



IMQdental

Seguro Dental
Condiciones Generales
2008



Seguro Dental

Condiciones Generales

2008

Registrada en la Dirección General de Planificación Sanitaria con el número 230. Inscrita en el Registro Especial de Entidades Aseguradoras del Ministerio de Hacienda por O. M. del 28 de Abril de 1960 (B.O.E. de 21 de mayo de 1980). Constituidos los Depósitos que marca la Ley. Reserva íntegra en España.

CONDICIONADO GENERAL DE PÓLIZA DENTAL IMQ

Artículo 1	Régimen jurídico	03
Artículo 2	Definiciones	03
Artículo 3	Bases del Contrato	05
Artículo 4	Objeto del Seguro	05
Artículo 5	Descripción de la cobertura Riesgos cubiertos. Franquicias	06
Artículo 6	Riesgos excluidos	06
Artículo 7	Asunción de los Servicios objeto de cobertura	07
Artículo 8	Pago de primas	08
Artículo 9	Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza	08
Artículo 10	Otras obligaciones, deberes, cargas y facultades del Tomador y/o Asegurado	09
Artículo 11	Otras obligaciones del Asegurador y del Asegurado	10
Artículo 12	Duración del Contrato de Seguro	10
Artículo 13	Rescisión e Indisputabilidad del Contrato	11
Artículo 14	Tratamiento de Datos de Carácter Personal	11
Artículo 15	Control e Instancias de Reclamación	12
Artículo 16	Comunicaciones	13

Artículo 1

Régimen Jurídico

El presente Contrato se rige:

- a) Por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (BOE del 17 de Octubre de 1980), en la Ley 30/1995 del 8 de Noviembre de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (BOE de 9 de Noviembre 1995), en el Real Decreto 2486/1998 del 20 de noviembre que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (BOE de 25 de Noviembre 1998) y,
- b) En cuanto no exceda de los límites de la autonomía de la voluntad, por lo que se conviene en las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán la mencionada aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

Artículo 2

Definiciones

A los efectos del presente Contrato se entenderá por:

Accidente

Lesión corporal que derive de una causa violenta, súbita externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, ocurrida durante la vigencia del Contrato.

Anexo de coberturas

Documento complementario, que se integra en el Condicionado General de la Póliza, en el cual se describen los servicios odontológicos incluidos en la cobertura de la póliza.

Asegurado

La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el Seguro y que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones derivadas del Contrato.

Asegurador

La persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado. En esta Póliza Igualatorio Médico Quirúrgico, S.A. de Seguros y Reaseguros, en lo sucesivo, el Asegurador.

Condiciones particulares

Documento integrante de la Póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Cuadro dental

Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por el Asegurador, con su dirección, teléfono y horario. Asimismo, se especifican en él, el centro o centros permanentes de urgencia.

Cuestionario de salud

Declaración realizada y firmada por el Tomador y/o el Asegurado antes de la formalización de la Póliza y que sirve al Asegurador para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro.

Enfermedad

Toda alteración de la salud del Asegurado, no causada por un accidente, diagnosticada por un médico, que haga precisa la prestación de Asistencia Sanitaria y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia del Contrato.

Franquicia

Importe que el Asegurado debe abonar al profesional sanitario o centro médico por cada servicio odontológico incluido en la cobertura del seguro. Tal importe es diferente en función de las distintas clases de servicios odontológicos y su cuantía, que viene determinada en el Anexo de Coberturas integrado en las Condiciones Generales, puede ser actualizada anualmente.

Intervención quirúrgica

Todo acto del arte médico que requiera ingreso en clínica y uso de quirófano para la actuación médica profesional, durante la vigencia del Contrato.

Período de carencia

Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas en la Póliza. Dicho plazo se computa por meses, contados desde la entrada en vigor de la Póliza, y para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.

Período de disputabilidad

Intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la Póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella, durante el cual el Asegurador puede rechazar la cobertura de prestaciones o impugnar el Contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores y que el Asegurado no declaró en el Cuestionario de Salud.

Póliza

El documento que contiene las cláusulas y pactos que regulan el Seguro. Forman parte integrante e inseparable de la Póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales si procediesen y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma, para complementarla o modificarla.

Prestación

Consiste en la asunción del costo de la Asistencia Sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro objeto de cobertura, durante la vigencia del Contrato.

Prima

El precio del Seguro. La prima es anual y pagadera por adelantado. No obstante, podrá pactarse su pago fraccionado, lo que en ningún caso constituirá fragmentación del carácter anual e indivisible de la misma. El recibo contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación y puede ser actualizada anualmente de acuerdo con lo establecido en el Artículo 9 de las Condiciones Generales, "ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA".

Siniestro

Hecho previsto en la Póliza que, una vez ocurrido, da lugar a la cobertura económica del costo de la Asistencia Sanitaria por parte del Asegurador.

Tomador

La persona física o jurídica que, juntamente con Igualatorio Médico Quirúrgico, S.A. de Seguros y Reaseguros, suscribe el presente Contrato y asume las obligaciones que en él se establecen, excepto las que, por su naturaleza, deben ser cumplidas por el propio Asegurado.

Urgencia

Situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

Artículo 3 Bases del Contrato

Las declaraciones formuladas por el Tomador y/o el Asegurado, de acuerdo con la Solicitud de Seguro y el Cuestionario de Salud que le someta el Asegurador, así como la presente Póliza, constituyen un todo unitario y son la base para la aceptación del riesgo por parte del Asegurador, las obligaciones que para él se derivan y la determinación de la cuantía de la prima.

Además de asumir el coste de la Asistencia Sanitaria contratada, el Asegurador deberá entregar al Tomador la Póliza, que estará integrada por las Condiciones Generales, las Particulares y las Especiales si las hubiera.

Artículo 4 Objeto del Seguro

1. Dentro de los límites y condiciones establecidos en la Póliza, y previo pago de la prima, el Asegurador se compromete a asumir el coste -en lo que exceda, en su caso, de la franquicia que a cada supuesto corresponda- de toda aquella asistencia que el Asegurado requiera como consecuencia de cualquier proceso de etiología dental, de acuerdo con la descripción de la cobertura.

En todo caso, el Asegurador asume el coste -en el límite establecido- de la prestación de la Asistencia Sanitaria referida en el párrafo anterior cuando se requiera con carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la Póliza y en aplicación de lo dispuesto en el artículo 103 de la Ley.

2. La Asistencia Sanitaria objeto del Contrato de Seguro se materializará exclusivamente por el Cuadro Médico del Asegurador y en los Centros por él concertados.
3. Dado que esta Póliza recoge un Contrato de Seguro de Asistencia Sanitaria en la modalidad de asunción directa del coste, en ningún caso procederá la entrega de indemnizaciones alternativas en metálico en sustitución de la asunción directa del coste de la prestación de los servicios de Asistencia Sanitaria objeto de la cobertura, ni el reembolso de gastos médicos u hospitalarios satisfechos directamente por el Asegurado.

Artículo 5

Descripción de la cobertura. Riesgos cubiertos. Franquicias

1. Las actuaciones sanitarias cubiertas por la Póliza se relacionan en el Anexo de Coberturas que se incorpora a estas Condiciones Generales y que forma parte integrante e inseparable de ellas. En dicho Anexo se especifican, asimismo, el importe correspondiente a la franquicia de cada prestación o servicio cubierto a cargo del Asegurado.
2. En los siniestros para los que se haya previsto expresamente la modalidad de copago, a través de la correspondiente franquicia, la cobertura comprende el costo de la asistencia que exceda de la franquicia y queda condicionada al efectivo pago de la misma por parte del Asegurado. Las cuantías de cada franquicia se establecen en el Anexo de Cobertura, distinguiéndose tres niveles de cuantía para cada tipo de siniestro, en función del Profesional o Centro. El Asegurado elegirá libremente en cada caso en que precise la asistencia sanitaria sujeta a franquicia, el nivel de ésta a que se acoge, en cuyo caso para la prestación de la asistencia únicamente podrá elegir dentro del Cuadro Dental a aquellos Profesionales y Centros clasificados para el nivel de franquicia escogido.

El Cuadro Dental contendrá la relación de Facultativos y Centros clasificados por niveles.

Artículo 6

Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la cobertura del Seguro:

1. La Asistencia Sanitaria que se requiera como consecuencia de guerras civiles, internacionales o coloniales, invasiones, insurrecciones, rebeliones, revoluciones, motines, alzamientos, represiones, actos de terrorismo y maniobras militares, aun en tiempos de paz; los que guarden relación directa o indirecta con la radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de situaciones como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos y los causados por epidemias u otras calamidades declaradas oficialmente.
2. La Asistencia Sanitaria que esté cubierta por un Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, por un Seguro Obligatorio de Vehículos de motor o por el Seguro Obligatorio de Viajeros, según en cada caso, las disposiciones específicas que los regulen.
3. Si hubiera enfermedades preexistentes y/o congénitas, el Asegurador se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes y, en el caso de aceptarlo(s), podrá incluirse la correspondiente cláusula de exclusión en las Condiciones Particulares de la Póliza en lo que se refiere a la prestación de servicios por dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas.
4. La Asistencia Sanitaria derivada de lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo la legítima defensa o estado de necesidad) o intentos de suicidio.
5. En general, cualesquiera otros servicios odontológicos no incluidos expresamente en el anexo de coberturas.

Artículo 7

Asunción de los Servicios objeto de cobertura

La cobertura de la Asistencia Sanitaria se llevará a cabo de acuerdo con las siguientes normas:

- a) La asistencia cubierta se llevará a cabo mediante el sistema de libre elección de Facultativo y/o Centro, por parte del Asegurado, de entre los Profesionales sanitarios y Centros que figuren en cada momento en el Cuadro Dental del Asegurador, quienes prestarán sus servicios directamente a éste con plena autonomía y bajo su exclusiva responsabilidad profesional.

En los siniestros con franquicia, la elección de Facultativo y/o Centro se limita a los que figuren en el Cuadro Dental, en el nivel de cuantía de franquicia elegido por el Asegurado para el concreto siniestro.

El Asegurador no se hace responsable, ni asumirá en ningún caso, los honorarios de facultativos ajenos a su Cuadro Dental, ni del importe de las actuaciones sanitarias que los mismos pudieran prescribir, que no estén expresamente comprendidas en la cobertura o que fueran llevadas a cabo por Facultativos y/o Centros ajenos al Cuadro Dental.

- b) Identificación del Asegurado. Para la asunción por el Asegurador de los servicios contratados, son condiciones imprescindibles:
 - b.1) La identificación del Asegurado ante el Facultativo o Centro mediante documento suficiente de identificación personal y aportación del documento o tarjeta que, en cada momento, tenga establecido el Asegurador, para acreditar la condición de Asegurado.
 - b.2) La acreditación de la cobertura del servicio y su consiguiente autorización a través de los sistemas y soportes que, en cada momento, tenga establecidos el Asegurador.
 - b.3) El Asegurador informará previamente a los Asegurados del detalle de las eventuales modificaciones de los sistemas y soportes que sean efectivos para la obtención de la asistencia de acuerdo con las reglas que se establecen en el apartado siguiente.
 - b.4) Todos los tratamientos y actuaciones cubiertos por el Seguro se realizarán de forma ambulatoria, quedando por ello excluidas la hospitalización y la anestesia general.
 - b.5) En los tratamientos alternativos decidirá el paciente.
 - b.6) En los tratamientos protésicos, será necesaria la aceptación por el Asegurado del presupuesto que realice el facultativo o clínica del Cuadro Dental. El Asegurado abonará directamente al facultativo o al Centro dental el importe correspondiente a la prótesis de acuerdo con lo previsto en el Anexo de Coberturas.
 - b.7) Para recibir un servicio de urgencia, deberá acudir al Centro permanente de urgencia que el Asegurador tiene establecido, cuya dirección y teléfono figura en el documento identificativo y en el Cuadro Dental que entrega al Asegurado.

Artículo 8

Pago de primas

1. El Tomador del Seguro está obligado al pago de la prima.
2. La primera prima será exigible una vez firmado el Contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, o de la fracción de la prima única anual, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo y, si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido. Si el Contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas siguientes al día en que el Tomador pague la prima o, en su caso, la fracción. En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

El Asegurador sólo queda obligado en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados. Los recibos de prima de este Seguro serán emitidos por él mismo.

3. Podrá convenirse en las Condiciones Particulares el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorro.

Si se pacta la domiciliación de los recibos de prima, en ampliación de lo señalado, se establecen las siguientes normas:

- a) El Tomador entregará al Asegurador carta o documento dirigido al Banco o Caja de Ahorros dando la oportuna orden de domiciliación.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro no existiesen fondos suficientes en la cuenta facilitada por el Tomador. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición y éste vendrá obligado a satisfacer la prima en el domicilio del Asegurador en el plazo de diez días. Transcurrido dicho plazo se producirán los efectos previstos para el supuesto de impago de los recibos de prima.
- c) Durante la vigencia de la Póliza, el Tomador puede cambiar la cuenta o la entidad financiera en que domicilia sus recibos sin más que comunicar previamente el cambio en la forma prevista en el apartado a).

Artículo 9

Actualización Anual de las Condiciones Económicas de la Póliza

1. La prima anual se establecerá con arreglo a la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas que el Asegurador tenga vigentes al tiempo de cada renovación.

2. El Tomador del Seguro da su conformidad a las modificaciones que por tal motivo se produzcan en el importe de las primas.

Asimismo, el Asegurador, en cada renovación anual de la Póliza podrá:

- a) Actualizar el importe de las primas.
 - b) Actualizar el importe correspondiente a las franquicias y modificar la cuantía económica de participación del Asegurado en el coste de los servicios.
 - c) Actualizar las cuantías del límite de cobertura establecido para las prótesis, si las hubiere.
3. Estas actualizaciones de primas y franquicias se fundamentarán en cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero-actuarial del Seguro, del incremento del coste de los servicios sanitarios, del aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, de la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato u otros hechos de similares consecuencias.

El Tomador del Seguro al recibir la notificación de estas actualizaciones de primas, franquicias o copagos para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del Contrato, lo que supondrá la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o poner término al mismo al vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá notificar por cualquier medio escrito al Asegurador su voluntad en tal sentido.

Artículo 10

Otras obligaciones, deberes, cargas y facultades del Tomador y/o Asegurado

El Tomador del Seguro y, en su caso el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

- a) Declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.
- b) Comunicar al Asegurador, durante el curso del Contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con el cuestionario de estado de salud del Asegurado presentado previamente -si lo hubiere habido-, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el Tomador.
- c) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.
- d) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente Contrato, tomando efecto las mismas el día primero del mes siguiente a la fecha de la notificación efectuada por el Tomador, y adaptándose la prima a la nueva situación, con respecto, en todo caso, a su carácter anual y al principio de indivisibilidad que para la misma rige.

- e) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Aseguradora, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro.
- f) Otorgar y facilitar la subrogación que a favor del Asegurador establece el artículo 82 de la Ley de Contrato de Seguro.

El Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de Seguro o las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro.

Artículo 11

Otras obligaciones del Asegurador y del Asegurado

1. El Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la Solicitud de Seguro o de las cláusulas acordadas; transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.
2. El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:
 - a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave.
 - b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo hubieran comunicado al Asegurador, actuando de mala fe.
 - c) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la prima, salvo pacto en contrario.
 - d) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado.
3. La utilización de cualquier documento del Seguro por persona que carezca del derecho a hacerlo, facultará al Asegurador para excluir de la cobertura de la Póliza al Asegurado responsable, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que correspondan.

Artículo 12

Duración del Contrato de Seguro

1. La entrada en vigor del Contrato de Seguro, salvo pacto en contrario, tendrá lugar a partir de las veinticuatro horas del día en que se abone la primera prima.
2. El Seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y, a su vencimiento, se prorrogará tácitamente por anualidades naturales. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga, mediante notificación escrita a la otra parte, con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del primer período o sucesivos.

3. Si la extinción del Contrato tuviera lugar en virtud de denuncia formulada por el Asegurador, se entenderá que subsisten los efectos del Seguro sobre aquellos siniestros acaecidos y asistidos durante la vigencia del Contrato, prolongándose hasta la curación en los casos agudos y hasta un máximo de treinta días, contados desde la extinción de la Póliza.

Artículo 13

Rescisión e Indisputabilidad del Contrato

1. El Tomador podrá resolver el Contrato antes de su vencimiento cuando, por cualquier causa, varíen en porcentaje superior al 50% los facultativos que se integran en el Cuadro, debiendo notificar tal decisión al Asegurador por medio de carta certificada.

No será de aplicación esta norma cuando se trate de sustituciones transitorias originadas por causa justificada o se refiera a Médicos de Técnicas Quirúrgicas Especiales, Odontólogos, Analistas y Radiólogos.

El Asegurador, cuando las variaciones puedan ser causa de resolución, se obliga a comunicarlo al Contratante dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se haya producido. El Tomador, en un plazo de 30 días naturales, contados a partir del recibo de la notificación, podrá ejercitar su derecho de resolución.

La resolución del Contrato tendrá efecto el día primero del mes siguiente a la fecha en que se recibiera la notificación por carta certificada del Tomador, y el Asegurador vendrá obligado a devolver el importe de la prima no consumida.

2. El Asegurador podrá, si lo estima conveniente, someter al Asegurado a examen médico previo, y/o a la cumplimentación de un cuestionario-declaración establecido por el Asegurador.

El Asegurador se reserva, en todo caso, la libertad de contratar.

3. Si se hubiere practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y el Asegurador no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores a la fecha de efecto del Contrato, a menos que de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento, se haga alguna salvedad en las Condiciones Particulares de la Póliza, o que la dolencia o afección hubiera sido ocultada dolosamente por el Asegurado en el cuestionario-declaración.

Si no se hubiera practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable transcurrido un año de la entrada en vigor del Contrato, salvo que el Tomador o el Asegurado hayan actuado con dolo.

Artículo 14

Tratamiento de Datos de Carácter Personal

Siguiendo lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, en consonancia con la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, le informamos que la contratación de

la póliza de seguro de asunción directa del coste de los servicios de asistencia sanitaria requiere para su desarrollo, cumplimiento, control y ejecución por IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (IMQ) el tratamiento por IMQ de sus datos como tomador, así como los datos de los asegurados, incluidos datos de salud (tales como los datos de salud solicitados para la contratación del seguro y las actuaciones médicas aseguradas solicitadas y/o realizadas cuyo coste se pretenda cubrir por tal seguro), tratamiento que incluirá la incorporación de sus datos a fichero de los que IMQ será responsable así como, en su caso, la cesión a los profesionales sanitarios que realicen la prestación de servicios de asistencia sanitaria cuyo coste es objeto de la cobertura de la póliza de seguro contratada (tales como médicos, centros sanitarios, hospitales) de aquellos datos que sean necesarios para tal asistencia, pudiendo IMQ solicitar, en su caso, de los prestadores de servicios sanitarios la información que se requiera para la finalidad del tratamiento de IMQ aquí señalada relativa a la asistencia sanitaria que se solicite o reciba conforme a la póliza de seguro contratada.

Con la solicitud o la realización de cualesquiera prestaciones médicas o sanitarias cuyo coste esté cubierto por el contrato de seguro y/o con la propia renovación de la póliza, el tomador (i) consiente expresamente a que se realice el tratamiento de sus datos y de los datos del/de los asegurado/s que el tomador ha facilitado y que estos datos y los generados con la ejecución de la póliza del seguro contratado se compartan, en su caso, con los prestadores de los servicios sanitarios cuyo coste es objeto de la cobertura de la póliza de seguro contratada en los términos aquí indicados; y (ii) declara y garantiza que ha obtenido el consentimiento para el tratamiento de los datos, en los términos aquí indicados, de todos los titulares de los datos personales que el tomador ha comunicado o comunique a IMQ, esto es, de los asegurados de la póliza del seguro contratada, habiéndoles expresamente informado del contenido de todos los extremos relativos al tratamiento de sus datos indicados en este documento y del contenido de la póliza de seguro contratada.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición del tratamiento de los datos de los que es responsable IMQ, el titular de los datos debe dirigirse a c/ Máximo Aguirre, 18 Bis, 48011 Bilbao, Bizkaia, adjuntando a su solicitud copia legible de su DNI u otro documento que acredite oficialmente su identidad. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en este documento, podría no hacerse efectiva la cobertura de los asegurados durante el tiempo que dure dicha oposición, en la medida en que tal oposición impida a IMQ disponer de los datos necesarios para el cálculo de las prestaciones y demás fines establecidos en el contrato de seguro y las obligaciones de la normativa aplicable.

Artículo 15

Control e Instancias de Reclamación

Los conflictos que puedan surgir entre Tomadores de Seguro, Asegurados, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con entidades aseguradoras se resolverán:

- a) Por los jueces y tribunales competentes (siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado).
- b) Asimismo, podrán las partes someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos del Artículo 31 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, y sus normas de desarrollo. En todo caso, el sometimiento de las

partes al sistema arbitral será voluntario y deberá constar expresamente por escrito, sin que esta previsión constituya ninguna suerte de sumisión anticipada.

- c) Asimismo, y sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, también podrán someter a arbitraje las cuestiones litigiosas, surgidas o que puedan surgir, en materia de su libre disposición conforme a derecho, en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.
- d) Además, podrán formularse reclamaciones por escrito ante el Departamento de Atención al Cliente del Iqualatorio Médico Quirúrgico, S.A. de Seguros y Reaseguros por cualquiera de los siguientes medios:
 1. Personalmente en cualquiera de las oficinas de IMQ.
 2. Por correo postal remitido al domicilio social de IMQ sito en la calle Máximo Aguirre, número 18-bis de Bilbao (Bizkaia).
 3. Por fax al número 94 427 39 37
 4. Por correo electrónico a la dirección imq@imq.es

Dicho Departamento acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se le presenten y las resolverá siempre por escrito motivado.

- e) Una vez transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que haya sido resuelta, denegada su admisión, o desestimada la petición, podrá acudir al Comisionado para la defensa del Asegurado ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, conforme a lo previsto en la legislación vigente y, en especial, la Ley 44/2002 de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, así como el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros.

Las acciones que se deriven del presente Contrato prescribirán en el término de 5 años.

Artículo 16

Comunicaciones

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán al domicilio social de aquél, señalado en la Póliza; pero si se realizan a un Agente representante del Asegurador, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán al domicilio de los mismos, recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al Asegurador.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor al Asegurador, en nombre del Tomador del Seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

IMQde^otal

Atención al cliente

Laborables de 8:00 a 20:00 h.

902 20 21 50

oficinas IMQ

BIZKAIA

Bilbao

Oficina central

Máximo Aguirre, 18 bis

T. 902 20 21 50

Clínica Vicente San Sebastián

Rafaela Ibarra, 25

Clínica Virgen Blanca

Maestro Mendiri, 2

Centro de Seguros "El Corte Inglés"

Gran Vía, 7

T. 94 424 42 13

Barakaldo

Bide Onera

Avda. de la Libertad, 1

T. 902 10 70 30

Durango

Saibigain, 1 bajo

T. 94 620 14 83

Gernika

Abaunza, 1

T. 94 625 65 65

Getxo

Gobela, 1

T. 94 480 15 21

Lekeitio

Juan Bautista Eguzkitza s/n.

T. 94 684 20 90

ÁLAVA

Vitoria-Gasteiz

Plaza América, 3 bajo

T. 945 23 02 12

GIPUZKOA

Donostia

Ramón M^o Lili, 3 - 4

T. 943 32 21 00

Eibar

Chiquito de Eibar, 1

T. 943 20 04 14