

INFORMACIÓN PREVIA A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO NOTA INFORMATIVA PÓLIZA DE ASISTENCIA SANITARIA EN CENTROS INTERNACIONALES IMQ CENTROS INTERNACIONALES

La presente información es emitida en cumplimiento de lo exigido en los artículos 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras -LOSSEAR- y en el artículo 126 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras -RDOSSEAR- relativo al deber particular de información al tomador del seguro y al asegurado por parte del Asegurador en los seguros de enfermedad:

a) Tipo de Seguro: Póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria en centros internacionales. Dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria en centros internacionales IMQ Centros Internacionales, y mediante el pago de la Prima que en cada caso corresponda, 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 Condiciones Generales del Seguro IMQ Centros Internacionales Modelo 2026, 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 en las Condiciones Generales del Seguro, 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.

b) Bases para la contratación: El Contrato se concretará 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 constituirán la base para la aceptación del riesgo del Contrato por parte del Asegurador y formarán parte integrante del mismo.

En consecuencia, serán requisitos para contratar el sometimiento del Asegurado a su costa, a examen médico previo, y/o cumplimentar el Cuestionario de Salud 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.

c) Cobertura de la Póliza: La cobertura de la Póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria en centros internacionales IMQ Centros Internacionales 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.

Asimismo, quedan excluidos de la cobertura del Seguro los riesgos que se detallan en el artículo 7 de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Sanitaria en centros internacionales IMQ Centros Internacionales Modelo 2026.

d) Prima del Seguro: La Prima es única, anual y pagadera por adelantado, devengándose íntegramente al comienzo del primer periodo 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. Asimismo, podrá consultar las tarifas de prima estándar aplicables en la web www.imq.es.

e) Duración del Seguro y condiciones de resolución del Contrato: 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.

- El Asegurador podrá rescindir el Contrato:

a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud (Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro). El Asegurador podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un (1) mes, a contar desde la fecha en que éste tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o Asegurado. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

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

b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador y han actuado con mala fe (Artículo 12 de la Ley de Contrato).

c) Si el siniestro cuya cobertura se garantiza como riesgo, sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario (Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado (Artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).

e) En el supuesto de una declaración inexacta del Tomador y/o del Asegurado al solicitar el Seguro de la fecha de nacimiento, el Asegurador sólo podrá impugnar el Contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de entrada en vigor del Contrato, excede de los límites de admisión establecidos por el Asegurador.

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

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

f) 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.

g) Rehabilitación de la Póliza: En la presente póliza, no existe derecho de rehabilitación de la misma, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro.

h) Límites y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador: En caso de enfermedad objeto de cobertura, deberán cumplirse las normas establecidas en el Procedimiento en caso de siniestro a través del Centro de Coordinación y Atención Médica del Asegurador.

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.

Como anexo al presente formulario se entrega el Formulario de Información Previa que contiene la información emitida en cumplimiento de lo exigido en los artículos 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras - LOSSEAR y en el artículo 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras - RDOSEAR relativos al deber de información al Tomador del seguro y al Asegurado por parte del Asegurador.