

IMQ Extra

**Seguro mixto de Asistencia Sanitaria
y reembolso de gastos**

Condiciones Generales

MODELO 2011



IMQ Extra

Seguro mixto de Asistencia Sanitaria
y reembolso de gastos

Condiciones Generales

MODELO 2011



Registrada en la Dirección General de Planificación Sanitaria con el número C-0453. Constituidos los Depósitos que marca la Ley. Reserva íntegra en España.

Índice

Seguro mixto de Asistencia Sanitaria y reembolso de gastos IMQ Extra

Artículo 1	Preliminar	3
Artículo 2	Definiciones	3
Artículo 3	Objeto del Seguro	6
Artículo 4	Descripción de la cobertura	7
Artículo 5	Exclusiones	13
Artículo 6	Modalidad I: Reembolso de Gastos Sanitarios	14
Artículo 7	Modalidad II: Prestación de Asistencia Sanitaria por medio de los Cuadros Médicos de IQMIMESA	15
Artículo 8	Límites Generales	17
Artículo 9	Seguro de los recién nacidos	18
Artículo 10	Pago de Primas	19
Artículo 11	Otras obligaciones, facultades y deberes del Tomador del Seguro o Asegurado	20
Artículo 12	Otras obligaciones de la Aseguradora	21
Artículo 13	Duración del Seguro	22
Artículo 14	Períodos de carencia	22
Artículo 15	Pérdida de derechos, rescisión e indisputabilidad del contrato	23
Artículo 16	Tratamiento de los Datos de Carácter Personal	24
Artículo 17	Comunicaciones y jurisdicción	25
Artículo 18	Prescripción	25
Artículo 19	Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza	26
Artículo 20	Atención al Cliente. Quejas y reclamaciones	26

Artículo 1

Preliminar

1. La actividad aseguradora que lleva a cabo IQIMESA SEGUROS DE SALUD, SOCIEDAD ANÓNIMA UNIPERSONAL está sometida al control de las autoridades del Estado Español siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.
2. El presente Contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1.980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, la Ley), y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y, en su caso, Especiales del propio Contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por el Tomador, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

Artículo 2

Definiciones

A los efectos de esta Póliza se entenderá por:

Accidente

La lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Año natural

Periodo comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre siguiente.

Asegurado

La persona o personas naturales sobre las cuales se establece el seguro.

Aseguradora

IQIMESA SEGUROS DE SALUD, SOCIEDAD ANÓNIMA UNIPERSONAL (en adelante, IQIMESA), Entidad que asume el riesgo contractualmente pactado.

A.T.S./D.U.E.

Profesional legalmente capacitado y habilitado para desarrollar la actividad de enfermería.

Catálogo de Servicios o Cuadro Médico

Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por IQIMESA, con su dirección, teléfono y horario. A efectos de este seguro se consideran cuadros médicos de IQIMESA tanto los de las provincias en las que ésta opera directamente como los de aquellas otras en las que lo hace mediante concierto con otras aseguradoras. En cada cuadro médico 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 nacional.

Condiciones Especiales

Documento integrante de la póliza en el que se especifica la suma asegurada y límites cuantitativos de la garantía de reembolso de gastos.

Condiciones Particulares

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

Copago

La participación del Asegurado en el coste de los servicios.

Cuestionario de Salud

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

Enfermedad

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

Enfermedad, lesión, defecto o deformación congénita

Es aquella 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 su efectiva incorporación (alta) en la póliza.

Franquicia

Importe que el Tomador debe abonar al Asegurador por cada servicio sanitario utilizado por los Asegurados incluidos en su Póliza. 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, puede ser actualizada anualmente de conformidad con lo establecido en el Artículo 19 de las Condiciones Generales " ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA".

Hospital

Todo establecimiento en el que puede legalmente realizarse el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento. Dicho establecimiento contará con la asistencia permanente de un médico, y sólo se admitirá el ingreso en el mismo de personas enfermas o lesionadas.

No se considerarán hospitales, a efectos de la póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos, e instituciones similares.

Hospitalización

- Hospitalización General: El hecho de que una persona figure registrada como paciente en un hospital y pernocte o realice una comida principal en el mismo.
- Hospital de Día: El hecho de que una persona figure registrada como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas específicamente, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia, sin que ello suponga pernoctar y pudiendo o no realizar una de las comidas principales en dicha unidad.

Intervención quirúrgica

Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un cirujano y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

Límites establecidos en Condiciones Especiales

Son las cantidades máximas que IQUIMESA se compromete a reembolsar para cada tipo de acto médico especificado.

Médico

Profesional legalmente habilitado para ejercer la Medicina.

Médico Especialista o Especialista

Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una especialidad de las legalmente reconocidas.

Plazo o Período 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 fecha de entrada en vigor de la Póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.

Plazo o Período de Disputabilidad

Intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la Póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella, durante el cual el Asegurador puede rechazar la cobertura de prestaciones o impugnar el Contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores del Asegurado y que éste no declaró en el Cuestionario de Salud. Transcurrido dicho plazo el rechazo del asegurador deberá fundarse en la existencia de una ocultación dolosa por parte del Asegurado.

Póliza

Documento que contiene las cláusulas y pactos reguladores del contrato de seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza estas Condiciones Generales, las Condiciones Especiales y Particulares que identifican el riesgo, así como los Apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato.

Prima

El precio del seguro. El recibo de prima incluirá, además, los recargos, impuestos y tasas legalmente repercutibles. La prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

Proceso médico

Es el conjunto de atenciones sanitarias que comprende el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión, incluidas la hospitalización y rehabilitación del paciente, en su caso.

Servicios que precisan autorización previa

Se hace referencia a ellos en la Modalidad II de esta póliza y están especificados en los cuadros médicos de la Aseguradora.

Suma asegurada

Es la cantidad máxima de indemnización que IQIMESA pagará como reembolso de gastos del asegurado en una anualidad de seguro completa.

Tarjeta Sanitaria

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 del Seguro

La persona física o jurídica que junto con IQIMESA suscribe este contrato, y con ello acepta las obligaciones que en él se establecen a cambio de las que IQIMESA toma a su cargo, aunque alguna de ellas, por su naturaleza, deba ser cumplida por el propio Asegurado.

Urgencia

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

Artículo 3

Objeto del Seguro

Este seguro de enfermedad es un seguro mixto de reembolso de gastos sanitarios y de prestación de asistencia sanitaria a través de cuadro médico de la Aseguradora, mediante el cual la Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que éste requiera en toda clase de enfermedades y lesiones o por embarazo, parto y puerperio, siempre que esté comprendida en la cobertura asegurada según las cláusulas 4 y 5, en los términos que la póliza determina y con la edad límite de admisión establecida por parte de la Aseguradora en los 65 años.

El seguro ofrece la cobertura, pues, en dos modalidades:

a) Modalidad I. Reembolso de gastos sanitarios

Cuando el Asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria a médicos y/o centros ajenos a los cuadros médicos de la Aseguradora, ésta reembolsará de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en Condiciones Especiales.

b) Modalidad II. Prestación de Asistencia Sanitaria

El Asegurado tiene derecho a recibir la asistencia cubierta por la póliza de los médicos y centros concertados que figuran en los Cuadros de la Aseguradora. El pago de la asistencia recibida dentro de esta Modalidad corre íntegramente a cargo de la Aseguradora, que abonará su importe directamente a los facultativos y centros que la hubieran prestado, debiendo el Asegurado utilizar para retribuir el acto médico el medio de pago que la Compañía le indique.

En esta Modalidad no se concederán indemnizaciones en metálico y la asistencia se prestará de acuerdo con la cláusula séptima.

Artículo 4

Descripción de la cobertura

Las especialidades y servicios cubiertos por esta póliza son los siguientes:

I. Atención Primaria

Medicina General

Asistencia en consulta y a domicilio.

Pediatría y Puericultura de zona

Para niños menores de catorce años. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.

Enfermería

Servicio de A.T.S./D.U.E., en consulta y a domicilio. En este último caso siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un médico de IQUIMESA.

II. Urgencias

Servicio Permanente de Urgencia

La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera, prestada por médico generalista y/o A.T.S./D.U.E..

III. Especialidades

Asistencia sanitaria en régimen ambulatorio o de internamiento sanatorial (según proceda a criterio del médico), en las especialidades que a continuación se citan:

Alergología

Anestesiología y Reanimación

Angiología y Cirugía Vascul

Aparato Digestivo

Cardiología

Incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.

Cirugía Ano-Rectal

Proctología.

Cirugía Artroscópica

Cirugía Cardiovascular

Cirugía General y del Aparato Digestivo

Cirugía Maxilo-Facial

Cirugía Pediátrica

Cirugía Plástica Reparadora

Queda incluida la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical, así como la prótesis mamaria necesaria en estos casos.

Cirugía Torácica

Dermatología Médico Quirúrgica

Endocrinología y Nutrición

Geriatría

Hematología y Hemoterapia

Inmunología

Medicina Interna

Medicina Nuclear

Nefrología

Neonatología

Neumología

Aparato Respiratorio.

Neurocirugía

Neurofisiología Clínica

Neurología

Obstetricia y Ginecología

Vigilancia del embarazo por médico tocólogo, y asistencia por éste a los partos. Planificación familiar: Control del tratamiento con anovulatorios, colocación de DIU y su vigilancia, siendo de cuenta de la Asegurada el coste del dispositivo.

Ligadura de trompas con un periodo de carencia de seis meses. Medicina Preventiva. Revisión ginecológica anual, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cervix.

Odonto-Estomatología

Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y limpieza de boca. A partir de la segunda limpieza de boca anual será necesaria la prescripción médica.

Oftalmología

Oncología Médica

Oncología Radioterápica

Otorrinolaringología

Psiquiatría

Rehabilitación y Fisioterapia

Previa prescripción de un médico.

Reumatología

Tratamiento del Dolor

Traumatología y Cirugía Ortopédica

Urología

Incluye vasectomía.

Incluye la Cirugía Robótica a través de la técnica Da Vinci, sujeta a Copago especial en función de la modalidad de la póliza.

IV. Medicina Preventiva

Pediatría

Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.

Obstetricia y Ginecología

Revisión ginecológica anual, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cervix.

Cardiología

Incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.

V. Medios de Diagnóstico

Análisis clínicos

Bioquímica, hematología, microbiología, parasitología, anatomía patológica quirúrgica, citopatología.

Radiodiagnóstico

Todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos, quedando incluida la utilización de medios de contraste.

Otros medios de diagnóstico

Doppler cardíaco, ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, fibroendoscopia.

Medios de diagnóstico de alta tecnología

Inmunohistoquímica, radiología intervencionista vascular y visceral, ergometría, hemodinámica vascular, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía, tomografía por emisión de positrones (PET), resonancia magnética nuclear, Scanner.

Todos estos medios de diagnóstico de alta tecnología tendrán un periodo de carencia de seis meses. Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por médicos que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la póliza.

VI. Hospitalización

Se realizará en las condiciones siguientes:

Hospitalización Obstétrica (Partos)

En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención de la parturienta, quirófano o sala de partos, anestesia (incluida la anestesia epidural), curas y su material, medicación e incubadora, serán a cargo de IQIMESA.

Hospitalización Quirúrgica

En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación, curas y otros tratamientos necesarios serán a cargo de IQIMESA.

Queda incluida la hospitalización de día.

La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas (a excepción de las dentarias) correrá a cargo de IQIMESA.

En cuanto al coste de las prótesis en sí, será de cuenta de la Aseguradora en el supuesto de válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de bypass vascular, endoprótesis vasculares (stent), prótesis internas traumatológicas, lentes intraoculares incluidas las multifocales y bifocales en el tratamiento de cataratas, mallas sintéticas para la reconstrucción de la pared abdominal

o torácica y los reservorios para el tratamiento del dolor. El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas, será de cuenta del Asegurado.

Hospitalización Médica (sin intervención quirúrgica)

Se realizará igualmente en habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamientos necesarios, serán a cargo de la Aseguradora. La duración del internamiento será determinada por el médico encargado de la asistencia, y alcanzará hasta que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio.

Queda incluida la hospitalización de día.

Hospitalización en U.V.I.

Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de IQIMESA (por su naturaleza no se incluye cama para acompañante). La duración del internamiento estará en función de si el proceso patológico que sufre el enfermo es o no reversible. En el caso de que el enfermo no sea recuperable en opinión del Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos, éste señalará el tiempo de permanencia del enfermo.

Hospitalización Psiquiátrica

Exclusivamente para los enfermos previamente diagnosticados por un especialista de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de sesenta días por año natural. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de IQIMESA. Por su naturaleza no se incluye cama de acompañante.

VII. Tratamientos Especiales

Aerosolterapia-Ventiloterapia

Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio

Transfusiones de sangre y/o plasma

Logofoniatría

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.

Ortóptica

Psicoterapia

Límite de 20 sesiones al año. Previa prescripción de un psiquiatra.

Tendrán un periodo de carencia de seis meses los siguientes tratamientos especiales:

Laserterapia

Queda incluida únicamente en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología, en la rehabilitación músculo-esquelética, el láser quirúrgico en cirugía vascular periférica, coloproctología e intervenciones quirúrgicas ginecológicas y otorrinolaringológicas.

Nucleotomía percutánea

Quimioterapia y Oncología radioterápica

En régimen de internamiento o en hospitalización de día.

Electrorradioterapia

Radioterapia superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas.

Diálisis y riñón artificial

Litotricia renal y Músculo-esquelética

Los tratamientos anteriores en todos los casos han de ser prescritos por médicos que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la póliza.

VIII. Trasplantes de órganos

Se encuentran cubiertas por el seguro las actuaciones médicas y quirúrgicas, sobre el propio Asegurado, que resulten necesarias para efectuarle el trasplante de un órgano. Asimismo queda incluida la realización de las gestiones administrativas exigidas a dicho fin.

IX. Otros servicios

Ambulancias

Para el traslado urbano e interurbano en la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del asegurado desde su domicilio al hospital o viceversa y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un médico, salvo en caso de urgencia.

Matronas

En la asistencia hospitalaria al parto.

Preparación al Parto

Podología

Con un máximo de seis sesiones por año.

Artículo 5 Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura del seguro:

- a) Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- b) La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.
- c) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado.
- d) La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adicción a drogas de cualquier tipo.
- e) La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.
- f) La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica de las siguientes actividades: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, hípica, toreo y encierro de reses bravas; así como la asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general.
- g) La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones congénitos o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada asegurado en la póliza, que siendo conocidas por el asegurado, no hubiesen sido declaradas por este en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento durante su primer año de vida, conforme a la cláusula 9. Y dentro del límite establecido en condiciones especiales.
- h) Los tratamientos por esterilidad o infertilidad.
- i) El diagnóstico, tratamiento e intervenciones realizados con fines puramente estéticos o cosméticos.
- j) El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria y los test psicológicos.
- k) En los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona del donante, sea o no asegurado, para la extracción del órgano a transplantar a otra persona. Asimismo quedan excluidas las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.

- l) La asistencia sanitaria del S.I.D.A. y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.).**
- m) La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.**
- n) La asistencia en odontología, salvo lo expresamente incluido en la cláusula 4.3.**
- o) Corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos tales como miopía, hipermetropía o astigmatismo y cualquier otra patología refractiva ocular.**
- p) Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, salvo lo expresamente incluido en la cláusula 4.7.**

Artículo 6

Modalidad I: Reembolso de Gastos Sanitarios

1. Cuando el Asegurado requiera asistencia sanitaria comprendida en las especialidades y servicios que incluye la cobertura según las cláusulas 4 y 5, y decida recibirla en un hospital o clínica y/o de facultativos ajenos a los cuadros médicos de la Aseguradora, IQUIMESA reembolsará al Asegurado, los gastos que el tratamiento conlleve, de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en las Condiciones Especiales de este seguro.
2. Para obtener el reembolso de gastos sanitarios que cita el apartado anterior, el Asegurado se obliga a presentar en las oficinas de IQUIMESA la documentación siguiente:
 - a) Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo de la Aseguradora, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado.
 - b) Originales de las facturas relativas a los gastos sanitarios causados y de los recibos o documentos que acrediten haber satisfecho su importe a los establecimientos y profesionales sanitarios que correspondan.

Las facturas incluirán:

- Nombre y apellidos o denominación social de la persona física o jurídica que las emita, su domicilio, teléfono, número de colegiado y especialidad en su caso y N.I.F. o C.I.F.
- Desglose adecuado de los diversos conceptos asistenciales y su naturaleza (clase de acto/s médico/s y su/s fecha/s).
- c) Prescripciones médicas originales en caso de medios de diagnóstico, tratamientos especiales, hospitalización y otros servicios.
- d) En caso de hospitalización, informe clínico en el que se hagan constar antecedentes, fecha de inicio, causa, origen y evolución de la enfermedad o lesión, así como la asistencia sanitaria prestada al Asegurado.

Será imprescindible para el reembolso de los gastos sanitarios producidos que los documentos identifiquen por su nombre y apellidos al paciente receptor de la asistencia.

En todo caso, IQIMESA se obliga a observar la confidencialidad en los datos referentes a la salud y actuar de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

Con independencia de todo ello, el Asegurado se obliga a prestar a la Aseguradora toda la colaboración que ésta le solicite para completar su información sobre el siniestro y sus consecuencias, permitiendo la visita médica de los profesionales médicos y especialistas designados por IQIMESA, los cuales no sólo velarán por el exacto cumplimiento del contrato de seguro sino que apoyarán con sus conocimientos al equipo médico que atienda al paciente. Dentro de esta colaboración, el Asegurado se obliga a facilitar a IQIMESA traducción oficial de los documentos redactados en idiomas distintos a los que tienen carácter de oficiales en el Estado español.

3. IQIMESA hará efectivo al Asegurado el importe que corresponda dentro de los 15 días hábiles siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se realizará siempre en moneda española, aunque las facturas se hayan extendido en otra moneda diferente. En este último caso, se efectuará el pago al cambio aplicable en la fecha de recepción de las facturas por IQIMESA.

Aunque la Aseguradora abonará en principio al Asegurado las indemnizaciones previstas en la Póliza, se reserva expresamente la facultad de realizar ese pago directamente a los profesionales y centros sanitarios emisores de la correspondiente factura, siempre que ésta no hubiera quedado previamente satisfecha, y en la cuantía correspondiente al Asegurador de acuerdo con los límites establecidos en Condiciones Especiales.

Artículo 7

Modalidad II: Prestación de Asistencia Sanitaria por medio de los Cuadros Médicos de IQIMESA

La asistencia sanitaria cubierta por el seguro en esta Modalidad se prestará donde IQIMESA tenga contratada esta prestación con facultativos, clínicas y otros establecimientos e instituciones, incluso Entidades de seguro, que estarán incluidas en sus cuadros médicos.

La Aseguradora entregará al Asegurado un ejemplar del cuadro médico correspondiente a la provincia de residencia, con especificación del centro o centros permanentes de urgencia médica y quirúrgica, del servicio permanente de asistencia ambulatoria, de los hospitales y clínicas, de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos y de los servicios de información, urgencias y asistencia ambulatoria permanente en todas las capitales de las demás provincias y el cuadro médico de las provincias de las que el Asegurado expresamente lo solicite, estando en todo caso a disposición del Asegurado la información nacional de los servicios de la Compañía.

La prestación tendrá lugar de acuerdo con lo siguiente:

1. El Asegurado puede elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los médicos incluidos en los cuadros provinciales que la Aseguradora pone a su disposición.
2. La visita domiciliaria de Medicina General y A.T.S./D.U.E., se solicitará, para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, antes de las 10 horas, para ser realizada en el día. El uso adecuado de este servicio requiere que se utilice sólo por motivos estrictamente médicos.

IQUIMESA se obliga a prestar la asistencia únicamente en el domicilio del Asegurado que figura en la póliza; siempre y cuando esté concertado dicho servicio en esa zona; cualquier cambio de este deberá notificarse al asegurador por cualquier medio fehaciente con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de una prestación en él.

3. Al solicitar la asistencia, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta sanitaria personal que la Aseguradora le entregará al efecto, debiendo firmar el recibo justificativo del servicio recibido, una de cuyas copias le será entregada al Asegurado como comprobante.

El Asegurado abonará por cada servicio recibido, el importe que, en concepto de copago o franquicia se establece en las Condiciones Particulares.

A estos efectos, IQUIMESA, periódicamente remitirá al Tomador del Seguro un extracto comprensivo de los servicios que hubieren utilizado los Asegurados incluidos en la Póliza, junto con el importe de los copagos y franquicias correspondientes a los mismos.

El cobro de la cantidad total que resultare se efectuará mediante recibo domiciliado en la cuenta bancaria que el Tomador haya designado para el pago de la prima.

El importe de los copagos y franquicias podrá ser actualizado por IQUIMESA, de conformidad con lo establecido en la Condición General 19ª.

4. Para la hospitalización y para la prestación de aquellos servicios que precisan autorización previa de la compañía, será necesaria la prescripción por el médico que tenga a su cargo la asistencia del Asegurado, el cual deberá obtener la conformidad previa documentada de IQUIMESA en sus oficinas. Una vez otorgada esa conformidad, vinculará económicamente a la Aseguradora.

En los casos de urgencia, será suficiente a estos efectos la orden del médico, pero el Asegurado deberá obtener la conformidad de IQUIMESA en sus oficinas, dentro de las setenta y dos horas siguientes al ingreso. IQUIMESA quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la prescripción del médico, por entender que no queda cubierta en la póliza.

5. Para recibir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudir directamente, según proceda, a un centro permanente de urgencia de los que IQUIMESA tiene establecidos, cuya dirección y teléfono figuran en el cuadro impreso que se entrega al Asegurado.

Artículo 8

Límites Generales

La Aseguradora asume las obligaciones que recogen las cláusulas 6 y 7 dentro de los límites que se establecen a continuación:

1. Ámbito geográfico Modalidad I

Los centros y profesionales sanitarios de los que el Asegurado puede recibir asistencia, solicitando el reembolso de gastos previstos en la cláusula 6, pueden estar radicados en cualquier país del mundo, incluida España.

Están excluidos de esta modalidad de seguro todos los profesionales y centros concertados que figuran en los cuadros médicos de IQIMESA, siendo responsabilidad del Asegurado conocer esta circunstancia antes de recibir la asistencia, para lo cual IQIMESA otorgará las máximas facilidades de asistencia telefónica y documental.

2. Ámbito geográfico Modalidad II

La prestación de asistencia sanitaria por medio de los cuadros médicos de la Aseguradora, se realizará exclusivamente dentro de España. En esta Modalidad II se excluye expresamente el pago mediante el reembolso de gastos previsto en la Modalidad I, siendo preceptivo el pago de los servicios con talón de asistencia o cualquier otro medio de pago establecido por la Aseguradora, de acuerdo con la cláusula 7.

3. Comunicación de siniestros

Para la aplicación de las garantías incluidas en la Modalidad I, el Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro en oficinas de IQIMESA a la mayor brevedad posible y en todo caso dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, conforme dispone el artículo 16 de la Ley.

En el caso de intervención quirúrgica o de hospitalización deberá comunicarlo dentro de los siete días inmediatamente anteriores al ingreso hospitalario, salvo en los casos de urgencia, sin perjuicio de lo establecido en la Ley.

A efectos de las garantías que comprende la Modalidad II, se entenderá comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de asistencia según lo previsto en la Póliza.

4. Límites cuantitativos

Si el Asegurado utiliza para su asistencia sanitaria la Modalidad II, es decir mediante los cuadros médicos de la Aseguradora, ésta hará frente a los gastos que ello represente sin límite cuantitativo alguno.

De utilizar el Asegurado alguna de las garantías que comprende la Modalidad I de Reembolso de Gastos, se aplicarán los siguientes límites cuantitativos:

a) Suma asegurada anual

Computará a los efectos de suma asegurada el total de las cantidades reembolsadas por gastos sanitarios producidos durante un año natural. Alcanzado el límite de la suma asegurada establecida en Condiciones Especiales, se entenderán finalizadas las obligaciones de la Aseguradora en la Modalidad I (Reembolso), hasta un nuevo año natural.

Con el objeto de unificar el vencimiento de las pólizas a 31 de diciembre, en caso de que el seguro inicie su vigencia con posterioridad al 1 de enero, la suma asegurada establecida en la cláusula 7 de las Condiciones Especiales, para el primer año será proporcional a la fracción de año contratada. También se aplicará la proporcionalidad el año en que se extinga la póliza, si la extinción es anterior al 31 de diciembre.

b) Límites parciales

Son los límites establecidos en Condiciones Especiales para los distintos tipos de acto médico. Son las cantidades máximas que IQUIMESA reembolsará para cada tipo de acto médico para los que se especifican. Sólo computarán y se aplicarán a la Modalidad I de reembolso de gastos.

5. Medios sanitarios ajenos a la Aseguradora

En relación con la asistencia sanitaria que el Asegurado reciba de profesionales, centros y establecimientos sanitarios ajenos a los cuadros médicos de la Aseguradora, ésta no asume otras obligaciones que las citadas en la cláusula 6, según las Condiciones Especiales.

6. Utilización combinada de ambas Modalidades

El uso combinado de garantías comprendidas en una y otra Modalidad para un mismo proceso médico, sólo será posible si lo permiten los acuerdos de la Aseguradora con los profesionales, centros y establecimientos de sus cuadros médicos que intervengan en el proceso.

En otro caso, los gastos devengados en la asistencia del Asegurado, en su totalidad, serán asumidos por la Aseguradora con arreglo a las previsiones de la Modalidad I de Reembolso de Gastos, de acuerdo con los límites cuantitativos establecidos en Condiciones Especiales.

Artículo 9

Seguro de los recién nacidos

Los recién nacidos podrán ser asegurados de acuerdo con la cláusula 11 y tendrán la cobertura especificada en la póliza.

En cuanto a enfermedades congénitas, a pesar de que con carácter general está excluida la cobertura de enfermedades congénitas, de acuerdo con la cláusula 5, cuando se trate de recién nacidos hijos de madre asegurada en la póliza desde al menos diez meses antes del nacimiento y que hayan sido dados de alta en la póliza dentro de los 15 días naturales siguientes a la fecha de

alta hospitalaria del recién nacido y como plazo máximo, 30 días naturales transcurridos desde el nacimiento, IQIMESA otorgará la siguiente cobertura:

- Estará cubierta dentro de la Modalidad II la asistencia sanitaria que precise el recién nacido como consecuencia de enfermedades congénitas.
- Estará cubierta dentro de la Modalidad I de Reembolso de Gastos la asistencia sanitaria que precise como consecuencia de enfermedades congénitas sólo durante el primer año de vida y en todo caso hasta el límite indicado en Condiciones Especiales.

Artículo 10

Pago de Primas

1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley, está obligado al pago de la Prima.
2. La primera Prima o fracción de ella, será exigible conforme al artículo 15 de la Ley una vez firmado el Contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, IQIMESA tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.
3. En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas Primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si IQIMESA no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido conforme a las condiciones anteriores. La cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la Prima. En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso.
4. IQIMESA sólo queda obligada en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados.

El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del Seguro el Recibo de Prima emitido por el Asegurador.

5. En Condiciones Particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el Tomador para el pago de los recibos de Prima.
6. En caso de extinción anticipada del contrato imputable al tomador, la parte de prima anual no consumida corresponderá al asegurador.

Artículo 11

Otras obligaciones, facultades y deberes del Tomador del Seguro o Asegurado

1. El Tomador del seguro y, en su caso el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:
 - a) Declarar a IQIMESA, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de esta obligación si la Aseguradora no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.
 - b) Comunicar a IQIMESA, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con el cuestionario de estado de salud del Asegurado presentado previamente, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por IQIMESA en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.
 - c) Comunicar a IQIMESA, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.
 - d) Comunicar a IQIMESA, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de asegurados que se produzcan durante la vigencia de la póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.
 - e) Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al seguro de IQIMESA de la que aquella fuese asegurada, los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la póliza de la madre desde su nacimiento, para ello el Tomador deberá comunicar a IQIMESA el nacimiento dentro de los 15 días naturales siguientes a la fecha de alta hospitalaria del recién nacido y como plazo máximo, 30 días naturales transcurridos desde la fecha del nacimiento mediante cumplimentación de una solicitud de seguro y el correspondiente cuestionario de salud. Las altas tomarán efecto en la fecha de nacimiento no aplicándose periodo de carencia superior al que faltase por consumir a la madre. Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, la Aseguradora podrá denegar la admisión y se aplicarán los periodos de carencia establecidos en la cláusula 14.

En todo caso, la Aseguradora cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido durante los 30 días siguientes a la de su nacimiento, finalizando entonces la cobertura si el alta del mismo no se ha producido con la fecha efecto del día del nacimiento, conforme lo estipulado.

- f) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a IQIMESA, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro.
- g) Cuando la asistencia prestada al asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, la Aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El asegurado, o en

su caso el tomador, vendrán obligados a facilitar a IQIMESA los datos y la colaboración necesarios para ello.

- h) Comunicar a IQIMESA la existencia de cualquier otro seguro de enfermedad que se refiera a todos o a alguno de los asegurados de esta póliza, de acuerdo con los artículos 101 y 106 de la Ley.
2. La tarjeta sanitaria, propiedad de la Aseguradora y que ésta entregará a cada Asegurado, es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador del Seguro y el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, IQIMESA procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en la Póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

Asimismo, el Tomador del Seguro y el Asegurado se obligan a devolver a IQIMESA la tarjeta correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza.

El Asegurador no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria.

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

Artículo 12

Otras obligaciones de la Aseguradora

Además de prestar la asistencia contratada, IQIMESA entregará al Tomador del seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley, así como un ejemplar del cuestionario de salud y demás documentos que haya suscrito el Tomador.

Igualmente entregará al Tomador la tarjeta sanitaria correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la Póliza. Dicha tarjeta contendrá al menos los siguientes datos:

- Número de Tarjeta

- Nombre y apellidos del Asegurado

En el momento de suscribir la Póliza, IQIMESA también facilitará un ejemplar del Catálogo de Servicios, con especificación del centro o centros permanentes de urgencia médica y quirúrgica, del servicio permanente de asistencia ambulatoria, de los hospitales y clínicas, de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos y de los servicios de información, urgencia y asistencia ambulatoria permanente en todas las capitales de las demás provincias.

El Catálogo de Servicios podrá ser actualizado anualmente por IQIMESA, mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que lo integran.

Será obligación del Tomador y/o Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de la Aseguradora la entrega del Catalogo de Servicios actualizado.

Artículo 13

Duración del Seguro

El seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley, se prorrogará tácitamente por periodos anuales.

No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con antelación no inferior a dos meses a la fecha de conclusión del periodo de seguro en curso. La notificación del Tomador deberá realizarse a IQUIMESA.

Con independencia de lo que antecede, el seguro se extinguirá para un Asegurado en concreto, y aunque la Póliza continúe vigente para los restantes:

- a) En la fecha en que traslade su residencia habitual al extranjero, o en todo caso cumpla nueve meses de residencia al año fuera de España.
- b) Cuando uno de los Asegurados deje de vivir de forma habitual en el domicilio identificado en la póliza causará baja en el seguro y el Tomador deberá comunicarlo al Asegurador.

Si esta persona desea contratar un nuevo seguro y lo hace antes de que transcurra un mes desde la comunicación citada, el Asegurador mantendrá los derechos adquiridos siempre que contraten las mismas coberturas.

Artículo 14

Períodos de carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asume IQUIMESA será facilitada desde la fecha de entrada en vigor del Contrato para cada uno de los Asegurados. Se exceptúan del anterior principio general las prestaciones siguientes:

- a) Las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización por cualquier motivo y naturaleza, que tendrán un periodo de carencia de seis meses.
- b) La asistencia a partos, que tendrá un periodo de carencia de diez meses.
- c) Las prestaciones que figuran con periodo de carencia en la descripción de la cobertura (cláusula cuarta), que tendrán el periodo de carencia que en cada caso se señala.

Los anteriores periodos de carencia podrán eliminarse o reducirse, en los casos en que proceda según la naturaleza de la prestación, si el futuro asegurado se somete a reconocimiento médico previo. Para la realización de éste, IQIMESA pondrá a disposición del futuro asegurado todos sus servicios asistenciales, aunque los gastos que deriven del reconocimiento serán a cargo exclusivo del solicitante del seguro. En el caso de intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose por tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.

Asimismo, para que IQIMESA sufrague el coste de las prótesis (no su implantación), el periodo de carencia será siempre de seis meses.

Artículo 15

Pérdida de derechos, rescisión e indisputabilidad del contrato

1. El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de estado de salud, si medió dolo o culpa grave (artículo 10 de la Ley).

El Asegurador podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro o Asegurado. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento en 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 hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

- b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del seguro o el Asegurado no lo comunica a IQIMESA y ha actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley).
 - c) Si el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza, sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley).
 - d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley).
2. 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 o Asegurados y IQIMESA no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que, de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento, se haga alguna salvedad en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Artículo 16 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 IQUIMESA SEGUROS DE SALUD, SOCIEDAD ANÓNIMA UNIPERSONAL (IQUIMESA) el tratamiento por IQUIMESA 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 IQUIMESA 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 IQUIMESA solicitar, en su caso, de los prestadores de servicios sanitarios la información que se requiera para la finalidad del tratamiento de IQUIMESA 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 IQUIMESA 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 IQUIMESA 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 IQUIMESA y por otras entidades del grupo IMQ identificadas en cada momento en la página web www.imq.es). Esta autorización incluye la facultad de IQUIMESA 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 IQUIMESA 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 IQUIMESA, 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 IQUIMESA, 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 IQUIMESA, el titular de los datos debe dirigirse a Avda. Gasteiz, 39, 01008 Vitoria-Gasteiz Araba, 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 IQUIMESA 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 17

Comunicaciones y jurisdicción

1. Las comunicaciones a IQUIMESA, por parte del Tomador del seguro o del Asegurado, se realizarán en el domicilio social de ésta que figura en la póliza, pero si se realizan a un Agente de ella, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a la Aseguradora, conforme al artículo 21 de la Ley.

Las comunicaciones de IQUIMESA al Tomador del seguro o al Asegurado, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a aquélla.

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

2. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado.

Artículo 18

Prescripción

Las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse, incluida la de reclamación del Asegurado o Tomador del seguro contra la Aseguradora sobre la cuantía del reembolso de gastos a que venga obligada, o cualquier otro aspecto de la cobertura de la póliza.

Artículo 19

Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza

IQUIMESA podrá anualmente:

- a) Actualizar las primas.
- b) Actualizar el precio de la participación del Asegurado en el coste de los servicios, a la que se refiere la cláusula 7.3.
- c) Modificar los límites de reembolso de gastos establecidos en las Condiciones Especiales.
- d) Modificar el porcentaje de reembolso de gastos al que se refieren las cláusulas 3 y 6 de estas Condiciones Generales.

Con independencia de las modificaciones antedichas, en cada renovación, la prima anual se establecerá de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa de primas que la Aseguradora tenga en vigor en la fecha de la renovación. El Tomador del seguro da su conformidad a las variaciones de prima producidas por este motivo.

Todas estas modificaciones se fundamentarán en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero-actuarial del seguro del incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato, u otros hechos de consecuencias similares.

El Tomador del seguro, en el caso de recibir notificación de alguna de estas modificaciones del contrato para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro o su extinción al vencimiento de la anualidad en curso. En este caso deberá notificar al Asegurador su voluntad de rescindir el contrato.

Artículo 20

Atención al Cliente. Quejas y reclamaciones

1. IQUIMESA, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, dispone de un Departamento de Atención al Cliente al que pueden dirigirse los tomadores, asegurados, terceros perjudicados o causahabientes de cualquiera de los anteriores para presentar sus quejas y reclamaciones, para lo cual pondrá a disposición de éstos en sus oficinas impresos para la formulación de las mismas.
2. Las quejas o reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al Departamento de Atención al Cliente por cualquiera de los siguientes medios:
 - a) Personalmente mediante su entrega en cualquiera de las oficinas de IQUIMESA.
 - b) Por correo postal remitido a la Avda. Gasteiz, 39 - 01008 de Vitoria-Gasteiz, Araba o Paseo Ramón M^a Lili, 3-4 - 20002 de Donostia, Gipuzkoa.

3. El Departamento de Atención al Cliente acusará recibo por escrito de las mismas y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de presentación de la queja o reclamación.
4. Asimismo los interesados podrán interponer reclamación o queja ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación o queja ante el Departamento de Atención al Cliente sin que éste hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.
5. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

Este Contrato de Seguro comprende de forma indisoluble las Condiciones Generales que anteceden, las Condiciones Particulares, las Especiales y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.



Atención al cliente 902 20 21 50

ARABA

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

BIZKAIA

Bilbao
Oficina central
Máximo Aguirre, 18 bis
T. 902 20 21 50
Clínica Vicente San Sebastián
Rafaela Ibarra, 25
Clínica Virgen Blanca
Maestro Mendiri, 2
Centro de Seguros "El Corte Inglés"
Gran Vía, 7
T. 94 424 42 13

Barakaldo

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

Durango

Saibigain, 1 bajo
T. 94 620 14 83

Gernika

Abaunza, 2 - bajo
T. 94 625 65 65

Getxo

Gobela, 1
T. 94 480 15 21

Lekeitio

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

GIPUZKOA

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