

IMQ Centros Internacionales

Seguro de Asistencia Sanitaria en Centros Internacionales

Condiciones Generales

MODELO 2026



IMQ Centros Internacionales

Seguro de Asistencia Sanitaria en Centros Internacionales

Condiciones Generales

MODELO 2026

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

Índice

Seguro de Asistencia Sanitaria en Centros Internacionales

Artículo 1	Cláusula Preliminar	5
Artículo 2	Definiciones	5
Artículo 3	Bases del Contrato	9
Artículo 4	Objeto del Seguro	9
Artículo 5	Prestaciones garantizadas	10
Artículo 6	Cuantía de las indemnizaciones	12
Artículo 7	Riesgos Excluidos	12
Artículo 8	Periodos de Carencia	15
Artículo 9	Procedimiento en caso de siniestro	15
Artículo 10	Pago de la Prima	18
Artículo 11	Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza	19
Artículo 12	Obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado	20
Artículo 13	Otras obligaciones del Asegurador	23
Artículo 14	Duración del Seguro	23
Artículo 15	Indisputabilidad de la Póliza	24
Artículo 16	Protección de Datos	24
Artículo 17	Control e Instancias de Reclamación. Departamento de Atención al Cliente	28
Artículo 18	Jurisdicción	30
Artículo 19	Prescripción	30
Artículo 20	Comunicaciones	30
Artículo 21	Contratación a distancia	31

Seguro de Asistencia Sanitaria en Centros Internacionales

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, y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y por lo que se conviene en las presentes Condiciones Generales, Particulares y Especiales que se le unan, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Tomador del Seguro y del Asegurado que no sean especialmente aceptadas por escrito por los mismos. No requerirán la mencionada aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentos imperativos.
3. En aplicación de lo establecido en el Artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, se destaca en letra negrita las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados contenidas en las presentes Condiciones Generales. Asimismo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 8.3 Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, se describen, de forma clara y comprensible, las garantías y coberturas otorgadas en el contrato, así como respecto a cada una de ellas, las exclusiones y limitaciones que les afecten destacadas tipográficamente.

Artículo 2

Definiciones

A los efectos del presente Contrato se entenderá por:

Accidente

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, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, en lo

sucesivo, el Asegurador.

Condiciones Particulares

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

Cuestionario de Salud

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

Devengo de la Prima

Es el momento en el que el Tomador se convierte en deudor del Asegurador por la integridad de la suma dineraria que constituye la Prima. La Primera Prima se devenga al tiempo de contratación del Seguro. La Segunda y Sucesivas Primas se devengan al comienzo de cada período anual por el que el Contrato de Seguro se prorrogue, tácita o expresamente.

Enfermedad

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

Enfermedad, lesión, defecto o malformación congénita

Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del Asegurado.

Enfermedad preexistente

Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del Seguro o del alta en la Póliza.

Fraccionamiento del pago de la Prima

Es la facilidad de pago que en las Condiciones Particulares puede establecerse entre el Asegurador y el Tomador, en beneficio de éste, y que consiste en la posibilidad de posponer el pago de toda o parte de la Prima a un momento posterior al de su devengo. La posibilidad de fraccionar el pago de la Prima en ningún caso supone que ésta sea divisible.

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.

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.

Medicamento Necesario

Un tratamiento se considera como medicamento necesario cuando concurren las siguientes condiciones:

- Es apropiado e imprescindible para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado.
- No excede en alcance, duración o intensidad del nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- Se realiza por prescripción médica.
- Se realiza de conformidad con las normas profesionales generalmente aceptadas en la práctica de la medicina en España o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
- En el caso de un paciente ingresado en un hospital, no puede ser proporcionado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente.

El hecho de que un tratamiento haya sido indicado, recomendado, aprobado o suministrado por un Médico no es necesariamente suficiente para que tenga la consideración de ser médicamente necesario, hasta que tal carácter sea determinado por el Asegurador, en función de la definición anterior.

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 hayan 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.

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

La Prima puede ser actualizada anualmente de acuerdo con lo establecido en el Artículo 11 de las Condiciones Generales, "Actualización Anual de las Condiciones Económicas de la Póliza".

Siniestro

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

Suma Asegurada

La cantidad que constituye el límite máximo de indemnización, según la cobertura garantizada, que el Asegurador debe pagar en caso de siniestro.

Tomador del Seguro

La persona física o jurídica que, juntamente con Igualatorio Médico Quirúrgico, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, suscribe el presente Contrato y asume las obligaciones que en él se establecen, excepto las que, por su naturaleza, deben ser cumplidas por el propio Asegurado.

Unidad Familiar

Las personas que forman parte de la Unidad Familiar a efectos de la presente Póliza se considera que son el Asegurado, su cónyuge, los hijos de ambos, y los familiares de hasta tercer grado de parentesco.

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.

Las garantías cesarán con respecto al Asegurado al término de la anualidad en la que el mismo cumpla la edad de sesenta y siete (67) años salvo que se disponga lo contrario en las Condiciones Particulares o Especiales.

El Asegurador deberá entregar al Tomador la Póliza, que estará integrada por las Condiciones Generales, las Particulares y las Especiales si las hubiere.

Artículo 4

Objeto del Seguro

Con sujeción a las disposiciones y limitaciones que más adelante se establecen, esta Póliza cubre, hasta el límite de la suma asegurada contratada, los gastos médicos incurridos por el Asegurado durante el período de

indemnización establecido en el Artículo 6 de las presentes Condiciones Generales, por diagnósticos, tratamientos, servicios, suministros o prescripciones médicas prestados dentro del ámbito territorial establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, que tengan la consideración de ser Médicamente Necesarios, y siempre que sean ocasionados como resultado de o en relación con las enfermedades objeto de cobertura tal y como se definen a continuación, y que sean diagnosticadas por primera vez durante el período de vigencia de la Póliza y cuyos primeros síntomas se manifiesten en dicho período.

A efectos de esta Póliza será enfermedad objeto de cobertura, toda alteración del estado de salud de causa común o accidental, confirmada por un médico legalmente reconocido y que coincida con alguna de las definidas a continuación, en los términos siguientes:

- **Cáncer:** La manifestación de un tumor maligno caracterizado por no estar encapsulado y por el crecimiento y dispersión incontrolado de células malignas y la invasión de tejidos. El término "cáncer" incluye la leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica) y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico debe ir apoyado con evidencia histológica de malignidad.
- **Accidente cerebro-vascular:** La lesión o accidente cerebro-vascular debido a trombosis cerebral, embolia o hemorragia, que produzca secuelas neurológicas durante más de veinticuatro (24) horas y que suponga una lesión neurológica permanente.

Artículo 5

Prestaciones garantizadas

Los gastos médicos que son objeto de seguro bajo esta Póliza, corresponden a los cargos efectuados:

- a) Por un **hospital**, en concepto de:
 - Habitación y comidas, y servicio general de enfermería durante la permanencia en una habitación, sala o pabellón, o unidad de vigilancia o cuidado intensivo.
 - Otros servicios hospitalarios incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta externa de un hospital y los gastos correspondientes al coste de una cama supletoria o de acompañante, *siempre que el servicio estuviera disponible.*
- b) Por un **centro de cirugía ambulatoria** o independiente, pero solamente si el tratamiento, cirugía o prescripción hubiese estado cubierta bajo esta Póliza de haber sido proporcionado en un hospital.
- c) Por un **médico**, en concepto de consulta, tratamiento, cuidados médicos, o cirugía.

- d) Por **visitas médicas** efectuadas al Asegurado mientras se encuentre ingresado en un hospital.
- e) Por los siguientes **servicios**, tratamientos o prescripciones médicas y quirúrgicas:
- Anestesia y su administración, siempre que haya sido proporcionada por un anestesiólogo profesional.
 - Análisis de laboratorio y patología, radiografías con fines diagnósticos, radioterapia, isótopos radioactivos, quimioterapia, electrocardiogramas, ecocardiografías, mielogramas, electroencefalogramas, angiografías, tomografías computarizadas, y otras pruebas y tratamientos similares, requeridos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad objeto de cobertura, siempre que hayan sido suministrados por un médico, o bajo la supervisión de un médico.
 - Transfusiones de sangre, aplicación de plasma y sueros.
 - Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones.
- f) Por **productos farmacéuticos** o medicinas aplicados por prescripción médica mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado. Quedan garantizados aquellos que sean prescritos en procesos postoperatorios aún cuando el Asegurado se encuentre fuera del hospital.
- g) Por los servicios de traslados y transportes en **ambulancias** terrestres y aéreas cuando su utilización sea indicada y prescrita por un médico.
- h) Gastos de viaje, transporte o desplazamientos de cualquier tipo incurridos por el Asegurado o su/s acompañante/s, que viaje/n en avión (billete de ida y vuelta en clase económica), tren (billete de ida y vuelta), o cualquier otro medio de transporte durante la hospitalización o el proceso. IMQ tomará a su cargo los gastos correspondientes a estas prestaciones **hasta un límite máximo por siniestro de seis mil euros (6.000 E) contra la presentación de la documentación correspondiente que, en cada caso, sea requerida por el Asegurador.**
- i) Gastos de hospedaje para el Asegurado o su/s acompañante/s, hasta 200 euros por noche/persona durante la hospitalización del Asegurado. IMQ tomará a su cargo los gastos correspondientes a estas prestaciones **hasta un límite máximo por siniestro de seis mil euros (6.000 E) contra la presentación de la documentación correspondiente que, en cada caso, sea requerida por el Asegurador.**

Si en el transcurso de un procedimiento quirúrgico, fuera necesario ampliar el objeto de la intervención, practicándose a través de la misma incisión, o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operatorio, se *indemnizarán únicamente los gastos ocasionados correspondientes al procedimiento mayor de acuerdo con el alcance de coberturas de la Póliza.*

Artículo 6

Cuantía de las indemnizaciones

La cobertura se presenta en las siguientes modalidades de indemnización:

	SUMA ASEGURADA	
Límite individual	300.506 €	601.012 €
Límite conjunto Unidad Familiar	300.506 €	601.012 €

La suma asegurada, en el caso de la contratación del **límite individual**, será la *indemnización máxima garantizada por el Asegurador para cada Asegurado y para cada enfermedad cubierta que sea diagnosticada por primera vez durante el período de vigencia de la Póliza y cuyos primeros síntomas se manifiesten en dicho período.*

La suma asegurada, en el caso de la contratación del **límite conjunto para la Unidad Familiar**, será la *indemnización máxima garantizada por el Asegurador para todos los Asegurados que sean miembros de la misma Unidad Familiar, y para todas las Enfermedades Cubiertas que sean diagnosticadas por primera vez durante el período de vigencia de la Póliza y cuyos primeros síntomas se manifiesten en dicho período.*

Se establece un **periodo de indemnización máximo de treinta y seis (36) meses**, *calculado a partir de la fecha en que sea diagnosticada por primera vez, para cada patología cubierta, y durante el cual quedarán cubiertos los gastos derivados de los servicios médicos prestados al Asegurado que estén relacionados directamente con el tratamiento de dicha patología, con sujeción, en cualquier caso, al límite máximo establecido como suma asegurada bajo esta póliza, tal y como figura en las Condiciones Particulares de la misma.*

Asimismo, quedarán cubiertos los gastos derivados de aquellos servicios médicos prestados al Asegurado fuera del periodo de indemnización establecido bajo la Póliza, *siempre que estén relacionados directamente con el tratamiento de una enfermedad cubierta, y cuando estos gastos hayan sido previamente comunicados y expresamente aceptados por el Asegurador dentro del periodo máximo de indemnización de treinta y seis (36) meses establecido en esta Póliza.*

Artículo 7

Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la cobertura del Seguro:

- 1) Los gastos incurridos por o derivados de cualquier diagnóstico, tratamiento, servicio, suministro o prescripción médica, de cualquier forma relacionados con o como resultado de:

- Toda enfermedad objeto de cobertura que haya sido diagnosticada o por la que el Asegurado haya recibido tratamiento antes de la fecha de efecto de la Póliza.
- Toda enfermedad objeto de cobertura que haya sido diagnosticada durante el Período de Carencia de tres (3) meses indicado en el Artículo 8 de estas Condiciones Generales.
- Toda enfermedad o padecimiento que no esté específicamente contemplado en el Objeto de Seguro de esta Póliza, según se describe en el Artículo 4 de estas Condiciones Generales.
- Toda enfermedad objeto de cobertura causada intencionada o dolosamente por el Asegurado o derivada de actos de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado.
- Todo tumor histológicamente descrito como pre-maligno o que solo muestre los primeros cambios malignos, los cánceres no invasivos o "in situ", los tumores en presencia de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana, los cánceres de piel a excepción del melanoma maligno y del cáncer papilar de la vejiga.
- Los ataques isquémicos pasajeros y los ataques de isquemia vertebrobasilar.

2) Cualquier gasto incurrido en España.

3) Cualquier gasto incurrido fuera del cuadro de los servicios médicos internacionales recomendados por el Asegurador, excepto si se trata de una urgencia médica tal y como está previsto en el apartado D del Artículo 9 de estas Condiciones Generales.

4) Todo tipo de productos farmacéuticos y medicinas que no hayan sido dispensadas por un farmacéutico licenciado, o para cuya obtención no se requiere receta o prescripción de un médico.

5) Servicios de custodia, cuidado de la salud en el hogar o servicios proporcionados en un centro o institución de convalecencia, asilo u hogar de ancianos, aún cuando tales servicios sean requeridos o necesitados como consecuencia de una de las enfermedades objeto de cobertura.

6) Gastos incurridos relacionados con:

- a) La utilización de medios alternativos aún cuando hayan sido prescritos de forma específica por un médico.
- b) Gastos de hospedaje que superen el límite de capital establecido por siniestro, y que no sea el propio hospital donde se va a prestar el servicio o atención médica así como fianzas y depósitos económicos.
- c) Gastos de intérprete, gastos de teléfono y otros relacionados con el servicio de coordinación del viaje prestados al Asegurado y acompañante, así como gastos de artículos de uso personal o los que no sean de índole médica, o por cualquier otro servicio proporcionado

a familiares, acompañantes o asistentes.

- d) Gastos en compra o alquiler de sillas de ruedas, camas especiales, aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire, y cualesquiera otros artículos o equipos similares.
 - e) Gastos de viaje, transporte o desplazamientos de cualquier tipo incurridos por el Asegurado o sus acompañantes que superen el límite establecido por siniestro.
 - f) Gastos realizados por los acompañantes del Asegurado durante el período de tiempo que dure el tratamiento médico del Asegurado cubierto por esta Póliza, salvo los expresamente cubiertos.
- 7) Los derivados de la asistencia sanitaria de accidentes laborales y enfermedades profesionales.
- 8) Los gastos médicos derivados 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 y meteorológicos de carácter extraordinario y los causados por epidemias declaradas oficialmente.
- 9) Los gastos médicos derivados de afecciones, lesiones o dolencias patológicas producidas o contraídas y manifestadas antes de la entrada en vigor de la Póliza, aún cuando no se hubieran diagnosticado de forma concreta; las secuelas producidas por ellas, así como defectos o deformaciones físicas preexistentes y anomalías o defectos congénitos que siendo conocidas por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud; salvo que dichas circunstancias hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en la Declaración de Salud y hayan sido expresamente pactadas por el Asegurador en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.
- 10) Los gastos médicos derivados del alcoholismo y drogadicción e intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y al uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, así como los derivados de embriaguez, riñas (salvo la legítima defensa) o intentos de suicidio y autolesiones, y los accidentes sufridos por dolo del Asegurado.
- 11) Los servicios de profesionales o de establecimientos sanitarios 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.
- 12) Los gastos médicos correspondientes a la asistencia sanitaria derivada de

la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competencias deportivas en general y, particularmente, en las actividades siguientes: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, rugby, hípica, toreo y encierro de reses bravas.

- 13) 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 las Condiciones Generales y se hayan hecho las adaptaciones correspondientes en las primas.

Artículo 8

Periodos de Carencia

El derecho a indemnización únicamente será efectivo cuando alguna de las enfermedades objeto de cobertura por la presente Póliza sea diagnosticada tras un periodo de tres (3) meses, después de la fecha de efecto del contrato.

Sin embargo, *excepcionalmente*, no será de aplicación el Periodo de Carencia si el Asegurado tiene contratada, a la fecha de efecto de esta Póliza y durante la vigencia de la misma, una póliza de Asistencia Sanitaria con el mismo Asegurador de esta Póliza que haya superado sus periodos de carencia.

Artículo 9

Procedimiento en caso de siniestro

En caso de enfermedad objeto de cobertura, deberán cumplirse las siguientes normas:

- a) El Asegurado, o cualquier persona que actúe en su nombre, deberá ponerse en contacto, tan pronto como sea posible, con el **Centro de Coordinación y Atención Médica del Asegurador** para *notificar* el caso, presentando un *certificado o dictamen médico* en el que se determine con exactitud el diagnóstico de la enfermedad, fecha de origen, historial médico del Asegurado y los informes y pruebas que se estimen necesarias para la verificación del diagnóstico.
- b) El Asegurador, con la intención de resolver la situación planteada al Asegurado de la mejor manera posible y para poderle ofrecer un servicio de calidad que le permita tener una mayor certeza del alcance de su dolencia, pone a disposición del Asegurado una solicitud de **Segunda Opinión Médica** con el respaldo de los principales especialistas médicos reconocidos en todo el mundo para contrastar el diagnóstico y procedimiento o tratamiento médico a recibir.
- c) Una vez realizada la segunda opinión médica y en coordinación con el Asegurado y su médico se decidirá sobre el mejor tratamiento a seguir. *En caso*

*de optar el Asegurado por recibir tratamiento en el extranjero será necesario solicitar una **Certificación Previa**, según se estipula en el siguiente apartado.*

- d) Será condición previa al derecho a indemnización bajo esta Póliza que el Asegurado, o cualquier persona que actúe en su nombre, solicite, a través del Centro de Coordinación y Atención Médica, un **Certificado de Cobertura** del Asegurador con **anterioridad a recibir cualquier tratamiento**, servicio, suministro o prescripción médica en relación a una enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

El Asegurador emitirá dicho Certificado previo en el que se incluirá la relación de centros médicos internacionales autorizados por el Asegurador para el tratamiento, servicio, suministro o prescripción médica del caso, que serán seleccionados para el tratamiento más adecuado del Asegurado. **En el caso de que un Asegurado no cumpla con el requisito de Certificación Previa o no utilice los servicios médicos internacionales recomendados por el Asegurador, perderá el derecho a indemnización bajo esta Póliza.**

- e) En el caso de que el Asegurado demande un servicio cubierto por esta Póliza provocado por una situación de urgencia médica, éste, o cualquier persona que actúe en su nombre, deberá ponerse en contacto con el Centro de Coordinación y Atención Médica *dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la prestación del servicio.*

- f) *Una vez establecida la existencia del siniestro y cumplido satisfactoriamente el trámite de Certificación Previa, el Asegurador se hará cargo bajo esta Póliza de los gastos médicos incurridos por el Asegurado, con sujeción a todas las demás condiciones, limitaciones y exclusiones contenidas en la misma.*

- g) El Asegurador pone, adicionalmente, a disposición del Asegurado los siguientes **servicios gratuitos**:

Obtención de **citas médicas** con los médicos y hospitales elegidos por el Asegurado, de entre los servicios médicos internacionales recomendados por el Asegurador.

Asesoramiento y ayuda con los **trámites de ingreso** y admisión en el hospital elegido por el Asegurado.

Gestión de reserva de pasajes aéreos y de hospedaje del Asegurado, de sus familiares o acompañantes siempre y cuando realicen el viaje con el fin de recibir éste los tratamientos médicos u hospitalarios relacionados con una enfermedad cubierta bajo la Póliza.

Coordinación de la **recepción** del Asegurado y familiares acompañantes en el aeropuerto de llegada y de su traslado posterior al lugar de hospedaje, siempre y cuando el viaje se realice con el fin de recibir tratamientos médicos u hospitalarios relacionados con una enfermedad cubierta bajo la Póliza.

A partir del ingreso del Asegurado en el Hospital elegido, se facilitará el acceso a **servicios de intérpretes** cualificados cuando sean necesarios para agilizar la

realización de las atenciones médicas.

- h) El Asegurado deberá seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado del tratamiento y deberá dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias de la enfermedad.
- i) El Asegurado, sus familiares o causahabientes deberán permitir la visita de médicos del Asegurador, así como cualquier averiguación que éste considere necesaria, relevando a tal fin del secreto profesional a los médicos que hayan visitado y atendido al Asegurado.
- j) Para obtener el reembolso de gastos de viaje, transporte o desplazamiento de cualquier tipo, o bien el reembolso de los gastos de hospedaje, 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 causados y de los recibos o documentos que acrediten haber satisfecho su importe a los establecimientos que correspondan.

Las facturas incluirán:

- Nombre y apellidos o denominación social de la persona física o jurídica que las emita, su domicilio, teléfono, y N.I.F. o C.I.F.
- Desglose adecuado de los diversos conceptos y su/s fecha/s.

Será imprescindible para el reembolso de los gastos 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 según lo establecido en la normativa legal vigente en materia de protección de datos personales.

El Asegurador hará efectivo al Asegurado el importe que corresponda dentro de los cuarenta (40) días a partir de la recepción de la declaración de siniestro.

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.

El incumplimiento de estos deberes será considerado como renuncia expresa al derecho a indemnización bajo esta Póliza, salvo que haya sido imposible cumplirlas por causas ajenas a la voluntad del Asegurado o sus familiares.

Artículo 10

Pago de la Prima

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

a) Carácter anual e indivisible de la Prima

La Prima es única, anual y pagadera por adelantado, devengándose íntegramente al comienzo del primer período actuarial; o, si las hubiera, al inicio de cada una de las prórrogas.

No obstante, podrá pactarse, en las Condiciones Particulares y en beneficio del Tomador, su pago fraccionado, sin perjuicio del derecho al cobro íntegro de la misma que asiste al Asegurador. Este fraccionamiento constituye una facilidad de pago, pero de ningún modo perjudica la unidad e indivisibilidad de la Prima anual.

b) Primera Prima

La Primera Prima o fracción de ella, se devengará en el momento de la firma del Contrato y, desde ese momento, será íntegramente exigible conforme al Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la Prima en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la Prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

c) Segunda y Sucesivas Primas

En caso de falta de pago de la Segunda o Sucesivas Primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un (1) mes después del día del vencimiento del primer recibo impagado (o del recibo único, en el caso de que no se hubiera pactado un fraccionamiento de pago) y si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis (6) meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido. En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

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

d) Libranza de recibos y domiciliación

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

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

aplicación.

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

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

1. El Tomador entregará al Asegurador carta o documento dirigido al Banco o Caja de Ahorros dando la oportuna orden de domiciliación.
2. Cada recibo se entenderá satisfecho a su vencimiento, salvo que intentado el cobro no existiesen fondos suficientes en la cuenta facilitada por el Tomador. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición y éste vendrá obligado a satisfacerlo en el domicilio del Asegurador en el plazo de diez (10) días.

Transcurrido dicho plazo, se producirán los efectos previstos para el supuesto de impago de los recibos de Prima.

3. Durante la vigencia de la Póliza, el Tomador puede cambiar la cuenta o la entidad financiera en que domicilia sus recibos sin más que comunicar previamente el cambio en la forma prevista en el apartado 1.
- e) En caso de extinción anticipada del Contrato imputable al Tomador con anterioridad a la finalización del periodo de duración del mismo, la parte de prima anual no consumida corresponderá y se deberá al Asegurador.

Artículo 11

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 el importe correspondiente al límite máximo de cobertura.

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 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, 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 12

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

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

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

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

Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las Primas relativas al período en curso en el momento en que haga esta declaración.

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

- b) Comunicar al Asegurador, durante la vigencia del Contrato y tan pronto como les sea posible, la alteración de los factores y circunstancias declaradas en el Cuestionario de Salud del Asegurado presentado previamente, que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del Contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. El Tomador o el Asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Tomador o Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El Asegurador puede, en el plazo de dos (2) meses a contar desde el día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del Contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince (15) días, a contar desde la recepción

de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el Contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince (15) días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro del plazo de un (1) mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, el Asegurador queda liberado de su 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 del domicilio, dirección de correo electrónico o número de teléfono facilitados a efectos de comunicaciones.
- 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 resultados 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 producirá n 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 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 improcedencia haya quedado manifestada "a posteriori" por la información médica facilitada por el Asegurado.

h) 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.

- i) 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.

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 13
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.
- b) El Asegurador deberá comunicar al Tomador, al menos con dos (2) meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del Contrato de Seguro.

Artículo 14
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 15

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.

Si no se hubiera practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable transcurrido un (1) año de la entrada en vigor del Contrato, salvo que el Tomador o el Asegurado hayan actuado con dolo.

Artículo 16

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 pueden no proporcionar un nivel de protección equivalente. En estos casos, los proveedores están amparados por las garantías recogidas en 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, portabilidad 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 un 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).

Para información más detallada sobre nuestra política de protección de datos de carácter personal, consulte nuestra web: www.imq.es apartado "Protección de Datos".

Artículo 17

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 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 18

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 19

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 20

Comunicaciones

Las comunicaciones del Tomador o Asegurado al Asegurador se dirigirán al domicilio social indicado en la Póliza.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador o Asegurado se podrán realizar válidamente a la dirección física, electrónica o al número de teléfono facilitados por éstos al contratar la Póliza o en un momento posterior. Las comunicaciones

relativas al contrato de seguro estarán disponibles en la oficina online y en la App del Asegurador, donde podrán ser consultadas y descargadas.

El Asegurador remitirá al Asegurado las comunicaciones en papel cuando éste lo solicite.

Artículo 21

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

Getxo
Gobela, 1

GIPUZKOA
Donostia
Plaza Euskadi, 1

IMQ Centros Internacionales

Seguro de Asistencia Sanitaria en Centros Internacionales

Condiciones Generales

MODELO 2026



IMQ Centros Internacionales

Seguro de Asistencia Sanitaria en Centros Internacionales

Condiciones Generales

MODELO 2026

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

Índice

Seguro de Asistencia Sanitaria en Centros Internacionales

Artículo 1	Cláusula Preliminar	5
Artículo 2	Definiciones	5
Artículo 3	Bases del Contrato	9
Artículo 4	Objeto del Seguro	9
Artículo 5	Prestaciones garantizadas	10
Artículo 6	Cuantía de las indemnizaciones	12
Artículo 7	Riesgos Excluidos	12
Artículo 8	Periodos de Carencia	15
Artículo 9	Procedimiento en caso de siniestro	15
Artículo 10	Pago de la Prima	18
Artículo 11	Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza	19
Artículo 12	Obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado	20
Artículo 13	Otras obligaciones del Asegurador	23
Artículo 14	Duración del Seguro	23
Artículo 15	Indisputabilidad de la Póliza	24
Artículo 16	Protección de Datos	24
Artículo 17	Control e Instancias de Reclamación. Departamento de Atención al Cliente	28
Artículo 18	Jurisdicción	30
Artículo 19	Prescripción	30
Artículo 20	Comunicaciones	30
Artículo 21	Contratación a distancia	31

Seguro de Asistencia Sanitaria en Centros Internacionales

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, y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y por lo que se conviene en las presentes Condiciones Generales, Particulares y Especiales que se le unan, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Tomador del Seguro y del Asegurado que no sean especialmente aceptadas por escrito por los mismos. No requerirán la mencionada aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentos imperativos.
3. En aplicación de lo establecido en el Artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, se destaca en letra negrita las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados contenidas en las presentes Condiciones Generales. Asimismo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 8.3 Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, se describen, de forma clara y comprensible, las garantías y coberturas otorgadas en el contrato, así como respecto a cada una de ellas, las exclusiones y limitaciones que les afecten destacadas tipográficamente.

Artículo 2

Definiciones

A los efectos del presente Contrato se entenderá por:

Accidente

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, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, en lo

sucesivo, el Asegurador.

Condiciones Particulares

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

Cuestionario de Salud

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

Devengo de la Prima

Es el momento en el que el Tomador se convierte en deudor del Asegurador por la integridad de la suma dineraria que constituye la Prima. La Primera Prima se devenga al tiempo de contratación del Seguro. La Segunda y Sucesivas Primas se devengan al comienzo de cada período anual por el que el Contrato de Seguro se prorrogue, tácita o expresamente.

Enfermedad

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

Enfermedad, lesión, defecto o malformación congénita

Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del Asegurado.

Enfermedad preexistente

Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del Seguro o del alta en la Póliza.

Fraccionamiento del pago de la Prima

Es la facilidad de pago que en las Condiciones Particulares puede establecerse entre el Asegurador y el Tomador, en beneficio de éste, y que consiste en la posibilidad de posponer el pago de toda o parte de la Prima a un momento posterior al de su devengo. La posibilidad de fraccionar el pago de la Prima en ningún caso supone que ésta sea divisible.

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.

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.

Medicamento Necesario

Un tratamiento se considera como medicamento necesario cuando concurren las siguientes condiciones:

- Es apropiado e imprescindible para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado.
- No excede en alcance, duración o intensidad del nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- Se realiza por prescripción médica.
- Se realiza de conformidad con las normas profesionales generalmente aceptadas en la práctica de la medicina en España o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
- En el caso de un paciente ingresado en un hospital, no puede ser proporcionado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente.

El hecho de que un tratamiento haya sido indicado, recomendado, aprobado o suministrado por un Médico no es necesariamente suficiente para que tenga la consideración de ser médicamente necesario, hasta que tal carácter sea determinado por el Asegurador, en función de la definición anterior.

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 hayan 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.

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

La Prima puede ser actualizada anualmente de acuerdo con lo establecido en el Artículo 11 de las Condiciones Generales, "Actualización Anual de las Condiciones Económicas de la Póliza".

Siniestro

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

Suma Asegurada

La cantidad que constituye el límite máximo de indemnización, según la cobertura garantizada, que el Asegurador debe pagar en caso de siniestro.

Tomador del Seguro

La persona física o jurídica que, juntamente con Igualatorio Médico Quirúrgico, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, suscribe el presente Contrato y asume las obligaciones que en él se establecen, excepto las que, por su naturaleza, deben ser cumplidas por el propio Asegurado.

Unidad Familiar

Las personas que forman parte de la Unidad Familiar a efectos de la presente Póliza se considera que son el Asegurado, su cónyuge, los hijos de ambos, y los familiares de hasta tercer grado de parentesco.

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.

Las garantías cesarán con respecto al Asegurado al término de la anualidad en la que el mismo cumpla la edad de sesenta y siete (67) años salvo que se disponga lo contrario en las Condiciones Particulares o Especiales.

El Asegurador deberá entregar al Tomador la Póliza, que estará integrada por las Condiciones Generales, las Particulares y las Especiales si las hubiere.

Artículo 4

Objeto del Seguro

Con sujeción a las disposiciones y limitaciones que más adelante se establecen, esta Póliza cubre, hasta el límite de la suma asegurada contratada, los gastos médicos incurridos por el Asegurado durante el período de

indemnización establecido en el Artículo 6 de las presentes Condiciones Generales, por diagnósticos, tratamientos, servicios, suministros o prescripciones médicas prestados dentro del ámbito territorial establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, que tengan la consideración de ser Médicamente Necesarios, y siempre que sean ocasionados como resultado de o en relación con las enfermedades objeto de cobertura tal y como se definen a continuación, y que sean diagnosticadas por primera vez durante el período de vigencia de la Póliza y cuyos primeros síntomas se manifiesten en dicho período.

A efectos de esta Póliza será enfermedad objeto de cobertura, toda alteración del estado de salud de causa común o accidental, confirmada por un médico legalmente reconocido y que coincida con alguna de las definidas a continuación, en los términos siguientes:

- **Cáncer:** La manifestación de un tumor maligno caracterizado por no estar encapsulado y por el crecimiento y dispersión incontrolado de células malignas y la invasión de tejidos. El término "cáncer" incluye la leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica) y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico debe ir apoyado con evidencia histológica de malignidad.
- **Accidente cerebro-vascular:** La lesión o accidente cerebro-vascular debido a trombosis cerebral, embolia o hemorragia, que produzca secuelas neurológicas durante más de veinticuatro (24) horas y que suponga una lesión neurológica permanente.

Artículo 5

Prestaciones garantizadas

Los gastos médicos que son objeto de seguro bajo esta Póliza, corresponden a los cargos efectuados:

- a) Por un **hospital**, en concepto de:
 - Habitación y comidas, y servicio general de enfermería durante la permanencia en una habitación, sala o pabellón, o unidad de vigilancia o cuidado intensivo.
 - Otros servicios hospitalarios incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta externa de un hospital y los gastos correspondientes al coste de una cama supletoria o de acompañante, *siempre que el servicio estuviera disponible.*
- b) Por un **centro de cirugía ambulatoria** o independiente, pero solamente si el tratamiento, cirugía o prescripción hubiese estado cubierta bajo esta Póliza de haber sido proporcionado en un hospital.
- c) Por un **médico**, en concepto de consulta, tratamiento, cuidados médicos, o cirugía.

- d) Por **visitas médicas** efectuadas al Asegurado mientras se encuentre ingresado en un hospital.
- e) Por los siguientes **servicios**, tratamientos o prescripciones médicas y quirúrgicas:
- Anestesia y su administración, siempre que haya sido proporcionada por un anestesiólogo profesional.
 - Análisis de laboratorio y patología, radiografías con fines diagnósticos, radioterapia, isótopos radioactivos, quimioterapia, electrocardiogramas, ecocardiografías, mielogramas, electroencefalogramas, angiografías, tomografías computarizadas, y otras pruebas y tratamientos similares, requeridos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad objeto de cobertura, siempre que hayan sido suministrados por un médico, o bajo la supervisión de un médico.
 - Transfusiones de sangre, aplicación de plasma y sueros.
 - Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones.
- f) Por **productos farmacéuticos** o medicinas aplicados por prescripción médica mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado. Quedan garantizados aquellos que sean prescritos en procesos postoperatorios aún cuando el Asegurado se encuentre fuera del hospital.
- g) Por los servicios de traslados y transportes en **ambulancias** terrestres y aéreas cuando su utilización sea indicada y prescrita por un médico.
- h) Gastos de viaje, transporte o desplazamientos de cualquier tipo incurridos por el Asegurado o su/s acompañante/s, que viaje/n en avión (billete de ida y vuelta en clase económica), tren (billete de ida y vuelta), o cualquier otro medio de transporte durante la hospitalización o el proceso. IMQ tomará a su cargo los gastos correspondientes a estas prestaciones **hasta un límite máximo por siniestro de seis mil euros (6.000 E) contra la presentación de la documentación correspondiente que, en cada caso, sea requerida por el Asegurador.**
- i) Gastos de hospedaje para el Asegurado o su/s acompañante/s, hasta 200 euros por noche/persona durante la hospitalización del Asegurado. IMQ tomará a su cargo los gastos correspondientes a estas prestaciones **hasta un límite máximo por siniestro de seis mil euros (6.000 E) contra la presentación de la documentación correspondiente que, en cada caso, sea requerida por el Asegurador.**

Si en el transcurso de un procedimiento quirúrgico, fuera necesario ampliar el objeto de la intervención, practicándose a través de la misma incisión, o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operatorio, se *indemnizarán únicamente los gastos ocasionados correspondientes al procedimiento mayor de acuerdo con el alcance de coberturas de la Póliza.*

Artículo 6

Cuantía de las indemnizaciones

La cobertura se presenta en las siguientes modalidades de indemnización:

	SUMA ASEGURADA	
Límite individual	300.506 €	601.012 €
Límite conjunto Unidad Familiar	300.506 €	601.012 €

La suma asegurada, en el caso de la contratación del **límite individual**, será la *indemnización máxima garantizada por el Asegurador para cada Asegurado y para cada enfermedad cubierta que sea diagnosticada por primera vez durante el período de vigencia de la Póliza y cuyos primeros síntomas se manifiesten en dicho período.*

La suma asegurada, en el caso de la contratación del **límite conjunto para la Unidad Familiar**, será la *indemnización máxima garantizada por el Asegurador para todos los Asegurados que sean miembros de la misma Unidad Familiar, y para todas las Enfermedades Cubiertas que sean diagnosticadas por primera vez durante el período de vigencia de la Póliza y cuyos primeros síntomas se manifiesten en dicho período.*

Se establece un **periodo de indemnización máximo de treinta y seis (36) meses**, *calculado a partir de la fecha en que sea diagnosticada por primera vez, para cada patología cubierta, y durante el cual quedarán cubiertos los gastos derivados de los servicios médicos prestados al Asegurado que estén relacionados directamente con el tratamiento de dicha patología, con sujeción, en cualquier caso, al límite máximo establecido como suma asegurada bajo esta póliza, tal y como figura en las Condiciones Particulares de la misma.*

Asimismo, quedarán cubiertos los gastos derivados de aquellos servicios médicos prestados al Asegurado fuera del periodo de indemnización establecido bajo la Póliza, *siempre que estén relacionados directamente con el tratamiento de una enfermedad cubierta, y cuando estos gastos hayan sido previamente comunicados y expresamente aceptados por el Asegurador dentro del periodo máximo de indemnización de treinta y seis (36) meses establecido en esta Póliza.*

Artículo 7

Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la cobertura del Seguro:

- 1) Los gastos incurridos por o derivados de cualquier diagnóstico, tratamiento, servicio, suministro o prescripción médica, de cualquier forma relacionados con o como resultado de:

- Toda enfermedad objeto de cobertura que haya sido diagnosticada o por la que el Asegurado haya recibido tratamiento antes de la fecha de efecto de la Póliza.
- Toda enfermedad objeto de cobertura que haya sido diagnosticada durante el Período de Carencia de tres (3) meses indicado en el Artículo 8 de estas Condiciones Generales.
- Toda enfermedad o padecimiento que no esté específicamente contemplado en el Objeto de Seguro de esta Póliza, según se describe en el Artículo 4 de estas Condiciones Generales.
- Toda enfermedad objeto de cobertura causada intencionada o dolosamente por el Asegurado o derivada de actos de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado.
- Todo tumor histológicamente descrito como pre-maligno o que solo muestre los primeros cambios malignos, los cánceres no invasivos o "in situ", los tumores en presencia de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana, los cánceres de piel a excepción del melanoma maligno y del cáncer papilar de la vejiga.
- Los ataques isquémicos pasajeros y los ataques de isquemia vertebrobasilar.

2) Cualquier gasto incurrido en España.

3) Cualquier gasto incurrido fuera del cuadro de los servicios médicos internacionales recomendados por el Asegurador, excepto si se trata de una urgencia médica tal y como está previsto en el apartado D del Artículo 9 de estas Condiciones Generales.

4) Todo tipo de productos farmacéuticos y medicinas que no hayan sido dispensadas por un farmacéutico licenciado, o para cuya obtención no se requiere receta o prescripción de un médico.

5) Servicios de custodia, cuidado de la salud en el hogar o servicios proporcionados en un centro o institución de convalecencia, asilo u hogar de ancianos, aún cuando tales servicios sean requeridos o necesitados como consecuencia de una de las enfermedades objeto de cobertura.

6) Gastos incurridos relacionados con:

- a) La utilización de medios alternativos aún cuando hayan sido prescritos de forma específica por un médico.
- b) Gastos de hospedaje que superen el límite de capital establecido por siniestro, y que no sea el propio hospital donde se va a prestar el servicio o atención médica así como fianzas y depósitos económicos.
- c) Gastos de intérprete, gastos de teléfono y otros relacionados con el servicio de coordinación del viaje prestados al Asegurado y acompañante, así como gastos de artículos de uso personal o los que no sean de índole médica, o por cualquier otro servicio proporcionado

a familiares, acompañantes o asistentes.

- d) Gastos en compra o alquiler de sillas de ruedas, camas especiales, aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire, y cualesquiera otros artículos o equipos similares.
 - e) Gastos de viaje, transporte o desplazamientos de cualquier tipo incurridos por el Asegurado o sus acompañantes que superen el límite establecido por siniestro.
 - f) Gastos realizados por los acompañantes del Asegurado durante el período de tiempo que dure el tratamiento médico del Asegurado cubierto por esta Póliza, salvo los expresamente cubiertos.
- 7) Los derivados de la asistencia sanitaria de accidentes laborales y enfermedades profesionales.
- 8) Los gastos médicos derivados 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 y meteorológicos de carácter extraordinario y los causados por epidemias declaradas oficialmente.
- 9) Los gastos médicos derivados de afecciones, lesiones o dolencias patológicas producidas o contraídas y manifestadas antes de la entrada en vigor de la Póliza, aún cuando no se hubieran diagnosticado de forma concreta; las secuelas producidas por ellas, así como defectos o deformaciones físicas preexistentes y anomalías o defectos congénitos que siendo conocidas por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud; salvo que dichas circunstancias hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en la Declaración de Salud y hayan sido expresamente pactadas por el Asegurador en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.
- 10) Los gastos médicos derivados del alcoholismo y drogadicción e intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y al uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, así como los derivados de embriaguez, riñas (salvo la legítima defensa) o intentos de suicidio y autolesiones, y los accidentes sufridos por dolo del Asegurado.
- 11) Los servicios de profesionales o de establecimientos sanitarios 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.
- 12) Los gastos médicos correspondientes a la asistencia sanitaria derivada de

la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competencias deportivas en general y, particularmente, en las actividades siguientes: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, rugby, hípica, toreo y encierro de reses bravas.

- 13) 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 las Condiciones Generales y se hayan hecho las adaptaciones correspondientes en las primas.

Artículo 8

Periodos de Carencia

El derecho a indemnización únicamente será efectivo cuando alguna de las enfermedades objeto de cobertura por la presente Póliza sea diagnosticada tras un periodo de tres (3) meses, después de la fecha de efecto del contrato.

Sin embargo, *excepcionalmente*, no será de aplicación el Periodo de Carencia si el Asegurado tiene contratada, a la fecha de efecto de esta Póliza y durante la vigencia de la misma, una póliza de Asistencia Sanitaria con el mismo Asegurador de esta Póliza que haya superado sus periodos de carencia.

Artículo 9

Procedimiento en caso de siniestro

En caso de enfermedad objeto de cobertura, deberán cumplirse las siguientes normas:

- a) El Asegurado, o cualquier persona que actúe en su nombre, deberá ponerse en contacto, tan pronto como sea posible, con el **Centro de Coordinación y Atención Médica del Asegurador** para *notificar* el caso, presentando un *certificado o dictamen médico* en el que se determine con exactitud el diagnóstico de la enfermedad, fecha de origen, historial médico del Asegurado y los informes y pruebas que se estimen necesarias para la verificación del diagnóstico.
- b) El Asegurador, con la intención de resolver la situación planteada al Asegurado de la mejor manera posible y para poderle ofrecer un servicio de calidad que le permita tener una mayor certeza del alcance de su dolencia, pone a disposición del Asegurado una solicitud de **Segunda Opinión Médica** con el respaldo de los principales especialistas médicos reconocidos en todo el mundo para contrastar el diagnóstico y procedimiento o tratamiento médico a recibir.
- c) Una vez realizada la segunda opinión médica y en coordinación con el Asegurado y su médico se decidirá sobre el mejor tratamiento a seguir. *En caso*

*de optar el Asegurado por recibir tratamiento en el extranjero será necesario solicitar una **Certificación Previa**, según se estipula en el siguiente apartado.*

- d) Será condición previa al derecho a indemnización bajo esta Póliza que el Asegurado, o cualquier persona que actúe en su nombre, solicite, a través del Centro de Coordinación y Atención Médica, un **Certificado de Cobertura** del Asegurador con **anterioridad a recibir cualquier tratamiento**, servicio, suministro o prescripción médica en relación a una enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

El Asegurador emitirá dicho Certificado previo en el que se incluirá la relación de centros médicos internacionales autorizados por el Asegurador para el tratamiento, servicio, suministro o prescripción médica del caso, que serán seleccionados para el tratamiento más adecuado del Asegurado. **En el caso de que un Asegurado no cumpla con el requisito de Certificación Previa o no utilice los servicios médicos internacionales recomendados por el Asegurador, perderá el derecho a indemnización bajo esta Póliza.**

- e) En el caso de que el Asegurado demande un servicio cubierto por esta Póliza provocado por una situación de urgencia médica, éste, o cualquier persona que actúe en su nombre, deberá ponerse en contacto con el Centro de Coordinación y Atención Médica *dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la prestación del servicio.*

- f) *Una vez establecida la existencia del siniestro y cumplido satisfactoriamente el trámite de Certificación Previa, el Asegurador se hará cargo bajo esta Póliza de los gastos médicos incurridos por el Asegurado, con sujeción a todas las demás condiciones, limitaciones y exclusiones contenidas en la misma.*

- g) El Asegurador pone, adicionalmente, a disposición del Asegurado los siguientes **servicios gratuitos**:

Obtención de **citas médicas** con los médicos y hospitales elegidos por el Asegurado, de entre los servicios médicos internacionales recomendados por el Asegurador.

Asesoramiento y ayuda con los **trámites de ingreso** y admisión en el hospital elegido por el Asegurado.

Gestión de reserva de pasajes aéreos y de hospedaje del Asegurado, de sus familiares o acompañantes siempre y cuando realicen el viaje con el fin de recibir éste los tratamientos médicos u hospitalarios relacionados con una enfermedad cubierta bajo la Póliza.

Coordinación de la **recepción** del Asegurado y familiares acompañantes en el aeropuerto de llegada y de su traslado posterior al lugar de hospedaje, siempre y cuando el viaje se realice con el fin de recibir tratamientos médicos u hospitalarios relacionados con una enfermedad cubierta bajo la Póliza.

A partir del ingreso del Asegurado en el Hospital elegido, se facilitará el acceso a **servicios de intérpretes** cualificados cuando sean necesarios para agilizar la

realización de las atenciones médicas.

- h) El Asegurado deberá seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado del tratamiento y deberá dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias de la enfermedad.
- i) El Asegurado, sus familiares o causahabientes deberán permitir la visita de médicos del Asegurador, así como cualquier averiguación que éste considere necesaria, relevando a tal fin del secreto profesional a los médicos que hayan visitado y atendido al Asegurado.
- j) Para obtener el reembolso de gastos de viaje, transporte o desplazamiento de cualquier tipo, o bien el reembolso de los gastos de hospedaje, 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 causados y de los recibos o documentos que acrediten haber satisfecho su importe a los establecimientos que correspondan.

Las facturas incluirán:

- Nombre y apellidos o denominación social de la persona física o jurídica que las emita, su domicilio, teléfono, y N.I.F. o C.I.F.
- Desglose adecuado de los diversos conceptos y su/s fecha/s.

Será imprescindible para el reembolso de los gastos 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 según lo establecido en la normativa legal vigente en materia de protección de datos personales.

El Asegurador hará efectivo al Asegurado el importe que corresponda dentro de los cuarenta (40) días a partir de la recepción de la declaración de siniestro.

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.

El incumplimiento de estos deberes será considerado como renuncia expresa al derecho a indemnización bajo esta Póliza, salvo que haya sido imposible cumplirlas por causas ajenas a la voluntad del Asegurado o sus familiares.

Artículo 10

Pago de la Prima

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

a) Carácter anual e indivisible de la Prima

La Prima es única, anual y pagadera por adelantado, devengándose íntegramente al comienzo del primer período actuarial; o, si las hubiera, al inicio de cada una de las prórrogas.

No obstante, podrá pactarse, en las Condiciones Particulares y en beneficio del Tomador, su pago fraccionado, sin perjuicio del derecho al cobro íntegro de la misma que asiste al Asegurador. Este fraccionamiento constituye una facilidad de pago, pero de ningún modo perjudica la unidad e indivisibilidad de la Prima anual.

b) Primera Prima

La Primera Prima o fracción de ella, se devengará en el momento de la firma del Contrato y, desde ese momento, será íntegramente exigible conforme al Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la Prima en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la Prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

c) Segunda y Sucesivas Primas

En caso de falta de pago de la Segunda o Sucesivas Primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un (1) mes después del día del vencimiento del primer recibo impagado (o del recibo único, en el caso de que no se hubiera pactado un fraccionamiento de pago) y si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis (6) meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido. En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

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

d) Libranza de recibos y domiciliación

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

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

aplicación.

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

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

1. El Tomador entregará al Asegurador carta o documento dirigido al Banco o Caja de Ahorros dando la oportuna orden de domiciliación.
2. Cada recibo se entenderá satisfecho a su vencimiento, salvo que intentado el cobro no existiesen fondos suficientes en la cuenta facilitada por el Tomador. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición y éste vendrá obligado a satisfacerlo en el domicilio del Asegurador en el plazo de diez (10) días.

Transcurrido dicho plazo, se producirán los efectos previstos para el supuesto de impago de los recibos de Prima.

3. Durante la vigencia de la Póliza, el Tomador puede cambiar la cuenta o la entidad financiera en que domicilia sus recibos sin más que comunicar previamente el cambio en la forma prevista en el apartado 1.
- e) En caso de extinción anticipada del Contrato imputable al Tomador con anterioridad a la finalización del periodo de duración del mismo, la parte de prima anual no consumida corresponderá y se deberá al Asegurador.

Artículo 11

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 el importe correspondiente al límite máximo de cobertura.

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 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, 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 12

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

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

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

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

Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las Primas relativas al período en curso en el momento en que haga esta declaración.

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

- b) Comunicar al Asegurador, durante la vigencia del Contrato y tan pronto como les sea posible, la alteración de los factores y circunstancias declaradas en el Cuestionario de Salud del Asegurado presentado previamente, que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del Contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. El Tomador o el Asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Tomador o Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El Asegurador puede, en el plazo de dos (2) meses a contar desde el día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del Contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince (15) días, a contar desde la recepción

de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el Contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince (15) días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro del plazo de un (1) mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, el Asegurador queda liberado de su 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 del domicilio, dirección de correo electrónico o número de teléfono facilitados a efectos de comunicaciones.
- 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 resultados 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 producirá n 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 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 improcedencia haya quedado manifestada "a posteriori" por la información médica facilitada por el Asegurado.

h) 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.

- i) 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.

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 13
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.
- b) El Asegurador deberá comunicar al Tomador, al menos con dos (2) meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del Contrato de Seguro.

Artículo 14
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 15

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.

Si no se hubiera practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable transcurrido un (1) año de la entrada en vigor del Contrato, salvo que el Tomador o el Asegurado hayan actuado con dolo.

Artículo 16

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 pueden no proporcionar un nivel de protección equivalente. En estos casos, los proveedores están amparados por las garantías recogidas en 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, portabilidad 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 un 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).

Para información más detallada sobre nuestra política de protección de datos de carácter personal, consulte nuestra web: www.imq.es apartado "Protección de Datos".

Artículo 17

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 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 18

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 19

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 20

Comunicaciones

Las comunicaciones del Tomador o Asegurado al Asegurador se dirigirán al domicilio social indicado en la Póliza.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador o Asegurado se podrán realizar válidamente a la dirección física, electrónica o al número de teléfono facilitados por éstos al contratar la Póliza o en un momento posterior. Las comunicaciones

relativas al contrato de seguro estarán disponibles en la oficina online y en la App del Asegurador, donde podrán ser consultadas y descargadas.

El Asegurador remitirá al Asegurado las comunicaciones en papel cuando éste lo solicite.

Artículo 21

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

Getxo
Gobela, 1

GIPUZKOA
Donostia
Plaza Euskadi, 1