

IMQ Accidentes

Seguro de Accidentes Personales

Condiciones Generales

MODELO 2021



IMQ Accidentes

Seguro de Accidentes Personales

Condiciones Generales

MODELO 2021



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

Índice

Seguro de Accidentes Personales IMQ Accidentes

Artículo 1	Cláusula Preliminar	3
Artículo 2	Definiciones	3
Artículo 3	Bases del Contrato	5
Artículo 4	Objeto del Seguro	6
Artículo 5	Riesgos no asegurables	7
Artículo 6	Riesgos Excluidos	8
Artículo 7	Coberturas, cuantía y pago de las indemnizaciones	9
Artículo 8	Cobertura de Riesgos Extraordinarios	10
Artículo 9	Ámbito territorial y temporal	13
Artículo 10	Pago de la Prima	13
Artículo 11	Obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado	15
Artículo 12	Otras obligaciones del Asegurador	17
Artículo 13	Concurrencia de Seguros	17
Artículo 14	Designación de Beneficiarios	17
Artículo 15	Documentación necesaria para el pago de la indemnización	18
Artículo 16	Plazo para el pago de la indemnización	19
Artículo 17	Duración del Seguro	20
Artículo 18	Protección de Datos	20
Artículo 19	Control e Instancias de Reclamación. Departamento de Atención al Cliente	23
Artículo 20	Jurisdicción	25
Artículo 21	Prescripción	25
Artículo 22	Comunicaciones	25
Artículo 23	Contratación a distancia	26
Anexo nº 1	Grupos de riesgo de profesiones y actividades	26

Artículo 1

Cláusula Preliminar

1. La actividad aseguradora que lleva a cabo IGUALATORIO MÉDICO QUIRURGICO S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS esta sometida al control del Estado Español siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad.
2. 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 la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras,, y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y por lo que se conviene en las presentes Condiciones Generales, Particulares y Especiales que se le unan, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Tomador del Seguro y del Asegurado que no sean especialmente aceptadas por escrito por los mismos. No requerirán la mencionada aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentos imperativos.
3. En aplicación de lo establecido en el Artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, se destaca en letra negrita las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados contenidas en las presentes Condiciones Generales. Asimismo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 8.3 Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, se describen, de forma clara y comprensible, las garantías y coberturas otorgadas en el contrato, así como respecto a cada una de ellas, las exclusiones y limitaciones que les afecten destacadas tipográficamente.

Artículo 2

Definiciones

A los efectos del presente Contrato se entenderá por:

Accidente

Todo hecho violento, súbito, externo y fortuito, ajeno a la intencionalidad del Asegurado, que produzca una lesión corporal de la que se derive una incapacidad permanente parcial, o una incapacidad permanente absoluta que incapacite al Asegurado para todo trabajo o actividad, o la muerte.

Asegurado

La persona física sobre cuya vida e integridad física recae la acción del Seguro. En los Seguros para caso de muerte, si son distintas las personas del Tomador y del Asegurado, será preciso el consentimiento de éste, dado por escrito, salvo que pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del Seguro.

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.

Beneficiario

La persona física o jurídica con derecho a la indemnización. Salvo en el caso de muerte, el Beneficiario será el propio Asegurado. Si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiera Beneficiario designado expresamente, se indemnizará por el siguiente orden preferente y excluyente: a) Cónyuge; b) Hijos; c) Padres; d) Los derechohabientes legales. En caso de carencia de todos ellos, la indemnización pasará al patrimonio del Tomador.

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.

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.

Indemnización

Es el importe que deberá satisfacer el Asegurador al Beneficiario en caso de siniestro para cada una de las coberturas garantizadas, de acuerdo con lo previsto en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Incapacidad Permanente Absoluta

Pérdida orgánica o funcional de los miembros o facultades del Asegurado como consecuencia de un accidente, de carácter permanente e irreversible, cuya intensidad le incapacite, de modo definitivo, para todo trabajo y actividad laboral o profesional, aún con fines terapéuticos.

La Incapacidad Permanente no podrá ser contratada separadamente de la garantía de Muerte por accidente. En todo caso, se podrá contratar en las Condiciones Particulares de esta póliza la Incapacidad Permanente Parcial de conformidad con el baremo en vigor recogido en el Anexo nº 2 a estas Condiciones Generales.

Muerte

Fallecimiento del Asegurado, durante el Contrato, como consecuencia de un accidente a los efectos de esta Póliza, (Art. 4).

Póliza

El documento que contiene las cláusulas y pactos que regulan el Contrato de 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 y Anexos que se emitan a la misma, para complementarla o modificarla.

Prima

El precio del Seguro. La Prima es única, anual y pagadera por adelantado. No obstante podrá pactarse su pago fraccionado, lo que en ningún caso constituirá fragmentación del carácter anual e indivisible de la misma.

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

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

El recibo contendrá, además de la prima, los gravámenes e impuestos legalmente repercutibles en cada momento al Tomador.

Siniestro

Es la ocurrencia de un hecho indemnizable según la naturaleza y alcance de la cobertura en Póliza.

Suma asegurada

La cantidad que constituye el límite máximo de indemnización, según las coberturas garantizadas, que el Asegurador debe pagar en caso de siniestro.

Tomador del Seguro

La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, 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.

Artículo 3

Bases del Contrato

El presente Contrato ha sido concretado sobre las bases de las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro y/o Asegurado, en la Solicitud de Seguro y el Cuestionario de Salud sobre su estado de salud. Dichas declaraciones constituyen la base para la aceptación del riesgo del presente Contrato por parte del Asegurador y forman parte integrante del mismo.

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

Las garantías de esta Póliza serán contratables hasta el 31 de diciembre de la anualidad en la que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad. Las garantías cesarán con respecto al Asegurado al término de la anualidad en la que el mismo cumpla la edad de setenta y un (71) años salvo que se disponga lo contrario en las Condiciones Particulares o Especiales.

El Asegurador deberá entregar al Tomador la Póliza, que estará integrada de forma conjunta e inseparablemente por las Condiciones Generales, las Particulares y las Especiales si las hubiera.

Artículo 4 **Objeto del Seguro**

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en esta Póliza y mediante la aplicación de la prima que en cada caso corresponda, el Asegurador garantizará el pago de la suma asegurada cuando el Asegurado hubiera sufrido un accidente y éste produjera, como consecuencia, la muerte o incapacidad permanente del Asegurado.

Se entiende por accidente todo hecho violento, súbito, externo y fortuito, ajeno a la intencionalidad del Asegurado, que produzca una lesión corporal de la que se derive una incapacidad permanente parcial, o una incapacidad permanente absoluta que incapacite al Asegurado para todo trabajo o actividad, o la muerte.

Además, a los efectos de este Seguro también tendrán la consideración de accidente:

- a) La asfixia o lesiones a consecuencia de gases o vapores, de inmersión o por ingestión de materias líquidas o sólidas no alimenticias, así como las infecciones a consecuencia de accidente.
- b) Las lesiones producidas en legítima defensa o en salvamento de personas o bienes.
- c) Las lesiones a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- d) Las lesiones producidas por accidente de circulación, como consecuencia de un accidente de tráfico rodado, bien circulando como peatón en la vía pública o como usuario en vehículos particulares, en líneas regulares de transportes o en cualquier otro medio público terrestre oficialmente autorizado para el traslado de viajeros.

No se consideran accidentes:

- a) **La cardiopatía isquémica (infarto de miocardio o angina de pecho) excepto que se recoja expresamente en Condiciones Particulares, el accidente vascular cerebral (ictus,**

apoplejía o embolia cerebral), la epilepsia, el síncope, el aneurisma y en general todo tipo de enfermedad de cualquier naturaleza.

- b) Las operaciones e intervenciones practicadas por el Asegurado sobre sí mismo.
- c) Los tumores, varices, hernias, distensiones, roturas musculares o lumbago, salvo que sean originados como consecuencia directa del accidente.
- d) La intoxicación alimentaria, la congelación y la insolación.
- e) Las lesiones causadas por rayos X, el radium y sus compuestos, salvo que sean consecuencia de un tratamiento aplicado al Asegurado a consecuencia de un accidente garantizado en este Contrato.

La agravación de un Asegurado por razón de una enfermedad preexistente o sobrevenida con posterioridad al accidente, pero independiente del mismo, no quedará cubierta a efectos de las garantías cubiertas por esta Póliza.

Artículo 5

Riesgos no asegurables

No son asegurables, y, por tanto, en ningún caso les alcanzarán las coberturas del Seguro, las personas que se indican a continuación:

- a) Las personas que al inicio de la anualidad tengan trece (13) años o menos.
- b) Las incapacitadas por incapacidad permanente absoluta para el ejercicio de cualquier profesión o actividad laboral.
- c) Las que padezcan ceguera o sordera absoluta, parálisis, epilepsia, enajenación mental, alcoholismo, encefalitis letárgica, que hayan sufrido ataques de apoplejía o delirium tremens, y, en general, cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía psíquica o física que condicionen su forma habitual de vida.
- d) Las personas que al inicio de la anualidad tengan setenta y un (71) años o más.

En todo caso, el Contrato quedará extinguido y resuelto con respecto al Asegurado al término de la anualidad en la que el mismo cumpla la edad de setenta y un (71) años. Idéntico efecto se producirá cuando durante el transcurso del Contrato sobrevenga alguno de los supuestos que se citan en los apartados b) y c), siempre que no deriven de un accidente que esté cubierto por la Póliza.

Artículo 6 Riesgos Excluidos

No serán indemnizados, al no ser objeto del Contrato y no quedar garantizados por la cobertura de la póliza, los accidentes producidos por las causas que se indican a continuación:

- a) Los que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en este Condicionado General, así como los que violen cualquier disposición legal.
- b) Los accidentes debidos al uso voluntario de drogas o estupefacientes o al consumo excesivo de bebidas alcohólicas o en estado de enajenación mental o sonambulismo.
- c) Las autolesiones, causadas consciente o inconscientemente.
- d) Las consecuencias derivadas de enfermedades existentes o accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza, aunque sólo se manifiesten tras su vigencia.
- e) Los actos lesivos provocados intencionadamente por el Asegurado y, en particular, la muerte o incapacidad producidas por suicidio o intento de suicidio.
- f) Los ocurridos por el uso de motocicletas de potencia superior a 125 cc, si bien podrán ser incluidos mediante estipulación especial y pago de la sobreprima correspondiente.
- g) Los hechos resultantes de la reacción o radiación nuclear, de intervenciones en corrientes eléctricas de alta tensión, así como la contaminación radiactiva.
- h) Los acontecimientos de carácter extraordinario o catastrófico, entre ellos:
 1. Los de carácter político social, así como los que sean consecuencia de motines y alborotos o tumultos populares, revueltas o conmociones y revoluciones.
 2. Los ocurridos con ocasión de guerra civil o internacional declarada o no, invasión, asonada, sedición, rebelión, así como medidas de carácter militar.
 3. Los que sean consecuencia de erupciones volcánicas, huracanes, terremotos, temblores o desprendimientos de tierra, y otros fenómenos sísmicos, meteorológicos, atmosféricos o geológicos.
- i) Los siniestros producidos como consecuencia de:
 1. Ejercicio profesional y/o con carácter de competición de cualquier tipo de deporte, teniendo carácter de competición el ejercicio de un deporte para el cual el Asegurado se halle inscrito en la Federación correspondiente.
 2. Ejercicio no profesional de deportes arriesgados, incluida:
 - La práctica de deportes de artes marciales y lucha corporal, tales como boxeo, karate, y otros análogos.
 - La práctica de deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala delta, ultra ligeros, planeadores y similares).
 - Los deportes submarinos en general, ya sean inmersiones con empleo de aparatos de respiración o no, así como los deportes acuáticos.

- La práctica del automovilismo y del motorismo.
 - La práctica del montañismo o el alpinismo, la escalada, incluyendo la travesía de glaciares y la espeleología, el rafting y el puenting.
 - Los derivados del ejercicio del toreo y de los encierros de reses bravas.
 - Los ocurridos practicando la equitación y el polo.
 - La práctica del patinaje en general, incluido el hockey.
 - Los acaecidos en el ejercicio de la caza mayor.
- j) Los acaecidos en duelos, desafíos o riñas, salvo que se actúe en legítima defensa (y así sea declarado por resolución judicial firme). Se excluyen también las lesiones ocasionadas por actos delictivos del Asegurado o que sean consecuencia de negligencia grave o mala fe del Asegurado.
- k) Los ocurridos en el ejercicio de profesiones o actividades laborales consideradas como agravadas, si bien podrán ser cubiertos mediante estipulaciones especiales y pago de las sobreprimas correspondientes.
- l) Las enfermedades o accidentes derivados de hallarse el Asegurado ejerciendo una actividad profesional distinta de la que tenía a la contratación de la Póliza y cuyo cambio no hubiera sido comunicado fehacientemente a la Aseguradora.
- m) Las neuropatías y algopatías que no den síntomas objetivables.
- n) Las enfermedades crónicas o congénitas.
- o) Las epidemias oficialmente declaradas.
- p) Las enfermedades psíquicas, mentales y/o psicósomáticas.
- q) Los producidos por causas de carácter extraordinario o catastrófico, cuya cobertura corresponde al Consorcio de Compensación de Seguros.

Podrán incluirse bajo la cobertura del presente Contrato de Seguro, algunos de los riesgos excluidos anteriormente, sólo si queda expresamente estipulado en las Condiciones Particulares y se abona la sobreprima correspondiente.

Artículo 7

Coberturas, cuantía y pago de las indemnizaciones

Podrán contratarse por la presente Póliza las coberturas siguientes:

- a) Un capital en caso de muerte por accidente.
- b) Un capital en caso de incapacidad permanente absoluta derivada de accidente.
- c) Un capital en caso de incapacidad permanente parcial derivada de accidente, en función del baremo en vigor establecido al efecto en el *Anexo nº 2* a las presentes Condiciones Generales.

Se establecen 2 Modalidades de cobertura (Básica y Plus) y 3 límites de indemnización para cada una de ellas (Módulo 1, 2, 3) que serán optativas para el Asegurado y de prima proporcional dependiendo del grupo de riesgo de profesiones y actividades al que pertenezca, que se describen en el Anexo nº 1.

INDEMNIZACIONES

Garantías	Modalidad Básica			Modalidad Plus		
	Módulo1	Módulo2	Módulo3	Módulo1	Módulo2	Módulo3
Fallecimiento por accidente	30.000 €	60.000 €	90.000 €	30.000 €	60.000 €	90.000 €
Incapacidad permanente absoluta por accidente	30.000 €	60.000 €	90.000 €	30.000 €	60.000 €	90.000 €
Incapacidad permanente parcial por accidente	Según Baremo			Según Baremo		
Fallecimiento por infarto				15.000 €	30.000 €	45.000 €

Todo Asegurado inscrito en una determinada modalidad que desee acceder a otra superior, *deberá comunicarlo al Asegurador, con treinta (30) días de antelación a su toma de efecto, y permanecer, cuanto menos, un (1) año en la escala elegida anteriormente.* La nueva prima será la que corresponda a las nuevas cuantías de indemnización. Asimismo, deberá cumplimentar el cuestionario correspondiente.

Las indemnizaciones, que serán abonadas en caso de accidente, producido tanto en el ejercicio de las actividades u ocupaciones habituales declaradas por el Asegurado como en los actos de su vida privada, consistirán en:

- a) Un Capital en caso de muerte ocurrida bien inmediatamente o dentro del plazo de un año a partir de la fecha del accidente.
- b) Un Capital en caso de incapacidad permanente absoluta declarada dentro del plazo de un año a partir de la fecha del accidente, que incapacite al Asegurado para todo trabajo o actividad.
- c) Un Capital en función de un porcentaje establecido en el baremo en vigor correspondiente, al producirse una Incapacidad Permanente Parcial dentro del plazo de un (1) año a partir de la fecha del accidente.

Artículo 8 Cobertura de Riesgos Extraordinarios

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.**
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.**

- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Artículo 9

Ámbito territorial y temporal

Las coberturas garantizadas por esta Póliza son extensibles a cualquier parte del mundo en que sobrevenga el accidente y durante las veinticuatro (24) horas del día.

Artículo 10

Pago de la Prima

El Tomador del Seguro, de acuerdo con el Artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la Prima que se realizará en la forma y fecha prevista en las Condiciones Particulares.

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 o fracción de ella, se devengará en el momento de la firma del Contrato y, desde ese momento, será íntegramente exigible conforme al Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro. 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 o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un (1) 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 (6) meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido. En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

Si el Contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro (24) horas siguientes al día en que el Tomador pague los recibos adeudados.

d) Libranza de recibos y domiciliación

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

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

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

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

1. El Tomador entregará al Asegurador carta o documento dirigido al Banco o Caja de Ahorros dando la oportuna orden de domiciliación.
 2. Cada recibo se entenderá satisfecho a su vencimiento, salvo que intentado el cobro no existiesen fondos suficientes en la cuenta facilitada por el Tomador. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición y éste vendrá obligado a satisfacerlo en el domicilio del Asegurador en el plazo de diez (10) 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.
- e) En caso de extinción anticipada del Contrato imputable al Tomador con anterioridad a la finalización del periodo de duración del mismo, la parte de prima anual no consumida corresponderá y se deberá al Asegurador.

Artículo 11

Obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado

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

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

El Asegurador podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un (1) mes, a contar desde la fecha en que éste 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 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.

- b) Comunicar al Asegurador, durante la vigencia del Contrato y tan pronto como les sea posible, la alteración de los factores y circunstancias declaradas en el Cuestionario de Salud del Asegurado presentado previamente, 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 Tomador o el Asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Tomador o Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El Asegurador puede, en el plazo de dos (2) 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 (15) 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 (15) 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 (1) 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 prestación 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) *Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio y el de profesión. Si estos cambios suponen una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en la letra b) anterior.*

- d) 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.
- e) *El Asegurado deberá facilitar al Asegurador durante la vigencia del Contrato cuanta documentación e información le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura.*
- f) *El Tomador del Seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido.*

En todos los casos, el Tomador del Seguro y/o el Asegurado deberán proporcionar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

En el caso de incapacidad permanente, el Tomador o el Asegurado deberá, además, enviar al Asegurador en períodos no superiores a treinta (30) días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones. Asimismo, deberá poner en conocimiento del Asegurador la sobrevivencia de la muerte durante el período de curación.

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

g) 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.

2. El Tomador del Seguro y, en su caso, el Asegurado, tienen las siguientes facultades:

- a) 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.
- b) El Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un (1) mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la Proposición de Seguro o las cláusulas acordadas según dispone el Artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro; transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

Artículo 12

Otras obligaciones del Asegurador

- a) Además de prestar las garantías contratadas, el Asegurador 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 de Contrato de Seguro.
- b) El Asegurador deberá comunicar al Tomador, al menos con dos (2) meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del Contrato de Seguro.

Artículo 13

Concurrencia de Seguros

El Tomador debe comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro Seguro de Accidentes que se refiera a la misma persona. El incumplimiento de este deber puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que la Compañía pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

Artículo 14

Designación de Beneficiarios

Si no se hubiese efectuado en el Contrato designación expresa de Beneficiarios, tendrán esta consideración, por riguroso orden de preferencia, los siguientes:

1. Cónyuge
2. Hijos por partes iguales.
3. Padres por partes iguales, o, en su caso, el superviviente de ambos.
4. A falta de estos, a quien corresponda de acuerdo con las Normas Generales del Derecho Común.

El Tomador del Seguro podrá designar Beneficiario o modificar la designación anterior, sin necesidad de consentimiento del Asegurador.

La designación del Beneficiario podrá hacerse en la Póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al Asegurador o en Testamento.

El Tomador del Seguro puede revocar la designación del Beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

Artículo 15

Documentación necesaria para el pago de la indemnización

Para obtener el pago de la indemnización el Asegurado o, en su caso, los Beneficiarios, deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación:

1. En caso de fallecimiento del Asegurado:

- a) DNI del Asegurado y del Beneficiario/s que fuese/n a cobrar la indemnización.
- b) Certificado literal de la inscripción de la defunción del Asegurado en el Registro Civil correspondiente.
- c) Certificado o informe del médico o médicos que hayan asistido al Asegurado, indicándose el origen, la naturaleza y la evolución de las consecuencias del accidente que haya originado su fallecimiento o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- d) Documentos que acrediten la personalidad del Beneficiario/s mediante testamento o declaración legal de herederos.
- e) Carta de exención, pago o autoliquidación provisional del Impuesto sobre Sucesiones, debidamente cumplimentada por la Delegación o Administración de Hacienda correspondiente. En su caso, la documentación legal exigible a efectos tributarios.
- f) Cualquier otro documento que el Asegurador estime preciso.

2. En caso de incapacidad permanente absoluta o parcial:

- a) DNI del Asegurado
- b) Informe detallado del Médico o Médicos que hayan tratado al Asegurado con motivo de la lesión producida por el accidente, detallando clara y determinantemente el origen, naturaleza, diagnóstico y pronóstico de las consecuencias del mismo. Este informe deberá ser recibido por el Asegurador dentro del plazo de un año, a contar desde la fecha del accidente.

El Asegurado deberá someterse al reconocimiento del equipo médico que la Aseguradora designe, el cual determinará si sufre o no las lesiones e incapacidades que dan derecho al cobro de la indemnización. Los gastos en concepto de honorarios, así como de desplazamientos y estancias que con tal motivo se ocasionen, correrán de cuenta del Asegurado. El Asegurador, en vista del expediente, adoptará el acuerdo de ampliación de informe, de concesión o denegación, según proceda, a cuyo efecto queda totalmente facultada.

- c) Resolución del INSS acreditativa de la incapacidad permanente que padece el Asegurado.
- d) Cualquier otro documento que el Asegurador estime oportuno para la correcta valoración del siniestro.

Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de muerte y de incapacidad permanente.

En su caso, el capital satisfecho por incapacidad permanente será deducido de la suma asegurada correspondiente a la indemnización de muerte por accidente

Artículo 16

Plazo para el pago de la indemnización

El Asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y sus consecuencias, tras lo cual deberá notificar por escrito al Asegurado, en el supuesto de la incapacidad, la cuantía de la indemnización que le corresponda, de acuerdo con el grado de incapacidad que padezca y del baremo en vigor fijado en la Póliza, que se adjuntan como Anexo.

En cualquier supuesto, el Asegurador deberá efectuar dentro de los cuarenta (40) días siguientes a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de la indemnización, según las circunstancias por él conocidas.

En cuanto al procedimiento a seguir, en caso de no haber acuerdo entre las partes, cada una designará un Perito Médico, debiendo constar, por escrito, la aceptación de éstos.

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

En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización, según la naturaleza de este Seguro, y la propuesta de su importe.

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

Si el dictamen de los Peritos fuere impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el Artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro, y si no lo fuera, abonará el importe de la indemnización señalada por los Peritos en un plazo de cinco (5) días.

La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán devengados por días, sin necesidad de reclamación judicial.

Artículo 17

Duración del Seguro

- a) 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 de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos anuales hasta **como máximo el final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla setenta y un (71) años**.

No obstante cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un (1) mes de anticipación a la conclusión del periodo de Seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos (2) meses cuando sea el Asegurador. La notificación del Tomador deberá realizarse al Asegurador.

- b) Las coberturas contratadas no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de la Prima.

Artículo 18

Protección de Datos

Según lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos personales, en consonancia con la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, y demás legislación aplicable, le informamos de lo siguiente:

- 1) **Identidad y datos de contacto del Responsable del Tratamiento:** IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, con CIF nº A-95321386 (en adelante, "IMQ"). Se puede contactar con IMQ presencialmente o por correo postal en su domicilio social sito en Bilbao (Bizkaia), calle Máximo Aguirre 18 (bis), (Código Postal 48011), o por correo electrónico en imq@imq.es
- 2) **Identidad y datos de contacto del Delegado de Protección de Datos (o "DPD") de IMQ:** Podrá contactar con el DPD de IMQ por correo electrónico en: dpd@imq.es
- 3) **Los tipos de datos personales que IMQ trata:** son aquellos necesarios para el desarrollo gestión y control de la relación contractual con IMQ y, principalmente, datos identificativos (nombre, apellidos, sexo, estado civil, profesión, sector de actividad, capacidad, y DNI), datos de contacto (dirección postal y electrónica o número de teléfono), datos de facturación, datos de salud, genéticos o biométricos.
- 4) **Los fines del tratamiento a que se destinan los datos personales:** IMQ trata los datos personales para (i) dar cumplimiento a sus obligaciones legales, (ii) mantenerle informado sobre productos y servicios de seguros comercializados por IMQ y otras entidades del Grupo IMQ, y (iii) gestionar los productos y servicios solicitados y/o contratados por clientes o asegurados, incluyendo el tratamiento y gestión de los datos necesarios en cada caso para la facturación de servicios de que se trate.

En efecto, la contratación de la Póliza de Seguro requiere para su desarrollo, cumplimiento, control y ejecución por IMQ el tratamiento por IMQ de sus datos como Tomador, así como

los datos de los Asegurados y/o de los beneficiarios, incluidos datos de carácter sensible (tales como los datos de salud solicitados para la contratación del Seguro), tratamiento que incluirá la incorporación de sus datos a ficheros o bases de datos de los que IMQ será responsable. Para ello, IMQ podrá tratar sus datos personales incluso antes de que se formalice el Contrato de Seguro o una vez éste haya terminado por cualquier causa.

Con la solicitud o la realización de cualesquiera prestaciones médicas o sanitarias y/o con la propia renovación de la Póliza, el Tomador (i) es conocedor de que se realizará 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 contratada se compartirán, en su caso, con los prestadores de los servicios sanitarios conforme a la Póliza de Seguro contratada en los términos aquí indicados; y (ii) declara y garantiza que ha obtenido el consentimiento para el tratamiento de los datos, en los términos aquí indicados, de todos los titulares de los datos personales que el Tomador ha comunicado o comunique a IMQ, esto es, de los Asegurados y/o beneficiarios de la Póliza de Seguro contratada, habiéndoles expresamente informado del contenido de todos los extremos relativos al tratamiento de sus datos indicados en este documento y del contenido de la Póliza de Seguro contratada, comprometiéndose a facilitar a IMQ, a su solicitud en cualquier momento, prueba escrita de la obtención del consentimiento de los Asegurados y beneficiarios a que se refiere este apartado (ii).

Se informa que no se tomarán decisiones automatizadas en base a perfiles comerciales, ni se llevan a cabo actividades de *scoring* o tarificación.

5) **La base jurídica del tratamiento:**

(i) Constituye base legítima para tratar datos el cumplimiento, ejecución y control del contrato de seguro, incluida la gestión de los productos y servicios solicitados o contratados con IMQ. IMQ debe cumplir también con las obligaciones legales impuestas por las leyes y entre ellas, por la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro; la Ley 20/2015 y el Real Decreto 1060/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras; la Directiva (UE) 2016/97 sobre la distribución de seguros; así como la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.

Esta base legitimadora afecta también al tratamiento de los datos anteriormente mencionados para: la liquidación de siniestros, la colaboración estadístico actuarial para permitir la tarificación y selección de riesgos, la elaboración de estudios de técnica aseguradora, la prevención del fraude, para realizar segmentaciones, llevar a cabo encuestas o estudios de mercado o programas de retención y/o fidelización de clientes u otros análogos (incluyendo la facultad de IMQ u otra beneficiaria de la información resultante de tal encuesta o estudio de mercado o de la campaña informativa o promocional, en su caso, a determinar los parámetros del público objetivo de la encuesta, estudio de mercado o campaña informativa o promocional que se trate).

De igual modo, esta base legitimadora afecta al tratamiento de datos mediante la grabación de las conversaciones telefónicas efectuadas al Servicio de Atención al Cliente, con el fin de garantizar una mejor calidad de la prestación del servicio.

(ii) También constituye base legítima para tratar datos el interés legítimo de IMQ para mantenerle informado, por cualquier medio de comunicación (p.e., correo postal, teléfono, fax, medios de comunicación electrónica, etc.) sobre productos y servicios de seguros comercializados por IMQ y por otras entidades del Grupo IMQ (identificadas en cada momento en la página web www.imq.es).

En todo caso, debe tener en cuenta que siempre se puede ejercer el derecho de oposición a recibir comunicaciones comerciales (tal y como se describe más adelante).

Igualmente, esta base legitimadora ampara el hecho de que los componentes del cuadro médico que IMQ pone a disposición de sus asegurados puedan utilizar en su tratamiento de datos aplicaciones informáticas homogéneas para sus sistemas de información, de forma que se facilite y mejore la gestión de los datos del interesado dentro del cuadro médico ofrecido por IMQ en cada momento.

Cualquier tratamiento basado en el interés legítimo se lleva a cabo por IMQ con respeto a su derecho a la protección de datos personales, al honor y a la intimidad personal y familiar y se adoptarán medidas necesarias para garantizar dicho respeto.

En IMQ consideramos que, como cliente, tiene una expectativa razonable a recibir información sobre nuestros productos y servicios y los comercializados por otras entidades del Grupo IMQ (siempre relacionadas con el sector de seguros, de asistencia sanitaria, de asistencia socio-sanitaria, de prevención de riesgos laborales, de salud y de bienestar).

6) **Los destinatarios de sus datos personales:**

IMQ, como responsable del tratamiento, no cederá sus datos personales a ningún tercero, salvo que exista una obligación legal o que la cesión sea necesaria para la ejecución de la relación contractual.

Sin perjuicio de lo anterior, en cumplimiento del contrato y de la legislación aplicable, IMQ podrá proceder a la cesión de aquellos datos que resulten estrictamente necesarios en cada caso a los siguientes destinatarios: (i) profesionales sanitarios que realicen la prestación de servicios conforme a la Póliza de Seguro contratada; (ii) entidades con las que IMQ mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o colaboración para la correcta ejecución y cumplimiento de la Póliza de Seguro contratada; (iii) autoridades; (iv) bancos o entidades financieras; (v) jueces o tribunales; y (vi) encargados del tratamiento.

Asimismo, para poder prestar un servicio adecuado, y gestionar la relación derivada del contrato, es posible que sea necesario el acceso y/o tratamiento de los datos personales por parte de encargados de tratamiento y/o profesionales especializados.

Algunos de estos encargados, incluyendo prestadores de servicios de “computación en la nube”, pueden estar ubicados o contar con recursos localizados fuera de la Unión Europea y, por tanto, en territorios que no proporcionan un nivel de protección equivalente. En estos casos, IMQ garantiza que los proveedores están amparados por el acuerdo EU-US *Privacy Shield* o por alguna otra garantía similar de acuerdo con la legislación aplicable.

7) **Datos recibidos de terceros:** de conformidad con la Póliza es posible que IMQ necesite acceder a datos del cliente o asegurado recabados por terceros, incluidos datos de salud, genéticos o biométricos, recabados por los prestadores de servicios sanitarios conforme a la Póliza de Seguro contratada.

En tales supuestos, IMQ solicitará de los prestadores de servicios sanitarios la información estrictamente necesaria en cada caso para el cumplimiento de sus obligaciones legales y de lo dispuesto en la Póliza de Seguro contratada, respetando los principios de proporcionalidad y minimización de datos.

8) Plazo durante el cual se conservarán los datos personales:

IMQ conservará sus datos personales durante la vigencia de la relación contractual. Las solicitudes de seguro que no se completen serán conservadas por IMQ durante un plazo máximo de 6 meses, salvo que en la solicitud se pacte un plazo superior, para evitar duplicidad de gestiones ante sus nuevas solicitudes.

Una vez finalizada la relación contractual, en IMQ mantendremos sus datos personales durante los plazos de retención que imponga la ley o durante los cuales puedan derivarse responsabilidades de IMQ que, con carácter general, serán de 10 años. Transcurridos dichos plazos, sus datos serán destruidos salvo que éstos hayan sido completamente anonimizados conforme a la normativa con fines estadísticos o de investigación.

9) Derechos del interesado:

El interesado es titular de los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición al tratamiento de sus datos personales, así como el derecho a la portabilidad de los mismos. Asimismo, en cualquier momento el interesado puede retirar el consentimiento prestado sin que ello afecte a la licitud del tratamiento.

Para ejercitar estos derechos en relación con sus datos personales de los que IMQ es responsable del tratamiento, el titular de los datos podrá utilizar cualquiera de los siguientes canales: (i) presencialmente en cualquiera de las oficinas de IMQ; (ii) por correo postal en c/ Máximo Aguirre, 18 bis, 48011 Bilbao, Bizkaia (a la atención del departamento de atención al cliente); o (iii) por correo electrónico en imq@imq.es (adjuntando en cualquier caso a su solicitud copia legible de su DNI u otro documento que acredite oficialmente su identidad). El ejercicio de estos derechos es gratuito.

En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en este documento, podría no hacerse efectiva la cobertura de los Asegurados durante el tiempo que dure dicha oposición, en la medida en que tal oposición impida a IMQ disponer de los datos necesarios para el cálculo de las prestaciones y demás fines establecidos en el Contrato de Seguro y las obligaciones de la normativa aplicable.

Asimismo, si considera que IMQ no ha tratado sus datos personales de acuerdo con la normativa aplicable, puede contactar con el Delegado de Protección de Datos en dpd@imq.es o podrá presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).

Artículo 19

Control e Instancias de Reclamación. Departamento de Atención al Cliente

1. El control de la actividad del Asegurador corresponde al Estado Español, ejerciéndose a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad.
2. En caso de cualquier tipo de queja o reclamación sobre el Contrato de Seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derechohabientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:

- a) Al Departamento de Atención al Cliente de Igualatorio Médico Quirúrgico, S.A. de Seguros y Reaseguros por cualquiera de los siguientes medios:
1. Personalmente en cualquiera de las oficinas de IMQ.
 2. Por correo postal remitido al domicilio social de IMQ sito en la calle Máximo Aguirre, número 18-bis, 48011 de Bilbao (Bizkaia) o Avda. Gasteiz,39, 01008 de Vitoria-Gasteiz (Araba) o Plaza Euskadi, 1, 20002 de Donostia (Gipuzkoa).
 3. Por fax al número 94 427 39 37 (Bizkaia) o al 945 14 47 65 (Araba) y al 943 32 78 93 (Gipuzkoa).
 4. Por correo electrónico a la dirección imq@imq.es (Bizkaia), vitoriagasteiz@imq.es (Araba), o donostia@imq.es (Gipuzkoa).

La presentación por medios informáticos, electrónicos o telemáticos será válida siempre que permita su lectura, impresión y conservación y respondan con los requisitos y características legales establecidas en el Reglamento.

Dicho Departamento acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se le presenten, y las resolverá siempre por escrito motivado conforme a la normativa vigente, en el plazo de un (1) mes desde su presentación.

El Departamento resolverá las quejas y reclamaciones planteadas directamente o mediante representación acreditada por todas las personas físicas o jurídicas, cuando las mismas se refieran a intereses y derechos legalmente reconocidos relacionados con sus operaciones de seguros, ya deriven de los propios Contratos, de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y uso, en particular del principio de equidad.

En las resoluciones se tendrán en cuenta las obligaciones y derechos establecidos en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de los Contratos; la normativa reguladora de la actividad aseguradora (Ley de Contrato de Seguro, Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y Real Decreto de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y demás normativa aplicable).

- b) También se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en soporte papel o por vía telemática a través de la web <https://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones>. Para ello el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de un (1) mes (en el caso de que el reclamante tenga la condición de consumidor) o de dos (2) meses (en el resto de supuestos) desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente, sin que haya sido resuelta, o que ha sido denegada su admisión, o desestimada la petición.
- c) Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, en cualquier caso, el reclamante podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes (siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado).
- d) Asimismo, podrán las partes someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos establecidos en el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley 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.

- e) 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.
- f) Igualmente, podrán someter sus divergencias a un mediador en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

Artículo 20

Jurisdicción

El presente Contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella será el Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado.

Artículo 21

Prescripción

Las acciones que se deriven del presente Contrato prescribirán en el término de **cinco (5) años** a contar desde la fecha en que pudieron ejercitarse.

Artículo 22

Comunicaciones

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado, se realizarán al domicilio social de aquél señalado en la Póliza.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al Agente o Corredor de Seguros que medie el Contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro o al Asegurado, se realizarán, bien mediante envío postal en el domicilio de los mismos, recogido en la Póliza, o bien, a petición de éstos, mediante el envío o puesta a disposición de dichas comunicaciones en forma electrónica o telemática.

Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurador podrá realizar las comunicaciones al domicilio del Tomador o Asegurado cuando concurran causas que así lo justifiquen.

Artículo 23

Contratación a distancia

Se considera que el seguro se ha contratado a distancia cuando para su negociación y celebración se ha utilizado exclusivamente una técnica de comunicación a distancia, sin presencia física y simultánea del asegurador (o distribuidor) y del tomador, consistente en la utilización de medios telemáticos (email, web, etc.), electrónicos telefónicos, fax u otros similares (ej: correo postal).

Si el contrato de seguro se ha contratado a distancia y el tomador de seguro es una persona física que actúa con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, el tomador podrá desistir del contrato en el plazo de catorce (14) días naturales a contar desde el día de la celebración del contrato de seguro, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya acaecido el siniestro objeto de cobertura.

Esta facultad unilateral se podrá ejercitar por el tomador mediante comunicación escrita dirigida al Asegurador a c/ Máximo Aguirre, 18 bis, 48011 Bilbao, Bizkaia; o por correo electrónico a imq@imq.es.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento está obligado al pago de la parte proporcional de la prima correspondiente al periodo durante el cual el contrato de seguro ha estado en vigor. En caso de que la prima hubiera sido pagada, el Asegurador reembolsará al tomador, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, la prima descontado el importe correspondiente al periodo de tiempo durante el cual el contrato hubiera estado en vigor.

Anexo nº 1

Grupos de riesgo de profesiones y actividades

Grupo I

Actividades basadas en un trabajo intelectual o sedentario, que no exija trabajo manual ni la utilización frecuente de un vehículo para el desarrollo del mismo.

Grupo II

Actividades que exijan un trabajo manual esporádico de bajo riesgo, que estén obligadas a viajar frecuentemente o que precisen de la utilización de un vehículo para el desarrollo del mismo.

Grupo III

Profesiones o actividades con trabajo manual, físico o artesanal, con o sin la utilización de utensilios mecánicos y/o maquinaria peligrosa.

A consultar

Todas las profesiones o actividades reconocidas como peligrosas, tales como:

- Bomberos, policías y cuerpos de seguridad.

- Profesionales y trabajadores que utilicen energía nuclear, elementos radiactivos, tóxicos, explosivos, alta tensión o similares.
- Deportistas profesionales o que ejerzan deportes de competición, acrobacia, boxeo, torero, alta montaña, ski, espeleología, submarinismo o similares.
- Otras calificadas como peligrosas.



Atención al cliente 900 81 81 50

ARABA

Vitoria-Gasteiz

Avda. Gasteiz, 39

BIZKAIA

Bilbao

Oficina central
Máximo Aguirre, 18 bis

Clínica IMQ Zorrotzaurre
Ballets Olaeta, 4

Clínica IMQ Virgen Blanca
Maestro Mendiri, 2

Durango

Ibaizabal, 1 B - bajo

Gernika

Abaunza, 2 - bajo

Getxo

Gobela, 1

GIPUZKOA

Donostia

Plaza Euskadi, 1