

INFORMACIÓN PREVIA A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO
NOTA INFORMATIVA PÓLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

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 y Asistencia odontológica.

En el Módulo de Asistencia Sanitaria IMQ Salud Vital +60, dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza, y mediante el pago de la Prima, copagos y franquicias que en cada caso corresponda, el Asegurador se comprometerá a asumir directamente el coste de la asistencia médica, en régimen de consulta ambulatoria para toda clase de lesiones y/o enfermedades que estén comprendidas en las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios incluidos en el artículo 17 de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Sanitaria IMQ Salud Vital +60 Modelo 2026, satisfaciendo directamente los honorarios y tarifas de los servicios a los Profesionales y Centros sanitarios que presten la asistencia.

La asistencia cubierta por este módulo del Seguro se llevará a cabo exclusivamente por el Cuadro Médico del Asegurador y en los Centros por él concertados. En el Módulo de Asistencia Sanitaria IMQ Salud Vital +60 en ningún caso podrán pretenderse por el Asegurado indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de los servicios de asistencia sanitaria objeto de la cobertura, ni el reembolso de gastos médicos satisfechos directamente por el Asegurado. En el Módulo de Asistencia Sanitaria odontológica Dental Optima Plus, dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la prima que en cada caso corresponda, el Asegurador se comprometerá a facilitar al Asegurado la cobertura de asistencia sanitaria odontológica que el Asegurado requiera como consecuencia de cualquier proceso dental de acuerdo con la descripción de la cobertura recogida en el artículo 22 de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Sanitaria IMQ Salud Vital +60.

La asistencia sanitaria odontológica cubierta por este módulo del Seguro se llevará a cabo exclusivamente a través del Cuadro Dental del Asegurador y en los Centros por él concertados. En el Módulo de Asistencia Sanitaria odontológica Dental Optima Plus no podrán concederse indemnizaciones en metálico en sustitución de las prestaciones de los servicios de asistencia sanitaria odontológica cubiertos por la Póliza.

b) Bases para la contratación:

El Contrato se concretará sobre la base de la declaración formulada por el Tomador del Seguro y/o Asegurado en la Solicitud de Seguro. Dicha declaración constituirá la base para la aceptación del riesgo del Contrato por parte del Asegurador y formarán parte integrante del mismo. El Asegurador se reserva, en todo caso, la libertad de contratar.

c) Cobertura de la Póliza:

En el Módulo Asistencia Asistencia Sanitaria IMQ Salud Vital +60, son objeto de cobertura, las consultas de especialidades, pruebas diagnósticas y otros servicios no quirúrgicos, realizados de manera ambulatoria, quedando excluido cualquier asistencia médica, análisis, exploraciones, tratamiento o acto quirúrgico, que fueran requeridos estando el Asegurado ingresado como paciente en centro hospitalario, hospital de día o sala de operaciones. La cobertura comprende las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos, expresivos de la concreta cobertura del Módulo de Asistencia Sanitaria IMQ Salud Vital +60 que se detallan en el artículo 17 de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Sanitaria Vital +60 Modelo 2026, y las que en un futuro puedan añadirse y/o modificarse con la aplicación de la prima adicional que en cada caso corresponda. Asimismo, quedan excluidos de la cobertura del Seguro los riesgos que se detallan en el artículo 18 de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Sanitaria IMQ Salud Vital +60 Modelo 2026.

En el Módulo de Asistencia Sanitaria odontológica Dental Optima Plus la cobertura comprende las especialidades, prestaciones y servicios odontológicos cubiertas por la Póliza que se señalan en el Anexo de Coberturas y Franquicias en vigor, y las que en un futuro puedan añadirse y/o modificarse con la aplicación de la prima adicional y de la Franquicia que en cada caso corresponda. En el Anexo de Coberturas y Franquicias se especifican los servicios y actos odontológicos concertados sin coste para el Asegurado, y los servicios y actos odontológicos sujetos a Franquicias a cargo del Asegurado quien deberá asumir el coste del servicio de conformidad con el baremo de Franquicias vigente en el momento de la prestación según la modalidad de Seguro. Asimismo, quedan excluidos de la cobertura del Seguro los riesgos que se detallan en el artículo 23 de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Sanitaria IMQ Salud Vital +60 Modelo 2026.

d) Prima del Seguro:

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. 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 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 Asegurado. La notificación del Tomador deberá realizarse al Asegurado. Realizada la comunicación en la forma aquí establecida, el contrato expirará al finalizar el periodo anual pactado en las Condiciones Particulares o a la finalización del periodo anual de prórroga en que se encuentre, según el caso.

- El Asegurado podrá rescindir el Contrato:

- a) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurado y han actuado con mala fe (Artículo 12 de la Ley de Contrato).
- b) 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).
- c) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado (Artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).
- d) En el supuesto de una declaración inexacta del Tomador y/o del Asegurado al solicitar el Seguro de la fecha de nacimiento, el Asegurado 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 Asegurado. 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 Asegurado 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 Asegurado estará obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

- El Tomador del Seguro podrá rescindir el Contrato:

- a) Cuando se varíe el Cuadro Médico siempre que afecte al Médico General o de Familia, Tocólogo, Pediatra o al 50% del Cuadro de Especialistas, debiendo notificar tal decisión al Asegurado por cualquier medio fehaciente. No será de aplicación esta norma cuando se trate de sustituciones transitorias originadas por causa justificada, o se refiera a Médicos de Técnicas Quirúrgicas Especiales, Odontólogos, Analistas o Radiólogos.

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

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

f) Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza:

El Asegurado en cada renovación anual de la Póliza podrá:

- a) Actualizar el importe de las Primas.
- b) Actualizar y modificar el importe correspondiente a las franquicias y copagos.
- c) Actualizar, en su caso, las cuantías del límite de cobertura establecido para las prótesis.
- d) Actualizar, en su caso, las sumas aseguradas en Condiciones Particulares.

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 Asegurado tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El Tomador del Seguro dará su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan en el importe de las primas.

Estas actualizaciones de primas, franquicias y copagos y sumas aseguradas 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, de la revalorización de las sumas aseguradas en Condiciones Particulares u otros hechos de similares consecuencias.

El Tomador del Seguro al recibir la notificación de estas actualizaciones de primas, franquicias o copagos para el siguiente periodo anual, 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 del periodo anual en curso. En este último caso, deberá notificar fehacientemente al Asegurado su voluntad en tal sentido.

g) Rehabilitación de la Póliza:

El Asegurado tendrá derecho a la rehabilitación de la Póliza conforme a 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 el Módulo de Asistencia Sanitaria Vital +60, la asistencia se llevará a cabo mediante el sistema de libre elección de Facultativo y/o Centro, por parte del Asegurado, de entre los Profesionales sanitarios y Centros que figuran en cada momento en el Cuadro Médico del Asegurado, quienes prestarán sus servicios directamente a éste, con plena autonomía y bajo su exclusiva

responsabilidad profesional.

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

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

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

En el Módulo de Asistencia Sanitaria odontológica Dental Optima Plus, la asistencia sanitaria odontológica cubierta se llevará a cabo mediante el sistema de libre elección de Facultativo y/o Centro, por parte del Asegurado, de entre los Profesionales sanitarios y Centros que figuren en cada momento en el Cuadro Dental del Asegurador de la provincia de contratación de la Póliza, quienes prestarán sus servicios directamente a éste con plena autonomía y bajo su exclusiva responsabilidad profesional. El Asegurador no se hace responsable, ni asumirá en ningún caso, los honorarios de Facultativos ajenos a su Cuadro Dental, ni del importe de las actuaciones sanitarias que los mismos pudieran prescribir. Será obligación del Tomador y/o Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán consultar en las oficinas, teléfonos y web del Asegurador el detalle del Cuadro Dental actualizado.

En el momento de suscribir la Póliza, el Asegurador también facilitará un ejemplar del Cuadro Dental correspondiente a su provincia de residencia. La lista de Facultativos podrá ser actualizada anualmente por el Asegurador, mediante el alta o baja de los Facultativos, Profesionales, Centros hospitalarios, y otros establecimientos que lo integran.

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 - RDOSSEAR - relativos al deber de información al tomador del seguro y al asegurado por parte del Asegurador.

En Bilbao, a 14 de Enero de 2026

Firma del Asegurado o Tomador

Tomador:

**INFORMACIÓN PREVIA A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO
NOTA INFORMATIVA PÓLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA**

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 y Asistencia odontológica.

En el Módulo de Asistencia Sanitaria IMQ Salud Vital +60, dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza, y mediante el pago de la Prima, copagos y franquicias que en cada caso corresponda, el Asegurador se comprometerá a asumir directamente el coste de la asistencia médica, en régimen de consulta ambulatoria para toda clase de lesiones y/o enfermedades que estén comprendidas en las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios incluidos en el artículo 17 de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Sanitaria IMQ Salud Vital +60 Modelo 2026, satisfaciendo directamente los honorarios y tarifas de los servicios a los Profesionales y Centros sanitarios que presten la asistencia.

La asistencia cubierta por este módulo del Seguro se llevará a cabo exclusivamente por el Cuadro Médico del Asegurador y en los Centros por él concertados. En el Módulo de Asistencia Sanitaria IMQ Salud Vital +60 en ningún caso podrán pretenderse por el Asegurado indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de los servicios de asistencia sanitaria objeto de la cobertura, ni el reembolso de gastos médicos satisfechos directamente por el Asegurado. En el Módulo de Asistencia Sanitaria odontológica Dental Optima Plus, dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la prima que en cada caso corresponda, el Asegurador se comprometerá a facilitar al Asegurado la cobertura de asistencia sanitaria odontológica que el Asegurado requiera como consecuencia de cualquier proceso dental de acuerdo con la descripción de la cobertura recogida en el artículo 22 de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Sanitaria IMQ Salud Vital +60.

La asistencia sanitaria odontológica cubierta por este módulo del Seguro se llevará a cabo exclusivamente a través del Cuadro Dental del Asegurador y en los Centros por él concertados. En el Módulo de Asistencia Sanitaria odontológica Dental Optima Plus no podrán concederse indemnizaciones en metálico en sustitución de las prestaciones de los servicios de asistencia sanitaria odontológica cubiertos por la Póliza.

b) Bases para la contratación:

El Contrato se concretará sobre la base de la declaración formulada por el Tomador del Seguro y/o Asegurado en la Solicitud de Seguro. Dicha declaración constituirá la base para la aceptación del riesgo del Contrato por parte del Asegurador y formarán parte integrante del mismo. El Asegurador se reserva, en todo caso, la libertad de contratar.

c) Cobertura de la Póliza:

En el Módulo Asistencia Asistencia Sanitaria IMQ Salud Vital +60, son objeto de cobertura, las consultas de especialidades, pruebas diagnósticas y otros servicios no quirúrgicos, realizados de manera ambulatoria, quedando excluido cualquier asistencia médica, análisis, exploraciones, tratamiento o acto quirúrgico, que fueran requeridos estando el Asegurado ingresado como paciente en centro hospitalario, hospital de día o sala de operaciones. La cobertura comprende las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos, expresivos de la concreta cobertura del Módulo de Asistencia Sanitaria IMQ Salud Vital +60 que se detallan en el artículo 17 de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Sanitaria Vital +60 Modelo 2026, y las que en un futuro puedan añadirse y/o modificarse con la aplicación de la prima adicional que en cada caso corresponda. Asimismo, quedan excluidos de la cobertura del Seguro los riesgos que se detallan en el artículo 18 de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Sanitaria IMQ Salud Vital +60 Modelo 2026.

En el Módulo de Asistencia Sanitaria odontológica Dental Optima Plus la cobertura comprende las especialidades, prestaciones y servicios odontológicos cubiertas por la Póliza que se señalan en el Anexo de Coberturas y Franquicias en vigor, y las que en un futuro puedan añadirse y/o modificarse con la aplicación de la prima adicional y de la Franquicia que en cada caso corresponda. En el Anexo de Coberturas y Franquicias se especifican los servicios y actos odontológicos concertados sin coste para el Asegurado, y los servicios y actos odontológicos sujetos a Franquicias a cargo del Asegurado quien deberá asumir el coste del servicio de conformidad con el baremo de Franquicias vigente en el momento de la prestación según la modalidad de Seguro. Asimismo, quedan excluidos de la cobertura del Seguro los riesgos que se detallan en el artículo 23 de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Sanitaria IMQ Salud Vital +60 Modelo 2026.

d) Prima del Seguro:

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. 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 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 Asegurado. La notificación del Tomador deberá realizarse al Asegurado. Realizada la comunicación en la forma aquí establecida, el contrato expirará al finalizar el periodo anual pactado en las Condiciones Particulares o a la finalización del periodo anual de prórroga en que se encuentre, según el caso.

- El Asegurado podrá rescindir el Contrato:

- a) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurado y han actuado con mala fe (Artículo 12 de la Ley de Contrato).
- b) 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).
- c) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado (Artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).
- d) En el supuesto de una declaración inexacta del Tomador y/o del Asegurado al solicitar el Seguro de la fecha de nacimiento, el Asegurado 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 Asegurado. 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 Asegurado 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 Asegurado estará obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

- El Tomador del Seguro podrá rescindir el Contrato:

- a) Cuando se varíe el Cuadro Médico siempre que afecte al Médico General o de Familia, Tocólogo, Pediatra o al 50% del Cuadro de Especialistas, debiendo notificar tal decisión al Asegurado por cualquier medio fehaciente. No será de aplicación esta norma cuando se trate de sustituciones transitorias originadas por causa justificada, o se refiera a Médicos de Técnicas Quirúrgicas Especiales, Odontólogos, Analistas o Radiólogos.

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

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

f) Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza:

El Asegurado en cada renovación anual de la Póliza podrá:

- a) Actualizar el importe de las Primas.
- b) Actualizar y modificar el importe correspondiente a las franquicias y copagos.
- c) Actualizar, en su caso, las cuantías del límite de cobertura establecido para las prótesis.
- d) Actualizar, en su caso, las sumas aseguradas en Condiciones Particulares.

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 Asegurado tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El Tomador del Seguro dará su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan en el importe de las primas.

Estas actualizaciones de primas, franquicias y copagos y sumas aseguradas 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, de la revalorización de las sumas aseguradas en Condiciones Particulares u otros hechos de similares consecuencias.

El Tomador del Seguro al recibir la notificación de estas actualizaciones de primas, franquicias o copagos para el siguiente periodo anual, 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 del periodo anual en curso. En este último caso, deberá notificar fehacientemente al Asegurado su voluntad en tal sentido.

g) Rehabilitación de la Póliza:

El Asegurado tendrá derecho a la rehabilitación de la Póliza conforme a 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 el Módulo de Asistencia Sanitaria Vital +60, la asistencia se llevará a cabo mediante el sistema de libre elección de Facultativo y/o Centro, por parte del Asegurado, de entre los Profesionales sanitarios y Centros que figuran en cada momento en el Cuadro Médico del Asegurado, quienes prestarán sus servicios directamente a éste, con plena autonomía y bajo su exclusiva

responsabilidad profesional.

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

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

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

En el Módulo de Asistencia Sanitaria odontológica Dental Optima Plus, la asistencia sanitaria odontológica cubierta se llevará a cabo mediante el sistema de libre elección de Facultativo y/o Centro, por parte del Asegurado, de entre los Profesionales sanitarios y Centros que figuren en cada momento en el Cuadro Dental del Asegurador de la provincia de contratación de la Póliza, quienes prestarán sus servicios directamente a éste con plena autonomía y bajo su exclusiva responsabilidad profesional. El Asegurador no se hace responsable, ni asumirá en ningún caso, los honorarios de Facultativos ajenos a su Cuadro Dental, ni del importe de las actuaciones sanitarias que los mismos pudieran prescribir. Será obligación del Tomador y/o Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán consultar en las oficinas, teléfonos y web del Asegurador el detalle del Cuadro Dental actualizado.

En el momento de suscribir la Póliza, el Asegurador también facilitará un ejemplar del Cuadro Dental correspondiente a su provincia de residencia. La lista de Facultativos podrá ser actualizada anualmente por el Asegurador, mediante el alta o baja de los Facultativos, Profesionales, Centros hospitalarios, y otros establecimientos que lo integran.

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.

En Bilbao, a 14 de Enero de 2026

Firma del Asegurado o Tomador

Tomador: