

Guías da OMIC



Concellaría de
Sanidade e Consumo

Guía de seguros

vida-accidentes-enfermidade-asistencia sanitaria
-asistencia en viaxe-a xubilación





Guías da OMIC

seguros

vida- accidentes- enfermedad- asistencia sanitaria
-asistencia en viaxe- a xubilación

Edita

Oficina Municipal
de Información ao Consumidor(OMIC)

Coordinación

Antón Barba

Textos

Miguel Torres Jack
Avogado
Miguel López Crespo
Unión de Consumidores de Galicia

Deseño

kulyly

Imprime

Rella S.L.

Índice

6 Seguros de Vida

6 Concepto

6 Características:

6 • A cláusula de indisputabilidade

7 • A idade

8 • Resolución do contrato

9 • Designación do beneficiario

11 • Riscos excluídos: o risco de suicidio

13 • Entrega do capital asegurado: inembargabilidade

14 • Os dereitos garantidos: redución, rescate, rehabilitación e anticipo

16 Modalidades:

16 • Seguros de risco ou para caso de falecemento:

16 Temporais

18 Seguros de vida enteira

18 Seguros complementarios: falecemento accidental e complementario de invalidez

- 20
 - Seguros de aforro ou para o caso de supervivencia ou xubilación
- 21
 - Seguros mixtos
- 22
 - Seguros de rendas
- 24 **Conellos que cómpre ter en conta:**
- 25 **Seguro de accidentes**
- 25 **Concepto de accidente**
- 28 **Estrutura**
- 28 **Coberturas**
 - Para o caso de falecemento
 - Para o caso de invalidez permanente
 - Para o caso de incapacidade temporal
 - Para gastos de asistencia sanitaria
- 33 **Modalidades dos seguros de accidentes**
- 34 **Determinación da prima**
- 36 **Exclusións máis frecuentes**
- 39 **Conellos que cómpre ter en conta:**
- 41 **Seguros de enfermidade**
- 41 **Concepto e réxime legal**
- 42 **Garantías**
- 44 **Prazos de carencia e franquías**
- 45 **Exclusións**

46	Seguros de asistencia sanitaria
46	Concepto e réxime legal
46	Garantías
47	Modalidades
48	Períodos de carencia
49	Riscos excluídos
49	Perda de dereitos, rescisión e indisputabilidade do contrato
51	Seguros de asistencia en viaxe
53	A xubilación
53	a. Seguros de vida aforro. Seguros ou plans de xubilación: os PIAS
56	b. Plans de previsión asegurados
57	c. Plans de pensións
62	d. Fondos de investimento
63	e. Depósitos a prazo



SEGUROS DE VIDA

Concepto

É o contrato polo cal una das partes, asegurador, se compromete, mediante unha prima única ou periódica que recibe do tomador do seguro a pagar a prestación convida ao beneficiario no caso de que se cumpra a circunstancia prevista no contrato que é a eventualidade sobre a vida do asegurado.

A cobertura do risco está motivada pola incerteza do acaecemento dun feito (o falecemento) nun momento indeterminado e cunhas consecuencias económicas derivadas variábeis segundo a causa de morte.

Características

O seguro de vida está fundamentado tecnicamente en bases estatísticas de mortalidade humana e outros elementos financeiros, que permiten unha gran previsión no cálculo de primas.

A cláusula de indisputabilidade

O artigo 89 da Lei de Contrato de Seguro (LCS) establece que o asegurador non poderá impugnar o contrato unha vez transcorrido o prazo dun ano, a contar desde a data da súa conclusión, a non ser que as partes establecesen un termo máis breve en póliza e, en todo caso, salvo que o tomador do seguro actuase con dolo.

Esta cláusula que establece a LCS opera como garantía ao asegurado, que sabe que transcorrido un ano desde a celebración do contrato, a aseguradora non o poderá denunciar opóndose ao pago da prestación acordada. A finalidade é de protección ao consumidor que está amparado contra os posibles abusos derivados da parte máis poderosa no contrato (a aseguradora) así como un fundamento comercial, xa que non sería tan popular a contratación de seguros de vida se as compañías se dedicasen a denunciar ou impugnar os contratos deixando baleiras de contido as prestacións acordadas.

A idade

A LCS, prohibe contratar seguros para o caso de morte aos menores de 14 anos ou incapacitados (é obvio que os incapacitados non poden contratar validamente con terceiros en virtude do artigo 1263 do Código civil).

A Lei 44/2002 de Medidas de Reforma do Sistema Financeiro, reforma este artigo e establece no seu artigo 12, que se o asegurado

é menor de idade, será necesaria, ademais a autorización por escrito dos seus representantes legais, deixando subsistente a prohibición de contratar un seguro de vida con menores de 14 anos.

A LCS (artigo 90) establece que en caso de indicación inexacta da idade do asegurado, o asegurador só poderá impugnar o contrato se a verdadeira idade do asegurado no momento da entrada en vigor daquel excede dos límites de admisión establecidos polo contrato.

É dicir, será o asegurador quen teña que demostrar que a verdadeira idade que tiña o asegurado excedía o límite posíbel para contratar ese seguro. Evidentemente, ese límite de idade haberá de estar contemplado no condicionado da póliza.

Se, por indicación inexacta da idade, a prima que se paga é inferior á que correspondería se se declarase a verdadeira, a prestación do asegurador reducirase en proporción á

prima percibida. Pero, se ocorre ao contrario, e a prima que se está pagando é superior á que correspondería en caso de declarar a verdadeira idade, o asegurador está obrigado a restituír o exceso de primas sen xuros.

Resolución do contrato

O tomador (contratante) dun seguro individual de vida, xa sexa sobre a propia ou a dun terceiro, ten a facultade unilateral de resolver o contrato sen indicación dos motivos e sen penalización ningunha, dentro dos 30 seguintes á data na que o asegurador lle entregue a póliza ou documento de cobertura provisional. (artigo 83.a da LCS).

Se o contrato se celébra a distancia, o prazo cóntase desde a última das seguintes datas: desde que o tomador recibe a comunicación de que o contrato se celebrou, ou desde que recibe o contrato coas condicións deste.

É importante apuntar, que é unha facultade da que dispón o contratante (tomador do seguro), que non está obrigado a dar ningunha explicación. Abonda con que lle envíe unha comunicación á aseguradora (burofax, telegrama, carta con aviso de chegada ou unha carta selando a copia en calquera sucursal ou axencia da aseguradora)) dicindo textualmente que resolve o contrato dentro do prazo estipulado no artigo 83.a da LCS ou algo similar, como que desiste deste dentro do prazo legal. A lei non esixe ningún



formalismo, abonda con que se acredite comunicar á aseguradora, axencia de seguros ou corredoría a vontade de desistir do contrato no prazo indicado.

O asegurador, pola súa banda, estará obrigado á devolución da prima que cobrou dentro dos 30 días seguintes á recepción da comunicación de renuncia por parte do tomador. Poderá detraer da devolución da prima os días transcorridos desde a celebración até a devolución desta (dentro dos prazos indicados: 30 días do tomador máis 30 días para devolución da prima pola aseguradora).

Designación de beneficiario

O seguro de vida pode estipulalo o tomador do seguro sobre a vida propia ou dun terceiro (asegurado); nese caso requírese o consentimento deste se se trata dun seguro para o caso de morte. O tomador do seguro pode designar beneficiario ou modificalo, sinalándoo na póliza, nunha

posterior declaración escrita comunicada ao asegurador ou no testamento. É importante saber que a revogación ou cambio dun beneficiario debe ser feito na mesma forma que se estableceu na designación. Se no momento do falecemento do asegurado non houbo beneficiario designado nin regras para a súa determinación, o capital formará parte do patrimonio do tomador.

Existe na actualidade un *Rexistro Xeral de Contratos de Seguro con Cobertura de Falecemento, dependente do Ministerio de Xustiza*, que nos permite solicitar no mesmo momento en que tramitamos (ante o *Rexistro Xeral de Actos de última Vontade*) as certificacións do outorgamento testamentario do defunto, certificación dos contratos de seguro con cobertura de falecemento que posuía (poden ser seguros de vida, decesos, etc). É conveniente solicitar a dita certificación aínda cando non nos conste a contratación do devandito seguro, xa que moitas veces están unidos de forma complementaria

a outros contratos, de crédito, de cartóns bancarios, etc.

A LCS establece unhas regras para a determinación do beneficiario: en caso de designación xenérica dos fillos dunha persoa como beneficiarios, entenderanse como fillos todos os descendentes con dereito á herdanza. Os herdeiros serán os que teñan a dita condición no momento do falecemento do asegurado. Se a designación se fai sobre os herdeiros sen especificar nada máis, entenderase que é sobre os herdeiros do tomador do seguro que teñan dita condición no momento do falecemento do asegurado. A designación do cónxuxe como beneficiario será ao que o sexa no momento da morte do asegurado. Os beneficiarios que sexan herdeiros, conservarán a devandita condición aínda que renuncien á herdanza.

En caso de existir varios beneficiarios, a regra xeral é que se repartirán en partes iguais, se os beneficiarios son os herdeiros, repartirase en función da cota hereditaria salvo pacto en contrario.

A parte non adquirida por un beneficiario, acrecentará nos demais.

Exemplo: En caso de renunciar á miña herdanza deixada polo tomador dun seguro de vida, se somos 5 herdeiros e a miña cota testamentaria é de 1/20 parte ¿teño dereito á miña parte de seguro de vida e en que proporción xa que nel constaban como beneficiarios xenericamente os herdeiros?

En primeiro lugar pola LCS a designación como beneficiarios dos herdeiros xenericamente nun seguro de vida, enténdese que son os do tomador, en segundo lugar e segundo a mesma lei, a renuncia á herdanza non implica a renuncia a ser beneficiario do seguro de vida aínda que se indicaron como tales os herdeiros. Respecto da cota, aínda non sendo herdeiro ao renunciar, será a indicada no testamento ou na súa falta, a legal en caso de sucesión intestada (sen testamento), neste caso, a de 1/20 (doutra forma non respectaríamos a vontade do defunto, xa que pasaría dunha vinteava parte a

un quinto do capital do seguro de falecemento, atopándonos cun resultado non querido polo asegurado).

Riscos excluídos: o risco de suicidio

1) As exclusións que a LCS establece son:

a) O asegurador só se liberara da prestación no caso de que o falecemento do asegurado teña lugar por algunha das circunstancias expresamente excluídas na póliza. É dicir, establece un principio de causas taxadas que han de estar determinadas nos condicionados dos contratos.

b) Exclúese da indemnización ao beneficiario que provocase dolosamente a morte do asegurado, quedando a indemnización integrada no patrimonio do tomador. Loxicamente, un contrato de seguro non pode beneficiar a quen provoca dolosamente a morte de alguén, o que constitúe un delito e exclúe da prestación

indemnizatoria de calquera seguro por canto é un sinistro provocado.

c) Exclúese o suicidio o primeiro ano desde a conclusión do contrato agás pacto en contrario, enténdese máis beneficioso para o asegurado, é dicir, posibilidade de excluír a dita eventualidade por menor tempo. A partir desa data quedará cuberto. Para efectos enténdese suicidio a morte causada consciente e voluntariamente polo propio asegurado.

2) As exclusións nos condicionados das aseguradoras.

Son moito máis amplas, xa que as aseguradoras necesitan adaptar os seus cálculos actuariais evitando o maior número posíbel de riscos, de tal xeito que a forte competencia leva á baixa xeralizada das primas desde hai anos, o que á súa vez redonda nun minucioso estudo polas aseguradoras das exclusións aplicábeis. A título enunciativo:

a) Acto delituoso cometido, en calidade de autor ou cómplice, por un beneficiario ou quen puidese reclamar a cantidade asegurada ou a indemnización. Esta exclusión encádrase dentro da teoría xeral dos contratos, como dicimos, non pode recibir unha prestación quen cometera un delito mediando dolo.

b) Guerra, invasión, actos de inimigos estranxeiros, hostilidades bélicas, con ou sen declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín ou feitos que as leis cualifican como delitos contra a seguridade interior do Estado. Estamos ante as denominadas circunstancias extraordinarias, tendo que reclamarlle nestes casos ao Consorcio de Compensación de Seguros que opera como entidade de garantía, acreditando que se tiña unha póliza contratada e pagada.

c) A práctica de alpinismo, de auto, motos, motos de auga, lanchas e cabalo, mergullo, á delta, parapente, jeep fun race, paracaidismo, ao estudante



de piloto de aviación, rallie e outros deportes distintos aos mencionados que teñan carácter de risco. Evidentemente, os deportes de alto risco adoitan estar excluídos, ha de terse en conta que son totalmente voluntarios e que a súa participación neles implica a renuncia á prestación sempre que estea contemplado en póliza.

d) Fisión o fusión nuclear ou contaminación radioactiva. Sería imposible pagarlles a todos os beneficiarios á vez dunha zona sobre a que incidise a dita eventualidade.

e) Que o asegurado se atope en estado de ebriedade ou baixo os efectos de drogas ou alucinóxenos. Estes estados deberán ser cualificados pola autoridade competente. É un acto doloso ou

voluntario do asegurado, a inxesta de alcol ou drogas, pero esta ha de ser tal, que lle anule a conciencia de tal forma que realice un acto polo que poida falecer, ou faleza directamente debido á dita inxesta.

f) Viaxe ou voo en vehículo aéreo de calquera clase, excepto como pasaxeiro nun voo operado por unha empresa de transporte aéreo comercial, sobre unha ruta establecida para o transporte de pasaxeiros suxeito a itinerario.

En resumo, non hai cobertura no caso de voo fóra de ruta aérea ou por un operador non autorizado.

g) Pena de morte derivada da participación en calquera acto delituoso.

Entrega do capital asegurado: inembargabilidade

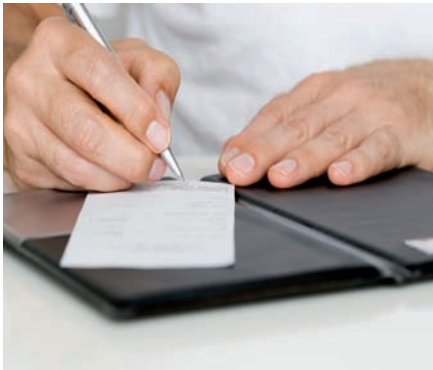
A LCS establece unha presunción a favor do beneficiario de tal forma que a prestación ha de serlle entregada pola aseguradora, aínda cando existan reclamacións na súa contra dos herdeiros lexítimos ou acredores de calquera clase do tomador do seguro. Uns e outros si lle poden esixir ao beneficiario o pagamento das primas abonadas polo contratante en fraude dos seus dereitos.

Estabéllese polo tanto, o principio de inembargabilidade da indemnización dun seguro de vida. É importante saber que a lei non diferencia o tipo de acredor, establece que pode ser de calquera clase, é dicir, protexe o beneficiario ante un acredor hipotecario, cambiario, salarial ou calquera outro con carácter privilexiado ou preferente.

Dereitos garantidos:

Redución, rescate, rehabilitación, anticipo e participación en beneficios

Os seguros de vida ou mixtos (accidentes e vida, por exemplo) teñen a facultade de modificar as súas características por pedimento do usuario, sendo obrigatorio, en todos os condicionados da póliza, reflectir se teñen unha serie de cláusulas que permiten as ditas modificacións. A LCS dinos neste punto que na póliza de seguro regularanse os dereitos de rescate e redución da suma asegurada, de modo que o asegurado poida coñecer en todo momento o valor de rescate ou redución.



Redución

Consiste en que o asegurado, unha vez transcorridos dous anos de vixencia da póliza, pode deixar de pagar primas sen que por iso o asegurador anule o contrato, como ocorrería noutras modalidades de seguros. Loxicamente, as indemnizacións quedarán reducidas proporcionalmente á prima paga até o momento de adoptar a decisión de reducir a póliza por parte do asegurado. O asegurado queda liberado do pagamento de primas, a póliza segue vixente pero cun capital inferior ao que se contratou.

A rehabilitación

A rehabilitación da póliza reducida, que volve ter as características iniciais, sempre que se paguen as primas atrasadas máis os xuros técnicos estimados.

Esta modalidade de redución é interesante para persoas que non

teñen rendas constantes ou son autónomas, podendo no momento en que obteñan uns ingresos extras, acudir á rehabilitación da póliza.

O rescate

Consiste en cancelar o seguro e recuperar todo o capital acumulado en concepto de aforro, debendo transcorrer dous anos como mínimo desde a vixencia do seguro para poder optar a esta garantía. Supón, a diferenza da redución, unha rescisión total do contrato.

O valor de rescate ha de constar na propia póliza mediante un cadro de valores, que debe de establecer que valor se adxudica en cada anualidade do seguro. Xeralmente é a diferenza entre a provisión matemática da póliza e determinadas cantidades que se deducen: gastos de comisión, gastos non amortizados...

Anticipo

O tomador do seguro que teña dereito a valor de rescate, ten a posibilidade de obter un préstamo ou anticipo dunha cantidade

monetaria en función dos depósitos que este constituíu a través do pago das súas primas e se han ir acumulando na reserva matemática. O límite destes préstamos é o mesmo que o capital do fondo acumulado polas primas de aforro. Estes anticipos cárganse cun xuro máis baixo que o de mercado, establecéndose un xuro técnico, incrementado nun ou dous puntos como media xeral.

Algunhas entidades establecen anticipos automáticos cando se produce a falta de pagamento dalgunha prima, por un importe igual á mesma, puidendo o asegurador obrigar ao asegurado a concertar anticipos sobre os seus capitais acumulados coa finalidade de manter a póliza activa e que non se reduzan os dereitos adquiridos polo asegurado, mantendo activas as coberturas de risco á conta das de aforro, sendo esta unha medida máis favorábel que a redución da póliza.

A participación en beneficios

Por motivos comerciais, coa finalidade de facer máis atractivos estes seguros, ou para evitarlles prexuízos aos asegurados por efecto da inflación, as aseguradoras adoitan introducir esta garantía, que consiste na participación do asegurado nos beneficios (poden ser globais, técnicos, financeiros ou de determinadas pólizas) logrados polo asegurador no investimento dos capitais acumulados polos seus asegurados, mediante os rendementos obtidos, xa sexa por unha mortalidade menor que a estimada polo asegurador, redución de gastos fixos que se incluíran nos cálculos iniciais ou por outras causas.

Modalidades

A) Seguros de risco para o caso de falecemento

A.1) Seguro temporal

O capital do seguro é pagadoiro inmediatamente despois da morte do asegurado, se ocorre antes de terminar o prazo convindo para a duración do seguro. Se o

asegurado vive á súa finalización, quedará cancelado o seguro e a favor da aseguradora as primas satisfeitas. Este seguro cobre o risco de falecemento prematuro antes de terminar o contrato entre as partes. Pode tamén levar aparellada unha revalorización automática ao termo de cada anualidade que aumenta a contía da prima anualmente pero tamén a da indemnización en caso de morte.

As primas son satisfeitas por adiantado e polo número de anos estipulado no contrato no apartado duración do pago das primas e só mentres siga vivo o asegurado. Neste seguro predomina o compoñente de risco (a diferenza do seguro de vida enteira), polo que as aseguradoras son moi restritivas nos capitais en relación á idade dos asegurados neste tipo de pólizas.

Pódense planear con capitais constantes, crecentes, decrecentes ou por períodos anuais (seguro temporal renovábel) ou até determinadas idades,

normalmente 65 ou 70 anos. Se o seguro contempla a opción de renovabilidade até un número determinado de períodos adicionais, ao terminar o primeiro período e sucesivos o asegurado pode optar por renovalo sen necesidade de recoñecemento médico pola aseguradora sexa cal for o seu estado de saúde nese momento. O asegurador adoita pór límite ao número de renovacións permitidas para non pór en perigo as súas previsións técnicas.

Tamén cabe a posibilidade de que a póliza se converta de temporal en permanente axustando a prima e sen necesidade de recoñecemento médico do asegurado. Poderase facer en función a unha determinada idade alcanzada onde se contratará unha nova póliza de seguro permanente coas tarifas aplicábeis no momento da conversión, podendo establecerse a dita conversión con carácter retroactivo adaptando a data, a prima e as condicións á data inicial do seguro temporal.

Debemos ter en conta para os efectos prácticos que o seguro de vida temporal:

- Ten un custo baixo, que permite contratar unhas coberturas elevadas (dentro dos límites de cada aseguradora), por canto o asegurador sabe que só vai cubrir o risco durante un determinado período de tempo onde é máis difícil que alguén faleza por causas naturais.

- A contratación destas pólizas é moi indicada para persoas con responsabilidades familiares que dependen dos seus ingresos de forma directa que aínda tendo ingresos relativamente baixos teñen boas perspectivas de desenvolvemento da súa carreira profesional.

- Tamén é indicada cando hai que garantir a cancelación dunha débeda (os bancos esíxena obrigatoriamente nos seus préstamos), se o debedor falece antes do vencemento, ou como protección adicional para as persoas dependentes del.

- Non ten valores ou capitais garantidos por Lei, pero as aseguradoras teñen en conta factores de risco como son que as mulleres viven entre 6 e 10 anos de media máis que os homes, ser fumador, diabético, o risco da profesión e outros como bonificábeis ou recargábeis para os efectos de contratar o seguro cun ou outro asegurador.

A.2) Seguro de vida enteira

O capital asegurado é pagadoiro inmediatamente despois da morte do asegurado, en calquera momento en que esta ocorra. Pode ser a prima vitalicia, se o pago da prima se realiza mentres viva o asegurado ou a prima temporal si se realiza durante un número de anos convido que nunca pode ser superior ao momento do falecemento do asegurado.

Este seguro estende a súa cobertura durante toda a vida do asegurado: é permanente.

Proporcionálle á familia un capital para compensar a perda dos ingresos obtidos polo cabeza de familia.

- Facítalles aos herdeiros un capital que lles permite atender os gastos de transmisión de bens (dereitos reais) e outros imprevistos.

- Garante o pago das débedas, hipotecas... que adquirira o cabeza de familia sen ter que acudir á herdanza que puidera corresponder aos herdeiros.

A.3) Seguro de Amortización ou de anualidades

Nesta modalidade, o asegurador comprométese a pagar, ao falecer o asegurado, unha anualidade constante durante os anos que falten até terminar o prazo convido para a duración do seguro igual ás cotas do préstamo ou ben a pagar un capital igual ao préstamo pendente. Se o asegurado chega con vida ao final do período de amortización do préstamo, o seguro deixa de ter efecto e cancélase.

A indemnización deberá ser igual á cota de amortización do préstamo e a súa duración será a mesma que o número de prazos pendentes da débeda. A duración do pago da prima deste seguro será inferior á duración do seguro, loxicamente, xa que o asegurador non pode cobrar unha prima inferior ao capital que vai satisfacer.

Este seguro está indicado fundamentalmente para:

- Persoas que manteñan préstamos con amortización
- Persoas que participen en operacións de compras a prazos de tal forma que estas cotas no caso de falecemento non recaian nos seus familiares.

A.4) Seguro de capital de supervivencia

O capital asegurado é indemnizado inmediatamente despois do falecemento do asegurado, a condición de que a dita morte ocorra antes da doutra persoa designada como beneficiaria nas condicións particulares do seguro de vida. Se esta persoa falecese, o obxecto deste seguro, sería ineficaz e non habería interese

asegurador, cancelábase o contrato e devólvenselle as primas ao asegurado da forma establecida na póliza.

A prima anual deixa de pagarse á morte de calquera das dúas persoas: asegurado e beneficiario.

A efectos prácticos, as características máis destacábeis deste seguro:

- É máis económico que un seguro de vida enteira, xa que o asegurador sempre ten a opción de non pagar o capital se o beneficiario falece antes, mentres que no seguro de vida enteira o pago é fixo, ocorra o que ocorra.
- Convén, por exemplo, a un matrimonio sen fillos, no que caso de que un cónxuxe desexe constituír á súa morte un capital a favor do outro.

A.5) Seguro de Renda de Supervivencia

O asegurador comprométese, ao remate do prazo de deferimento estipulado, a servir ao asegurado, mentres viva, unha renda pagadoira por anos, semestres,

trimestres ou meses. É igual que o anterior, só que en lugar dun capital, entregaráselle unha renda ao beneficiario.

É unha modalidade interesante para:

- Persoas con fillos incapacitados ou que non poidan ser economicamente autónomos, para dotalos dunha protección a medio desa renda periódica.
- Persoas que precisen unha renda á súa xubilación ou complementar a que teñen.

B) Seguros para o caso de vida

B.1) Seguro de capital diferido

O asegurador comprométese a entregar o capital asegurado á expiración do prazo convido para a duración do contrato se o asegurado vive naquela data.

Existen dous tipos:

a) Capital diferido sen reembolso, se o asegurado falece antes de finalizar o seguro, as primas satisfeitas quedan en poder do

asegurador

b) Capital diferido con reembolso, as primas son restituídas se o asegurado falece antes do aludido termo.

Contrátase para:

- *Persoas que desexan constituír un capital despois dun certo tempo mediante entregas periódicas*
- *É un seguro previsto para a xubilación*

B.2) Seguro de renda diferida

O asegurador comprométese, ao remate do prazo de diferimento estipulado, a servir ao asegurado, mentres viva, unha renda pagadoira por anos, semestres, trimestres ou meses. Igualmente pode contratarse na modalidade de sen reembolso de primas ou con reembolso de primas.

É un seguro previsto para a xubilación

B.3) Seguro de renda vitalicia inmediata

A medio da entrega dun capital ou unha prima única, o asegurador garante o pago dunha renda

(anual, semestral, trimestral, mensual) a unha ou varias persoas até a súa morte, en cuxo momento cesa a obriga do asegurador.

Dirixido a:

- Persoas de mediana ou avanzada idade que, contando con algún capital, desexan colocalo con absoluta seguridade garantíndose para o resto dos seus días unha renda, sen ter que preocuparse de futuras perdas de capital ou diminucións de rendementos.

C) Seguros mixtos

C.1) Seguro mixto

Por este seguro, o capital asegurado é pagadoiro ao termo do prazo convido para a duración do mesmo, se o asegurado vive naquela data, ou inmediatamente despois da súa morte, se ocorre antes.



É o resultado de combinar un seguro temporal para o caso de morte e un seguro de capital diferido para o caso de vida, de aí o seu nome de mixto.

Características e destinatarios:

- O pago das primas cesa ao finalizar o prazo establecido para a duración do seguro ou falecemento do asegurado en caso de ocorrer antes.

- Recomendábel para a cabeza de familia que desexa asegurar un capital a favor de persoas que dependen economicamente del para o caso que ocorra o seu falecemento durante o prazo que entenda ha de durar o sostemento do seu fogar, comprando ao propio tempo cos seus aforros un capital ou renda que percibirá se vive na data que cre que disminuirán os seus ingresos.

C.2) Seguro combinado

O capital deste seguro é pagadoiro inmediatamente despois do falecemento do asegurado en calquera época que ocorra. Ademais se vive ao termo da duración do prazo para o pago de primas, cobrará unha renda vitalicia equivalente ao importe da prima anual que veu pagando ou ben un tanto por cento determinado do capital asegurado

.É a combinación dun seguro de vida enteira con primas temporais e dun seguro de renda vitalicia diferida sen reembolso de primas.

- Ao alcanzar a época de percepción da renda, o asegurado poderá optar por outras formas que lle ofrece o asegurador en póliza.
- Diferénciase do mixto propiamente dito en que o falecemento está cuberto durante todo momento, e a renda que se cobra é equivalente a unha anualidade de primas.
- É igualmente recomendábel para a cabeza de familia que

desexa asegurar as continxencias do seu falecemento ademais dun capital ou de sobrevivir nun prazo, obter unha renda mensual igual á da prima desembolsada no mesmo período.

C.3) Seguro a termo fixo

O pago do capital realízase na data fecha pactada no contrato con independencia de que o asegurado falecera antes da mesma. O pago das primas cesa no prazo estipulado no contrato de vencemento ou no momento en que faleza o asegurado.

- Ten unha prima máis económica que o seguro mixto ao diferir o pago do capital ao termo pactado no contrato con independencia do momento do falecemento do asegurado.
- É unha modalidade interesante para aquelas persoas que non precisen inmediatamente o capital do seguro ou teñan feitas as súas provisiones até a finalización do contrato.

C.4) Seguro dotal

O capital deste seguro é pagadoiro ao termo do prazo convido para a súa duración, si o neno ou nena beneficiario/a vive naquela data.

- Ten como finalidade crear un capital (dote) en favor dun neno/a para cando acade unha determinada idade.

- No caso de morte prematura do beneficiario, quedaría sen efecto a operación cesando o pago de primas e podendo haber lugar ao reembolso se así se contratou, cesando igualmente o pago de primas no caso de morte do pai/nai.



Consellos que cómpre ter en conta

- **Solicite información** das aseguradoras das diferentes modalidades así como da fiscalidade de cada unha delas.
- **Pense que é o seguro o que deberá adaptarse ás súas necesidades** en función dos seus ingresos, distribución destes, características da súa familia... e non á inversa.
- **Lembre ser o máis preciso posíbel á hora de realizar o cuestionario médico** que a aseguradora lle solicitará para contratar un seguro de vida ou combinado. Amplíe a información que considere relevante, e non obvie ningún dato que poida facer que a aseguradora rexeite un posíbel sinistro.
- **Lembre revisar os valores de rescate** segundo a anualidade de pago en que se atope, que obrigatoriamente han de constar no condicionado particular da póliza mediante un cadro de valores.
- **A aseguradora poderá requirirlle a realización dun recoñecemento médico**, se ben logo del, será absoluta responsabilidade dela a valoración do risco, sempre que se lle faciliten correctamente os datos requiridos polo facultativo.
- **Existe un Rexistro Xeral de Contratos de Seguro con Cobertura de Falecemento, dependente do Ministerio de Xustiza**, ao que é recomendábel acudir no caso de morte dun familiar do que sexamos herdeiros, xa que obrigatoriamente as aseguradoras han de incluír as pólizas contratadas no dito rexistro. Moitas veces os seguros de vida atópanse vinculados a tarxetas bancarias, préstamos ou outras operacións realizadas polo falecido.



SEGUROS DE ACCIDENTES

Concepto de accidente

A LCS dinos no seu artigo 100, que se entende por accidente; a lesión corporal que deriva dunha causa violenta, súbita, externa e allea á intencionalidade do asegurado, que produza invalidez temporal, permanentemente ou morte todo iso, sen prexuízo da delimitación do risco que as partes efectúen no contrato.

É fundamental que sexa unha causa externa o que descartaría unha enfermidade ou unha patoloxía endóxena, violenta por canto supón un menoscabo inesperado e súbito no sentido de non esperada no normal desenvolvemento da vida

dunha persoa. Loxicamente non podería ser indemnizábel, por teoría xeral dos seguros, se fose provocada polo asegurado

[A consideración da enfermidade profesional como accidente de traballo: o infarto de miocardio.](#)

Ao longo do tempo foi evolucionando o concepto de accidente cara a unha concepción máis ampla, motivado en gran parte, pola xurisprudencia dimanada das salas do Social e a súa apreciación do concepto de accidente de traballo, incluso integrándose a enfermidade profesional, nalgúns supostos, dentro deste concepto amplo.

Ha de entenderse que a enfermidade profesional é realmente un accidente de traballo ou unha variación del e en tanto non se faga unha expresa exclusión súa en póliza, o concepto de accidente de traballo inclúe a enfermidade profesional. Tendencia que se iniciou coas sentenzas do Tribunal Supremo (Sá do Social: 12-3-1986, 25-11-1991, 25-1-1991...)

Existe constante xurisprudencia favorábel á inserción do infarto de miocardio dentro do concepto de accidente de traballo que determina a súa cobertura polo seguro de accidentes sempre que entre o traballo do asegurado e o infarto se dea a ligazón precisa segundo as regras do criterio humano a que alude o precepto ao considerar o traballo como determinante do infarto. Para iso, é necesario que o infarto se dea no lugar de traballo e no seu tempo. O Tribunal Supremo, en sentenza de 27/11/1991 (Social) dinos que:

Os infartos de miocardio poden ser conxénitos ou sobrevidos, por causas externas e adversas sen un proceso constatado previo, presentándose de forma súbita e inesperada e desagradabelmente sorpresiva con efectos mortais e inmediatos.

Estas causas orixínaas con moita frecuencia a tensión emocional ou ambiental, o exceso de traballo, a angustia, preocupacións, responsabilidades excesivas, estados de ansiedade, así como os cambios no ritmo de vida que imponen a convivencia social e outras similares incrementadoras da tensión arterial, que ao actuar violentamente, con independencia de causas físicas e patolóxicas, en relación psíquica-causal, maniféstanse en forma de violencia moral-anímica que orixinan o proceso desencadenamento do infarto.

Esta conclusión está avalada por rigorosos estudos científicos, entre eles, os de Jenkins e Rahe e as estatísticas mortuorias dos países civilizados. A incidencia

da tensión que pode ser larvada, preséntase como grave e moitas veces irreparábel, mediante a oclusión aguda da arteria coronaria, xeralmente por un trombo (coágulo) e como acceso de anxina de peito desencadea o infarto.

A póliza subscrita como seguro individual polo falecido contra os accidentes corporais e en consonancia ao artigo 100 da L.C.S, ampara as mortes causadas por lesións corporais debidas a un accidente que proceda de causa fortuíta, espontánea, exterior, violenta e independente-. Tales condicións danse no presente caso, pois evidentemente o infarto de miocardio presentouse, a falta de probas sobre posíbeis antecedentes e simulacros previos, en forma súbita e brusca, totalmente allea á vontade do afectado, e con tal violencia e radicalidade que produciu a súa morte instantánea por acreditada causa externa, causante da lesión corporal accidental, cal foi a tensión emocional e ambiental que soportara.

En resumo, o noso Tribunal Supremo foi incluíndo na súa xurisprudencia como indemnizábeis os infartos no lugar de traballo e a súa consecuencia, a falta de proba de enfermidade previa sempre que se acredite debidamente a relación entre violencia moral-tensión e morte.

Igualmente indemnízase como accidente en vía laboral a hemorragia cerebral (ST Tribunal Supremo 19-11-1985) que nos di que o esforzo no traballo como feito probado, menciónase como causa da hemorragia cerebral, o que determinou que se cualificase como accidente de traballo polo emprego enérxico do vigor, da forza física ou da actividade do ánimo, obrando co ímpeto que en cada momento o traballo esixe, fai coincidir o suposto axuizado co suposto de infarto de miocardio e co concepto de accidente contido na póliza, atendendo ao sentido que gramaticalmente corresponde ás palabras nela empregadas.

Estrutura dun seguro de accidentes

O seguro completo garante:

- O pago dun capital para o caso de morte
- O pago dun capital para o caso de invalidez permanente
- O pago dunha cantidade diaria por invalidez temporal
- A prestación de asistencia sanitaria derivada de accidente.

Coberturas

• Para o caso de morte

Outórgaselle unha indemnización ao beneficiario. O importe contrátase a priori en función da repercusión que poida causar o falecemento do asegurado no seu ámbito familiar, e estará de acordo ás necesidades reais do asegurado e a súa capacidade económica.

Existe un prazo desde a ocorrencia do accidente até o falecemento do interesado no que se entenderá que a morte é consecuencia do accidente. Ás veces este feito haberá de ser demostrado polos

interesados fronte ao asegurador (informes médicos, historial clínico.. etc).

En caso de non existir beneficiarios designados en póliza, o asegurador considerará como tales o cónxuxe da vítima ou os fillos menores de 18 anos e de, existir os dous, a ambos por partes iguais.

Algunhas pólizas dispoñen dunha cantidade inmediata de diñeiro para atender os gastos derivados do falecemento do asegurado.

Para a prestación da indemnización será necesario:

- *certificado médico onde consten as causas derivadas da morte*
- *certificado do Rexistro Civil onde conste a defunción do asegurado*
- *recibo corrente de pago e o resto onde figure a determinación de beneficiarios*
- *acreditación da identidade dos beneficiarios*
- *liquidación do imposto de sucesións ou a súa exención.*

Tras a presentación desta documentación ,o asegurador está obrigado no prazo de 40 días a liquidar a indemnización asegurada.



- *Para o caso de Invalidez permanente*

Abóase un capital ao 100% no caso de que o asegurado, por mor dun accidente, quede totalmente incapacitado por invalidez, aboándose unha parte parcial deste capital cando só sobreveña unha invalidez parcial (estas indemnizacións determinaranse a través dun baremo previsto polo asegurador en función da gravidade da lesión e incapacidade por invalidez).

Enténdese por invalidez total a perda real ou funcional de ambos os brazos, pernas, mans ou pés, membros superior e inferior simultaneamente, alleamento mental absoluto e cegueira total.

Enténdese por invalidez parcial aquela que afecta a algunha parte do corpo do asegurado, pero permítelle seguir facendo a súa vida de forma autónoma.

O baremo determinado na póliza polo asegurador contén as porcentaxes indemnizatorias para as diferentes invalideces. En caso de non estar contemplada, indemnizarase de acordo coas que sexan análogas. A suma de varias invalideces parciais, non poderá nunca exceder do 100% da suma asegurada.

Non se toman en consideración (veñen normalmente excluídas a través dos condicionados), as agravacións de enfermidades previas ou alteracións nerviosas ou psíquicas que non sexan consecuencia directa das lesións físicas nadas dun accidente.

Determinación do grao de invalidez. O procedemento pericial [art. 38 LCS]

A determinación do grao de invalidez require o ditame dun facultativo, e no caso de que o asegurador non estea de acordo con el, no prazo de 40 días desde a presentación do parte de sinistro, cada unha das partes designará un perito médico, facendo constar por escrito a aceptación de ambas as partes para solucionar a disparidade (logo da notificación ao asegurado).

No caso de que os peritos cheguen a un acordo farase constar nunha acta conxunta onde se consignarán

as circunstancias do sinistro, valoración das lesións e calquera outra circunstancia que inflúa na valoración e proposta do importe líquido.

Se calquera das partes non efectuase a designación, terá o prazo de 8 días a partir do requirimento da outra parte, e de non facelo, entenderase que acepta o ditame que emita o perito da outra parte, quedando vinculado por el.

Se non existise acordo entre ambos os peritos, acudirase ao nomeamento dun terceiro perito (se non houberse conformidade na súa elección acudirase ao xuíz de primeira instancia do partido xudicial do sinistro), o devandito ditame emitirase no prazo

establecido polas partes, ou no prazo



máximo de 30 días desde o nomeamento do perito. O ditame notificaráselles ás partes, sendo vinculante para elas, salvo que se impugne xudicialmente por algunha das partes (prazo de 30 días para o asegurador e 180 para o asegurado).

Cada parte satisfará os honorarios de perito, sendo os do terceiro perito entre ambas as partes.

- *Para o caso de invalidez temporal*

Abóaselle ao asegurado unha renda diaria mentres o asegurado estea en situación de incapacidade reducíndose o seu importe a medida que o asegurado recupere a súa capacidade para atender as súas ocupacións habituais e traballo.

A dita indemnización é pagadoira, nunha soa vez dentro dos 15 días seguintes en que o asegurador recibe a alta médica do asegurado ou subsidiariamente, por esgotamento do prazo convido para

gozar a dita renda (exemplo: por incapacidade temporal; máximo 180 días, a razón de 40 euros/día).

No caso de que o asegurado non se ocupe en ningunha profesión, entenderase que a alta virá determinada, cando poida realizar a súa actividade diaria normal.

Adóitanse incluír franquías de varios días, co fin de que o asegurador non cubra pequenas convalecencias motivadas por accidentes sen importancia dos cales o asegurado non ve minguido o seu poder adquisitivo.



Asistencia sanitaria

Caben dúas opcións:

a) A prestación de servizos a cargo dos médicos e clínicas que formen parte da organización sanitaria da entidade aseguradora, en cuxo caso no se fixa límite de custo.

b) A prestación de servizos a cargo de médicos e centros asistenciais libremente elixidos polo asegurado. Neste suposto figurará en póliza o límite das obrigas do asegurador por todos os conceptos. Adóitase sinalar á parte da cantidade máxima que hai que cubrir, a cantidade diaria tope por estancia na clínica designada polo asegurado.

Neste suposto, o asegurador antes do pago solicitará as facturas de asistencia hospitalaria.

Nesta modalidade, tamén se inclúen os gastos farmacéuticos, se ben o asegurador cobre estes gastos durante un tempo límite determinado: polo xeral un ano.

A estas coberturas básicas pódenselles engadir unha serie de garantías accesorias como son:

- Gastos de implantación de próteses ortopédica, dental, auditiva ou ocular a causa de accidente.
- Gastos de cirurxía plástica ou reparadora a consecuencia do accidente.
- Coberturas de accidentes en viaxes (inclúe sumas por roubos de equipaxe, desprazamentos de médicos, traslado de familiares en caso de accidente ou falecemento...).
- Responsabilidade civil, como cabeza de familia

Seguro individual e acumulativo de accidentes

O **seguro individual** límitase a unha soa persoa identificada na póliza. O tomador do seguro e asegurado poden ser distintos suxeitos ou a mesma persoa.

O **seguro acumulativo ou colectivo** está destinado a cubrir a un grupo de persoas, entre os cales existe xeralmente un vínculo de unión: grupo familiar, club, empresa, asociación. A característica é que teñen primas máis vantaxosas, a aceptación de riscos é menos rigorosa que no caso de que sexa unha póliza individual, pero teñen o inconveniente que non se poden adaptar ás características ou circunstancias de cada asegurado

Os **seguros colectivos** poden mostrarse en póliza de dúas formas principais:

-póliza nominativa, na que cada asegurado está debidamente identificado

-póliza innominada, na que o asegurado está identificado por un número e por unha forma na que se controla o número deles.

As primas destes seguros son a tanto alzado e regularízanse anualmente segundo o número de asegurados (TC1 e TC2 da Seguridade Social no caso de empresas ou relación de afiliados en caso dunha asociación, rexistro de xogadores dun club de fútbol...).

A título enunciativo, os seguros colectivos que teñen especial relevancia: seguros de accidentes de empregadas do fogar, seguro de accidentes de colexios, seguro de ocupantes de embarcacións deportivas, seguros de aviación, seguros de ocupantes de vehículos...

Determinación da prima

Mentres que no seguro de vida, o interese do asegurador baséase en verificar unicamente a saúde do posíbel asegurado, nos seguros de accidentes a aceptación do risco debe de ser máis meticulosa e atendendo a un abanico máis amplo de parámetros.

Ha de terse en conta que as persoas que buscan este tipo de seguros son as que teñen unhas actividades ou profesións máis proclives á ocorrencia de accidentes que o resto. Ademais disto, súmase que a cobertura de invalidez é unha das que teñen a fraude máis alta dentro do sector asegurador.

Por iso, analízase para os efectos de determinar o risco e a prima:

a) O interese asegurábel, os seguros nacen coa intención preventiva de cubrir uns riscos acordados coas necesidades que un sinistro vai causar no patrimonio do asegurado. Desta forma haberá

de adecuarse a proporción entre indemnización consignada na póliza e a realidade económica do asegurado. As aseguradoras adoitan rexeitar as solicitudes cuxas peticións sexan solicitar uns capitais extremadamente altos para a realidade económica do asegurado, igualmente as solicitudes de aseguramento de persoas cuxa situación financeira sexa de crise notoria ou a multicontratación de pólizas de accidentes polo mesmo asegurado nunha ou varias aseguradoras.

b) A idade, é obvio que a idades máis avanzadas, as posibilidades de accidentes aumentan

c) A profesión, é unha das características máis influentes na selección de riscos do seguro de accidentes, así como condicionadora da prima. As aseguradoras clasifícanas por grupos segundo os riscos, sendo o máis aceptado o :

grupo I de traballos sedentarios, sen viaxes frecuentes, tarefas administrativas, de xestión, ensino...

grupo II, labores sen traballo manual pero con carácter activo e de desprazamento xeográfico: actividades de tipo técnico ou comercial, persoas que vixían procesos laborais ou industriais sen participar neles, inclúense enxeñeiros, arquitectos, axentes comerciais.

grupo III, con traballo manual sen uso de útiles mecánicos perigosos, maquinaria pesada ou forza motriz importante. Reparación, instalación, mantemento de edificios, vivendas, albaneis, fontaneiros, electricistas, persoal de talleres de reparación de automóviles, pequenas industrias non perigosas

grupo IV, traballadores con actividade que requira esforzo físico constante e utilización de forza motriz e útiles mecánicos combinados con maquinaria pesada. Soldadores, torneiros, chapistas, montadores, empregados de construción, antenistas, vixiante xurado, policía..

grupo de riscos agravados, están condicionados a sobreprima e moitas veces rexéitanse: tripulantes de pesqueiros, mariña mercante de liñas non regulares, pilotos



de aeronaves con tripulantes, empregados de traballos submarinos de plataformas petrolíferas, bombeiros, profesionais de festexos taurinos, deportistas profesionais.

d) A saúde, a diferenza do seguro de vida, non se buscan enfermidades que poidan producir o falecemento do asegurado a medio ou longo prazo, senón as irregularidades na saúde do asegurado que poidan facilitar a ocorrencia dun accidente ou que poidan alargar a convalecencia en caso de accidente: epilepsia, diabetes, hemofilia...

e) Prácticas extralaborais, é o risco máis influente despois da profesión, do mesmo xeito que na profesión, nos deportes tamén existen uns baremos

Categoría I: xogos de pelota, rugby, hóckey, hípica, polo, ciclismo, deportes de inverno

Categoría II: artes marciais, navegación a vela e motor (excluíndo singraduras en solitario), esquí acuático e caza agás caza maior.

Categoría III: uso e condución de motocicletas

Categoría IV: espeleoloxía, alpinismo, actividades subacuáticas.

A tarifa que se debe aplicar é a suma dunhas circunstancias que caracterizan o devandito risco. Neste caso, os elementos máis importantes serán a profesión, práctica de determinados deportes, saúde do asegurado e idade.



Exclusións máis frecuentes

1.- A provocación de sinistro por parte do asegurado, así como os causados pola súa imprudencia ou negligencia grave, considerada como tal xudicialmente, e os derivados de uso e manexo de vehículos a motor cando se careza das autorizacións necesarias para tal propósito.

Dentro da provocación de sinistro por parte do asegurado estaría tamén excluído o suicidio, danos derivados do intento de suicidio, a automutilación ou a súa tentativa. Igualmente, todo accidente que sexa provocado por calquera beneficiario do seguro con ánimo de lucro.

A provocación dun sinistro por parte do asegurado é contrario á lei, posto que a característica do seguro é a aleatoriedade, é dicir, o accidente non é un elemento dispoñíbel de forma unilateral para unha das partes, nin pode depender da vontade dunha parte do contrato aínda cando leve un prexuízo para a ela.

2.- **Práctica de deportes de especial risco non incluídos nas condicións da póliza.** De aí a importancia de que nelas se conteña a exclusión de deportes de especial risco, a que é perfectamente legal e será unha cláusula que opere como delimitadora do risco.

3.- **As enfermidades de calquera natureza que non sexan provocadas por un feito externo,** violento e súbito (si as derivadas dun traumatismo ou secundarias a un accidente). Os danos producidos por desfalecementos, epilepsia, síncope (cando a causa non sexa un feito externo acreditado por unha resolución xudicial en caso de infarto ou outras enfermidades profesionais). Os danos derivados de accidentes provocados en estado de embriaguez ou baixo efectos das drogas ou estupefacientes non prescritos medicamente.

4.- **Accidentes sobrevidos pola participación do asegurado en rifas, tumultos, pelexas, desafíos,** altercados agás que se demostre por resolución xudicial a súa non culpabilidade, os producidos en competicións de velocidade, resistencia ou regularidade como profesional ou afeccionado.

Igualmente os provocados por contaminación radioactiva ou nuclear, ou por manipulación voluntaria de armas de guerra.

Tamén os accidentes sufridos polo asegurado como consecuencia da súa participación nun delito.



5.- Os ocasionados por guerras, terremotos, inundacións, erupcións volcánicas. Os derivados de influencias térmicas e atmosféricas. Igualmente os de natureza extraordinaria que corresponden ao Consorcio de Compensación de Seguros en virtude do seu estatuto.

6.- Hernia, lumbago, e os derivados de esforzos físicos así como os de operacións e intervencións cirúrxicas non motivadas por un accidente cuberto.

Supostos indemnizábeis:

1.- Morte resultante dunha caída accidental ao mar ou río

2.- Asfixia producida por gases ou vapores

3.- Danos sufridos con ocasión de salvar vidas humanas.

Adoitan ademais incluírse en póliza:

4.- Atentados e agresións

5.- Accidentes ocasionados por caída de raios ou por descargas eléctricas

6.- Hidrofobia producida por mordeduras de animais, picaduras de insectos

7.- Lesións sufridas no caso de lexítima defensa

8.- Lesións sufridas pola práctica de deportes con risco limitado, os que supoñen un maior perigo (motocicletas) deben ser declarados e están expostos a unha sobreprima. O uso de medios normais de locomoción está incluído en póliza.

Consellos que cómpre ter en conta

- En caso de accidente, se está na vía pública, solicite sempre a presenza da Policía, dado que o seu atestado ou informe dará fe da súa realidade.
- Nalgunhas pólizas de accidente, tanto en cobertura laboral ou de 24 horas para a vida privada, pódese pactar a inclusión do infarto de miocardio cunha sobreprima. Compare en diferentes aseguradoras o prezo da inclusión da devandita garantía, normalmente non é contratábel en persoas maiores de 55 anos.
- A indemnización da póliza de accidentes do vehículo de motor (seguro de ocupantes) ou calquera outra subscrita particularmente é totalmente compatíbel coa indemnización por responsabilidade civil derivada da condución de vehículos a motor, se hai dereito a esta última no caso de que a culpa sexa dun terceiro. Comprobe o capital que consta na garantía de ocupantes no seu seguro de automóbil, existe en baremo na póliza coa súa porcentaxe que corresponde en caso de morte, invalidez total ou invalidez parcial.
- Sexa claro no cuestionario que a aseguradora lle realizará previo á contratación do seguro. Non deixe, en caso de pólizas colectivas ou solicitadas por outra persoa, que se responda dunha forma estandarizada ao cuestionario.
- Lembre que hai pólizas mixtas de accidentes con asistencia en viaxe, que contemplan asistencia sanitaria incluída até un límite así como traslado de familiares en caso de enfermidade grave ou repatriación en caso de falecemento.

- No caso de que practique algún deporte de alto risco (parapente, submarinismo, esquí acrobático, á delta..) lembre declaralo para facelo constar en póliza, se por normas da aseguradora fose posíbel, de non ser así a aseguradora podería excluír a cobertura en caso de falecemento derivado da práctica deles.
- Lembre que os accidentes de motocicleta adoitan estar excluídos, polo que haberá que declarar e facer constar en póliza que se despraza en o devandito medio, se é posíbel.
- Axuste os capitais da póliza aos seus ingresos económicos e necesidades familiares reais, especialmente á renda diaria por baixa derivada de accidente.
- É necesario como primeiro trámite sempre o informe dun médico ou facultativo que certifique que as lesións son consecuencia directa dun accidente ou o falecemento ou a baixa, de aí a importancia de que interveña a Policía no caso de que se produza o sinistro.
- Lembre ler as condicións particulares e xenerais da póliza antes de asinala e consultar dúbidas co axente, corredor ou na propia compañía.

SEGUROS DE ENFERMIDADE



Concepto e réxime legal

Son aqueles que garanten unha indemnización económica determinada cando se dea algún dos supostos previstos na póliza relativos á saúde do asegurado. Isto é extensivo tamén aos familiares directos do asegurado, se se trata dunha póliza familiar.

O seguro de enfermidade está concibido para prever as consecuencias que para o asegurado poidan derivarse de feitos fortuítos e previsíbeis que lle ocorran relacionados co seu estado de saúde.

En calquera caso, este seguro implica a percepción de cantidades en metálico que o asegurado poderá empregar libremente, feito que resume a filosofía ou idea do seguro de enfermidade.

A LCS regúlaos nos artigos 105 e 106, no primeiro dinos que o asegurador poderá obrigarse dentro dos límites da póliza en caso de sinistro, ao pago de certas sumas e dos gastos de asistencia médica e farmacéutica. Polo segundo determínase que os seguros de enfermidade quedarán sometidos ás normas contidas na [Sección correspondente ao Seguro de Accidentes](#) en canto sexan compatibles cos de enfermidade.

Garantías

Para os efectos do seguro, considérase **enfermidade**, toda alteración da saúde do asegurado ou dos seus beneficiarios, excluindo as alteracións que teñan a súa orixe en accidentes, as provocadas polo propio suxeito do seguro a si mesmo, ou as debidas ao mero feito do paso do tempo (envellecemento).

As diversas situacións de perda de saúde foron sistematizadas:

a) Subsidio diario por enfermidade

O asegurador obrígase a satisfacer a indemnización diaria asegurada, durante o período agudo da enfermidade, nos termos descritos na propia póliza e durante un período de convalecencia que normalmente non será superior á terceira parte do período agudo dela, sempre que estivese totalmente impedido para as súas ocupacións habituais.

O asegurador indemnizará polo período comprendido entre a baixa e a alta médica, contando os días transcorridos no devandito tempo.

Existe un límite que adoita alcanzar os dous anos (730 días) aínda que existen módulos temporais, por iso é polo que nos atoparemos con tempos límites de prestación diaria de 30, 60, 180 días ou un ano segundo se estipule no condicionado.

b) Subsidio extraordinario por convalecencia

Nesta garantía o asegurado pode seguir percibindo o subsidio xa esgotado por enfermidade para os casos nos que estea sometido a un tratamento de recuperación física ou repouso que lle impidan dedicarse ás súas ocupacións habituais.

A duración máxima adoita ser de 180 días, con independencia de que se esgotaron os prazos de subsidio diario por enfermidade e para doenzas cuxo período agudo sexa de 30 días como mínimo.



Contrátase co subsidio diario para previr longas convalecencias (nas de indemnización diaria adóitase pactar un máximo de convalecencia equivalente a un terzo da enfermidade), sendo esta unha modalidade indicada para as enfermidades que requiran repouso acentuado e longas convalecencias.

c) Indemnización por parto ou maternidade

Indemnízase cunha cantidade fixa o paristallo por parte da interesada. Adoita ser equivalente ao período

estabelecido pola Seguridade Social para atender e recuperarse da maternidade. É un pago único con independencia das circunstancias de maternidade.

d) Indemnización por intervención cirúrxica

A indemnización ou subsidio outórgase cando o asegurado debe de sufrir unha operación cirúrxica en salvagarda da súa saúde (non estética), establecéndose un baremo de indemnizacións en función da gravidade e complexidade da devandita intervención.

e) Indemnización por invalidez permanente

Para o caso de que o asegurado quede inválido permanente e totalmente, a consecuencia de sufrir unha enfermidade. A indemnización consiste nun pago único ao darse o feito asegurado.

f) Indemnización por hospitalización cirúrxica

Para o caso de que o asegurado estea internado nun centro hospitalario por ser sometido a unha intervención cirúrxica, sendo o feito indemnizábel a estancia no Hospital. Pode indemnizarse cunha cantidade diaria mentres dure o internamento ou co pago dun capital único como indemnización. O prazo máximo adoita limitarse a 120 días por cada intervención cirúrxica.

Prazos de carencia e franquías

Xustifícanse por canto o asegurador debe comprobar que non se está facendo cargo de alguén cunha enfermidade latente e co fin de evitar esa antiselección procédese a realizar un estudo de saúde sobre a persoa, a través duns cuestionarios tipo nos que o asegurado certifique que non se atopa enfermo no momento de adhesión á póliza. En caso de capitais importantes, é o asegurador quen propón os médicos para realizar o recoñecemento. Polo xeral, estes

estudos non son rigorosos, xa que sería custoso e anticomercial para as aseguradoras, o máis común é a actuación de boa fe por ambas as partes como prescribe a LCS.

O sistema máis común que utilizan as aseguradoras é o utilizar uns períodos de carencia, durante os cales a aseguradora non se fai cargo das garantías estipuladas no contrato de seguro, salvo unha enfermidade repentina ou caso de urxencia se así está pactado en póliza.

Os períodos de carencia máis comúns son os seguintes:

- Maternidade: entre 12 meses e dous anos
- Indemnización diaria por enfermidade: 6 a 18 meses
- Indemnización por falecemento: 1 ano
- Indemnización por invalidez total e permanente por enfermidade: 6 meses a 1 ano
- Indemnización por hospitalización: 1 ano

Algunhas aseguradoras aplican franquías proporcionais cando aínda non se pasou o período de carencia, dáse sobre todo en asistencia sanitaria. De todos os xeitos, as franquías aplícanse a enfermidades con duración breve e de carácter benigno. No momento en que a enfermidade supere o devandito período de franquía correrá a cargo do asegurador a prestación da indemnización.

Exclusións

Agás pacto en contrario, son as seguintes:

- Enfermidades ou estados non determinados por un profesional médico
- Enfermidades crónicas
- Enfermidades profesionais ou motivadas polo desenvolvemento de labores danosas para a saúde do asegurado.

- Calquera enfermidade ou accidente motivado por accidente de tráfico
- Enfermidades existentes antes da sinatura do contrato de seguro
- Defectos físicos conxénitos
- Enfermidades e lesións sobrevividas por toxicomanías, embriaguez, intento de suicidio, parto, aborto...
- Enfermidades mentais
- Epidemias
- Intervencións de cirurxía estética, plástica ou reparadora, agás as de reconstrución de secuelas de accidente.



SEGUROS DE ASISTENCIA SANITARIA

Concepto, réxime legal e garantías

O seguro de asistencia sanitaria proporciónalle ao asegurado a prestación duns servizos médico-cirúrxicos nos casos de enfermidade ou lesións a través dun cadro médico de facultativos disposto polo asegurador, ou a través da libre elección por parte do asegurado, en todos aqueles riscos de enfermidade e accidente.

Non se presta unha indemnización en forma de capital pola ocorrencia do feito asegurado, como nos

anteriores seguros, senón que é o asegurador quen toma ao seu cargo a prestación dos servizos requiridos polos seus asegurados a través dunha relación de facultativos médicos, hospitais e servizos que atenderán as necesidades obxecto de cobertura.

A LCS regúlaos nos mesmos artigos que o seguro de enfermidade, 105 e 106. Polo primeiro establécese que se o asegurador asume directamente a prestación dos servizos médicos e cirúrxicos, a realización de tales servizos efectuaranse dentro

dos límites e condicións que as disposicións regulamentarias determinen.

Polo segundo (artigo 106), sométese o seguro de asistencia sanitaria ás normas do seguro de accidentes en canto sexan compatíbeis con aquel.

Modalidades pola súa forma de prestación

a) Elección libre de facultativos por parte do asegurado: reembolso de gastos.

Nesta modalidade e sempre de acordo aos límites pactados na póliza, o asegurado poderá utilizar os médicos, sanatorios e servizos que estime necesarios para a súa atención médica aboando os servizos prestados e presentando posteriormente xustificantes ao asegurador para o seu reembolso.

O asegurador abonará estas facturas de acordo a uns baremos

oficiais, limitándose a liberdade do asegurado á elección do facultativo, pero non á contía das retribucións.

Nesta modalidade e como forma de franquía é frecuente que veña determinada polo sistema de cheque médico, mediante o cal o asegurado farase cargo dunha parte dos honorarios médicos ao ter que abonar un prezo unitario por cada cheque utilizado, ou ben que só exista franquía cando se utilicen médicos especialistas ou servizos determinados, correndo a cargo do asegurador o medicamento xeral e afíns.

Algúns aseguradores establecen a posibilidade de utilizar médicos e servizos doutros países, ante a gran especialización de técnicas médicas. Xeralmente ponse un tope económico e limítanse os gastos de estancia.

b) Está baseado nunha relación de médicos, hospitais e servizos concertados polo asegurador.

O asegurado e os seus beneficiarios poden dispor destes, tantas veces como desexen e requiran, sen aboar ningunha cantidade pola prestación dos devanditos servizos, sendo o asegurador quen corre con todos os gastos ocasionados polos seus asegurados en uso dos seus dereitos.

É o asegurador quen establece o cadro médico a través de concertos ou contratos, retribuindo os servizos prestados a través do pagamento polos servizos realizados, mediante soldos, cheques médicos que lle facilitan aos asegurados cada vez que utilizan un servizo, ou mediante unha iguala asignando un determinado número de pacientes a cada facultativo para a súa atención.

Esta modalidade non implica ningunha obriga para o asegurado agás o pago da prima.

Períodos de carencia

Todas as prestacións que en virtude da póliza asuma o asegurador serán facilitadas desde o momento de entrar en vigor o contrato.

A este principio xeral adóitase exceptuar a utilización de determinados servizos que requiren prazos de carencia, por exemplo: **embarazo, é frecuente que sexa de 10 meses a 1 ano, intervención cirúrxica de 6 meses a un ano.** Outras veces, poden establecer un copago por servizo médico de especialista, que adoita ser unha pequena cantidade.

Estes períodos de carencia poderán eliminarse ou reducirse no caso de que o asegurado se someta a recoñecemento médico previo.

Riscos excluídos

- A asistencia sanitaria que esixa o tratamento por accidente laboral, profesional e amparado polo seguro obrigatorio de vehículos a motor, salvo que se inclúan expresamente nas condicións particulares da póliza.
- Enfermidades que o asegurado tivese previamente á sinatura da póliza e que non declarase no cuestionario previo.
- Os feitos de guerra e as epidemias declaradas oficialmente
- Danos derivados de explosións nucleares e radioactivas que se achen cubertos polos seguros de responsabilidade civil por danos nucleares.
- Calquera outro pactado en póliza

Perda de dereitos, rescisión e indisputabilidade do contrato

O asegurado perde o dereito á prestación garantida no contrato:

- No caso de reserva ou inexactitude ao cubrir o cuestionario, se mediou dolo ou culpa grave (art. 10 LCS).
- No caso de agravación do risco, se o tomador do seguro ou o asegurado non llo comunican ao asegurador e actuaron de mala fe (art. 12 LCS)
- Se o feito garantido sobrevén antes de pagar a prima, agás pacto en contrario (art.15 LCS).
- Cando o sinistro fora causado por mala fe do asegurado (Art. 19 LCS)



SEGUROS DE ASISTENCIA EN VIAXE

Son as operacións de asistencia nas que o asegurador garante a posta ao dispor do tomador ou asegurado dunha axuda material inmediata, en forma de prestación económica ou de servizos, cando este se atope en dificultades como consecuencia dun evento fortuíto no curso dunha viaxe fóra do seu domicilio habitual, nos casos e condicións previstas no contrato, sempre que fosen concertados mediante o pago dunha cota fixa e cos requisitos dun contrato de seguro.

É dicir, ten que existir un risco, constituído polos eventos que poidan suceder no transcurso dun desprazamento e que están contemplados na póliza.

É un seguro accesorio, de tal forma que se contrata con pólizas de automóviles, accidentes, mutirisco de fogar, etc.

Consellos que cómpre ter en conta

- En moitas pólizas a asistencia pode ser desde o quilómetro 0, polo que en caso de ser asociada a un seguro de automóbil, por unha pequena recarga compensa dita garantía, por exemplo se o coche non acende no garaxe ou se avaría na porta de casa.
- Cando é accesoria a un seguro de accidentes, á aseguradora élle máis **beneficiosa** porque fai coincidir o vencemento anual da asistencia coa póliza de accidentes, pero doutra banda o asegurado está cuberto todo o ano e non durante unha viaxe concreta.
- **No estranxeiro**, lembre comprobar o capital que cobre a aseguradora, ás veces, segundo o país onde nos despracemos pode quedar escaso en caso de urxencia.
- **Lea detidamente as condicións particulares e xerais**, moitas veces a perda de equipaxes en aeroportos está cuberta até unha suma relativamente pequena pero indemnizábel.
- **Adoita estar incluído tamén o atraco no estranxeiro e uso fraudulento de cartóns de crédito até un límite.**



A XUBILACIÓN

O aforro para a xubilación ten por finalidade un obxectivo moi concreto, constituír un patrimonio para complementar as pensións públicas e así poder manter o nivel de vida durante os anos da xubilación. A actual situación do sistema público de pensións e a súa futura evolución de seguro que non garantirá o nivel de ingresos que teñamos durante a nosa etapa laboral.

Antes de decidirmos por un dos distintos sistemas de aforro para a xubilación deberemos ter presente que existen diversos factores que hai que ter en conta; así factores

persoais (idade, persoas ao noso cargo, a propia autosuficiencia así como a nosa situación financeira), económicos, demográficos e financeiros.

Existen diversidade de produtos de aforro pensados para a nosa xubilación que de xeito breve, tentaremos explicar

- Seguros de vida aforro. Os PIAS
- Plans de previsión asegurados
- Plans de pensións
- Fondos de investimento
- Depósitos a prazo

A pesar das distintas modalidades de produtos deseñados para a xubilación cómpre ter sempre presente que se trata de produtos deseñados ou xestionados por entidades financeiras e que en moitos casos gozarán dunha rendibilidade que estará suxeita á evolución de distintos mercados. Por todo isto cómpre coñecer claramente os gastos que implican así como a rendibilidade mínima que poidan chegar a xerar.

A) Seguros de vida aforro. Seguros ou plans de xubilación

Son produtos de aforro que se instrumentan como seguros de vida, polo que combinan un elemento de aforro cun elemento de risco.

Existen multitude de seguros desta natureza mais en función da súa rendibilidade atopamos seguros sen rendibilidade garantida, ou con ela (ofrecen unha revalorización garantida para un prazo concreto

de tempo), así como seguros con participación en beneficios (ofrecen unha revalorización garantida así como unha porcentaxe dos beneficios que obtén a compañía de seguros polos investimentos realizados coas achegas).

Segundo as primas establecidas poden ser de prima única (unha única achega no momento de contratar a póliza) ou de primas periódicas (con importe e periodicidade determinadas). Non existe límite para as achegas.

Todas as cantidades percibidas por estes seguros tributan como rendementos do capital mobiliario no IRPF e se lles aplicará o vixente tipo de retención, sempre que o asegurado viva ao tempo de recibir o capital. No caso de que a prestación se reciba de resultas do seu falecemento, os herdeiros tributarán no imposto de sucesións e doazóns.

Dereito de rescate

Estes produtos gozan de liquidez a través do dereito de rescate. A lexislación vixente obriga a que este dereito estea garantido polo menos a partir do segundo ano. Mais é moi habitual que as aseguradoras impoñan penalizacións se se exercita o rescate antes da data de vencemento do seguro, chegando a ser moi importantes sobre todo nas primeiras anualidades.

Igualmente e polo xeral as compañías aplican a estes produtos distintas comisións en concepto de mediación e xestión e dado que non están limitadas nin reguladas por lei cada aseguradora pode aplicar na póliza as que libremente considere.

Dentro deste tipo de seguros sitúanse os coñecidos como seguros de xubilación ou plans de xubilación, contratos de seguro de vida mixtos que cobren a continxencia de morte, invalidez ou xubilación.

Esta figura (que nada ten que ver cos plans de pensións que logo veremos) adoita garantir a percepción dunha prestación na data da xubilación (invalidez ou falecemento).

Que ocorre cando chega a data da xubilación ou outra data que se tivera pactado na póliza?

Chegado ese momento debemos ter en conta se a prestación contratada vai ser recibida polo propio contratante ou non.

Se é o propio contratante quen a recibe deberá tributar no IRPF os seus rendementos xa que durante o tempo de vixencia do contrato os rendemento que se foron xerando non tributaron.

Lembremos que se tributará pola rendibilidade obtida, é dicir a diferenza entre a prestación recibida e os importes das primas que se foron satisfacendo ao longo dos anos; é dicir, que os plans de xubilación non gozan de beneficios de dedución fiscal polas súas achegas.

.A tributación dependerá de se a prestación se recibe en forma de capital (toda dunha vez) ou en forma de renda (que á súa vez pode ser temporal ou vitalicia).

No caso de que a prestación sexa recibida por persoa distinta (falecemento) esta tributará no imposto de sucesións de doazóns (persoa física) ou imposto de sociedades (persoa xurídica). Se existen varios beneficiarios cada un deles tributará pola súa correspondente parte do capital percibido. Ademais no caso de que o beneficiario sexa herdeiro do falecido a cantidade que perciba do seguro incrementará a base imponible do imposto de sucesións.

Cómpre saber que neste imposto existen unha serie de reducións na base imponible para beneficiarios de seguros sempre que se manteña relación de parentesco co contratante do seguro (cónxuxe, ascendentes ou descendentes).

Especial mención, dentro das modalidades de seguros de vida aforro merecen os coñecidos como

PIAS ou Plans Individuais de Aforro Sistemático. Esta figura véen regulada na Lei 35/2006, do 28 de novembro. Este tipo de plan de aforro goza de vantaxes fiscais ao tempo de percibir a prestación.

Como dixemos estes PIAS instrumentalízanse como seguros de vida aforro e estas son as súas principais características:

- *A figura de tomador, asegurado e beneficiario han de coincidir na mesma persoa física*
- *A percepción da prestación non ten porque vincularse coa xubilación.*
- *Permítense traspasos entre PIAS sen custo e nun prazo máximo de sete días.*

Se as achegas anuais non superan os 8.000 euros e as totais os 240.000 e ademais cóntase cunha antigüidade de 10 anos e a prestación se percibe en forma de renda vitalicia, o rendimento xerado polo aforro queda exento de tributación e a renda vitalicia tributará segundo a vixente lexislación.



B) Plans de previsión asegurados

Son unha modalidade de seguros de vida que **permiten alcanzar unha suma para a xubilación e tamén capitais para o caso de falecemento** xa que garanten tanto o diñeiro achegado como unha rendibilidade mínima. Estes plans permiten acadar unha protección integral ante situacións como a xubilación, orfandade ou viuvez, invalidez ou dependencia.

A diferenza doutros seguros de vida (e xubilación) as cantidades correspondentes ás primas pagadas poderán reducirse da base impoñible do IRPF (ao igual que os plans de pensións).

O capital acadado pode percibirse dunha soa vez (capital) ou en forma de renda periódica ou vitalicia.

A diferenza doutros produtos **estes plans garanten obrigatoriamente un tipo de xuro mínimo durante todo o tempo no que se aforra** o que impide que se vexa prexudicado pola evolución negativa dos mercados. Mais no caso de que a evolución destes fora superior ao tipo garantido no plan cabe a posibilidade de pactar cláusulas de participación en beneficios.

A diferenza principal cos plans de pensión que logo veremos radica en que nestes o diñeiro que se recibe en caso de falecemento ou invalidez depende do aforro acumulado até o momento de producirse o evento, sen outras cantidades adicionais.

Como xa dixemos as cantidades aportadas poden reducirse da base do IRPF mais establécense límites nas achegas.

Así ata os 50 anos de idade poderán deducirse como máximo a menor das cantidades seguintes, ou 10.000 euros ou ben o 30% dos rendementos do traballo e actividades económicas. Superados os 50 anos de idade poderá deducirse a menor das seguintes: ou 12.500 euros ou o 50% dos rendementos do traballo e actividades económicas.

Os contribuíntes cuxos cónxuxes non obteñan rendas superiores aos 8000 euros anuais poderán deducir na base do IRPF as achegas realizadas a estes plans polo seu cónxuxe co límite máximo de 2000 euros anuais.

Pola súa banda as prestacións recibidas destes plans teñen a condición de ingresos do traballo no IRPF. No caso de que se perciban en forma de capital existen reducións para achegas realizadas antes do 31 de decembro de 2006. As posteriores así como as percepcións en forma de renda non teñen redución ningunha.

c) Plans de pensións

Son fórmulas de aforro destinadas ao momento da xubilación de quen os contrata e que teñen carácter complementario ás prestacións derivadas do correspondente réxime da Seguridade Social. A súa principal característica é que gozan de beneficios fiscais e que os investimentos se basean en activos rendíbeis e seguros. Así mesmo permítense traspasos entre plans sen custo ningún. O prazo para traspasos de dereitos consolidados entre xestoras é de sete días.

Intervintes

- **O promotor do plan.** Empresa, sociedade, corporación, sindicato ou asociación que insten a súa creación ou participen no seu desenvolvemento.
- **Os partícipes.** As persoas físicas en cuxo interese se crea o plan.
- **Os beneficiarios.** Ás persoas físicas con dereito á percepción das prestacións sexan ou non partícipes.

Segundo quen sexa o promotor e os partícipes, os plans poderán ser de sistema de emprego (os partícipes son empregados da empresa ou entidade promotora), asociado (os partícipes son membros da asociación ou entidade promotora) ou individual (o promotor é unha entidade financeira e os partícipes calquera persoa física).

Segundo o tipo de obrigas estipuladas no plan poden clasificarse en **plans de achega definida** (defínense as achegas mais non as prestacións futuras), de **prestación definida** (defínense as prestacións a recibir polos beneficiarios) ou mixtas (defínense tanto achegas como prestacións).

Os fondos de pensións son os patrimonios creados para dar cumprimento ao plan de pensións.

Achegas

a) **Dos partícipes.** Ata os 50 anos de idade poderán deducirse como máximo a menor das cantidades seguintes, ou 10.000 euros ou ben o 30% dos rendementos do traballo e actividades económicas. Superados os 50 anos de idade poderá deducirse a menor das seguintes: ou 12.500 euros ou o 50% dos rendementos do traballo e actividades económicas. Os excesos nas achegas (agás que sexan retirados antes do 30 de xuño do seguinte ano) serán sancionábeis cun multa equivalente ao 50% do dito exceso sen prexuízo da inmediata retirada do mesmo.

b) **Dos cónxuxes.** As persoas cuxos cónxuxes non obteñan rendas superiores aos 8000 euros anuais poderán aportar a plans de pensións do cónxuxe ata un máximo de 2000 euros anuais e reducir esta achega na base do IRPF.

c) **Dos promotores.** As cantidades achegas por empresas a plans de pensións de emprego.

Os límites das achegas réxense

polos mesmo criterios de idade que as dos partícipes e son conxuntas coas daqueles.

Liquidez ou rescate

Habida conta de que se trata de produtos especialmente destinados á xubilación será neste momento cando se poda acceder ao réxime de prestacións. Excepcionalmente poderá acceder en casos como enfermidade grave ou desemprego de longa duración.

A continxencia de xubilación prodúcese no mesmo momento en que se acceda á xubilación no réxime da Seguridade Social, sexa ordinaria, anticipada ou posterior. Poderá accederse ás prestacións con anterioridade en casos en que o partícipe teña 60 anos ou máis, non estea traballando e non poida acceder á xubilación no réxime da Seguridade Social; padeza dependencia severa ou grande dependencia; ou casos nos que se determinara a súa incapacidade permanente total, absoluta ou gran invalidez.

Enfermidade grave

- Do partícipe, cónxuxe, ascendente ou descendente de primeiro grado, tutelados ou acollidos que dependan do partícipe e convivan con el.

- Debe tratarse de doenza ou lesión que incapacite á persoa para desenvolver a súa ocupación habitual durante un mínimo continuado de tres meses e que requira cirurxía maior ou tratamento en centro hospitalario.

- Ou doenza que limite ou impida totalmente a ocupación ou a incapaciten para a realización de calquera ocupación ou actividade, requira ou non (neste caso) asistencia doutras persoas para as actividades esenciais da vida humana.

- Estes supostos consideranse enfermidade grave no entanto non dean lugar á unha prestación por incapacidade permanente conforme ao réxime da Seguridade Social e sempre que supoñan para o partícipe unha diminución da súa renda dispoñíbel por aumento de gastos ou diminución de ingresos.

Desemprego de longa duración

- O partícipe debe acharse en situación legal de desemprego por un tempo continuado de a lo menos 12 meses.
- Non ter dereito a prestacións contributivas ou telas esgotado.
- Estar inscrito no servizo de emprego como demandante de emprego ao tempo da solicitude.

No caso de autónomos/as poderán realizar a solicitude se nos doce meses anteriores figuraban como demandantes de emprego de forma ininterrompida.

Información nos Plans de Pensións

En aras dunha completa transparencia, tanto na publicidade, con carácter previo e coetáneo á súa contratación así como periodicamente logo da mesma deberá informarse aos partícipes de diferentes aspectos relacionados co plan.



Cobro do plan de pensións

Poderá facerse en forma de capital no momento da continxencia ou diferíndose a un momento posterior; ou ben en forma de renda.

Se se opta pola renda, saiba que estas poderán ser:

-Aseguradas. As condicións (xuros e revalorizacións) son fixadas con arranxo ás tarifas vixentes da entidade financeira.

-Temporais. A cobrar durante un tempo determinado

-Vitalicias. Durante toda a vida do rentista

-Reversíbeis. No caso de falecemento do rentista e se a renda continúa en vigor pasará a outra persoa que se designe

-Non reversíbeis. No caso de falecemento a renda non pasa a ningunha outra persoa.

-Non aseguradas. O beneficiario establece o importe da renda e os prazos. Non se asegura ningún tipo de xuro. As rendas vanse pagando e o resto segue capitalizándose no plan. As rendas pagaranse ata que se esgoten os dereitos consolidados.

Gastos

Saibamos que as comisións que poden cobrarse dentro dos plans de pensións se devengan e calculan diariamente polo que cada día se restan da conta de posición do fondo de pensións; con isto conséguese que a rendibilidade do plan sexa neta de gastos e se corresponda coa cantidade que realmente cobran os partícipes.

Fiscalidade das prestacións

As prestacións recibidas dun plan de pensións tributan e se integran na base imponible do IRPF como rendementos do traballo.

Existen dous tipos de comisións:

*- De xestión, que reciben as entidades xestoras do fondo de pensións e que non poderá ser superior ao **2% anual** do valor do patrimonio do fondo.*

*- De depósito, que reciben as entidades depositarias do fondo e que non poderá exceder do **0,5% anual** do valor do patrimonio do fondo.*

D) Fondos de investimento

Son institucións de inversión colectiva que agrupan o aforro de inversores co obxectivo de constituír un patrimonio alto dabondo para acceder aos distintos mercados e tentar maximizar a rendibilidade. A súa xestión recae en mans de profesionais.

Existen distintos tipos de fondos segundo a natureza dos activos (renda fixa, variábel, mixta, débeda do Tesouro...)

Os rendementos xerados polos fondos integranse na base do aforro e tributarán no IRPF, aplicándoseles a retención que en cada momento se estableza.

Os traspasos entre fondos de investimento, xa entre diferentes xestoras ou dentro dunha mesma entidade xestora non tributan fiscalmente e as participacións subscritas conservarán a data de adquisición das orixinarias.

A súa rendibilidade dependerá do tipo de activos nos que se invista, así se inviste en renda variable a rendibilidade será maior mais tamén o risco.

Un fondo de investimento non ofrece unha rendibilidade fixa, agás o variedade de fondos de investimento garantidos que adoitan ofrecer á parte da garantía do capital, unha rendibilidade determinada para un prazo concreto.

Debemos saber que os gastos asociados aos fondos de investimento dependerán da política comercial das distintas entidades financeiras. Polo xeral as comisións que se cobran son de xestión e depósito. A maiores individualmente pódense cobrar comisións de subscripción e de reembolso.

No tocante ás achegas debemos saber que existe unha ampla flexibilidade para realizalas, tanto inicialmente como periodicamente, aínda que a lexislación vixente pode impor determinados límites.

Entre as súas vantaxes debemos sinalar a liquidez, a comentada flexibilidade das achegas, a posibilidade de realizar traspasos entre fondos sen ter que tributar por elo así como que existen variadas opcións para distintos perfís de inversores. Como inconveniente sinalaremos que non permiten deducir fiscalmente e que ao tratarse de produtos con total liquidez esixirá dos usuarios unha gran capacidade para tentar evitar o seu rescate.

E) Depósitos a prazo

Ao igual que os fondos de investimento gozan dunha ampla flexibilidade nas achegas así como nos prazos e liquidación de xuros. Tampouco gozan de beneficios fiscais e neste caso non se permite o traspaso entre depósitos sen tributar. Ademais existen modalidades que non permiten rescates anticipados ou no seu caso se lles aplicarán importantes penalizacións.

Os depósitos a prazo son produtos vinculados coa banca tradicional nos que o cliente realiza unha imposición a un prazo determinado e cunha rendibilidade establecida.

Os depósitos poden impoñerse a prazos do máis diverso así como establecer liquidacións de xuros con carácter periódico (mensual, trimestral, etc) ou ao seu vencemento.

Os rendementos dos depósitos teñen a consideración de rendementos do capital mobiliario e tributan no IRPF, aplicándose-lles o vixente tipo de retención.

A súa rendibilidade dependerá de si se trata de depósitos a tipo fixo, crecente ou vinculados á evolución dalgún índice bolsista.



**CONCELLO DE
SANTIAGO**

Concellaría de Sanidade
e Consumo



OMIC

OFICINA MUNICIPAL DE
INFORMACIÓN AO CONSUMIDOR

Rúa Salvador Allende 6-8
Tel.981 542314
SANTIAGO DE COMPOSTELA

www.santiagodecompostela.org

Colabora:



Unión de
Consumidores
de Galicia