el Tomador del Seguro

El Tomador del Seguro en un contrato de seguro individual de duración superior a seis meses que haya estipulado el contrato sobre la vida propia o la de un tercero tendrá la facultad unilateral de resolver el Contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna dentro del plazo de treinta días siguientes a la fecha en la que el Asegurador le entregue la Póliza o documento de cobertura provisional. Se exceptúan de esta facultad unilateral de resolución los contratos de seguro en los que el Tomador del Seguro asume el riesgo de la inversión, así como los contratos en los que la rentabilidad garantizada esté en función de inversiones asignadas en los mismos.

La facultad unilateral de resolución del Contrato deberá ejercitarse por el Tomador del Seguro mediante comunicación dirigida al Asegurador a través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación.

A partir de la fecha en la que se expida la comunicación cesará la cobertura del riesgo por parte del Asegurador y el Tomador 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. El Asegurador dispondrá para ello de un plazo de treinta días a contar desde el día que reciba la comunicación de rescisión.

7 Valores garantizados

Esta modalidad de seguro carece de valores garantizados por lo que no permite rescatar o reducir el seguro ni efectuar anticipo alguno sobre el mismo.

8 Indicaciones generales relativas al régimen fiscal aplicable

Conforme a la legislación vigente, cuando el Beneficiario sea el propio Tomador-Asegurado del seguro la prestación percibida está sometida al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. Si el Beneficiario es persona distinta del Tomador-Asegurado, la operación queda sujeta al Impuesto de Sucesiones y Donaciones.