

# **IMQ Activa**

## **Seguro de Asistencia Médica**

---

**Condiciones Generales**  
MODELO 2011



# IMQ Activa

Seguro de Asistencia Médica

---

Condiciones Generales

MODELO 2011



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.

## Índice

### Seguro de Asistencia Médica

Artículo 1	Preliminar	5
Artículo 2	Definiciones	5
Artículo 3	Bases del Contrato	8
Artículo 4	Objeto del Seguro	9
Artículo 5	Descripción de la cobertura. Riesgos cubiertos	9
Artículo 6	Riesgos excluidos	12
Artículo 7	Períodos de Carencia	14
Artículo 8	Asunción de los servicios objeto de cobertura	15
Artículo 9	Pago de la Prima	16
Artículo 10	Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza	17
Artículo 11	Otras obligaciones, cargas, deberes y facultades del Tomador y/o del Asegurado	18
Artículo 12	Otras obligaciones del Asegurador y del Asegurado	20
Artículo 13	Duración del Seguro	20
Artículo 14	Rescisión e indisputabilidad del Contrato	20
Artículo 15	Tratamiento de los Datos de Carácter Personal	21
Artículo 16	Control e instancias de reclamación	22
Artículo 17	Comunicaciones	23

# Seguro de Asistencia Médica

---

Pago por acto médico  
Libre elección de médico

Con participación del Asegurado en el coste de los servicios.

## **Artículo 1**

### **Preliminar**

El presente Contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre), por lo dispuesto en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre (B.O.E. de 5 de noviembre), por lo dispuesto en el Real Decreto 2486/1998 de 20 de noviembre que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (B.O.E. de 25 de noviembre) y por lo que se conviene en las Condiciones Generales y Particulares de este Contrato, 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.

#### **Asegurado**

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

#### **Catálogo de servicios o Cuadro Médico**

Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por IMQ con su dirección, teléfono y horario. A efectos de este seguro se consideran cuadros médicos de IMQ tanto donde esta opera directamente como en donde lo haga mediante concierto con otras Aseguradoras. En cada Catálogo de Servicios se relacionan, además de los profesionales y establecimientos sanitarios de la provincia, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio estatal.

#### **Copago**

La participación del Asegurado en el coste de los servicios.

#### **Condiciones Particulares**

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

#### **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.

### **Devengo de la Prima**

Es el momento en el que el Tomador se convierte en deudor del Asegurador por la integridad de la suma dineraria que constituye la Prima. La Primera Prima se devenga al tiempo de contratación del Seguro. La Segunda y Sucesivas Primas se devengan al comienzo de cada período anual por el que el Contrato de Seguro se prorrogue, tácita o expresamente.

### **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.

### **Enfermedad, lesión, defecto o malformación congénita**

Es aquélla que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del Asegurado.

### **Enfermedad preexistente**

Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del Seguro o del alta en la Póliza.

### **Fraccionamiento del pago de la Prima**

Es la facilidad de pago que en las Condiciones Particulares puede establecerse entre el Asegurador y el Tomador, en beneficio de éste, y que consiste en la posibilidad de posponer el pago de toda o parte de la Prima a un momento posterior al de su devengo. La posibilidad de fraccionar el pago de la Prima en ningún caso supone que ésta sea divisible.

### **Franquicia**

Importe que el Asegurado debe abonar al Asegurador por alguno de los servicios sanitarios utilizados. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y/o especialidades médicas y su cuantía, que viene determinada en las Condiciones Particulares, podrá ser actualizada anualmente de conformidad con lo establecido en el Artículo 10 de las Condiciones Generales, "ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA".

### **Hospital**

Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día, y sólo se admitirá el ingreso en el mismo de personas enfermas o lesionadas.

A los efectos de la Póliza no se consideran hospitales: los hoteles, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, asilos, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas, tratamiento y/o deshabituación de alcoholismo u otras drogodependencias, e instituciones similares.

### **Hospitalización**

El hecho de que una persona figure registrada como paciente en un hospital y pernocte ocupando cama hospitalaria, durante la vigencia del Contrato.

### **Intervención quirúrgica**

Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano en centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiere normalmente la utilización de sala de operaciones.

### **Material ortopédico**

Piezas anatómicas o elementos de cualquier naturaleza utilizados para prevenir o corregir las deformidades del cuerpo.

### **Material de osteosíntesis**

Piezas o elementos metálicos o de cualquier otra naturaleza, empleados para la unión de los extremos de un hueso fracturado, o para soldar extremos articulares.

### **Médico**

Licenciado en Medicina legalmente habilitado para ejercerla.

### **Periodo de Carencia**

Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de 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.

### **Periodo 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 del Asegurado y que éste no declaró en el Cuestionario de Salud. Transcurrido dicho plazo el Asegurador tendrá esa facultad en el caso de que el Tomador y/o Asegurado haya actuado dolosamente.

### **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 coste 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 única, 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.

Es Primera Prima aquélla que se refiere al período asegurado que media entre la fecha de contratación del Seguro y el final de su vigencia inicialmente prevista, sin perjuicio de las prórrogas, táticas o expresas, a que por común acuerdo de las partes contratantes hubiere lugar. Como norma general, la Primera Prima constituirá la contraprestación del Tomador de la Póliza por la cobertura de riesgo que le dispensa el Asegurador desde la fecha de contratación del Seguro hasta el 31 de diciembre de ese mismo año.

Son Segunda y Sucesivas Primas las que se refieran, respectivamente, al segundo o sucesivos períodos anuales asegurados, en los cuales el Contrato de Seguro sigue vigente como consecuencia de prórrogas, táticas o expresas.

La Prima puede ser actualizada anualmente de acuerdo con lo establecido en el Artículo 10 de las Condiciones Generales, "ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA".

### **Prótesis**

Todo elemento de cualquier naturaleza, utilizado para reemplazar temporal o permanentemente tanto la ausencia de un órgano, aparato o sistema lesionado (total o parcialmente), como su función fisiológica.

### **Siniestro**

Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios que se encuentran total o parcialmente cubiertos por la Póliza.

### **Tarjeta de Asegurado**

Documento propiedad del Asegurador que se expide y entrega a cada Asegurado incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la póliza.

### **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.

### **Urgencia vital**

Toda situación que pone en peligro inminente la vida de una persona y que requiere de una actuación médica inmediata.

## **Artículo 3**

### **Bases del Contrato**

Las declaraciones formuladas por el Tomador y/o 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.

En consecuencia, son requisitos para contratar el sometimiento del Asegurado, a su costa, a examen médico previo, y/o cumplimentar el Cuestionario de Salud-Declaración establecido por el Asegurador. El Asegurador se reserva, en todo caso, la libertad de contratar.

El límite de edad para asegurarse es de sesenta y cinco años.

El Asegurador deberá entregar al Tomador la Póliza, que estará integrada por las Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales si las hubiera y la Tarjeta de Asegurado.

## Artículo 4

### Objeto del Seguro

Dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza, y mediante el pago de la Prima, copagos y franquicias que en cada caso corresponda, el Asegurador asumirá directamente el coste de la asistencia médica, en régimen de consulta ambulatoria para toda clase de lesiones y/o enfermedades que estén comprendidas en las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios incluidos en el Artículo 5, satisfaciendo directamente los honorarios y tarifas de los servicios a los Profesionales y Centros sanitarios que presten la asistencia.

En todo caso, según dispone el Artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el Asegurador asumirá directamente el coste de la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la Póliza.

La asistencia cubierta por el Seguro se llevará a cabo exclusivamente por el Cuadro Médico del Asegurador y en los Centros por él concertados.

Este Contrato garantiza la tecnología y metodología médica utilizada en el momento de toma de efecto de la Póliza. La incorporación de nuevas tecnologías para tratamientos médicos o diagnósticos, no se incluirán en la cobertura del Seguro hasta que, expresamente el Asegurador así lo indique en las Condiciones Generales y haga las adaptaciones necesarias en la tarifa de primas.

En ningún caso podrán pretenderse por el Asegurado indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de los servicios de asistencia sanitaria objeto de la cobertura, ni el reembolso de gastos médicos satisfechos directamente por el Asegurado.

## Artículo 5

### Descripción de la cobertura. Riesgos cubiertos

Son objeto de cobertura de esta modalidad de póliza, las consultas de especialidades, pruebas diagnósticas y otros servicios, realizados de manera ambulatoria, quedando excluido cualquier asistencia médica, análisis, exploraciones, tratamiento o acto quirúrgico, que fueran requeridos estando el Asegurado ingresado como paciente en centro hospitalario u hospital de día.

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos, expresivos de la concreta cobertura de la Póliza, son los que en cada caso se señalan en las Condiciones Particulares y las que en un futuro puedan añadirse, con la aplicación de la prima adicional que en cada caso corresponda.

#### I. Atención Primaria

##### **Medicina General o de Familia**

En consulta y a domicilio.

##### **Pediatría**

En consulta, hasta los 14 años.

##### **A.T.S./D.U.E. (Practicante)**

En consulta y a domicilio.

## II. Especialidades

### **Alergología**

### **Análisis Clínicos**

### **Anatomía Patológica**

### **Anestesia y Reanimación**

### **Aparato Digestivo**

### **Cardiología**

Excluidos los cateterismos diagnósticos y terapéuticos

### **Cirugía Cardio-Vascular**

### **Cirugía General y del Aparato Digestivo**

### **Cirugía Maxilo-Facial**

### **Cirugía Pediátrica**

### **Cirugía Plástica Reparadora**

Excluida la puramente estética.

### **Cirugía Torácica**

### **Dermatología y Venereología**

### **Diagnóstico por imagen**

Cubre las técnicas habituales como Radiología general, Ecografías, Mamografías convencionales y Densitometría ósea (1). Los medios de contraste serán por cuenta del Asegurador.

### **Endocrinología y Nutrición**

### **Ginecología y Obstetricia**

Incluida la implantación del DIU (1), (siendo por cuenta del Asegurado el coste del dispositivo), el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad (1)

### **Hematología**

Excluida la Hemoterapia

### **Medicina Interna**

### **Microbiología y Parasitología**

### **Nefrología**

Excluida la Hemodiálisis, tanto en procesos agudos como en crónicos.

### **Neumología**

Asma y Alergia Respiratoria. Excluido el tratamiento de los trastornos respiratorios durante el sueño, CPAP y BIPAP.

### **Neurocirugía**

### **Neurofisiología Clínica**

Excluida la Cartografía Cerebral (Mapping), la Polisomnografía Nocturna y los Estudios Respiratorios durante el sueño.

### **Neurología**

### **Oftalmología**

### **Oncología médica**

Excluida la quimioterapia y la radioterapia

### **Otorrinolaringología**

### **Psiquiatría**

Excluida la psicoterapia en general.

### **Reumatología**

### **Traumatología y Cirugía Ortopédica**

Excluida la Litotricia músculo-esquelética

### **Urología**

## **III. Otros Métodos Terapéuticos**

### **Electroterapia (1)**

Onda Corta, Rayos Infrarrojos, Rayos Ultravioletas, etc.

### **Fisioterapia y Rehabilitación ambulatoria (3)**

Se incluye la rehabilitación de:

- Aparato locomotor.

Se excluyen las terapias de mantenimiento y ocupacionales, así como la rehabilitación de enfermedades crónicas, congénitas, neurológicas y degenerativas.

## **IV. Otros Métodos Diagnósticos**

### **Otros medios de diagnóstico**

Electrocardiogramas, Encefalogramas, Holter, Prueba de esfuerzo, Eco-intracavitario, Ecocardiogramas, Doppler y Cardiotocografía en embarazo (2).

### **Medios diagnósticos de alta tecnología**

- Eco de estrés (1).
- Eco-Doppler (1).
- Ecocardiografía transesofágica (E.T.E.) (1).
- Endoscopias (1)
- Isótopos Radiactivos, incluida la Gammagrafía (excluido el Dat-Scam) (1).
- P.E.T. oncológico (3)
- Pruebas para detección de malformaciones en el embarazo (2): amniocentesis o la biopsia corial.
- Resonancia Magnética (1). El medio de contraste será a cargo del Asegurador.
- Scanner (1). El medio de contraste será a cargo del Asegurador.

## V. Otros Servicios

### Podología

Con un máximo de 2 sesiones al año.

### Preparación al Parto (2)

### Segunda Opinión Médica

### Urgencias Servicio Permanente

En los Centros indicados por el Asegurador en el Cuadro Médico. La asistencia será domiciliaria cuando el estado del enfermo así lo requiera.

### Urgencias en desplazamiento ocasional o temporal

Fuera del ámbito territorial del Asegurador y dentro del territorio nacional, en los Centros concertados por el Asegurador y/o sus Entidades Colaboradoras, según se recoge en el Cuadro Médico del Asegurador.

### Urgencias en viaje en el extranjero

Para lo cual el Asegurado deberá proveerse del certificado de cobertura en el que se detallan sus términos y condiciones.

El Asegurador podrá establecer en las Condiciones Particulares la cuantía máxima anual por Asegurado, que puede ser actualizada anualmente, de acuerdo con el Artículo 10 referente a la "ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA".

SE EXCLUYEN AQUELLOS SERVICIOS, TRATAMIENTOS O TÉCNICAS QUE CONSTITUYAN COBERTURA ESPECÍFICA DE OTRAS MODALIDADES DE LA PÓLIZA.

## VII. Períodos de Carencia Generales

(1) = 6 meses    (2) = 10 meses    (3) = 12 meses

### Artículo 6

#### Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la cobertura del Seguro:

- 1) Cualquier asistencia que precise internamiento hospitalario o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas.
- 2) La asistencia sanitaria derivada de accidentes laborales y enfermedades profesionales, siempre que exista un seguro específico que cubra al Asegurado o un tercero civilmente responsable.
- 3) La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por accidentes amparados por el Seguro Obligatorio de Vehículos a Motor.
- 4) Los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en Centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, salvo los derivados de la asistencia concertada expresamente en Centros determinados.

- 5) Los que ocurran como consecuencia de guerras civiles, internacionales o coloniales, invasiones, insurrecciones, rebeliones, revoluciones, motines, alzamientos, represiones, actos de terrorismo y maniobras militares, aún 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 declaradas oficialmente.
- 6) La asistencia sanitaria derivada de toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas; los que sean consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza, así como los que puedan derivarse de aquéllos, siempre que fueran conocidos por el Tomador del Seguro o Asegurado y no declarados.

El Tomador del Seguro, en su nombre y en nombre de los Asegurados, independientemente del reconocimiento médico previo que, en su caso, se hubiera efectuado, está obligado a declarar en el momento de suscribir la Solicitud de Seguro si cualquiera de los Asegurados padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquéllas de carácter recurrente, congénitas, o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o en el momento de la suscripción padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología.

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 Póliza en lo que se refiere a la cobertura de servicios por dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas.

- 7) La asistencia sanitaria, incluso la psiquiátrica, derivada o asociada a toxicomanías o drogodependencias, así como los trastornos de la personalidad, y las derivadas de autolesiones, embriaguez, riñas (salvo la legítima defensa) o intentos de suicidio.
- 8) La asistencia sanitaria del S.I.D.A. y de las enfermedades causadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- 9) Los servicios de profesionales o de establecimientos sanitarios, aún incluidos en el Cuadro Médico del Asegurador, que hubieran sido solicitados directamente por el Asegurado a título particular, es decir, al margen de su condición de tal y sin invocar el Seguro, y para todas las actuaciones derivadas de la dolencia o afección que motivó la solicitud de los servicios.
- 10) Los medicamentos y productos químico/farmacéuticos así como las vacunas de todo tipo y el tratamiento de la Hemofilia.
- 11) El tratamiento encaminado a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos, la fecundación "in vitro", inseminación artificial, etc. y la interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dichos tratamientos.
- 12) Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento de la impotencia
- 13) El diagnóstico, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra actuación que tenga un carácter puramente estético o cosmético. Asimismo están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.

- 14) Los gastos por viajes y desplazamientos en los términos contemplados en la descripción de los servicios. Así mismo, se excluyen los gastos de transporte del Asegurado al Centro, y viceversa, en casos de rehabilitación, fisioterapia, etc.
- 15) La corrección quirúrgica de la Miopía, Astigmatismo e Hipermetropía, así como cualquier otra alteración de la refracción, por cualquier medio o técnica.
- 16) La asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general y, particularmente, en las actividades siguientes: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, rugby, hípica, toreo y encierro de reses bravas.
- 17) La asistencia médica por razones de tipo social, tales como la derivada de inconveniencia o dificultad familiar, secuelas o situaciones irreversibles.
- 18) Los procedimientos que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, así como las medicinas alternativas tales como naturopatía, hidroterapia, magnetoterapia, acupuntura, quiropráctica, digitopuntura, homeopatía, mesoterapia, presoterapia, ozonoterapia, etc., aun prescritos por Facultativos del Cuadro Médico del Asegurador.
- 19) Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no sean de práctica general y aceptada en el Sistema Nacional de Salud, aun prescritos por Facultativos del Cuadro Médico del Asegurador, hasta que consten como específicamente incorporadas en el Condicionado General y se hayan hecho las adaptaciones correspondientes en las primas.
- 20) Los exámenes médicos sin fines curativos (chequeos), así como, los de obtención del carnet de conducir, caza, pruebas de paternidad, etc.
- 21) Cualquier método de diagnóstico genético, molecular, o de otro tipo, así como el mapa genético que esté orientado a conocer la predisposición o el diagnóstico en el Asegurado o en su descendencia de enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, excepto el diagnóstico prenatal en la Modalidad que se especifique.
- 22) La terapia génica, molecular e inmunoterapia, así como el tratamiento con células progenitoras.
- 23) Cualquier técnica terapéutica para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson y de la Epilepsia.
- 24) Los gastos derivados de técnicas, tratamientos y/o medios de diagnóstico, si se derivan o son consecuencia de una prestación no incluida en la cobertura de la Póliza, según la Modalidad de que se trate.

## **Artículo 7**

### **Períodos de Carencia**

Todas las prestaciones que, en virtud de la Póliza, asuma el Asegurador, serán facilitadas desde el momento de la entrada en vigor del Contrato, a excepción de aquéllas que tienen señalados Períodos de Carencia en las Condiciones Generales y/o Particulares.

En casos particulares, podrán establecerse otros Períodos de Carencia y, en su caso exclusiones, como consecuencia del análisis del Cuestionario de Salud y/o del reconocimiento médico previo.

Los Períodos de Carencia y/o las exclusiones, se aplicarán individualmente a cada Asegurado.

## **Artículo 8**

### **Asunción de los servicios objeto de cobertura**

- a) La asistencia 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 figuran en cada momento en el Cuadro Médico del Asegurador, quienes prestarán sus servicios directamente a éste, con plena autonomía y bajo su exclusiva responsabilidad profesional.
- b) La identificación del Asegurado ante el Facultativo o Centro deberá hacerse mediante documento suficiente de identificación personal y presentación de la tarjeta de Asegurado, así como de los documentos de acreditación del servicio que, en cada momento, tenga establecidos el Asegurador.

El Asegurador informará previamente a los Asegurados del detalle de las eventuales modificaciones de los sistemas y soportes que, en todo caso, serán efectivos para la obtención de la asistencia de acuerdo con las reglas que se establecen en el apartado siguiente.

- c) Los Asegurados podrán elegir libremente el Médico General o de Familia, dentro de los que figuren en el Cuadro Médico del Asegurador. La elección será anual, salvo causa justificada, y deberá ser notificada al Asegurador y aceptada por el Médico elegido.

La asistencia requiere normalmente y en primera instancia, la atención del Médico General o de Familia. La asistencia del Médico General o de Familia incluye la visita domiciliaria cuando el estado del paciente no permita su traslado al consultorio del Facultativo.

En los casos de urgencia, así como fuera del horario normal de visita (desde las 8:00 a las 20:00, de Lunes a Viernes), la cobertura incluye la atención en los Centros de Urgencia Permanente o, en su caso, la solicitud del Servicio de Urgencia a Domicilio que tiene concertado el Asegurador.

Cuando, a juicio del Médico General o de Familia, la asistencia requiera la orientación de cualquier Especialidad, el Asegurado acudirá al Especialista libremente elegido, de entre los pertenecientes al Cuadro Médico del Asegurador.

Mientras subsista la misma enfermedad que motivó la asistencia de un Médico Especialista, el paciente sólo podrá utilizar los servicios del inicialmente elegido, salvo causa justificada apreciada por el Médico General o de Familia, quien, en tal caso, podrá remitir a otro Especialista perteneciente al Cuadro Médico del Asegurador.

Las pruebas o exploraciones complementarias con fines diagnósticos, requiere la petición del Médico General o de Familia, o del Especialista a cuyo cargo esté la asistencia.

- d) La cobertura de la cirugía ambulatoria y de las técnicas especiales de diagnóstico y requiere la solicitud de un Médico del Cuadro Médico del Asegurador. El Asegurado deberá obtener, además, la confirmación previa de la cobertura en las Oficinas del Asegurador, o a través del sistema que en cada momento esté establecido.

Los servicios de A.T.S./D.U.E. (Practicante) deberán solicitarse en el teléfono centralizado de Atención y Servicio de Urgencias que el Asegurador tiene establecido.

- e) El Asegurador no se hará cargo de los gastos ocasionados por la asistencia prestada por Facultativos o Centros ajenos al mismo cualquiera que sea el Médico que prescribe la asistencia. Tampoco se hará cargo de ninguna clase de honorarios, exploraciones, u otros servicios que,

aun realizados por Facultativos o Centros concertados, no hayan sido prescritos por iniciativa exclusiva de los Médicos del Cuadro Médico del Asegurador en el tratamiento de sus enfermos. La indicación hecha por un Médico del Cuadro del Asegurador, para acudir a Facultativos o Centros no concertados, no vincula al Asegurador.

Para el supuesto de que una exploración o tratamiento cubierto por la Póliza, no pudiera llevarse a cabo por ninguno de los Médicos o Centros del Cuadro del Asegurador, la cobertura de la asistencia precisará informe del Facultativo que esté prestando asistencia al Asegurado y autorización previa y expresa del Asegurador quien podrá recabar información sobre el indicado extremo de otros Facultativos del Cuadro. En el caso de autorización, el Asegurador no está vinculado por la indicación del Médico sobre el Facultativo o Centro de referencia, pudiendo señalar alternativa de garantía reconocida.

Asimismo, requerirá indicación de un Facultativo del Cuadro y autorización previa y expresa del Asegurador, la realización de interconsulta con un Especialista de la Red de Asistencia Nacional concertada por el Asegurador. La misma autorización se requerirá para la asistencia en Centro Médico situado fuera del ámbito geográfico de actuación del Asegurador.

- f) Otras reglas de la asistencia objeto de cobertura:
- A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro cuando el Asegurado solicita la prestación del servicio.
  - La cobertura de los servicios a domicilio, en los casos que procedan, únicamente se producirá respecto del que figura en la Póliza, con excepción de los servicios de urgencia fuera del ámbito territorial de actuación del Asegurador. Cualquier cambio de domicilio, habrá de ser notificado por escrito, obligándose el Asegurador a emitir el correspondiente Suplemento de la Póliza.

## Artículo 9 Pago de la Prima

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la Prima.

### a) Carácter anual e indivisible de la Prima

La Prima es única, anual y pagadera por adelantado, devengándose íntegramente al comienzo del primer período actuarial; o, si las hubiera, al inicio de cada una de las prórrogas.

No obstante, podrá pactarse, en las Condiciones Particulares y en beneficio del Tomador, su pago fraccionado, sin perjuicio del derecho al cobro íntegro de la misma que asiste al Asegurador. Este fraccionamiento constituye una facilidad de pago, pero de ningún modo perjudica la unidad e indivisibilidad de la Prima anual.

### b) Primera Prima

La Primera Prima se devengará en el momento de la firma del Contrato y, desde ese momento, será íntegramente exigible. 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 en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la Prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

### c) Segunda y Sucesivas Primas

En caso de falta de pago de la Segunda o Sucesivas Primas, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del primer recibo impagado (o del recibo único, en el caso de que no se hubiera pactado un fraccionamiento de pago) 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 los recibos adeudados.

d) Libranza de recibos y domiciliación

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.

El recibo contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.

Podrá convenirse en las Condiciones Particulares el cobro de los recibos de Prima por medio de cuentas abiertas en Bancos, Cajas de Ahorro o Cooperativas de Crédito.

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

1. El Tomador entregará al Asegurador carta o documento dirigido al Banco o Caja de Ahorros dando la oportuna orden de domiciliación.
2. Cada recibo se entenderá satisfecho 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 satisfacerlo 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.
3. 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 1.

## Artículo 10

### Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza

La Prima anual se establecerá de acuerdo con el sexo y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas que el Asegurador tenga en vigor a la fecha de cada renovación.

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 de participación del Asegurado en el coste de los servicios.
- c) Actualizar, en su caso, las cuantías del límite de cobertura establecido para las prótesis.

Estas actualizaciones de Primas, franquicias y copagos 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 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 fehacientemente al Asegurador su voluntad en tal sentido.

## Artículo 11

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

El Tomador del Seguro y, en su caso, el Asegurado, tiene 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. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete a Cuestionario o cuando, aún sometiéndole, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo pero que no estén comprendidas en él.

El Asegurador podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador.

Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las Primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, el Asegurador quedará liberado de hacerse cargo de la prestación.

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento de los Asegurados, el Asegurador sólo podrá impugnar el Contrato si la verdadera edad del Asegurado sobrepasa los 65 años al momento de contratar. En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima abonada es inferior, el Asegurado deberá abonar la diferencia. Del mismo modo, si la prima resultase superior, el Asegurador deberá devolver la parte correspondiente.

- b) El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del Contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del Contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El Asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del Contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el Contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, el Asegurador queda liberado de su obligación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

- c) El Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del Contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de

tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del Contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la Prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador, en caso contrario, a la resolución del Contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

- d) Es carga del Tomador la de comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente Contrato.

Las altas de Asegurados toman efecto el primer día del mes siguiente a la fecha de la notificación o declaración efectuada por el Tomador o Asegurado, tanto en lo que respecta a la Prima, que se adaptará a la nueva situación, como en lo que respecta al comienzo o cesación de la cobertura.

A resultas del preceptivo Cuestionario de Salud, el Asegurador podrá denegar la admisión o establecer exclusiones y, en cualquier caso, serán de aplicación los Períodos de Carencia Generales o los Particulares si los hubiere.

Los hijos recién nacidos cuya alta se solicite dentro del primer mes de vida, y previa cumplimentación del Cuestionario de Salud, gozarán de la cobertura del Seguro desde el instante de su nacimiento, momento desde el que se devengará la Prima correspondiente cuyo cobro será exigible en el momento de la declaración del alta. No se aplicará Período de Carencia superior al que tuviera la madre.

Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, serán de aplicación las normas generales que regulan el alta de Asegurados.

Las bajas de Asegurados, por cualquier causa, comunicadas durante la vigencia del Contrato tomarán efecto en el momento de su notificación al Asegurador y determinarán el ajuste a la nueva situación de las Sucesivas Primas que se devenguen, en caso de prórroga del Contrato del Seguro. Sin embargo, en virtud del principio de indivisibilidad de la Prima, las bajas de Asegurados no producirán efecto alguno respecto de las Primas ya devengadas, aunque su pago se hubiera fraccionado en las Condiciones Particulares en beneficio del Tomador.

- 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 al Asegurador, liberará a éste de toda obligación derivada del siniestro.
- f) Facilitar la subrogación a favor del Asegurador, según establece la Ley. En consecuencia, el Asegurador, una vez atendidas las obligaciones que para él resultan de este Contrato, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo al objeto de reintegrarse de los gastos de la asistencia.

El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.

El Asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto del Asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. Pero esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un Contrato de Seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho Contrato.

En caso de concurrencia de Asegurador y Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

## **Artículo 12**

### **Otras obligaciones del Asegurador y del Asegurado**

- a) 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.
- b) El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:
  - 1. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud, si medió dolo o culpa grave.
  - 2. En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo hubieran comunicado al Asegurador, actuando de mala fe.
  - 3. Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la Prima o, en su caso, fracción de la misma.
  - 4. Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado.
- c) 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 criminales que correspondan.

## **Artículo 13**

### **Duración del Seguro**

- a) 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 pague la Primera Prima.
- b) El Seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares; y, si nada se estableciera, por el período que vence el 31 de diciembre del año de la contratación.  
A su vencimiento, el Contrato se prorrogará tácitamente por anualidades naturales. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del primer período o sucesivos.
- c) Si la extinción de la Póliza tuviera lugar en virtud de la denuncia formulada por el Asegurador, se entenderá que subsisten los efectos del Seguro sobre aquellos siniestros iniciados 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, en los procesos crónicos.

## **Artículo 14**

### **Rescisión e indisputabilidad del Contrato**

- a) Rescisión. El Tomador podrá resolver el Contrato antes de su vencimiento, cuando se varíe el Cuadro Médico, siempre que afecte al Médico General o de Familia, Tocólogo, Pediatra o al 50% del Cuadro de Especialistas, 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, Analistas y Radiólogos.

El Asegurador, cuando las variaciones puedan ser causa de resolución, se obliga a comunicarlo al Tomador 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.

- b) Indisputabilidad. 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 15**

### **Tratamiento de los 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 y/o de los beneficiarios, incluidos datos de carácter sensible (tales como los datos de salud solicitados para la contratación del seguro y las actuaciones médicas solicitadas y/o realizadas cuyo coste se pretenda cubrir por tal seguro), tratamiento que incluirá la incorporación de sus datos a ficheros 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; así como la cesión a entidades con las que IMQ mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o colaboración para la correcta ejecución y cumplimiento de la póliza de seguro contratada. Los datos anteriormente mencionados podrán asimismo ser tratados para la liquidación de siniestros, la colaboración estadístico actuarial para permitir la tarificación y selección de riesgos, la elaboración de estudios de técnica aseguradora y la prevención del fraude.

El tomador y el asegurado autorizan a IMQ a que trate sus datos personales -incluso antes de que se formalice el contrato de seguro o una vez éste haya terminado por cualquier causa- para realizar segmentaciones, llevar a cabo encuestas o estudios de mercado o programas de retención y/o fidelización de clientes u otros análogos o mantenerle informado, por cualquier medio de

comunicación (p.e., correo postal, teléfono, fax, medios de comunicación electrónica, etc.) sobre productos y servicios de seguros comercializados por IMQ y por otras entidades del grupo IMQ (identificadas en cada momento en la página web [www.imq.es](http://www.imq.es)). Esta autorización incluye la facultad de IMQ u otra beneficiaria de la información resultante de tal encuesta o estudio de mercado o de la campaña informativa o promocional, en su caso, a determinar los parámetros del público objetivo de la encuesta, estudio de mercado o campaña informativa o promocional que se trate.

De igual modo, autorizan a IMQ para que pueda proceder a la grabación de las conversaciones telefónicas efectuadas al Servicio de Atención al Cliente, con el fin de garantizar una mejor calidad de la prestación.

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 de los asegurados y/o beneficiarios 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 y/o beneficiarios de la póliza de 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, comprometiéndose a facilitar a IMQ, a su solicitud en cualquier momento, prueba escrita de la obtención del consentimiento de los asegurados y beneficiarios a que se refiere este apartado (ii).

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, podrá 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 16**

### **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 Igualatorio 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](mailto: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 17**

### **Comunicaciones**

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador o del Asegurado, 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 o al Asegurado, 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.



## Atención al cliente 902 20 21 50

### ARABA

**Vitoria-Gasteiz**  
Avda. Gasteiz, 39  
T. 945 23 02 12

### 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

Oficina comercial  
Nafarroa, 16  
T. 94 478 30 86  
**Bide Onera**  
Avda. de la Libertad, 1 - 5º  
T. 902 10 70 30

### Durango

Saibigain, 1 bajo  
T. 94 620 14 83

### Gernika

Abaunza, 2 - bajo  
T. 94 625 65 65

### Getxo

Gobela, 1  
T. 94 480 15 21

### Lekeitio

Juan Bautista Eguzkitza, s/n  
T. 94 684 20 90

### GIPUZKOA

**Donostia**  
Ramón Mª Lili, 3 - 4  
T. 943 32 21 00