

IMQ Dependencia

Seguro de Dependencia

Condiciones Generales

MODELO 2026



IMQ Dependencia

Seguro de Dependencia

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 Dependencia

Artículo 1	Cláusula Preliminar	5
Artículo 2	Definiciones	5
Artículo 3	Bases del Contrato	8
Artículo 4	Personas no Asegurables	8
Artículo 5	Objeto del Seguro	9
Artículo 6	Garantías del Seguro	9
Artículo 7	Riesgos Excluidos	10
Artículo 8	Periodos de Carencia	12
Artículo 9	Duración del Contrato	13
Artículo 10	Pago de la Prima	13
Artículo 11	Actualización de las Condiciones Económicas de la Póliza	15
Artículo 12	Forma de actuar en caso de Siniestro	16
Artículo 13	Obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado	17
Artículo 14	Otras obligaciones del Asegurador	19
Artículo 15	Pago de prestaciones	20
Artículo 16	Indisputabilidad de la Póliza	20
Artículo 17	Protección de Datos	20
Artículo 18	Control e Instancias de Reclamación. Departamento de Atención al Cliente	24
Artículo 19	Jurisdicción	26
Artículo 20	Prescripción	26
Artículo 21	Comunicaciones	26
Artículo 22	Contratación a distancia	27

Seguro de Dependencia

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 de la Administración Central del Estado 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, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y sus normas de desarrollo, 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.

El Tomador del seguro, mediante la firma de las Condiciones Particulares, acepta específicamente las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que se resaltan en estas Condiciones Generales.

Artículo 2

Definiciones

A los efectos del presente Contrato se entenderá por:

Accidente

Toda lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos,

orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

Autonomía

Capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Año natural

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

Asegurado

La persona física sobre la que se concierta el riesgo y que es titular del interés objeto del seguro. En defecto del Tomador de Seguro, el Asegurado asume las obligaciones y derechos derivados del contrato.

Asegurador

La persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado. En esta Póliza Igualatorio Médico Quirúrgico, S.A. de Seguros y Reaseguros, en lo sucesivo el Asegurador.

Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD)

El Baremo de Valoración de la Dependencia (en adelante, BVD) determina los criterios objetivos para la valoración del grado de autonomía de las personas, en orden a la capacidad para realizar las tareas básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión de acuerdo con los factores definidos por la legislación vigente en materia de dependencia.

El Baremo permite determinar las situaciones de dependencia severa y de gran dependencia. Asimismo, el BVD permite identificar los dos niveles de cada grado en función de la autonomía personal y de la intensidad del cuidado.

Capital Asegurado o Suma Asegurada

Es el importe máximo a pagar por el Asegurador en caso de Siniestro, y que figura en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

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.

Examen médico previo

Es el cuestionario de salud que realiza el médico al candidato en la consulta, complementado si así se requiere con pruebas médicas adicionales definidas. El examen médico es previo a la contratación del seguro, para evaluar su estado de salud.

Dependencia

El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por

razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Dependencia severa (Grado II)

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos (2) o tres (3) veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 50 a 74 puntos.

Gran dependencia (Grado III)

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos.

Devengo de la Prima

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

Fraccionamiento del pago de la Prima

Es la facilidad de pago que en las Condiciones Particulares puede establecerse entre el Asegurador y el Tomador del seguro, 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.

Periodo de Carencia

Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas las garantías de la Póliza. Dicho plazo se computa por meses o años, contados desde la entrada en vigor de la Póliza.

Póliza

Es el documento que contiene las cláusulas y pactos reguladores del Contrato de Seguro. Forman parte integrante e inseparable de la Póliza las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, las Especiales si procediesen, la Solicitud del Seguro, el Cuestionario de Salud y las pruebas médicas practicadas, en su caso, a tal fin, y todos aquellos suplementos o apéndices que se emitan con posterioridad y la complementen. También forman parte del contrato las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro y Asegurado.

Prima

Es el precio del Seguro. La Prima es 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.

Las primas para las siguientes anualidades se calcularán según la edad alcanzada por

el Asegurado y el capital asegurado en cada renovación. Las primas serán revisables en función del resultado técnico del contrato y según la evolución general del riesgo de dependencia.

Siniestro

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

Tomador del seguro

Es la persona física o jurídica que solicita y contrata el Seguro, y juntamente con el Asegurador suscribe el presente Contrato, y a quien corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Artículo 3

Bases del Contrato

El presente Contrato ha sido concretado sobre las bases de las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro y/o Asegurado, en la Solicitud de Seguro y el Cuestionario de Salud sobre su estado de salud. En consecuencia, son requisitos para contratar el sometimiento del Asegurado, a examen médico previo establecido por el Asegurador, y cumplimentar el Cuestionario de Salud-Declaración establecido por el Asegurador. El Asegurador se reserva, en todo caso, la libertad de contratar.

Dichas declaraciones constituyen la base para la aceptación del riesgo del presente Contrato por parte del Asegurador y forman parte integrante del mismo.

Las garantías de esta Póliza serán contratables cuando al inicio de la anualidad el asegurado tenga dieciocho (18) años de edad o más y serán contratables hasta el 31 de diciembre de la anualidad en la que el Asegurado cumpla setenta (70) años de edad. El contrato quedará extinguido y resuelto con respecto al Asegurado, al término de la anualidad en la que el mismo cumpla la edad de ochenta y seis (86) años.

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

Artículo 4

Personas no Asegurables

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

- **No podrán incorporarse al Seguro como Asegurados, las personas que al inicio de la anualidad fueran menores de dieciocho (18) años o mayores de sesenta y nueve (69) años o legalmente incapacitados.**
- Tampoco podrán asegurarse y en cualquier caso el seguro será nulo de pleno

derecho para ellas, **las personas afectadas, con carácter previo a la contratación del seguro, por cualquier enfermedad, lesión, secuela o minusvalía física o psíquica que no sea declarada a la hora de cumplimentar el Cuestionario de Salud por el Tomador o Asegurado, ni conocida ni aceptada expresamente por el Asegurador.**

- **No podrán asegurarse las personas que tengan su residencia y domicilio habitual fuera de España.**

En todo caso, el Contrato quedará extinguido y resuelto con respecto al Asegurado al término de la anualidad en la que el mismo cumpla la edad de ochenta y seis (86) años.

Artículo 5

Objeto del Seguro

Dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza y mediante el pago de la Prima que en cada caso corresponda, el Asegurador garantizará, para el caso de que se produzca la situación de dependencia, el cumplimiento de la prestación convenida, consistente en el abono del capital establecido en las Condiciones Particulares, con la finalidad de atender las consecuencias perjudiciales que para el Asegurado se deriven de dicha situación.

Artículo 6

Garantías del Seguro

6.1. Las garantías objeto de contratación son las siguientes:

- **Garantía de capital por Dependencia severa.** En caso de que al Asegurado le sobrevenga una situación de dependencia de grado II o dependencia severa, según la definición del apartado 6.2. siguiente, el Asegurador abonará el capital establecido para esta garantía por la cuantía determinada en las Condiciones Particulares de la Póliza. El estado de dependencia debe ser definitivo, y el capital asegurado se abonará de una sola vez e implicará la extinción del Contrato.
- **Garantía de capital por Gran Dependencia.** En caso de que al Asegurado le sobrevenga una situación de dependencia de grado III o gran dependencia, según la definición del apartado 6.2. siguiente, el Asegurador abonará el capital establecido para esta garantía por la cuantía determinada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El estado de dependencia debe ser definitivo, y el capital asegurado se abonará de una sola vez e implicará la extinción del Contrato.

6.2. Evaluación del grado de dependencia:

El Asegurado será considerado en una situación de dependencia a los efectos del presente Contrato cuando se encuentre en alguna de las dos circunstancias siguientes:

- En situación de **Dependencia severa (Grado II)** se considera cuando la persona

necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos (2) o tres (3) veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 50 a 74 puntos.

- En situación **Gran Dependencia (Grado III)** se considera cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos.

Para la evaluación de la situación de dependencia, así como el grado de la misma, será necesaria la **resolución del organismo del IMSERSO (Ministerio de Sanidad) o del organismo de la Comunidad Autónoma correspondiente que asuma sus competencias.**

6.3. Modificación del importe de las garantías de dependencia:

El Tomador podrá solicitar la modificación del importe de las garantías de dependencia sujetándose a las siguientes condiciones:

- a) En caso de aumento del importe de las garantías de dependencia:
 - será necesario que el Tomador-Asegurado sea menor de setenta (70) años a 31 de diciembre de la anualidad y que dicha modificación sea aceptada por el Asegurador a la vista de los cuestionarios o exámenes médicos practicados al Asegurado.
 - los períodos de carencia, indicados en estas Condiciones Generales, serán aplicables al aumento de las garantías, iniciándose en la fecha de efecto de su aumento.
 - si el Asegurador acepta la solicitud de incremento de garantías, la prima por el aumento de la cuantía de la garantía será calculada teniendo en cuenta la edad del Asegurado y las tarifas vigentes en el momento del aumento.

Artículo 7 Riesgos Excluidos

Quedan excluidos de las coberturas de este seguro los riesgos siguientes:

- 1) Las consecuencias de intento de suicidio.**
- 2) Actos dolosos del asegurado.**
- 3) Consecuencias directas o indirectas de una enfermedad o accidente, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistente a la fecha de efecto de la póliza que siendo conocidas por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud, salvo que dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en el cuestionario de salud y expresamente**

aceptada su cobertura por el Asegurador en Condiciones Particulares.

- 4) Embriaguez, uso de estupefacientes no prescritos médicamente o abuso de productos farmacéuticos sin respetar la prescripción médica. Se entenderá que el Asegurado ha consumido drogas o estupefacientes siempre que se determine mediante análisis la presencia de estas sustancias o metabolitos de éstas. Se entenderá por embriaguez la presencia de una tasa de alcohol en sangre superior a la establecida por la normativa vigente, cuando se trate de un accidente de circulación y 0,5 gramos por litro para el resto de accidentes.
- 5) Los riesgos extraordinarios sujetos a recargo obligatorio a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- 6) Los hechos derivados de conflictos armados, haya o no precedido declaración oficial de guerra.
- 7) Hechos de carácter político o social, movimientos populares.
- 8) Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva o química.
- 9) Actos de imprudencia temeraria, de negligencia grave o actos intencionados o ilegales del Asegurado, salvo que estos se hayan producido en legítima defensa.
- 10) La práctica de deportes (entrenamiento, ensayos y pruebas) a título profesional o a título amateur remunerado.
- 11) Práctica de las actividades siguientes: Alpinismo así como actividades de montaña fuera de pistas señalizadas y abiertas al público o prácticas a una altitud superior a tres mil (3.000) metros, navegación marítima de placer a más de veinte (20) millas náuticas de un refugio costero, submarinismo a más de veinte (20) metros de profundidad, espeleología, artes marciales, deportes de nieve fuera de pista, hípica en competición, puenting, rafting, goming o salto con cuerda elástica, toda actividad en zona desértica, actividades deportivas a motor, salto en paracaídas, deportes aéreos (ascensiones en globo, ala delta, parapente, ultraligeros, planeados y similares (ej: avionetas)), alpinismo (excepto senderismo y Nordic Walking), deportes de lucha, equitación, buceo, deportes extremos, bici de enduro/descenso, participación en competiciones de velocidad o de lucha, halterofilia, saltos al vacío con cualquier tipo de sujeción, rafting, barranquismo, y otras actividades deportivas de similar peligrosidad y cualquier deporte que precise la utilización de un aparato con motor. Asimismo también estará excluido cualquier otro deporte considerado de riesgo no nombrado anteriormente.
- 12) Los ocurridos en el ejercicio de profesiones o actividades laborales consideradas como agravadas, como manipulación o transporte de materiales peligrosos, explosivos o radiactivos, trabajos subterráneos en

minería y obras públicas, extinción de incendios, trabajos en altura sin la protección reglamentariamente establecida, trabajos submarinos, transporte de mercancías peligrosas, manejo de reses bravas y actividades taurinas, pruebas de prototipos de vehículos terrestres, aéreos o marítimos, trabajos con electricidad con alta tensión. Así como los derivados de hallarse el Asegurado ejerciendo una actividad profesional distinta de la que tenía a la contratación de la Póliza y cuyo cambio no hubiera sido comunicado fehacientemente al Asegurador.

13) Ataques con armas bacteriológicas o químicas (ABQ).

14) Epidemias y pandemias.

Artículo 8

Periodos de Carencia

Para que el Asegurador proceda al pago de las prestaciones deberán haber transcurrido los siguientes periodos de carencia:

- Si la declaración de dependencia tiene su origen en un accidente posterior a la fecha de efecto del seguro, no habrá período de carencia alguno, entrando en vigor la cobertura inmediatamente a la fecha de efecto.
- **Si la declaración de dependencia fuera debida a demencia o enfermedad neuropsiquiátrica y tuviera origen distinto al accidental, habrá un período de carencia de tres (3) años**, contados desde la fecha de efecto del contrato, de forma que esta cobertura sólo se hará efectiva para procesos iniciados a partir del día siguiente al transcurso de las tres (3) primeras anualidades.
- **Si la declaración de dependencia en cualquier otro caso tuviera origen distinto al accidental, habrá un período de carencia de doce (12) meses**, contados desde la fecha de efecto del contrato, de forma que esta cobertura sólo se hará efectiva para procesos iniciados a partir del día siguiente al transcurso de los doce (12) primeros meses.

En ningún caso entrarán en cobertura los procesos iniciados antes o durante el período de carencia, ni las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del contrato.

Cualquier situación de dependencia sobrevenida durante los periodos de carencia, con independencia de su comunicación al Asegurador, no dará lugar al pago de las prestaciones y conllevará la rescisión del contrato. El Tomador tendrá derecho a la devolución de las primas satisfechas hasta el momento del siniestro descontados los gastos, impuestos y recargos aplicables, salvo que sea patente que las declaraciones del Asegurado en el momento de la suscripción tenían un carácter claramente fraudulento. El contrato quedará totalmente rescindido y sin desplegar efecto alguno.

Artículo 9

Duración del Contrato

La duración del contrato se establece por el período especificado en las Condiciones Particulares, y si nada se estableciera, por el periodo que vence el 31 de diciembre del año de contratación. **A la finalización del mismo y salvo pacto en contrario, se entenderá prorrogado el contrato automáticamente por periodos anuales, y así sucesivamente a la finalización de cada anualidad, como máximo hasta el final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla la edad de ochenta y seis (86) años.**

A esta prórroga tácita puede oponerse el Tomador del seguro, mediante notificación escrita al Asegurador con un plazo de un (1) mes de antelación a la conclusión del período del seguro en curso. 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.

El contrato se perfecciona mediante el consentimiento, manifestado por la suscripción de la Póliza por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.

El contrato de seguro se extinguirá:

- **al final de la anualidad en que el Asegurado cumpla ochenta y seis (86) años de edad.**
- **por falta de pago de la prima correspondiente.**
- **al vencimiento del contrato.**
- **con el pago de la prestación, sólo se pagará un único siniestro, o de Dependencia Severa o de Gran Dependencia.**
- **por fallecimiento del Asegurado.**
- **si la situación de dependencia sobreviene durante el periodo de carencia.**

La extinción del seguro surtirá efectos desde la fecha en que se haya producido el hecho que da lugar a la misma.

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, haciendo suya IMQ la porción de Prima correspondiente al periodo en que por su falta de pago la cobertura haya estado en suspenso.

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) Extinción del Contrato antes de la Fecha de vencimiento pactada:

En caso de extinción anticipada del Contrato imputable al Tomador la parte de Prima anual no consumida corresponderá y se deberá al Asegurador.

Artículo 11

Actualización de las Condiciones Económicas de la Póliza

El Asegurador en cada renovación anual de la Póliza podrá regularizar las primas de seguro conforme a lo siguiente:

1. Por aumento de la Edad del Asegurado

Las primas se incrementarán en función de la edad del asegurado de acuerdo con el cuadro de tarifas aprobado por el Asegurador.

2. Por revisión de la tarifa de primas

Las primas de las garantías de dependencia pueden ser objeto de revisión por el Asegurador, cuando el equilibrio técnico del contrato lo necesite, como consecuencia de un cambio legislativo, una decisión reglamentaria o la modificación de las obligaciones del Asegurador en relación al conjunto de riesgos de dependencia suscritos en la presente modalidad de seguro.

Dicho equilibrio técnico se establecerá para cada una de las garantías al finalizar cada año natural y, si fuera necesaria la revisión, se llevará a cabo con efectos desde el día 1 del año siguiente, adaptando, en consecuencia y a partir de entonces, las tasas de las primas futuras para todos los contratos en vigor.

El Asegurador, en caso de revisión de las primas, informará individualmente al Tomador de la modificación de las primas con una antelación mínima de dos (2) meses respecto al vencimiento principal, fecha a partir de la cual se aplicarán las nuevas primas.

3. Por incremento de las garantías

En el caso de que el Tomador incremente las garantías de dependencia durante la vigencia del contrato, las primas aumentarán en la misma proporción en que se hayan incrementado los importes de las garantías.

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

Forma de actuar en caso de Siniestro

12.1.- Declaración e Información del Siniestro:

El Tomador deberá comunicar **por escrito** al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de **siete (7)** días de haberlo conocido **salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio**, debiendo presentar la documentación que se indica en los párrafos siguientes, en original o, de ser preciso, debidamente legalizada, autenticada o compulsada.

El incumplimiento por parte del Tomador del deber de informar al Asegurador sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro producirá la pérdida del derecho a la indemnización, si concurre dolo o culpa grave. Se entenderá que existe culpa grave cuando el retraso en comunicar al Asegurador la ocurrencia del siniestro determine la imposibilidad de que ésta realice las comprobaciones precisas respecto a la realidad y alcance del siniestro.

La obtención de la información que, conforme a los apartados anteriores, le corresponde facilitar al Tomador o, será a su cargo, salvo aquellas pruebas o pericias que se realicen por médicos, peritos o expertos directamente designados por el Asegurador, en cuyo caso será éste quien corra con sus gastos.

12.2.- Documentación precisa en caso de declaración de dependencia del Asegurado:

- a) Copia del documento nacional de identidad del Asegurado (DNI).
- b) Nombre, apellidos, dirección completa, teléfono y número de colegiado del facultativo que determina la situación de Gran Dependencia o Dependencia Severa.
- c) Resolución emitida por el organismo del IMSERSO (Ministerio de Sanidad) u organismo de la Comunidad Autónoma correspondiente que asuma sus competencias en el que se determine la Dependencia del Asegurado, así como el grado de la misma.
- d) Diagnóstico completo del proceso que genera la situación de Gran Dependencia o Dependencia Severa.
- e) Fecha de inicio del proceso y fecha de inicio de la asistencia médica.
- f) Circunstancias y causas que originaron el accidente, de ser un accidente el motivo de la situación de Gran Dependencia o Dependencia Severa.
- g) Indicación del impedimento (total o parcial) que genera respecto a la autonomía personal del Asegurado.

En todos los casos anteriores, el Asegurador podrá solicitar cuanta información complementaria a la anteriormente citada estime necesaria para la verificación y

alcance del siniestro.

El Asegurado y/o sus familiares deberán permitir la visita de los médicos designados por el Asegurador, tanto en el domicilio del Asegurado como en el centro hospitalario donde se encuentre internado, para comprobar el estado de salud y/o la evolución de la enfermedad o situación de dependencia.

En el caso de que un Asegurado al que se la ha reconocido una situación de Dependencia Severa y en caso de que en el transcurso de resolución del expediente desee, en base a un deterioro progresivo de su estado de salud, solicitar la revisión de su situación podrá instar al Asegurador a que se inicie un procedimiento de revisión para el reconocimiento de una Gran Dependencia a través de los pasos establecidos en las presentes Condiciones Generales.

Artículo 13

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

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

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

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

Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las Primas relativas al 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 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, 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) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda obligación derivada del siniestro.
- e) *El Asegurado deberá facilitar al Asegurador durante la vigencia del Contrato cuanta documentación e información le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura.*
- f) *El Tomador del Seguro deberá comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido.*

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

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

- g) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de los Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente Contrato.
- h) **El Asegurado pierde el derecho a la indemnización garantizada:**

1. En caso de reserva o inexactitud de los datos proporcionados en el Cuestionario al que haya sido sometido, 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. Si el Tomador del Seguro o el Asegurado no facilitan al Asegurador la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro y hubiera concurrido dolo o culpa grave.
5. Si el Asegurado o el Tomador del Seguro incumplen su deber de aminorar las consecuencias del siniestro y lo hacen con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.
6. Cuando el Siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado.

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

- a) El Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del Contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del Contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables. En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la Prima, deberá reducirse el importe de la Prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador, en caso contrario, a la resolución del Contrato y a la devolución de la diferencia entre la Prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.
- b) El Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un (1) mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la Proposición de Seguro o las cláusulas acordadas según dispone el Artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro; transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

Artículo 14

Otras obligaciones del Asegurador

- a) Además de prestar la asistencia contratada, el Asegurador entregará al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el Artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro.
- 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

Artículo 15

Pago de prestaciones

En el caso de declaración de dependencia del Asegurado, según las garantías contratadas, el Asegurador, una vez recibida y analizada la documentación indicada en las presentes Condiciones Generales, si la estima suficientemente acreditativa, calificará la dependencia y procederá a abonar el capital en la cuantía que se establezca en las Condiciones Particulares.

El importe del capital será la cuantía que el Asegurado tenga contratada en el momento en que sea declarada la situación de Dependencia. El capital se pagará de una sola vez, cuando sea reconocido al Asegurado el estado de Gran Dependencia o Dependencia severa. Esta prestación será concedida una sólo vez durante toda la vigencia del seguro e implicará la extinción del contrato.

En caso de disconformidad entre las partes, éstas designarán de común acuerdo un tercer perito médico, siendo los gastos del mismo asumidos por partes iguales.

Artículo 16

Indisputabilidad de la Póliza

Si se hubiere practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y el Asegurador no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores a la fecha de efecto del Contrato, a menos que de manera expresa, y como consecuencia de dicho reconocimiento, se haga alguna salvedad en las Condiciones Particulares de la Póliza, o que la dolencia o afección hubiera sido ocultada dolosamente por el Asegurado en el Cuestionario-Declaración de Salud.

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

Artículo 17

Protección de Datos

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

- 1) **Identidad y datos de contacto del Responsable del Tratamiento:** IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, con CIF nº A-95321386 (en adelante, "IMQ"). Se puede contactar con IMQ presencialmente o por correo postal en su domicilio social sito en Bilbao (Bizkaia), calle Máximo Aguirre 18 (bis), (Código Postal 48011), o por correo

electrónico en imq@imq.es.

- 2) **Identidad y datos de contacto del Delegado de Protección de Datos (o "DPD") de IMQ:** Podrá contactar con el DPD de IMQ por correo electrónico en: dpd@imq.es.
- 3) **Los tipos de datos personales que IMQ trata:** son aquellos necesarios para el desarrollo, gestión y control de la relación contractual con IMQ y, principalmente, datos identificativos (nombre, apellidos, sexo, estado civil, profesión, sector de actividad, capacidad, y DNI), datos de contacto (dirección postal y electrónica o número de teléfono), datos de facturación, datos de salud, genéticos o biométricos.
- 4) **Los fines del tratamiento a que se destinan los datos personales:** IMQ trata los datos personales para (i) dar cumplimiento a sus obligaciones legales, (ii) mantenerle informado sobre productos y servicios de seguros comercializados por IMQ y otras entidades del Grupo IMQ, y (iii) gestionar los productos y servicios solicitados y/o contratados por clientes o asegurados, incluyendo el tratamiento y gestión de los datos necesarios en cada caso para la facturación de servicios de que se trate.

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

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

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

5) La base jurídica del tratamiento:

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

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

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

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

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

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

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

necesarias para garantizar dicho respeto.

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

6) Los destinatarios de sus datos personales:

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

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

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

Algunos de estos encargados, incluyendo prestadores de servicios de "computación en la nube", pueden estar ubicados o contar con recursos localizados fuera de la Unión Europea y, por tanto, en territorios que 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 18

Control e Instancias de Reclamación. Departamento de Atención al Cliente

1. El control de la actividad del Asegurador corresponde al Estado Español, ejerciéndose a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

del Ministerio de Economía y Competitividad.

2. En caso de cualquier tipo de queja o reclamación sobre el Contrato de Seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derechohabientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:

a) Al Departamento de Atención al Cliente de Igualatorio Médico Quirúrgico, S.A. de Seguros y Reaseguros por cualquiera de los siguientes medios:

1. Personalmente en cualquiera de las oficinas de IMQ.
2. Por correo postal remitido al domicilio social de IMQ sito en la calle Máximo Aguirre, número 18-bis, 48011 de Bilbao (Bizkaia), o Avda. Gasteiz, 39, 01008 de Vitoria-Gasteiz (Araba), o Plaza Euskadi, 1, 20002 de Donostia (Gipuzkoa).
3. Por fax al número 94 427 39 37 (Bizkaia), al 945 14 47 65 (Araba) y al 943 32 78 93 (Gipuzkoa).
4. Por correo electrónico a la dirección img@img.es (Bizkaia), vitoriagasteiz@img.es (Araba), o donostia@img.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 el Real Decreto de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y demás normativa aplicable).

- b) También se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en soporte papel o por vía telemática a través de la web <https://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones>. Para ello el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de un (1) mes (en el caso de

que el reclamante tenga la condición de consumidor) o de dos (2) meses (en el resto de supuestos) desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente, sin que haya sido resuelta, o que ha sido denegada su admisión, o desestimada la petición.

- c) Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, en cualquier caso, el reclamante podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes (siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado).
- d) Asimismo, podrán las partes someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos establecidos en el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, y sus normas de desarrollo. En todo caso, el sometimiento de las partes al sistema arbitral será voluntario y deberá constar expresamente por escrito, sin que esta previsión constituya ninguna suerte de sumisión anticipada.
- e) Asimismo, y sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, también podrán someter a arbitraje las cuestiones litigiosas, surgidas o que puedan surgir, en materia de su libre disposición conforme a derecho, en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.
- f) Igualmente, podrán someter sus divergencias a un mediador en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

Artículo 19

Jurisdicción

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

Artículo 20

Prescripción

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

Artículo 21

Comunicaciones

Las comunicaciones 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 22

Contratación a distancia

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

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

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

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



Atención al cliente
900 81 81 50

ARABA
Vitoria-Gasteiz
Avda. Gasteiz, 39

BIZKAIA
Bilbao
Oficina central
Máximo Aguirre, 18 bis
Clínica IMQ Zorrotzaurre
Ballets Olaeta, 4

Getxo
Gobela, 1

GIPUZKOA
Donostia
Plaza Euskadi, 1