

IMQ Oro Plus

**Seguro mixto de Asistencia Sanitaria
y Reembolso de Gastos**

Condiciones Generales

MODELO 2010



IMQ Oro Plus

Seguro mixto de Asistencia Sanitaria
y Reembolso de Gastos

Condiciones Generales

MODELO 2010



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 mixto de Asistencia Sanitaria y Reembolso de Gastos IMQ Oro Plus

Artículo 1	Preliminar	3
Artículo 2	Definiciones	3
Artículo 3	Bases del Contrato	7
Artículo 4	Objeto del Seguro	8
Artículo 5	Descripción de la cobertura. Riesgos cubiertos. Modalidad Oro	9
Artículo 6	Riesgos excluidos	15
Artículo 7	Periodos de Carencia	18
Artículo 8	Alternativa: Reembolso de Gastos Sanitarios	18
Artículo 9	Cuadro Médico: Prestación de Asistencia Sanitaria por los Cuadros Facultativos de IMQ	20
Artículo 10	Límites generales	22
Artículo 11	Pago de la Prima	23
Artículo 12	Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza	24
Artículo 13	Otras obligaciones, cargas, deberes y facultades del Tomador y/o del Asegurado	25
Artículo 14	Otras obligaciones del Asegurador y del Asegurado	28
Artículo 15	Duración del Seguro	28
Artículo 16	Rescisión e indisputabilidad del Contrato	29
Artículo 17	Tratamiento de los Datos de Carácter Personal	29
Artículo 18	Control e instancias de reclamación	30
Artículo 19	Comunicaciones	31

Artículo 1

Preliminar

La actividad aseguradora que lleva a cabo Igualatorio Médico Quirúrgico, S.A. de Seguros y Reaseguros, 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.

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, Particulares y Especiales de este Contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que no sean especialmente aceptadas por el mismo, 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.

Año natural

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

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.

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 IMQ en cada provincia. A efectos de este seguro se consideran cuadros médicos de IMQ tanto los de las provincias en las que éste opera directamente como los de aquellas otras en las que lo hace mediante concierto con otras aseguradoras. En cada cuadro médico provincial se relacionan además de los

profesionales y establecimientos sanitarios de la provincia, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado en el ámbito de actuación del Asegurador.

Copago

La participación del Asegurado en el coste de los servicios.

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.

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 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 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 12 de las Condiciones Generales, "ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA".

Hospital

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

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

Hospitalización

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

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 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.

Límites establecidos en Condiciones Especiales

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

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.

Médico Especialista o Especialista

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

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 entrada en vigor de la Póliza, y para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.

Período de disputabilidad

Intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la Póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella, durante el cual el Asegurador puede rechazar la cobertura de prestaciones o impugnar el Contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores 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 12 de las Condiciones Generales, "ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA".

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.

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.

Servicios que precisan autorización previa

Están especificados en la opción Cuadro Médico de esta Póliza.

Siniestro

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

Suma asegurada

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

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, es requisito para contratar el sometimiento del Asegurado, a su costa, a examen médico previo, 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 y la Tarjeta de Asegurado.

Artículo 4

Objeto del Seguro

Este es un seguro mixto de reembolso de gastos sanitarios y de prestación de asistencia sanitaria, mediante el cual el Asegurado recibirá la asistencia sanitaria que requiera en toda clase de enfermedades y lesiones, siempre que esté comprendida en la cobertura asegurada según el artículo 5 de este Condicionado en los términos que la póliza determine.

El seguro ofrece la cobertura en dos opciones:

a) Alternativa: Reembolso de Gastos Sanitarios

Cuando el Asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria comprendida en la cobertura asegurada a médicos y/o centros ajenos a los cuadros médicos del Asegurador, éste reembolsará de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en los Artículos 8 y 10 del Condicionado General y en las Condiciones Especiales.

b) Cuadro Médico: Prestación de Asistencia Sanitaria por medio de los Cuadros Facultativos de IMQ

El Asegurador, dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza, y mediante el pago de la Prima, y franquicias que en cada caso corresponda, 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 contratada 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 Cuadro Médico no se concederán indemnizaciones en metálico y la asistencia se prestará de acuerdo con el Artículo 9.

Artículo 5

Descripción de la cobertura. Riesgos cubiertos. Modalidad Oro

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:

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, sujeta a Copago especial en función de la modalidad de Póliza, la Cirugía robótica a través de la técnica Da Vinci (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 en Cuadro Médico será, en todos los casos, en Centros concertados, en habitación individual, e incluye manutención, 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 Vascular Intervencionista (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 (excluido 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

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, para la opción Cuadro Médico.

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 (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.

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

Servicio de Urgencias Permanente y en desplazamiento ocasional o temporal.

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

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 12 referente a la "ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA".

VII. Períodos de Carencia Generales

(1) = 6 meses (2) = 8 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) En la opción Cuadro Médico, 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) En la opción Cuadro Médico, 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 en la opción Cuadro Médico o la facilitada por el centro ajeno en la Alternativa de Reembolso). 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) 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 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.
- 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.**
- 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.**
- 29) El reembolso de gastos de la asistencia sanitaria no quirúrgica prestada por el cónyuge del asegurado o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad o afinidad.**

Artículo 7

Períodos de Carencia

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

Alternativa: Reembolso de Gastos Sanitarios

1. Cuando el Asegurado requiera asistencia sanitaria comprendida en las especialidades y servicios que incluye la cobertura según el Artículo 5, y decida recibirla en un hospital o clínica y/o de facultativos ajenos a los cuadros médicos del Asegurador, IMQ reembolsará al Asegurado, los

gastos que el tratamiento conlleve, de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en el Artículo 10 de este Condicionado y 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 IMQ la documentación siguiente:

- a) Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo del Asegurador, 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, IMQ 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 al Asegurador toda la colaboración que éste le solicite para completar su información sobre el siniestro y sus consecuencias, permitiendo la visita médica de los profesionales médicos y especialistas designados por IMQ, los cuales no sólo velarán por el exacto cumplimiento del contrato de seguro sino que apoyarán con sus conocimientos al equipo médico que atiende al paciente.

Dentro de esta colaboración, el Asegurado se obliga a facilitar a IMQ traducción oficial de los documentos redactados en idiomas distintos a los que tienen carácter de oficiales en el Estado español.

3. IMQ 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 IMQ.

4. Si el Asegurado ha presentado toda la documentación necesaria para el pago total del reembolso y el Asegurador supera los días de plazo marcados por el Artículo 20 de la Ley 50/1980 para su abono, se aplicarán los intereses de demora que dicho Artículo establece.

Aunque el Asegurador 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 9

Cuadro Médico: Prestación de Asistencia Sanitaria por los Cuadros Facultativos de IMQ

- 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 figuren 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 al Asegurado 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) El Asegurado podrá 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, 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, bajo esta opción, de los gastos ocasionados por la asistencia prestada por Facultativos o Centros ajenos al mismo cualquiera que sea el Médico que prescribe la asistencia. Asimismo, 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 o por los Médicos ajenos al Cuadro Facultativo concertado por el Asegurador que atiendan al asegurado bajo la alternativa de reembolso y que reclamen el uso combinado de ambas opciones.

La indicación hecha por un Médico del Cuadro del Asegurador, para acudir a Facultativos o Centros no concertados, no vincula al Asegurador en la opción de Cuadro Médico.

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 Asegurador o del Médico ajeno al Cuadro Facultativo concertado por el Asegurador que atiendan al asegurado bajo la alternativa de reembolso y que reclamen el uso combinado de ambas fórmulas y autorización previa y expresa del Asegurador, la realización de interconsulta con un Especialista o para la asistencia en Clínica o Centro Médico de la Red de Asistencia Nacional concertada por el 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 10

Límites generales

El Asegurador asume las obligaciones que recogen los Artículos 8 y 9 dentro de la cobertura contratada, Artículo 5, y de los límites que se establecen a continuación:

1. Ámbito geográfico Alternativa Reembolso de Gastos

Los centros y profesionales sanitarios de los que el Asegurado puede recibir asistencia, solicitando el reembolso de gastos previstos en el Artículo 8, pueden estar radicados en cualquier país del mundo, incluida España. Están excluidos de esta opción de seguro todos los profesionales y centros concertados que figuran en los cuadros médicos de IMQ, siendo responsabilidad del Asegurado conocer esta circunstancia antes de recibir la asistencia, para lo cual IMQ otorgará las máximas facilidades de asistencia telefónica y documental.

2. Ámbito geográfico Cuadro Médico

La prestación de asistencia sanitaria por medio de los cuadros médicos del Asegurador, se realizará exclusivamente dentro de España. Se excluye expresamente el pago mediante el reembolso de gastos previsto en la Alternativa Reembolso, siendo preceptivo el pago de los servicios con talón de asistencia o cualquier otro medio de pago establecido por el Asegurador, de acuerdo con el Artículo 9.

3. Comunicación de siniestros

Para la aplicación de las garantías incluidas en la Alternativa Reembolso, el Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro en oficinas de IMQ 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 el Cuadro Médico, 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 el Cuadro Médico, es decir mediante los cuadros médicos del Asegurador, éste hará frente a los gastos que ello represente sin límite cuantitativo alguno.

De utilizar el Asegurado alguna de las garantías que comprende la Alternativa 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 del Asegurador en la Alternativa 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 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 IMQ reembolsará para cada tipo de acto médico para los que se especifican. Sólo computarán y se aplicarán a la Alternativa de Reembolso de Gastos.

5. Medios sanitarios ajenos al Asegurador

En relación con la asistencia sanitaria que el Asegurado reciba de profesionales, centros y establecimientos sanitarios ajenos a los cuadros médicos del Asegurador, éste no asume otras obligaciones que las citadas en el Artículo 8, según las Condiciones Especiales.

6. Utilización combinada de ambas opciones

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

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

Artículo 11

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 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 12

Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza

La Prima anual se establecerá de acuerdo con la edad alcanzada por cada Asegurado, 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.
- d) Actualizar, en su caso, las cuantías del límite de reembolso de gastos establecidos en el Condicionado General y/o en las Condiciones Especiales.
- e) Modificar el porcentaje de reembolso de gastos establecidos en el Condicionado General y/o en las Condiciones Especiales.

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 13

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

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

- a) Declarar al Asegurador, de acuerdo con el Cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete a Cuestionario o cuando, aún sometiéndole, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo pero que no estén comprendidas en él.

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

Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, la Prima relativa 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 del Asegurado, 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 14

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 15

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 16

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 17

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 del asegurado, incluidos datos de salud (tales como los datos de salud solicitados para la contratación del seguro y las actuaciones médicas aseguradas solicitadas y/o realizadas cuyo coste se pretenda cubrir por tal seguro), tratamiento que incluirá la incorporación de sus datos a fichero de los que IMQ será responsable así como, en su caso, la cesión a los profesionales sanitarios que realicen la prestación de servicios de asistencia sanitaria cuyo coste es objeto de la

cobertura de la póliza de seguro contratada (tales como médicos, centros sanitarios, hospitales) de aquellos datos que sean necesarios para tal asistencia, conforme a la póliza de seguro contratada.

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

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición del tratamiento de los datos de los que es responsable IMQ, el titular de los datos debe dirigirse a c/ Máximo Aguirre, 18 Bis, 48011 Bilbao, Bizkaia, adjuntando a su solicitud copia legible de su DNI u otro documento que acredite oficialmente su identidad. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en este documento, podría no hacerse efectiva la cobertura del asegurado 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 18

Control e instancias de reclamación

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

- a) Por los jueces y tribunales competentes (siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado).
- b) Asimismo, podrán las partes someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos del Artículo 31 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, y sus normas de desarrollo. En todo caso, el sometimiento de las partes al sistema arbitral será voluntario y deberá constar expresamente por escrito, sin que esta previsión constituya ninguna suerte de sumisión anticipada.
- c) Asimismo, y sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, también podrán someter a arbitraje las cuestiones litigiosas, surgidas o que puedan surgir, en materia de su libre disposición conforme a derecho, en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.
- d) Además, podrán formularse reclamaciones por escrito ante el Departamento de Atención al Cliente del Igualatorio Médico Quirúrgico, S.A. de Seguros y Reaseguros por cualquiera de los siguientes medios.

1. Personalmente en cualquiera de las oficinas IMQ.
2. Por correo postal remitido al domicilio social de IMQ sito en la calle Máximo Aguirre, número 18-bis de Bilbao (Bizkaia).
3. Por fax al número 94 427 39 37.
4. Por correo electrónico a la dirección imq@imq.es.

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

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

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

Artículo 19

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 del Asegurador, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste.

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

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





Atención al cliente 902 20 21 50

ARABA

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

BIZKAIA

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

Barakaldo

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

Eibar

Chiquito de Eibar, s/n
(Torre de Unzaga)
T. 943 20 04 14

www.imq.es