

IMQ Oro Plus

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

Condiciones Generales

MODELO 2022



IMQ Oro Plus

Seguro mixto de Asistencia Sanitaria
y Reembolso de Gastos

Condiciones Generales

MODELO 2022



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 mixto de Asistencia Sanitaria y Reembolso de Gastos IMQ Oro Plus

Artículo 1	Cláusula Preliminar	3
Artículo 2	Definiciones	3
Artículo 3	Bases del Contrato	7
Artículo 4	Objeto del Seguro	7
Artículo 5	Descripción de la cobertura	8
Artículo 6	Riesgos Excluidos	16
Artículo 7	Períodos de Carencia	19
Artículo 8	Modalidad I: Prestación de Asistencia Sanitaria por medios ajenos (Reembolso de Gastos Sanitarios)	20
Artículo 9	Modalidad II: Prestación de Asistencia Sanitaria por el Cuadro Médico del Asegurador	21
Artículo 10	Límites Generales	23
Artículo 11	Pago de la Prima	25
Artículo 12	Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza	26
Artículo 13	Obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado	27
Artículo 14	Otras obligaciones del Asegurador	30
Artículo 15	Duración del Seguro	30
Artículo 16	Pérdida de derechos. Rescisión e Indisputabilidad del Contrato	31
Artículo 17	Protección de Datos	32
Artículo 18	Control e Instancias de Reclamación. Departamento de Atención al Cliente	35
Artículo 19	Jurisdicción	37
Artículo 20	Prescripción	37
Artículo 21	Comunicaciones	37
Artículo 22	Contratación a distancia	37

Artículo 1

Cláusula Preliminar

1. La actividad aseguradora que lleva a cabo IGUALATORIO MEDICO QUIRURGICO S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS está 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, 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

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.

Catálogo de Servicios o Cuadro Médico

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

Copago

Importe (económico) consistente en la participación del Asegurado en el coste de los servicios sanitarios garantizados por su Póliza y que se aplican individualmente a cada Asegurado en función del uso que haga de los mismos y que se detallan en las Condiciones Particulares. La cuantía de los copagos podrá 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". Pueden existir copagos generales y especiales dependiendo del importe asociado a cada acto sanitario.

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.

Enfermero/a

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

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 puntualmente al Asegurador por alguno de los servicios sanitarios utilizados por los Asegurados incluidos en su Póliza. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y/o especialidades médicas y su cuantía, que viene determinada en las Condiciones Particulares, 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 veinticuatro (24) horas del día, y sólo se admitirá el ingreso en el mismo de personas enfermas o lesionadas.

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

Hospitalización

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

Intervención quirúrgica

Toda operación 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 el Asegurador 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

Tipo de prótesis consistente en 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 de las especialidades médicas legalmente reconocidas.

Periodo de Carencia

Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la Póliza. Dicho plazo se computa por meses, contados desde la entrada en vigor de la Póliza, y para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.

Periodo de Disputabilidad

Intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la Póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella, durante el cual el Asegurador puede rechazar la cobertura

de prestaciones o impugnar el Contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores del Asegurado y que éste no declaró en el Cuestionario de Salud. Transcurrido dicho plazo el Asegurador tendrá esa facultad en el caso de que el Tomador y/o Asegurado haya actuado dolosamente.

Póliza

El documento que contiene las cláusulas y pactos que regulan el 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.

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 el Asegurador 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 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.

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

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

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.

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

Artículo 4

Objeto del Seguro

Este Seguro de Enfermedad es un Seguro mixto de reembolso de gastos sanitarios y de prestación de asistencia sanitaria a través de Cuadro Médico del Asegurador, mediante el cual el Asegurador se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que éste requiera en toda clase de enfermedades y lesiones, siempre que esté comprendida en la cobertura asegurada según las cláusulas 5 y 6, en los términos que la Póliza determina.

Las garantías de la Póliza tendrán validez siempre que el domicilio habitual de residencia del Asegurado se encuentre en España. La cobertura cesará automáticamente, sin necesidad de declaración expresa: (i) en el momento en que el asegurado traslade su

domicilio habitual fuera de España o (ii) en el momento en que, aun no trasladando su domicilio habitual fuera de España resida en el extranjero un mínimo de nueve (9) meses.

El Seguro ofrece la cobertura en dos modalidades:

a) Modalidad I: Prestación de Asistencia Sanitaria por medios ajenos (Reembolso de Gastos Sanitarios)

Cuando el Asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria comprendida en la cobertura asegurada a Profesionales 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 de las Condiciones Generales y en las Condiciones Especiales.**

b) Modalidad II: Prestación de Asistencia Sanitaria por el Cuadro Médico del Asegurador

Cuando el Asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria comprendida en la cobertura asegurada a Profesionales y/o Centros concertados del Cuadro Médico del Asegurador, el Asegurador dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la prima, copagos y franquicias que en cada caso corresponda, se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda, en toda clase de enfermedades y/o lesiones que estén comprendidas en las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios incluidos en la cobertura contratada de las recogidas en el Artículo 5, asumiendo el Asegurador su coste mediante el pago directo de los honorarios y tarifas de los servicios a los Profesionales y Centros sanitarios concertados que presten la asistencia.

En todo caso, de acuerdo con lo dispuesto en 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 sanitaria cubierta por la Póliza se llevará a cabo exclusivamente a través del Cuadro Médico del Asegurador y en los Centros por él concertados.

Esta Póliza 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 de la Póliza hasta que el Asegurador así lo indique expresamente en las Condiciones Generales y haga las adaptaciones necesarias en la tarifa de primas.

En esta Modalidad no se concederán indemnizaciones en metálico en sustitución de las prestaciones de los servicios de asistencia sanitaria cubiertos por la Póliza y la asistencia se prestará de acuerdo con la cláusula novena.

Artículo 5 **Descripción de la cobertura IMQ Oro Plus**

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 y/o modificarse, con la aplicación de la prima adicional que en cada caso corresponda, sobre la base de:

Póliza Oro Plus

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 catorce (14) años.

Servicio de Enfermería

En consulta y a domicilio. En este último caso **previa prescripción** de un médico del Cuadro del Asegurador.

II. Especialidades

Alergología

Análisis Clínicos

Anatomía Patológica

Anestesia y Reanimación

Aparato Digestivo

Se incluye la disección endoscópica submucosa para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 centímetros en las que se ha descartado la polipectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico (2).

Cardiología

Cirugía Cardio-Vascular

Se incluye el láser vascular para tratamiento de varices (2).

Cirugía General y del Aparato Digestivo

Se incluye la cirugía robótica sujeta a la franquicia correspondiente y se incluye la cirugía de la obesidad, **exceptuando las técnicas endoscópicas**, para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 kg/m², o a 35 si se asocian comorbilidades mayores sujeta a franquicia en centros específicamente designados por el Asegurador (2).

Cirugía Maxilo-Facial

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

Cirugía Pediátrica

Cirugía Plástica Reparadora

Excluida la cirugía puramente estética salvo la reconstrucción de la mama oncológica afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, **esta última con un límite máximo de un (1) año después de la cirugía oncológica (2)**. Incluida la técnica microquirúrgica para la reconstrucción mamaria postmastectomía sujeta a franquicia (2).

Cirugía Torácica

Dermatología y Venereología

Diagnóstico por imagen

Cubre **sólo 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), (incluyendo el coste del dispositivo y estando sujeto a franquicia el dispositivo hormonal), el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad (1) y la Ligadura de Trompas (2). Se incluye la Cirugía robótica en Ginecología sujeta a la franquicia correspondiente (2).

Hematología y Hemoterapia

Medicina Interna

Medicina Nuclear

Microbiología y Parasitología

Nefrología

Incluye la Hemodiálisis (3).

Neumología

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). **Excluida la cirugía endoscópica de columna.**

Neurofisiología Clínica

Excluida la Cartografía cerebral (Mapping).

Neurología

Odontología

Únicamente se encuentran cubiertas las curas estomatológicas y extracciones, una limpieza de boca anual, radiografías destinados para estos fines y tratamiento periodontal: raspajes y alisados radiculares, **hasta** cuatro (4) cuadrantes al año (1).

Oftalmología

Incluido el trasplante de córnea (4) **(la córnea a trasplantar será por cuenta del Asegurado)** y la inyección intravítrea de fármacos **(en este caso, el coste de los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado)** (2). **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 veinte (20) sesiones al año**. (3) **Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, y los test psicológicos. Asimismo, se excluye la hipnosis, la narcolepsia y la sofrología.**

Reumatología

Traumatología y Cirugía Ortopédica

Excluida la cirugía endoscópica de columna.

Urología

Incluye la Vasectomía y la Fotovaporización con láser verde (2).

Incluye la Cirugía robótica en Urología sujeta a franquicia (2).

Incluye la biopsia por fusión de próstata ante sospecha de riesgo clínico una RNM multiparamétrica previa positiva con biopsia previa convencional negativa, **como máximo un (1) año antes de la solicitud de esta prueba**, y persista la sospecha fundada de cáncer de próstata (persistencia de elevación del PSA) (2).

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 (2).

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 (2).

Asimismo incluye la hospitalización en unidad de neonatología con **un máximo de treinta (30) días por año natural** (2).

Hospitalización Obstétrica (Parto)

Se incluye la asistencia a partos convencionales atendidos por especialistas en obstetricia y matrona e incluye la anestesia epidural (2), quedando expresamente **excluidos los partos en medio acuático, a domicilio y por medios alternativos.**

Quedan excluidas las intervenciones quirúrgicas sobre el no nacido.

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 sesenta (60) días por año natural, continuos o alternos** (2). **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 (2).

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 (2). **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 (2). **Por su naturaleza, no se incluye la cama de acompañante.**

La Hospitalización será, en todos los casos, en Centros concertados, en habitación individual, e incluye manutención, curas y material, derechos de quirófano, anestesia y medicación, así como la cama de acompañante (2), **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 **y siempre que el Asegurador tenga concertada la prestación de este servicio en ese lugar** (2).

IV. Otros Métodos Terapéuticos

Electroterapia (1)

Onda Corta, Rayos Infrarrojos, Rayos Ultravioletas.

Fisioterapia y Rehabilitación (3)

Se incluye la rehabilitación de:

- Aparato locomotor está comprendida **únicamente** con carácter ambulatorio y **exclusivamente** para las afecciones de origen en el aparato locomotor siempre que no se trate de un proceso crónico o degenerativo, previa prescripción de un médico concertado por el Asegurador. Se prestará siempre en los centros designados por el Asegurador. En régimen de ingreso hospitalario se prestará **sólo y exclusivamente** para la recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica. En régimen domiciliario **únicamente** previa prescripción de un médico concertado por el Asegurador **y siempre que el Asegurador tenga concertada la prestación de este servicio en ese lugar.**
- Drenaje linfático post linfadenectomía que se precise **dentro de los dieciocho (18) meses siguientes a la realización de la intervención.**
- Suelo pélvico. La rehabilitación del suelo pélvico post-parto estará sujeta a la franquicia correspondiente y se prestará en los centros específicamente designados por el Asegurador.
- Fisioterapia respiratoria, exclusivamente asociada a cirugía torácica y cardiaca, con **un máximo de veinte (20) sesiones por proceso.**
- Rehabilitación cardiaca en régimen ambulatorio, **se prestará en los centros específicamente designados por el Asegurador.**

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

Hemodinámica Vasculare (2)

Litotricia (3)

Únicamente renal y músculo-esquelética.

Logofoniatría (3)

Incluye los tratamientos de alteraciones de la voz causados por afección de origen orgánico. Los tratamientos objeto de cobertura quedan **limitados a noventa (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.**

Nutrición Parenteral

En centro hospitalario.

Oncología

- Quimioterapia, en régimen de internamiento o en hospitalización de día. El Asegurador **sólo asumirá** los gastos de medicamentos citostáticos que se expendan en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad en las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto y cuya administración sea por vía parenteral (2). **Quedan expresamente excluidos de la cobertura los anticuerpos monoclonales, conforme a lo dispuesto en el apartado 23 del Artículo 6.**
- Radioterapia, ambulatoria y hospitalaria (2).

Incluye los tratamientos de intensidad modulada y de radiocirugía estereotáxica, tanto intracraneales como extracraneales, siempre que sean prestados en centros específicamente designados por el Asegurador. Queda excluida la protonterapia y la neutronterapia.

Oxigenoterapia, Ventiloterapia y Aerosolterapia (1)

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

Radiología Vasculor Intervencionista (2)

Psicoterapia (3)

Límite de veinte (20) sesiones al año. Previa prescripción de un psiquiatra del Cuadro del Asegurador. **Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, y los test psicológicos. Asimismo, se excluye la hipnosis, la narcolepsia y la sofrología.**

Trasplante de médula ósea o Stem Cell (4)

Transfusiones

De sangre y plasma, dentro y fuera del quirófano (2).

Unidad del Dolor (2)

Incluye los materiales implantables (4) y **excluye los generadores de cualquier tipo.**

V. Otros Métodos Diagnósticos

Otros medios de diagnóstico

Electrocardiogramas, Encefalogramas, Holter (1), Prueba de esfuerzo (1), 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 (2).
- Eco de estrés (1).

- Eco-Doppler (1).
- Ecocardiografía transesofágica (E.T.E.) (1).
- Endoscopia (1).
- Gammagrafía incluido el Dat-Scam (1).
- Mamotomía (MIBB) (2).
- Microbiopsia (1).
- P.E.T./TAC oncológico (3) para las indicaciones autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con el radiofármaco 18-fludesoxiglucosa (18 FDG) , y el radiofármaco 18F-Colina en las indicaciones clínicas y en los centros específicamente designados por el Asegurador.
- Polisomnografía nocturna (2).
- Pruebas para detección de malformaciones en el embarazo (2): **exclusivamente amniocentesis o la biopsia corial**. Diagnóstico genético prenatal en sangre materna sujeto a franquicia, incluye test DNA fetal básico en sangre materna para diagnóstico de las trisomías 13,18,21 y test DNA fetal ampliado a estudio de siete (7) síndromes de microdelecciones (2).
- 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.
- Plataforma genómica de cáncer de mama Oncotype y Mammaprint cuando estén medicamente indicados y **únicamente cuando resulten imprescindibles para el diagnóstico y/o pautar un tratamiento en el paciente** (2).

VI. Otros Servicios

Ambulancia

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

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

Nido (2)

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

Podología

Con un **máximo de dos (2) sesiones ambulatorias al año**.

Preparación al parto (2)

Prótesis fijas (4)

Serán **suministradas en todo caso por las empresas designadas por el Asegurador**, y serán por cuenta del Asegurador **exclusivamente** las prótesis internas y fijas que se especifican:

- Traumatología: Prótesis internas traumatológicas, incluyendo el material interno de osteosíntesis, y el material osteoligamentoso biológico obtenido en bancos de tejidos nacionales.
- Aparato Cardiovascular: Válvulas cardíacas **con exclusión de cualquier otra de implantación por vía percutánea o transapical**, stent, bypass vascular estándar, endoprótesis vasculares y marcapasos temporal o definitivo **excepto los MRI y excluyendo también cualquier tipo de desfibriladores**.
- Aparato Digestivo: Endoprótesis.
- Ginecología: Prótesis de mama y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía de origen neoplásico y la remodelación de la mama sana contralateral, **esta última con un límite máximo de un (1) año después de la cirugía oncológica**.
- Neurocirugía: Válvulas de derivación.
- Oftalmología: Lentes intraoculares monofocales y bifocales tras intervención quirúrgica de cataratas, **excluyendo las lentes Tóricas**. La lente bifocal estará sujeta a franquicia.
- ORL: Prótesis de tímpano.
- Urología: prótesis testiculares tras orquiectomía **exclusivamente** tras proceso tumoral o torsión testicular.

El coste de cualquier otro tipo de prótesis, implante quirúrgico, material biológico o sintético, 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), que la mujer no haya cumplido cuarenta y dos (42) años y que la pareja no tenga un hijo común, previo y sano.**

Cobertura sujeta a franquicia.

La cobertura es en las siguientes condiciones:

- Inseminación artificial, sea de la pareja o de donante: **tres (3) intentos**. Se incluyen las consultas ecográficas, la estimulación ovárica, la capacitación seminal y el test postcoital
- Fecundación in vitro, con o sin ovodonación: **dos (2) intentos**. Se incluyen las consultas, la ICSI (microinyección espermática), las ecografías, la estimulación ovárica, la capacitación seminal, la punción folicular y la transferencia de embriones.

La aplicación de estas técnicas de reproducción asistida se ajustará a la legislación vigente. **Se excluyen los gastos de donación de ovocitos y esperma.**

Segunda Opinión Médica

Permite el acceso a la opinión de Especialistas de renombre a nivel mundial para contrastar el diagnóstico y el tratamiento **en caso de enfermedad grave**. El Asegurado recibirá en su domicilio el Informe de Segunda Opinión Médica. Este servicio será prestado de acuerdo con las condiciones establecidas por el Asegurador.

Urgencias Servicio Permanente

En los **Centros indicados por el Asegurador en el Cuadro Médico**. La asistencia será domiciliaria cuando el estado del enfermo así lo requiera prestada por médico generalista y/o servicio de enfermería.

Urgencias en desplazamiento ocasional o temporal

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

Urgencias en viaje en el extranjero

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

El Asegurador podrá establecer en las Condiciones Particulares la cuantía máxima anual por Asegurado, que puede ser actualizada anualmente, de acuerdo con el Artículo 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) 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.**
- 3) 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.**
- 4) 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.**

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.

Quedan a salvo de la exclusión establecida en el párrafo primero de la presente cláusula dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas cuando hayan sido declaradas por el Tomador y/o Asegurado en el Cuestionario de Salud y expresamente aceptada su cobertura por el Asegurador en las Condiciones Particulares de la Póliza emitidas por éste.

- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) Los medicamentos y productos químico/farmacéuticos fuera del régimen de internamiento en centro hospitalario. Quedan excluidos tanto en régimen ambulatorio como en Centro hospitalario, las vacunas de todo tipo (con excepción de la Vacuna Anti RH), los medicamentos de origen humano y el tratamiento de la Hemofilia, la toxina botulínica y el ácido hialurónico. Quedan excluidos los medicamentos de terapia avanzada.
- 8) 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 en la descripción de los servicios) y la interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dichos tratamientos.
- 9) Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la Cirugía) de la impotencia, así como la cirugía del cambio de sexo y las cirugías profilácticas.
- 10) Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo de médula y el trasplante de córnea siempre que figure incluido en la descripción de los servicios de la Póliza. En estos dos casos queda, sin embargo, excluida de la cobertura la obtención del órgano a trasplantar y las gestiones relacionadas con dicha obtención.
- 11) El diagnóstico, las intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra actuación que tenga un carácter puramente estético o cosmético así como la necesidad de pruebas diagnósticas o tratamientos por complicaciones que pudieran estar directa y/o principalmente causadas por haberse sometido a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter puramente estético o cosmético. Asimismo están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.
- 12) Las prótesis de cualquier clase y naturaleza (incluyendo el material de osteosíntesis), los implantes quirúrgicos, las fijaciones externas, los materiales biológicos o sintéticos, así como las piezas anatómicas y ortopédicas, que serán por cuenta del Asegurado, salvo que figuren en la descripción de servicios de la Póliza.
- 13) 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.

- 14) La corrección quirúrgica de la Miopía, Astigmatismo, e Hipermetropía, así como cualquier otra alteración de la refracción, por cualquier medio o técnica.
- 15) La asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividad o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general así como la práctica no profesional de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo 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, puenting, barranquismo, rafting o cualquier otra de análoga naturaleza.
- 16) La asistencia médica y/u hospitalaria por razones de tipo social, tales como la derivada de inconveniencia o dificultad familiar, secuelas o situaciones irreversibles.
- 17) Los servicios hosteleros, tales como teléfono, televisión, comidas alternativas o del acompañante y servicio privado de enfermería.
- 18) Los procedimientos que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, así como las medicinas alternativas tales como naturopatía, hidroterapia, magnetoterapia, acupuntura, quiropráctica, digitopuntura, homeopatía, mesoterapia, presoterapia, ozonoterapia, etc., aun prescritos por Facultativos del Cuadro Médico del Asegurador.
- 19) Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no sean de práctica general y aceptada en el Sistema Nacional de Salud, aun prescritos por Facultativos del Cuadro Médico del Asegurador, hasta que consten como específicamente incorporadas en el Condicionado General y se hayan hecho las adaptaciones correspondientes en las primas.
- 20) Los gastos de estancia en Balnearios y Centros similares y las curas de reposo o adelgazamiento aun prescritas por Facultativos del Cuadro Médico del Asegurador.
- 21) Los exámenes médicos sin fines curativos (chequeos), así como, los de obtención del carnet de conducir, caza, pruebas de paternidad, etc.
- 22) 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 aquellos que se especifiquen expresamente en la descripción de servicios de la Póliza.
- 23) La terapia génica, molecular e inmunoterapia, así como el tratamiento con células progenitoras.
- 24) La asistencia médica al neonato, salvo que el propio neonato esté asegurado de acuerdo con las normas del Asegurador.
- 25) Cualquier técnica terapéutica para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson y de la Epilepsia.
- 26) 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.

- 27) El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos y los tratamientos derivados de patología del sueño.
- 28) La asistencia en odontología salvo lo expresamente incluido en la descripción de servicios de la Póliza.
- 29) Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, salvo lo expresamente incluido en la descripción de servicios de la Póliza.
- 30) Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional.
- 31) Las técnicas quirúrgicas que usen equipos de cirugía robótica salvo lo expresamente incluido en la descripción de los servicios de la Póliza.
- 32) Los partos en medio acuático, a domicilio y por medios alternativos y las intervenciones quirúrgicas sobre el no nacido.
- 33) El plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento.
- 34) Las intervenciones posteriores derivadas de la cirugía de la obesidad y los tratamientos de la obesidad por técnicas endoscópicas.
- 35) 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.
- 36) Los tratamientos con cámara hiperbárica.
- 37) Los tratamientos de radioterapia para procesos no oncológicos.

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.

No obstante se exceptúan del anterior principio general la asistencia médica, quirúrgica y/u hospitalaria señaladas como sujetas a Periodos de Carencia en las presentes Condiciones Generales y/o Particulares, las cuales precisaran haber cumplido los Periodos de Carencia especificados a continuación:

- las intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio tendrán un Período de Carencia de **seis (6) meses**.
- la hospitalización e intervención quirúrgica por cualquier motivo y naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día tendrá un Período de Carencia de **ocho (8) meses**.
- las prestaciones que figuran como sujetas a Período de Carencia en la descripción de la cobertura (Artículo 5) tendrán **el Período de Carencia que en cada caso se señala**.

En caso de urgencia vital imprevisible, no se aplicarán los Períodos de Carencia para aquellos servicios que requieran hospitalización, sobre la base de Informe del Facultativo.

En casos particulares, como consecuencia del análisis del Cuestionario de Salud y/o del Reconocimiento Médico previo, podrán establecerse otros Períodos de Carencia y, en su caso Exclusiones. Los Períodos de Carencia y/o las Exclusiones se aplicarán individualmente a cada Asegurado.

Artículo 8

Modalidad I: Prestación de Asistencia Sanitaria por medios ajenos (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 6, y decida recibirla en un hospital o clínica y/o de facultativos ajenos a los Cuadros Médicos del Asegurador, el Asegurador 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 del Asegurador 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, el Asegurador se obliga a observar la confidencialidad en los datos referentes a la salud y actuar de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos personales.

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 el Asegurador, los cuales no sólo velarán por el exacto cumplimiento del Contrato de Seguro sino que apoyarán con sus conocimientos al equipo médico que atienda al paciente.

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

3. El Asegurador hará efectivo al Asegurado el importe que corresponda *dentro de los quince (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 el Asegurador.
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 abonara 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

Modalidad II: Prestación de Asistencia Sanitaria por el Cuadro Médico del Asegurador

La asistencia sanitaria cubierta por el Seguro en esta Modalidad se prestará donde el Asegurador tenga contratada esta prestación con Facultativos, Clínicas y otros establecimientos incluidos en sus Cuadros Médicos.

La prestación tendrá lugar de acuerdo con lo siguiente:

- a) La asistencia se llevará a cabo mediante el sistema de libre elección de Facultativo y/o Centro, por parte del Asegurado, de entre los Profesionales sanitarios y Centros que figuran en cada momento en el Cuadro Médico del Asegurador, quienes prestarán sus servicios directamente a éste, con plena autonomía y bajo su exclusiva responsabilidad profesional.

Las coberturas de la Póliza sujetas a franquicia se prestarán exclusivamente por los Profesionales Sanitarios y Centros específicamente designados por el Asegurador.

- 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, debiendo firmar el recibo justificativo del servicio recibido, una de cuyas copias le será entregada al Asegurado como comprobante.

El Asegurado abonará por cada servicio recibido el importe que en concepto de franquicias se establece en las Condiciones Particulares.

En relación a las franquicias, el pago de la cantidad establecida en las Condiciones Particulares se efectuará en el momento de la solicitud de la autorización del servicio por parte del Asegurado mediante los medios establecidos por el Asegurador.

El importe de las franquicias podrá ser actualizado por el Asegurador, de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales.

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

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

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

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

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

Las Especialidades de Ginecología, Oftalmología y Pediatría son de acceso directo para el Asegurado.

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 o bien en las Oficinas del Asegurador, o bien a través del sistema que en cada momento esté establecido (como el sistema de prescripción electrónica, mediante el cual el Asegurado obtiene dicha confirmación por medios electrónicos y sin necesidad de desplazamiento en las Oficinas del Asegurador, una vez que el propio Médico ha realizado la correspondiente solicitud al Asegurador mediante una herramienta informática destinada a tal fin).

En los supuestos de urgencia vital, será suficiente la prescripción del Médico, pero el Asegurado (o, el propio Médico, a través del sistema de prescripción electrónica anteriormente descrito) deberá comunicar el hecho al Asegurador, con la mayor brevedad posible -ordinariamente en el plazo de setenta y dos (72) horas- al objeto de obtener la pertinente confirmación o rechazo en base a la cobertura de la Póliza.

Los Servicios de Enfermería (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. 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 Modalidad II (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 Modalidad I (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, Artículos 5 y 6, y de los límites que se establecen a continuación:

1. **Ámbito geográfico Modalidad I: Prestación de Asistencia Sanitaria por medios ajenos (Reembolso de Gastos Sanitarios)**

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 del Asegurador, siendo responsabilidad del Asegurado conocer esta circunstancia antes de recibir la asistencia, para lo cual el Asegurador otorgará las máximas facilidades de asistencia telefónica y documental.**

2. **Ámbito geográfico Modalidad II: Prestación de Asistencia Sanitaria por el Cuadro Médico del Asegurador**

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 Modalidad I, siendo preceptivo el pago de los servicios con autorización 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 Modalidad I, el Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro en oficinas del Asegurador a la mayor brevedad

posible y en todo caso dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido, conforme dispone el Artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro.

En el caso de intervención quirúrgica o de hospitalización deberá comunicarlo *dentro de los siete (7) días inmediatamente anteriores al ingreso hospitalario, salvo en los casos de urgencia*, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro.

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

4. Límites cuantitativos

Si el Asegurado utiliza para su asistencia sanitaria la Modalidad II, es decir mediante los Cuadros Médicos 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 Modalidad I (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 Modalidad I, 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 el Asegurador reembolsará para cada tipo de acto médico para los que se especifican. Sólo computarán y se aplicarán a la Modalidad I (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 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 Modalidad I (Reembolso de Gastos), de acuerdo con los límites cuantitativos establecidos en Condiciones Especiales.

Artículo 11 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 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 y Copagos, 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 período de duración del mismo, la parte de prima anual no consumida corresponderá y se deberá al Asegurador.

Artículo 12

Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza

El Asegurador en cada renovación anual de la Póliza podrá:

- a) Actualizar el importe de las Primas.
- b) Actualizar y modificar el importe correspondiente a las franquicias y copagos.
- 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 las Condiciones Generales 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.

Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, la prima anual se establecerá de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa de primas que el Asegurador tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan en el importe de las primas.

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 de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato 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 de Seguro, 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

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 deberán ser ciertas, 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 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) Notificar al Asegurador de forma expresa y válida en Derecho, cualquier cambio que desee en las comunicaciones que se le realicen en el marco de este contrato (como el cambio de domicilio), que sea diferente a la que ha facilitado al contratar el seguro.
- d) 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) Otorgar y facilitar la subrogación a favor del Asegurador, según establece el Artículo 82 de la Ley de Contrato de Seguro. 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.

- g) El Asegurado o el propio Médico a través del sistema de prescripción electrónica deberá facilitar al Asegurador durante la vigencia del Contrato cuanta documentación e información médica le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura del coste de las prestaciones que solicite. **Una vez sea requerida por el Asegurador, el proceso de otorgamiento de cobertura quedará en suspenso hasta la completa obtención de información. El Asegurador también podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación**

cuya impropiedad haya quedado manifestada “a posteriori” por la información médica facilitada por el Asegurado o por el propio Médico a través del sistema de prescripción electrónica.

- h) Para la utilización de los servicios prestados por los médicos consultores en el presente Contrato, el Asegurado deberá proveerse de la oportuna autorización de asistencia que deberá mostrar o entregar cuando se le preste algún servicio de esta índole. Estos servicios sólo podrán ser utilizados previa prescripción de un especialista del Asegurador y con su autorización.
- i) La tarjeta de Asegurado, propiedad del Asegurador y que éste entregará a cada Asegurado, es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador del Seguro y el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo más breve posible.

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

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

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

j) 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.
- k) 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.
 - l) **Será obligación del Tomador y/o Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia en la Modalidad II. A estos efectos, podrán consultar en las oficinas, teléfonos y web del Asegurador el detalle del Catálogo de Servicios o Cuadro Médico actualizado.**

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 14 Otras obligaciones del Asegurador

- a) Además de prestar la asistencia contratada, 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.

Igualmente, entregará al Tomador la Tarjeta de Asegurado, documento personal e intransferible, correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la Póliza.

- b) En el momento de suscribir la Póliza, el Asegurador también facilitará un ejemplar del Cuadro Médico correspondiente a su provincia de residencia. La lista de facultativos podrá ser actualizada anualmente por el Asegurador, mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios, y otros establecimientos que lo integran.
- c) 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 15 Duración del Seguro

- a) El Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y si nada se estableciera, por el periodo que vence el 31 de diciembre del año de contratación.

A su vencimiento, de conformidad con el Artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos anuales. 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. Realizada la comunicación en la forma aquí establecida, el contrato expirará al finalizar el periodo pactado en las Condiciones Particulares o a la finalización del periodo anual de prórroga en que se encuentre, según el caso.**

Si el Asegurado se encontrase hospitalizado, la comunicación efectuada por el Asegurador oponiéndose a la prórroga de la Póliza no surtirá efectos respecto de dicho Asegurado, hasta la fecha en que obtuviere el alta médica hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.

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

Artículo 16

Pérdida de derechos. Rescisión e Indisputabilidad del Contrato

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

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud (Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro). El Asegurador podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que 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 periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

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

- b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador y han actuado con mala fe (Artículo 12 de la Ley de Contrato).
- c) Si el siniestro cuya cobertura se garantiza como riesgo, sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario (Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).
- d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado (Artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).
- e) En el supuesto de una declaración inexacta del Tomador y/o del Asegurado al solicitar el Seguro de la fecha de nacimiento, el Asegurador sólo podrá impugnar el Contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de entrada en vigor del Contrato, excede de los límites de admisión establecidos por el Asegurador.

En el supuesto de que, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, el Asegurado vendrá obligado a abonar al Asegurador la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a éste en concepto de prima y las que realmente, le hubiese correspondido pagar según su verdadera edad.

Si por el contrario la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador estará obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

2. El Tomador del Seguro podrá rescindir el Contrato:

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 cualquier medio fehaciente. 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 o Radiólogos.

El Asegurador, cuando las variaciones puedan ser causa de rescisión, se obliga a comunicarlo al Tomador del Seguro dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que se haya producido. El Tomador, en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir de la recepción de la notificación podrá ejercitar su derecho de rescisión.

La rescisión del Contrato tendrá efecto el día primero del mes siguiente a la fecha en que se recibiera la notificación por medio fehaciente del Tomador, el Asegurador vendrá obligado a devolver el importe de la prima no consumida.

- 3. Indisputabilidad de la Póliza.** 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 de Salud.

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 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 18 **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), 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 las 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 19

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 20

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 21

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 22

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.





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