

Seguro de Asistencia Sanitaria

Condiciones Generales
MODELO 2011



Seguro de Asistencia Sanitaria

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 Sanitaria

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
	Modalidad Clásica	9
	Modalidad ORO	15
Artículo 6	Riesgos excluidos	21
Artículo 7	Períodos de Carencia	24
Artículo 8	Asunción de los servicios objeto de cobertura	24
Artículo 9	Pago de la Prima	26
Artículo 10	Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza	27
Artículo 11	Otras obligaciones, cargas, deberes y facultades del Tomador y/o del Asegurado	27
Artículo 12	Otras obligaciones del Asegurador y del Asegurado	30
Artículo 13	Duración del Seguro	30
Artículo 14	Rescisión e indisputabilidad del Contrato	31
Artículo 15	Tratamiento de los Datos de Carácter Personal	31
Artículo 16	Control e instancias de reclamación	32
Artículo 17	Comunicaciones	33

Seguro Complementario IMQ Renta

Renta diaria por hospitalización e indemnización por intervención quirúrgica

Artículo 1	Preliminar. Artículos comunes a ambos seguros	37
Artículo 2	Ampliación de definiciones	37
Artículo 3	Objeto del Seguro	38
Artículo 4	Personas no asegurables	38
Artículo 5	Riesgos excluidos	39
Artículo 6	Descripción de la cobertura. Riesgos cubiertos	39
Artículo 7	Cuantía de las indemnizaciones	40
Artículo 8	Períodos de Carencia	40
Artículo 9	Ámbito territorial	40
Artículo 10	Siniestros: Comunicación, efectos e indemnización	41
Artículo 11	Tratamiento de los Datos de Carácter Personal	42
Artículo 12	Indemnizaciones por intervención quirúrgica	43

Seguro de Asistencia Sanitaria

Servicios completos
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 deshabitación 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, tácitas 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, tácitas 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, hospitalaria y quirúrgica que proceda, en toda clase de lesiones y/o enfermedades que estén comprendidas en las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios incluidos en la cobertura de la Modalidad contratada de las recogidas 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, quirúrgicos 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 u hospitalarios satisfechos directamente por el Asegurado.

Artículo 5

Descripción de la cobertura. Riesgos cubiertos

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, sobre la base de alguna de las siguientes Modalidades:

Modalidad Clásica

Incluye las prestaciones que, expresamente, se señalan a continuación:

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

Cirugía Cardio-Vascular

Cirugía General y del Aparato Digestivo

Cirugía Maxilo-Facial

Se excluyen los injertos óseos y los implantes osteointegrados, las prótesis y los tratamientos periodontales, así como las pruebas diagnósticas solicitadas u otras técnicas, destinadas a estos fines.

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

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

Hematología y 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

Excluida la Radiocirugía y Cirugía Estereotáxica, la Cirugía del Parkinson y la Cirugía de la Epilepsia.

Neurofisiología Clínica

Excluida la Cartografía cerebral (Mapping).

Neurología

Odontología

Únicamente se encuentran cubiertas las curas estomatológicas y extracciones, limpieza de boca, y radiografías destinadas para estos fines.

No se incluye en el concepto de Curas Estomatológicas la Cirugía Periodontal ni el tratamiento periodontal: Raspajes y alisados.

Oftalmología

Incluido el trasplante de córnea (4) (la córnea a trasplantar será por cuenta del Asegurado). Excluida la corrección de la Miopía, del Astigmatismo, de la Hipermetropía y de otras alteraciones de la refracción, así como la Terapia Fotodinámica, por cualquier método o técnica.

Oncología

Otorrinolaringología

Psiquiatría

Psicoterapia con un límite de 15 sesiones al año, con copago especial (3). Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, y los test psicológicos. Asimismo se excluye la hipnosis y la narcolepsia.

Reumatología

Traumatología y Cirugía Ortopédica

Urología

Incluye la Vasectomía (1).

Incluye la Cirugía robótica a través de la técnica Da Vinci, sujeta a Copago especial en función de la modalidad de Póliza (1).

III. Hospitalizaciones

Hospitalización Médica (sin intervención quirúrgica)

La duración del internamiento objeto de cobertura comprende un máximo anual de 50 días (1).

Hospitalización Pediátrica (sin intervención quirúrgica)

La duración del internamiento objeto de cobertura comprende un máximo anual de 50 días (1). Asimismo incluye la hospitalización en unidad de neonatología con un máximo de 30 días (2).

Hospitalización Obstétrica (Parto)

Atendido por tocólogo y matrona, e incluye la anestesia epidural (2). Será también por cuenta del Asegurador, la Vacuna Anti RH (2) aplicada a la Asegurada durante su permanencia en Clínica, en post-parto inmediato.

Hospitalización Psiquiátrica

La duración del internamiento objeto de cobertura comprenderá hasta 50 días al año, continuos o alternos (1). Se excluye la hospitalización por razón de toxicomanías o drogodependencias, así como la provocada por trastornos de la personalidad. Por su naturaleza no se incluye cama de acompañante.

Hospitalización Quirúrgica

La duración del internamiento objeto de cobertura, será la determinada por el Médico encargado de la asistencia mientras subsista la necesidad técnica de la hospitalización (1).

Hospitalización en Unidad Coronaria (sin intervención quirúrgica)

La duración del internamiento objeto de cobertura comprende un máximo anual de 50 días (1). Por su naturaleza no se incluye cama de acompañante.

Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (sin intervención quirúrgica)

La duración del internamiento objeto de cobertura comprende un máximo anual de 50 días (1). Por su naturaleza no se incluye cama de acompañante.

La Hospitalización será, en todos los casos, en Centros concertados, en habitación individual e incluye manutención, curas y material, derechos de quirófano, anestesia y medicación. Incluida la cama de acompañante (1) con excepción de los casos expresamente excluidos.

En los casos de Hospitalización Médica (sin intervención quirúrgica), transcurridos los límites establecidos, el Asegurador sólo se hará cargo de los honorarios médicos, análisis y las pruebas diagnósticas incluidos en la Modalidad respectiva.

Se entenderá como nuevo proceso aquél que requiera nuevo internamiento después de los tres días siguientes a contar desde la fecha de alta.

Hospitalización Domiciliaria

Posterior a un ingreso siempre y cuando sea sustitutivo o continuidad de la hospitalización en Clínica e indicado por el profesional responsable del paciente (1).

IV. Otros Métodos Terapéuticos

Electroterapia (1)

Onda Corta, Rayos Infrarrojos, Rayos Ultravioletas, etc.

Fisioterapia y Rehabilitación (3)

Se incluye la rehabilitación de:

- Aparato locomotor.
- Drenaje linfático post linfadenectomía.
- Suelo pélvico

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

Hemodinámica Vascular (1)

Litotricia (3)

Únicamente renal y músculo-esquelética.

Logofoniatría (3)

Los tratamientos objeto de cobertura quedan limitados a 90 sesiones por año. Queda excluida toda prevención, estudio y corrección de trastornos del lenguaje de cualquier origen. Además queda excluida la terapia de la afectación de la voz y su mecanismo en patologías congénitas, psíquicas, neurológicas y degenerativas, tanto de origen primario como secundario.

Microcirugía ABBI (1)

Nutrición Parenteral

En centro hospitalario.

Oncología

- Quimioterapia, ambulatoria y hospitalaria. Se incluye la medicación antitumoral prescrita, siempre que esté expedida en el mercado nacional y autorizada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria (1).
- Radioterapia, ambulatoria y hospitalaria (1).

Oxigenoterapia, Ventiloterapia y Aerosolterapia (1)

Ambulatoria y a domicilio. La medicación será por cuenta del Asegurado.

Radiología Vascular Intervencionista (1)

Psicoterapia (3)

Límite de 15 sesiones al año, con copago especial. Previa prescripción de un psiquiatra de IMQ. Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, y los test psicológicos. Asimismo, se excluye la hipnosis y la narcolepsia.

Transfusiones

De sangre y plasma, dentro y fuera del quirófano (1).

Unidad del Dolor (1)

Quedan excluidos los tratamientos con radiofrecuencia y/o con sistemas implantables, así como los materiales y generadores de cualquier tipo.

V. Otros Métodos Diagnósticos

Otros medios de diagnóstico

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

Medios diagnósticos de alta tecnología

- Arteriografía Digital (DIVAS) (1).
- Cápsula endoscópica (1).
- Coronariografía (1).
- Eco de estrés (1).
- Eco-Doppler (1).
- Ecocardiografía transesofágica (E.T.E.) (1).
- Endoscopia (1).
- Isótopos Radiactivos, incluida la Gammagrafía (excluido el Dat-Scam) (1).
- Mamotomía (MIBB) (1).
- Microbiopsia (1).
- P.E.T. oncológico (3).
- Polisomnografía nocturna (1).
- Pruebas para la detección de malformaciones en el embarazo (2): amniocentesis o biopsia corial.
- Resonancia Magnética (1). El medio de contraste será a cargo del Asegurador.
- Scanner y TAC 64 (1). El medio de contraste, será a cargo del Asegurador

VI. Otros Servicios

Ambulancia

Dentro del ámbito territorial del Asegurador, para pacientes cuyo estado físico lo requiera, que deban desplazarse desde su residencia habitual a Centros concertados, para un ingreso hospitalario o recibir asistencia de urgencia. En cualquier caso, será necesaria la solicitud o prescripción, por escrito, del Médico o Centro de Urgencia concertado por el Asegurador. El trayecto de regreso al domicilio, será por cuenta del Asegurado, salvo en el caso de persistir las mismas circunstancias de incapacidad.

El transporte, en todo caso, será terrestre y sólo se realizará en vehículo sanitario cuando sea estrictamente necesario, a juicio médico. En ningún caso, está incluido en la cobertura de este servicio, el desplazamiento a la consulta habitual de un Facultativo, o para tratamientos de Rehabilitación, Diálisis, Radioterapia, Electroterapia, etc.

Nido

Para el recién nacido, durante la hospitalización obstétrica por maternidad (2).

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.

Podología

Con un máximo de 2 sesiones al año.

Preparación al Parto (2)

Segunda Opinión Médica

El Asegurador podrá establecer en las Condiciones Particulares la cuantía máxima anual por Asegurado, que puede ser utilizada 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 (4) = 18 meses

Modalidad ORO

Incluye las prestaciones que, expresamente, se señalan a continuación:

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

Cirugía Cardio-Vascular

Cirugía General y del Aparato Digestivo

Cirugía Maxilo-Facial

Se excluyen los injertos óseos y los implantes osteointegrados, las prótesis y la cirugía periodontal, así como las pruebas diagnósticas solicitadas u otras técnicas, destinadas a estos fines.

Cirugía Pediátrica

Cirugía Plástica Reparadora

Excluida la cirugía 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

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

Hematología y Hemoterapia

Medicina Interna

Microbiología y Parasitología

Nefrología

Incluye la Hemodiálisis (3).

Neumología

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

Neurocirugía

Incluida la Radiocirugía y Cirugía estereotáxica, la Cirugía del Parkinson y la Cirugía de la Epilepsia (4).

Neurofisiología Clínica

Excluida la Cartografía cerebral (Mapping).

Neurología

Odontología

Únicamente se encuentran cubiertas las curas estomatológicas y extracciones, limpieza de boca, radiografías destinados para estos fines y tratamiento periodontal: raspajes y alisados radiculares, hasta cuatro cuadrantes al año (1).

Oftalmología

Incluido el trasplante de córnea (4) (la córnea a trasplantar será por cuenta del Asegurado). Excluida la corrección de la Miopía, del Astigmatismo, de la Hipermetropía y de otras alteraciones de la refracción, así como la Terapia Fotodinámica.

Oncología

Otorrinolaringología

Psiquiatría

Psicoterapia con un límite de 20 sesiones al año. (3) Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, y los test psicológicos. Asimismo, se excluye la hipnosis y la narcolepsia.

Reumatología

Traumatología y Cirugía Ortopédica

Urología

Incluye la Vasectomía (1).

Incluye la Cirugía robótica a través de la técnica Da Vinci, sujeta a copago especial en función de la modalidad de Póliza (1).

III. Hospitalizaciones

Hospitalización Médica (sin intervención quirúrgica)

La duración del internamiento objeto de cobertura, será la determinada por el Médico encargado de la asistencia mientras subsista la necesidad técnica de la hospitalización (1).

Hospitalización Pediátrica (sin intervención quirúrgica)

La duración del internamiento objeto de cobertura, será la determinada por el Médico encargado de la asistencia mientras subsista la necesidad técnica de la hospitalización (1).

Asimismo incluye la hospitalización en unidad de neonatología con un máximo de 30 días (2).

Hospitalización Obstétrica (Parto)

Atendido por tocólogo y matrona, e incluye la anestesia epidural (2). Será también por cuenta del Asegurador, la Vacuna Anti RH (2) aplicada a la Asegurada durante su permanencia en Clínica, en post-parto inmediato.

Hospitalización Psiquiátrica

La duración del internamiento objeto de cobertura comprende hasta 60 días al año, continuos o alternos (1). Por su naturaleza, no se incluye la cama de acompañante.

Se excluye la hospitalización por razón de toxicomanías o drogodependencias, así como de los trastornos de la personalidad.

Hospitalización Quirúrgica

La duración del internamiento objeto de cobertura será la determinada por el Médico encargado de la asistencia mientras subsista la necesidad técnica de la hospitalización (1).

Hospitalización en Unidad Coronaria (sin intervención quirúrgica)

La duración del internamiento objeto de cobertura, será la determinada por el Médico encargado de la asistencia mientras subsista la necesidad técnica de la hospitalización (1). Por su naturaleza, no se incluye la cama de acompañante.

Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (sin intervención quirúrgica)

La duración del internamiento objeto de cobertura, será la determinada por el Médico encargado de la asistencia mientras subsista la necesidad técnica de la hospitalización (1). Por su naturaleza, no se incluye la cama de acompañante.

La Hospitalización será, en todos los casos, en Centros concertados, en habitación individual, e incluye mantenimiento, curas y material, derechos de quirófano, anestesia y medicación, así como la cama de acompañante (1), con excepción de los casos expresamente excluidos.

Hospitalización Domiciliaria

Posterior a un ingreso, siempre y cuando sea sustitutivo de la hospitalización en Clínica e indicado por el profesional responsable del paciente (1).

IV. Otros Métodos Terapéuticos

Electroterapia (1)

Onda Corta, Rayos Infrarrojos, Rayos Ultravioletas, etc.

Fisioterapia y Rehabilitación (3)

Se incluye la rehabilitación de:

- Aparato locomotor.
- Drenaje linfático post linfadenectomía.
- Suelo pélvico.
- Fisioterapia respiratoria, exclusivamente asociada a cirugía torácica y cardiaca, con un máximo de 20 sesiones por proceso.
- Rehabilitación cardiaca.

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

Hemodinámica Vascular (1)

Litotricia (3)

Únicamente renal y músculo-esquelética.

Logofoniatría (3)

Los tratamientos objeto de cobertura quedan limitados a 90 sesiones por año. Queda excluida toda prevención, estudio y corrección de trastornos del lenguaje de cualquier origen. Además queda excluida la terapia de la afectación de la voz y su mecanismo en patologías congénitas, psíquicas, neurológicas y degenerativas, tanto de origen primario como secundario.

Microcirugía ABBI (1)

Nutrición Parenteral

En centro hospitalario.

Oncología

- Quimioterapia, ambulatoria y hospitalaria. Se incluye la medicación antitumoral prescrita, siempre que esté expedida en el mercado nacional y autorizada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria (1).
- Radioterapia, ambulatoria y hospitalaria (1).

Oxigenoterapia, Ventiloterapia y Aerosolterapia (1)

Ambulatoria y a domicilio. La medicación será por cuenta del Asegurado.

Radiología Vasculor Intencionista (1)

Psicoterapia (3)

Límite de 20 sesiones al año. Previa prescripción de un psiquiatra de IMQ. Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, y los test psicológicos. Asimismo, se excluye la hipnosis y la narcolepsia.

Trasplante de médula ósea o Stem Cell (4)

Transfusiones

De sangre y plasma, dentro y fuera del quirófano (1).

Unidad del Dolor (1)

Incluye los materiales implantables y excluye los generadores de cualquier tipo.

V. Otros Métodos Diagnósticos

Otros medios de diagnóstico

Electrocardiogramas, Encefalogramas, Holter, Prueba de esfuerzo, Eco-intracavitario, Ecocardiogramas, Doppler y Cardiotocografía durante el embarazo e intra-parto (2).

Medios diagnósticos de alta tecnología

- Arteriografía Digital (DIVAS) (1).
- Cápsula endoscópica (1).
- Coronariografía (1).
- Eco de estrés (1).
- Eco-Doppler (1).
- Ecocardiografía transesofágica (E.T.E.) (1).
- Endoscopia (1).
- Isótopos Radiactivos, incluida la Gammagrafía (incluido el Dat-Scam) (1).
- Mamotomía (MIBB) (1).
- Microbiopsia (1).
- P.E.T. oncológico (3).
- Polisomnografía nocturna (1).
- 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 y TAC 64 (1). El medio de contraste será a cargo del Asegurador

VI. Otros Servicios

Ambulancia

Dentro del ámbito territorial del Asegurador, para pacientes cuyo estado físico lo requiera, que deban desplazarse desde su residencia habitual a Centros concertados, para su ingreso hospitalario o para recibir asistencia de urgencia. En cualquier caso, será necesaria la solicitud o prescripción, por escrito, del Médico o Centro de Urgencia concertado por el Asegurador. El trayecto de regreso al domicilio, será por cuenta del Asegurado, salvo en el caso de persistir las mismas circunstancias de incapacidad.

El transporte, en todo caso, será terrestre y sólo se realizará en vehículo sanitario cuando sea estrictamente necesario, a juicio médico. En ningún caso, está incluido en la cobertura de este servicio, el desplazamiento a la consulta habitual de un Facultativo, o para tratamientos de Rehabilitación, Diálisis, Radioterapia, Electroterapia, etc.

Nido (2)

Para el recién nacido, durante la hospitalización obstétrica por maternidad.

Podología

Con un máximo de 2 sesiones al año.

Preparación al parto (2)

Prótesis fijas (4)

Serán por cuenta del Asegurador exclusivamente las prótesis internas y fijas que se especifican:

- Traumatología: Prótesis internas traumatológicas y material interno de osteosíntesis.
- Aparato Cardiovascular: Válvulas cardíacas, stent, bypass vascular, endoprótesis vasculares y marcapasos temporal o definitivo.
- Aparato Digestivo: Endoprótesis.
- Ginecología: Prótesis de mama post-mastectomía de origen neoplásico.
- Neurocirugía: Válvulas de derivación.
- Oftalmología: Lentes intraoculares, incluida la lente intraocular Multifocal en el tratamiento de cataratas, con copago especial (exclusivamente tras intervención de catarata).
- ORL: Prótesis de tímpano.

El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas serán por cuenta del Asegurado.

Reproducción asistida (4)

Para el tratamiento de la esterilidad o infertilidad de la pareja. Para el acceso a este servicio será necesario que ambos miembros de la pareja sean asegurados de esta póliza y no estén sujetos al periodo de carencia correspondiente, que ninguno haya sido sometido a cirugía anticonceptiva (vasectomía o ligadura de trompas) y que la mujer no haya cumplido 42 años. Cobertura sujeta a copago especial.

La cobertura es en las siguientes condiciones:

- Inseminación artificial, sea de la pareja o de donante (3 intentos)
- Fecundación in vitro, con o sin ovodonación (2 intentos). Incluida la ICSI (microinyección espermática), en caso de ser necesaria.

La aplicación de las técnicas de reproducción asistida se ajustará a la legislación vigente.

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".

VII. Períodos de Carencia Generales

(1) = 6 meses (2) = 10 meses (3) = 12 meses (4) = 18 meses

Artículo 6

Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la cobertura del Seguro:

- 1) 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.
- 2) La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por accidentes amparados por el Seguro Obligatorio de Vehículos a Motor.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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.

- 6) 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.
- 7) La asistencia sanitaria del S.I.D.A. y de las enfermedades causadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- 8) 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.
- 9) Los medicamentos y productos químico/farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización (salvo la quimioterapia administrada en Centros concertados). Quedan excluidos tanto en régimen ambulatorio como en Centro hospitalario, las vacunas de todo tipo (con excepción de la Vacuna Anti RH) y el tratamiento de la Hemofilia.
- 10) El tratamiento (inclusive la Cirugía) encaminado a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos, la fecundación "in vitro", inseminación artificial, etc. (salvo los tratamientos expresamente incluidos que figuren en la descripción de los servicios de la Modalidad respectiva) y la interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dichos tratamientos.
- 11) Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la Cirugía) de la impotencia, así como la cirugía del cambio de sexo.
- 12) Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo de médula y el trasplante de córnea en la Modalidad en cuya cobertura se contemple. En estos dos casos queda, sin embargo, excluida de la cobertura la obtención del órgano a trasplantar y las gestiones relacionadas con dicha obtención.
- 13) El diagnóstico, las intervenciones, 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) Las prótesis de cualquier clase y naturaleza, fijaciones externas, el material de osteosíntesis, los materiales biológicos o sintéticos, así como las piezas anatómicas y ortopédicas, que serán por cuenta del Asegurado, salvo que figuren en la descripción de servicios de la Modalidad respectiva.
- 15) Los gastos por viajes y desplazamientos, salvo los de ambulancia 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, diálisis, radioterapia, etc.
- 16) La corrección quirúrgica de la Miopía, Astigmatismo, e Hipermetropía, así como cualquier otra alteración de la refracción, por cualquier medio o técnica.
- 17) 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.
- 18) La asistencia médica y/u hospitalaria por razones de tipo social, tales como la derivada de inconveniencia o dificultad familiar, secuelas o situaciones irreversibles.
- 19) Los servicios hosteleros, tales como teléfono, televisión, comidas alternativas o del acompañante y servicio privado de enfermería.
- 20) 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.
- 21) 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.
- 22) Los gastos de estancia en Balnearios y Centros similares y las curas de reposo o adelgazamiento aun prescritas por Facultativos del Cuadro Médico del Asegurador.
- 23) Los exámenes médicos sin fines curativos (chequeos), así como, los de obtención del carnet de conducir, caza, pruebas de paternidad, etc.
- 24) 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.
- 25) La terapia génica, molecular e inmunoterapia, así como el tratamiento con células progenitoras.
- 26) La asistencia médica al neonato, salvo que el propio neonato esté asegurado de acuerdo con las normas del Asegurador.

27) Cualquier técnica terapéutica para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson y de la Epilepsia.

28) 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 aquellas que tienen señalados Períodos de Carencia en las Condiciones Generales y/o Particulares, así como las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización por cualquier motivo o naturaleza, que tendrán un Período de Carencia de seis meses.

En caso de urgencia vital imprevisible, los Períodos de Carencia se anulan para aquellos servicios que requieran hospitalización, sobre la base de informe del Facultativo.

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 Hospitalización, Médica o Quirúrgica, de la Cirugía Ambulatoria y de las técnicas especiales de diagnóstico 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.

En los supuestos de urgencia vital, será suficiente la prescripción del Médico, pero el Asegurado deberá comunicar el hecho al Asegurador, con la mayor brevedad posible -ordinariamente en el plazo de 72 horas- al objeto de obtener la pertinente confirmación o rechazo en base a la cobertura de la Póliza.

Los servicios de A.T.S./D.U.E. (Practicante) y de Ambulancia 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 intervención, exploración o tratamiento cubierto por la Póliza, no pudiera llevarse a cabo por ninguno de los Médicos, Clínicas 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 Clínica o 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 y 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, Odontólogos, 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). 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, 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 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 Iguatorio Médico Quirúrgico, S.A. de Seguros y Reaseguros por cualquiera de los siguientes medios:
 - 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.esDicho 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.

IMQ Renta

Seguro complementario

Renta diaria por hospitalización e
Indemnización por intervención quirúrgica

Su contratación debe figurar en las Condiciones Particulares.

Artículo 1

Preliminar. Artículos comunes a ambos seguros

Serán de aplicación a la Póliza IMQ Renta los siguientes artículos descritos en la Póliza de Asistencia Sanitaria, entendiéndose referidos a las indemnizaciones en caso de hospitalización:

Art. 1. Preliminar

Art. 2. Definiciones (1)

Art. 3. Bases del Contrato

Art. 6. Riesgos excluidos, apartados 4), 5), 6), 7), 18) y 22)

Art. 9. Pago de la Prima

Art.10. Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza

Art.11. Otras obligaciones, cargas, deberes y facultades del Tomador y/o del Asegurado, salvo apartado d)

Art.12. Otras obligaciones del Asegurador y del Asegurado

Art.13. Duración del Seguro

Art.14. Rescisión e indisputabilidad del Contrato, apartado b)

Art.15. Tratamiento de los Datos de Carácter Personal

Art.16. Control e instancias de reclamación

Art.17. Comunicaciones

(1) A los efectos del presente Seguro el alcance y contenido de los términos hospitalización e intervención quirúrgica quedan concretados en el Art. 3.

Artículo 2

Ampliación de definiciones

A los efectos del Contrato de IMQ Renta se entenderá por:

Indemnización

Pago efectuado por el Asegurador para resarcir al Asegurado del daño o perjuicio sufrido.

Suma asegurada

La cantidad que constituye el límite máximo anual de la indemnización según las coberturas garantizadas que figuran en las Condiciones Particulares y que el Asegurador debe de pagar en caso de siniestro.

Artículo 3

Objeto del Seguro

Dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza, y mediante el pago de la Prima que en cada caso corresponda, el Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones contratadas cuando el Asegurado, como consecuencia de enfermedad o accidente, precisara un internamiento temporal en Centro sanitario o someterse a una intervención quirúrgica.

A los efectos de este Seguro, se considera:

- a) Hospitalización: El hecho de que una persona figure registrada más de 24 horas como paciente en un hospital y pernocte ocupando cama hospitalaria.
- b) Intervención quirúrgica: Acto que requiera ingreso en Clínica superior a 24 horas y uso de quirófano para la actuación médica profesional.
- c) En caso de varias intervenciones por la misma vía de abordaje, se indemnizará sólo la de mayor importancia.
- d) Si transcurridas 24 horas de la intervención, se requiriese una nueva, aunque tenga el mismo origen, se considerará como nueva intervención a los efectos de la indemnización.
- e) El cómputo de días de estancia equivale al número de noches que el Asegurado permanezca ingresado.

Artículo 4

Personas no asegurables

No son asegurables, y por tanto en ningún caso les alcanza la cobertura del Seguro, las personas que se indican:

- a) Las menores de 14 años y las mayores de 70 años.
- b) Las incapacitadas por invalidez permanente y absoluta para el ejercicio de cualquier profesión o actividad.
- c) Las que padezcan sordera o ceguera absoluta, parálisis, epilepsia, enajenación mental, alcoholismo, encefalitis letárgica, que hayan sufrido ataques de apoplejía o delirium tremens y, en general, cualquier lesión o enfermedad crónica o minusvalía psíquica o física que condicione su forma habitual de vida.
- d) Las sujetas a tratamiento de enfermedades nerviosas o mentales.

En todo caso, el Contrato quedará extinguido y resuelto al término de la anualidad en la que el Asegurado cumpla los 70 años. Idéntico efecto se producirá cuando, durante el transcurso del Contrato, sobrevenga alguno de los supuestos que se citan en los apartados b) y c) siempre que no deriven de un riesgo cubierto por la Póliza.

Artículo 5

Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la cobertura del Seguro (además de los indicados en el Art. 1 Preliminar: Riesgos excluidos que afecten a la cobertura) los siniestros que sean consecuencia directa o indirecta de enfermedades o accidentes en los que concurren alguna de las siguientes circunstancias:

1. Los acaecidos por infracción de leyes o preceptos del Código Penal.
2. Los siniestros causados por negligencia o mala fe del Asegurado.
3. Los producidos por causas de carácter extraordinario, cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros.
4. Los derivados de lesiones producidas bajo los efectos de bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes, estados de desarreglo mental o sonambulismo.
5. Los acaecidos en duelos, desafíos o riñas, salvo que se actúe en legítima defensa.
6. El tratamiento (inclusive la Cirugía) 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.
7. Los derivados de la asistencia al parto normal y/o lactancia.
8. El diagnóstico, las intervenciones, 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.
9. Los gastos de estancia en Balnearios y Centros similares y las curas de reposo o adelgazamiento aun prescritas por un Facultativo.

Artículo 6

Descripción de la cobertura. Riesgos cubiertos

Por la presente Póliza, podrán contratarse las siguientes coberturas:

- a) Un subsidio diario que se devengará transcurridos 4 días de hospitalización, es decir, desde el 5º día, prescrita por el Médico o Cirujano que atienda al Asegurado, con un límite máximo de 180 días por año natural.

Mediante la aplicación de la sobreprima correspondiente se podrá ampliar la cobertura al primer día de hospitalización.

- b) Una indemnización por intervención quirúrgica cuya cuantía estará en función de la naturaleza de la intervención según el Baremo recogido en el Anexo de esta Póliza y con el límite máximo anual contratado.

Artículo 7 Cuantía de las indemnizaciones

Las coberturas presentan 3 grupos de indemnizaciones, que serán optativas para el Asegurado y de prima proporcional:

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA		
	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Subsidio diario por hospitalización	30,05 €	60,10 €	120,20 €
Indemnización máxima anual por intervenciones quirúrgicas	1.803,04 €	3.606,07 €	7.212,15 €

Para acceder a un grupo con una indemnización superior, el Asegurado deberá permanecer un mínimo de un año en el grupo anterior, solicitarlo con 30 días de antelación a la toma de efecto y cumplimentar el correspondiente Cuestionario de Salud. La nueva prima será la que corresponda a las nuevas indemnizaciones contratadas.

Artículo 8 Períodos de Carencia

Todas las coberturas contratadas están sujetas a los siguientes Períodos de Carencia:

- a) 3 meses, en caso de enfermedad o intervención quirúrgica.

En caso de que el siniestro sea consecuencia de un accidente, el plazo de carencia queda anulado y el efecto del Contrato es inmediato a la formalización de la Póliza.

- b) 12 meses, para el caso de intervención quirúrgica por parto distócico o lactancia.

En casos particulares, como resultado del Cuestionario de Salud, podrán establecerse otros Períodos de Carencia o, en su caso, las correspondientes exclusiones.

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

Artículo 9 Ámbito territorial

Las coberturas garantizadas por esta Póliza son extensibles a los siniestros cubiertos por ella ocurridos en cualquier hospital del mundo.

Artículo 10

Siniestros: Comunicación, efectos e indemnización

- a) El Tomador o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido.

En todos los casos el Tomador o el Asegurado deberán proporcionar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, así como cualquier reconocimiento o comprobación por parte de los médicos asignados por el Asegurador para la mejor estimación del alcance del siniestro.

Asimismo, deberá enviar al Asegurador con periodicidad no superior a 10 días y en tanto no se produzca el alta de hospitalización, certificado médico de permanencia en la situación de ingresado en Centro hospitalario.

En caso de incumplimiento de estos deberes, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración, salvo que hubiera tenido conocimiento del siniestro por otro medio. Si en el incumplimiento del deber de información hubiera concurrido dolo o culpa grave, se producirá la pérdida del derecho a la indemnización.

- b) Para el cobro de la indemnización, el Tomador o el Asegurado, deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos siguientes:

1. Partes de alta y baja del Centro hospitalario.
2. Informe detallado del Médico que haya tratado al Asegurado expresivo del tratamiento aplicado y la necesidad de la hospitalización y su prolongación si la hubiera.
3. En caso de intervención quirúrgica, informe médico del Cirujano que la hubiera llevado a cabo, expresivo de la naturaleza y circunstancias de la intervención.
4. Cuantos informes solicite el Asegurador y sean razonablemente necesarios para el reconocimiento y determinación de la intervención.

- c) Al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y sus consecuencias, el Asegurador está obligado a satisfacer la indemnización. En el supuesto de indemnización por intervención quirúrgica, deberá comunicar por escrito al Asegurado la cuantía de la misma, de acuerdo con la naturaleza de la intervención y del Baremo recogido en la Póliza.

En cualquier caso, el Asegurador deberá efectuar, dentro de los 40 días, a partir de la recepción de la declaración de siniestro, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

- d) En caso de no haber acuerdo entre las partes, cada una designará un Perito Médico, debiendo constar, por escrito, la aceptación de éstos.

Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los 8 días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiera designado al suyo, y de no hacerlo en este plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emite el Perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acto conjunto, en el que se hará constar las causas del siniestro, la valoración de los daños y las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización y la propuesta de su importe.

Cuando no haya acuerdo entre ambos Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del lugar, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil.

El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes, de manera inmediata y de forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo la posibilidad de impugnación, en los plazos y condiciones señaladas por la Ley de Contrato de Seguro.

Si el dictamen de los Peritos fuese impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el apartado c) de este mismo artículo, y si no lo fuera, abonará el importe de la indemnización señalada por los Peritos en el plazo de 5 días.

- e) En el supuesto de que, por demora del Asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable, el Asegurado se viera obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada en un 20 % anual y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado con el proceso.

Artículo 11

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 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). 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, 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 12

Indemnizaciones por intervención quirúrgica

Porcentaje (%) sobre
suma asegurada

Cirugía General

1. Cabeza y cuello

Bocio, enucleación	18%
Bocio, estrumectomía	25%
Frenicectomía	6%

2.- Abdomen

Abceso intracavitatorio	6%
Abceso perianal	4%
Amputación de recto por cáncer, en un tiempo	45%

Amputación de recto por cáncer, en dos tiempos	60%
Ano contranatura	18%
Ano, cierre de	15%
Anoastomosis Porto Cava	45%
Apendicetomía	18%
Cardioespasmo Heller y similares	25%
Colectomía	40%
Colecistectomía	25%
Colecistostomía	18%
Coledocotomía	25%
Coledocoduodenostomía	40%
Enteroanoastomosis	25%
Esófago, resección por carcinoma	60%
Esplenectomía patológica o traumática	25%
Eventración abdominal	18%
Fisura anal	10%
Gastrectomía parcial	35%
Gastrectomía total	45%
Gastroenterostomía	20%
Gastrostomía	18%
Gastrorrafia (perforación aguda)	18%
Hemorroides, cura radical	12%
Hernia simple, recidivada, estrangulada con o sin resección intestinal	18%
Hernia doble	21%
Laparotomía abdominal	14%
Oclusión intestinal	30%
Pancreactomía	50%
Pancreatitis aguda hemorrágica	25%
Piloroplastia	25%
Pólipo rectal	6%
Prolapso rectal	12%
Quiste hidatídico de hígado por vía abdominal	25%
Rotura de órganos macizos	25%
Rotura de vísceras huecas	21%

3.- Extremidades

Amputación de:	
Brazo, antebrazo o mano	15%
Dedo pulgar de mano	10%
Otros dedos de mano	8%
Dedo de pié	8%
Muslo, pierna o pié	15%

4.- Varios

Absceso hepático	20%
Antrax con anestesia general en clínica	10%
Divertículo sacro-coxígeo	12%
Flemones difusos en extremidades	9%
Gangliectomía estelar o toracolumbar	25%

Ganglios, vaciamiento regional	15%
Mastectomía	15%

Traumatología

1.- Tórax y hombro

Clavícula, escápula y costillas (cruento)	15%
---	-----

2.- Brazo

Codo	8%
Codo (cruento)	16%
Cuello o diáfisis del húmero	8%
Cuello o diáfisis del húmero (cruento)	16%

3.- Antebrazo

Cúbito, radio o muñeca	8%
------------------------	----

4.- Mano

Metacarpianos y falanges (cruento)	8%
------------------------------------	----

5.- Columna vertebral

Cuerpos vertebrales:	
Sin desviación	10%
Con desviación	18%
Con lesiones medulares (cruento)	45%

6.- Cadera y pelvis

Anillo pelviano:	
Sin desviación de fragmentos	10%
Con desviación de fragmentos	25%
Cotilo con luxación intrapélvica	35%
Cadera, incisión con exploración	55%

7.- Muslo

Fémur	15%
-------	-----

8.- Pierna y rodilla

Maleólos	8%
Maleólos (cruento)	12%
Rótula	6%

9.- Pie

Calcáneo, astrágalo	10%
Calcáneo, astrágalo (cruento)	21%
Falanges, escafoides y metatarsianos	8%

10.- Luxaciones

Acromio clavicular (cruento)	15%
Cadera	21%
Codo	6%

Escápulo humeral (cruento)	25%
Rodilla	8%
Tibia peroneo tarsiana, astrágalo o pié	8%

11.- Intervenciones y ortopedia

Acetobuloplastia	45%
Artrodesis de muñeca	25%
Artrodesis de rodilla o pié	15%
Artoplastia de clavícula o cadera	45%
Artoplastia de hombro o codo	25%
Artoplastia de muñeca	15%
Artoplastia de dedos	6%
Artoplastia de rodilla o tobillo	24%
Capsulotomía de rodilla	12%
Dedo en martillo, extirpación	6%
Espolón calcáreo, extirpación	8%
Extracción material de osteosíntesis	6%
Hallus valgus, operación correctora	12%
Meniscectomía	15%
Osteotomía desrotativa de hombro o húmero	18%
Osteotomía correctora de muñeca	10%
Osteotomía de pierna	18%
Retracción palmar de Dupuytren	21%
Sinoviectomía de muñeca	8%
Sinoviectomía de rodilla	15%
Sutura de tendones	15%
Tenoplastia con injertos	15%
Tenotomía y alargamiento de Aquiles	8%
Transplantaciones tendinosas	15%

Ginecología y Tocología

1.- Ginecología

Amputación cuello uterino	18%
Colporrafía anterior, cistocele	15%
Colporrafía doble, anterior y posterior	21%
Colpotomía por acceso de Douglas	8%
Extirpación de anejos	25%
Extirpación de glándula de Bartholino	9%
Fístula vesico-vaginal	15%
Fístula recto-vaginal	15%
Histerectomía sub-total	25%
Histerectomía total	35%
Laparotomía exploradora	14%
Legrado uterino por biopsia	6%
Mastectomía con vaciamiento axilar	25%
Mastectomía simple	15%
Pólipos y papilomas de cuello uterino	6%
Quiste de ovario	18%

Quiste de vagina	6%
Vagina artificial	30%
Vulvectomía simple	12%
Vulvectomía con adenectomía	20%

2.- Tocología

Cesárea	35%
---------	-----

Cirugía Cardíaca

Cirugía abierta de corazón con extracorpórea	100%
Marcapasos:	
Implantación interna	30%
Implantación y reimplantación externa	25%
Operaciones por coartación de aorta	90%
Operaciones por tetralogía de Fallot	90%
Operaciones por estenosis mitral-cerrado	75%
Pericardiectomía por pericarditis	90%

Cirugía Torácica

Cuerpo extraño en bronquio	15%
Decorticación pulmonar	70%
Drenajes torácicos, excepto punciones	15%
Enucleación, quistectomía endotorácica	70%
Exeresis tumores pared costal	35%
Mediastinotomía endotorácica	70%
Reparación quirúrgica fistula bronquial	70%
Resecciones pulmonares	70%
Toracentesis	6%
Toracoscopia con drenaje	15%
Toracostomía	35%
Toracotomía exploradora	35%

Cirugía Vascolar

Cirugía vena cava superior	50%
Hemorroides	12%
Injerto aorta ascendente femoral	50%
Injertos extra-anatómicos, excepto subclavia	25%
Ligaduras:	
Cayado safena por tromboflebitis	15%
Venas perforantes aisladas	6%
Revascularizaciones:	
Aneurisma grandes troncos	50%
Arterias periféricas	25%
Arterias periféricas con embolectomía	21%
Carótida primitiva	50%

Visceral	50%
Resección una costilla	25%
Rotura traumática arterias periféricas	10%
Sefenectomía unilateral	15%
Sefenectomía bilateral	21%
Simpactetomía lumbar o torácica	21%

Neurocirugía

Abordaje anterolateral	50%
Cirugía de:	
Del dolor con o sin extereotaxia	45%
Hidrocefalia	60%
Malformaciones	60%
Pares craneales-microneurocirugía	60%
Conmoción cerebral	10%
Drenajes ventriculares	12%
Fracturas craneales, traumas vertebrales	10%
Laminectomía	50%
Malformaciones:	
Vasculares intracraneales	70%
Aneurismas arteriales	70%
Neurolisis	18%
Procesos expansivos intracraneales	75%
Simpatectomía torácica	40%
Traumas vertebromedulares	40%
Traumatismo craneoencefálico c/signos	10%
Tumores vertebromedulares (cruento)	60%

Oftalmología

Blefaroplastia grande	12%
Catarata con implante prótesis	21%
Catarata	15%
Ciclodálisis o diatermia	10%
Dacriostomía o dacrioscitorrinostomía	15%
Desprendimiento de retina. Trat. comp.	21%
Enucleación o evisceración	10%
Estrabismo, Tratamiento completo	15%
Escleroidectomía Legrtange Elliot	15%
Iridectomía antiglaucomatosa	10%
Irido capsulotomía	10%
Orbitotomía Kronlajn	25%
Ptosis parpebral	12%
Queratoplastia perforante. Tratamiento completo	25%
Queratoplastia no perforante. Tratamiento completo	21%
Queratotomía radial. Tratamiento completo	21%
Restauración orbitaria simplefaron	15%
Resección óptico ciliar	10%

Simblefaron grande con autoplastia	10%
Trasplante de córnea	25%
Tumores o quiste de iris	15%
Vitrectomía porterior por pars plana	35%
Vitrectomía simple	20%

Cirugía Plástica reparadora

Colgajo a distancia sobre dorso o palma mano	15%
Cierre de un farisgostoma	15%
Corrección bridas anular extremidades	10%
Corrección cicatrices	10%
Corrección retracción dedo por colgajo	10%
Desviación nariz, corrección estética	15%
Exanteración órbita e injerto	10%
Ginecomastia	10%
Graneoplastia	10%
Injertos de:	
Extremidades, tórax y abdomen	18%
Ulceras	10%
Párpados	10%
Mitad mejilla o frente	10%
Libre mitad cara ant. o post.	10%
Relleno con piel, grasa, etc.	10%
Cutáneo en Scalp parcial	6%
Plastias medianas	6%
Labiopleporino unilateral	10%
Mamoplastia reducción bilateral	15%
Mamoplastia reducción unilateral	12%
Nariz en silla con o sin injerto	10%
Polidactilia	10%
Parálisis facial	10%
Reconstrucción total pabellón auditivo	15%
Reconstrucción fondos saco oculares	10%
Reconstrucción total labio superior	15%
Reconstrucción total párpado	8%
Reconstrucción parcial labios	10%
Reconstrucción parcial párpado	10%
Resección maxilar inferior	10%
Transposición de colgajos pilosos	10%
Tratamiento focos osteomielíticos	10%

Urología

Amputación pene	10%
Cálculos cuerpos extraños por cistoscopia	8%
Castración por tumor	15%
Castración bilateral	12%
Castración unilateral	8%
Circuncisión por fimosis	4%

Cistostomía	15%
Cisto-prostatovesiculectomía radical	40%
Colpocistocele	15%
Divertículos vesicales	30%
Entero cisto plastias	45%
Epidodomectomía	15%
Estirpación endoscópica de tumores	21%
Flemón urinoso	12%
Hidrocele bilateral	12%
Hidrocele unilateral	8%
Hipospadias/enderezamiento pene	10%
Lumbotomía	15%
Maniobras endoscópicas extracción cálculo	12%
Nefrourectomía total	40%
Nefrectomía	40%
Nefrostomía	15%
Nefrostomía nefrolitotomía percutánea	25%
Operación uretero-enterostomía cutánea	40%
Operaciones ureterales y uretero-renoscopia	18%
Orquidopexia unilateral o bilateral	21%
Pieloplastia	35%
Pielotomía	30%
Prolapso uretral excisión	4%
Prostatectomía en un tiempo	30%
Quiste de riñón	30%
Resección transuretral de próstata	30%
Resección cuello vesical	25%
Tratamiento incontinencia urinaria	18%
Uretero cisto neostomía	30%
Uretero sigmoidestomía	30%
Ureterolitotomía	30%
Uretoplastias, incluida derivación	30%
Ureterostomía	12%
Varicocele (unilateral, bilateral)	10%

Cirugía Maxilo-Facial

Artoplastia	10%
Cierre complejo, colgajo de vecindad	10%
Cuello, extirpación quiste braquial	6%
Cordal impactado	4%
Cuerpos extraños profundos, extirpación	4%
Disección radical de cuello	40%
Excisión bermellón	10%
Extirpación glándula submaxilar	10%
Extirpación lesiones mayores 1 cm.	6%
Extirpación quiste conducto tirogloso	6%
Extirpación tumor maligno o benigno menor	6%
Extracciones seriadas	6%

Faringoplastia	15%
Fenestación, dientes incluidos	4%
Fístula oro-sinusal o naso-oral	15%
Fisura palatina incompleta	15%
Fractura malar, reducción cruenta	8%
Fractura maxilar superior	8%
Fractura mandibular, reducción e inmovilización	8%
Fractura huesos o cartílagos nasales	8%
Fractura frontal	8%
Glosectomía total	18%
Gingivoplastia total	10%
Gingivectomía total	6%
Gingivectomía parcial	4%
Hipertrofia masetero	4%
Injerto mucosa	6%
Injerto óseo alveolar	10%
Maxilectomía parcial	12%
Macroglosia, reducción	10%
Osteoradionecrosis, resección ósea	10%
Osteotomías mentón	10%
Parálisis facial	15%
Parotidectomía total	10%
Prognatismo mandibular	10%
Protidectomía total sin preservación	12%
Plastia pabellón auricular bilateral	6%
Plastia mucosa	6%
Quiste o tumor benigno, resección muscular	15%
Retrognatismo mandibular	10%
Sub-lingual, marsupialización	21%
Sub-maxilectomía	12%
Sub-maxilectomía y resección radical	21%
Tumor maligno, resección mandíbula o maxilar	21%
Vestibuloplastia mandibular o maxilar	10%



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 M^a Lili, 3 - 4
T. 943 32 21 00