

IMQ Internacional

**Seguro de Asistencia Sanitaria en
Centros Internacionales**

Condiciones Generales

MODELO 2011



IMQ Internacional

Seguro de Asistencia Sanitaria en
Centros Internacionales

Condiciones Generales

MODELO 2011



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

Índice

Seguro de Asistencia Sanitaria en Centros Internacionales

| | | |
|-------------|--|----|
| Artículo 1 | Preliminar | 3 |
| Artículo 2 | Definiciones | 3 |
| Artículo 3 | Bases del Contrato | 7 |
| Artículo 4 | Objeto del Seguro | 7 |
| Artículo 5 | Prestaciones garantizadas | 8 |
| Artículo 6 | Cuantía de las indemnizaciones y Franquicias | 10 |
| Artículo 7 | Riesgos excluidos | 10 |
| Artículo 8 | Periodos de carencia | 13 |
| Artículo 9 | Procedimiento en caso de siniestro | 13 |
| Artículo 10 | Pago de la Prima | 14 |
| Artículo 11 | Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza | 16 |
| Artículo 12 | Otras obligaciones, cargas, deberes y facultades del Tomador y/o del Asegurado | 16 |
| Artículo 13 | Otras obligaciones del Asegurador y del Asegurado | 19 |
| Artículo 14 | Duración del Seguro | 19 |
| Artículo 15 | Indisputabilidad del Contrato | 20 |
| Artículo 16 | Tratamiento de los Datos de Carácter Personal | 20 |
| Artículo 17 | Control e instancias de reclamación | 21 |
| Artículo 18 | Comunicaciones | 22 |

Artículo 1

Preliminar

La actividad aseguradora que lleva a cabo Igualatorio Médico Quirúrgico, S.A. de Seguros y Reaseguros, está sometida al control de las autoridades del Estado Español siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.

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 lo dispuesto en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre (B.O.E. de 5 de noviembre), por lo dispuesto en el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (B.O.E. de 25 de noviembre) y por lo que se conviene en las Condiciones Generales y Particulares de este Contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que no sean especialmente aceptadas por el mismo, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán la mencionada aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

Artículo 2

Definiciones

A los efectos del presente Contrato se entenderá por:

Accidente

Lesión corporal que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, ocurrida durante la vigencia del Contrato.

Año natural

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

Asegurado

La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el Seguro y que, en defecto del Tomador, asumen las obligaciones derivadas del Contrato.

Asegurador

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

Condiciones Particulares

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

Cuestionario de Salud

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

Devengo de la Prima

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

Enfermedad

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

Enfermedad, lesión, defecto o malformación congénita

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

Enfermedad preexistente

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

Fraccionamiento del pago de la Prima

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

Franquicia

Importe de los gastos médicos incurridos que corresponde abonar al Asegurado. Dicho importe, podrá ser actualizado anualmente de conformidad con lo establecido en el Artículo 11 de las Condiciones Generales, "ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA".

Hospital

Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día, y sólo se admitirá el ingreso en el mismo de personas enfermas o lesionadas.

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

Hospitalización

El hecho de que una persona figure registrada como paciente en un hospital y pernocte ocupando cama hospitalaria, durante la vigencia del Contrato.

Intervención quirúrgica

Todo acto del arte médico que requiera ingreso en clínica y uso de quirófano para la actuación médica profesional, durante la vigencia del Contrato.

Médico

Licenciado en Medicina legalmente habilitado para ejercerla.

Medicamento Necesario

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

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

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

Período de Carencia

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

Período de disputabilidad

Intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la Póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella, durante el cual el Asegurador puede rechazar la cobertura de prestaciones o impugnar el Contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores del Asegurado y que éste no declaró en el Cuestionario de Salud. Transcurrido dicho plazo el Asegurador tendrá esa facultad en el caso de que el Tomador y/o Asegurado hayan actuado dolosamente.

Póliza

El documento que contiene las cláusulas y pactos que regulan el Seguro. Forman parte integrante e inseparable de la Póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales si procediesen y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma, para complementarla o modificarla.

Prestación

Consiste en la asunción del coste de la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro objeto de cobertura, durante la vigencia del Contrato.

Prima

El precio del Seguro. La Prima es única, anual y pagadera por adelantado. No obstante, podrá pactarse su pago fraccionado, lo que en ningún caso constituirá fragmentación del carácter anual e indivisible de la misma.

Es Primera Prima aquélla que se refiere al período asegurado que media entre la fecha de contratación del Seguro y el final de su vigencia inicialmente prevista, sin perjuicio de las prórrogas, tácitas o expresas, a que por común acuerdo de las partes contratantes hubiere lugar. Como norma general, la Primera Prima constituirá la contraprestación del Tomador de la Póliza por la cobertura de riesgo que le dispensa el Asegurador desde la fecha de contratación del Seguro hasta el 31 de diciembre de ese mismo año.

Son Segunda y Sucesivas Primas las que se refieran, respectivamente, al segundo o sucesivos períodos anuales asegurados, en los cuales el Contrato de Seguro sigue vigente como consecuencia de prórrogas, tácitas o expresas.

La Prima puede ser actualizada anualmente de acuerdo con lo establecido en el Artículo 11 de las Condiciones Generales, "ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA".

Prótesis

Todo elemento de cualquier naturaleza, utilizado para reemplazar temporal o permanentemente tanto la ausencia de un órgano, aparato o sistema lesionado (total o parcialmente), como su función fisiológica.

Siniestro

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

Suma asegurada

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

Tomador

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

Unidad Familiar

Las personas que forman parte de la Unidad Familiar a efectos de la presente Póliza se considera que son el Asegurado, su cónyuge y, en su caso, los hijos de ambos.

Urgencia

Situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

Urgencia vital

Toda situación que pone en peligro inminente la vida de una persona y que requiere de una actuación médica inmediata.

Artículo 3

Bases del Contrato

Las declaraciones formuladas por el Tomador y/o Asegurado, de acuerdo con la Solicitud de Seguro y el Cuestionario de Salud que le someta el Asegurador, así como la presente Póliza, constituyen un todo unitario y son la base para la aceptación del riesgo por parte del Asegurador, las obligaciones que para él se derivan y la determinación de la cuantía de la Prima.

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

El límite de edad para asegurarse es de **sesenta y cinco años**.

Se causará baja automática el 31 de diciembre de la anualidad en que el Asegurado cumpla 66 años.

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

Artículo 4

Objeto del Seguro

Con sujeción a las disposiciones y limitaciones que más adelante se establecen, esta Póliza cubre, hasta el límite de la suma asegurada contratada, los gastos médicos incurridos por el Asegurado durante el período de indemnización establecido en el Artículo 6 de las presentes Condiciones Generales, por diagnósticos, tratamientos, servicios, suministros o prescripciones médicas prestados dentro del ámbito territorial establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, que tengan la consideración de ser Médicamente Necesarios, y siempre que sean ocasionados como resultado de o en relación con las enfermedades objeto de cobertura tal y como se definen a continuación, y que sean diagnosticadas por primera vez durante el período de vigencia de la Póliza y cuyos primeros síntomas se manifiesten en dicho período.

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

- **Cáncer:** La manifestación de un tumor maligno caracterizado por no estar encapsulado y por el crecimiento y dispersión incontrolado de células malignas y la invasión de tejidos. El término "cáncer" incluye la leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica) y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico debe ir apoyado con evidencia histológica de malignidad.
- **Infarto de miocardio:** La muerte o necrosis de parte del músculo cardíaco o miocardio como resultado de una obstrucción de las arterias coronarias.

El diagnóstico deberá ser confirmado por todos y cada uno de los siguientes síntomas: historial de dolor pectoral típico y prolongado, y alteraciones nuevas en los electro-cardiogramas que

confirman la muerte de parte del miocardio, y elevación de las enzimas cardíacas por encima de lo normal en una comprobación de laboratorio.

Además deberá ser acreditado el tratamiento o ingreso en un centro hospitalario.

- **Accidente cerebro-vascular:** La lesión o accidente cerebro-vascular debido a trombosis cerebral, embolia o hemorragia, que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que suponga una lesión neurológica permanente.
- **Insuficiencia renal:** La fase final del fallo crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones a consecuencia del cual sea necesario proceder a una diálisis renal a intervalos regulares o a la realización de un trasplante renal (como receptor).
- **Intervención quirúrgica por afección de la arteria coronaria:** El sometimiento efectivo a cirugía de bypass (o de vena safena o de injerto de mamaria interna) para el tratamiento de enfermedades de la arteria coronaria. Debe proporcionarse evidencia angiográfica de la enfermedad subyacente.
- **Sustitución de las válvulas del corazón:** La realización efectiva de la reposición total de una o más válvulas del corazón para el tratamiento de una enfermedad.
- **Trasplante de órgano vital:** La cirugía de trasplante como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, médula ósea y páncreas.

Artículo 5

Prestaciones garantizadas

Los gastos médicos que son Objeto de Seguro bajo esta Póliza, deducida la franquicia establecida en el Artículo 6 de estas Condiciones Generales, corresponden a los cargos efectuados:

- a) Por un **hospital**, en concepto de:
 - Habitación y comidas, y servicio general de enfermería durante la permanencia en una habitación, sala o pabellón, o unidad de vigilancia o cuidado intensivo.
 - Otros servicios hospitalarios incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta externa de un hospital y los gastos correspondientes al coste de una cama supletoria o de acompañante, siempre que el servicio estuviera disponible.
- b) Por un **centro de cirugía ambulatoria** o independiente, pero solamente si el tratamiento, cirugía o prescripción hubiese estado cubierta bajo esta Póliza de haber sido proporcionado en un hospital.
- c) Por un **médico**, en concepto de consulta, tratamiento, cuidados médicos, o cirugía.
- d) Por **visitas médicas** efectuadas al Asegurado mientras se encuentre ingresado en un hospital.
- e) Por los siguientes **servicios**, tratamientos o prescripciones médicas y quirúrgicas:
 - Anestesia y su administración, siempre que haya sido proporcionada por un anestesiólogo profesional.

- Análisis de laboratorio y patología, radiografías con fines diagnósticos, radioterapia, isótopos radioactivos, quimioterapia, electrocardiogramas, ecocardiografías, mielogramas, electroencefalogramas, angiografías, tomografías computarizadas, y otras pruebas y tratamientos similares, requeridos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad objeto de cobertura, siempre que hayan sido suministrados por un médico, o bajo la supervisión de un médico.
 - Transfusiones de sangre, aplicación de plasma y sueros.
 - Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones.
- f) Por **productos farmacéuticos** o medicinas aplicados por prescripción médica mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado. Quedan garantizados aquellos que sean prescritos en procesos postoperatorios aún cuando el Asegurado se encuentre fuera del hospital.
- g) Por los servicios de traslados y transportes en **ambulancias** terrestres y aéreas cuando su utilización sea indicada y prescrita por un médico.
- h) Por los servicios prestados durante el proceso de obtención de órganos o tejidos de un donante fallecido con el propósito de efectuar un trasplante de órgano. Se incluyen los gastos por extirpación, conservación y transporte del órgano o tejido que se trasplanta a un Asegurado.
- i) Por los servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de extirpación de un órgano con el propósito de efectuar un trasplante de órgano al Asegurado, ocasionados con motivo de:
- El proceso de investigación para la localización de donantes potenciales.
 - Los servicios prestados al donante en un hospital, en concepto de habitación, sala o pabellón, comidas, servicio general de enfermería, servicios regulares proporcionados por el personal del hospital, pruebas de laboratorio, y uso de equipos y otros servicios hospitalarios (exceptuándose artículos de uso personal que no sean necesarios durante el proceso de extirpación del órgano o tejido que se va a trasplantar).
 - La cirugía y servicios médicos relacionados con la extirpación del órgano o tejido del donante, que se intenta trasplantar al Asegurado.
- j) Por servicios y materiales suministrados por cultivos de médula ósea, relacionados con un trasplante de tejido a practicar en el Asegurado. Se indemnizarán solamente los gastos incurridos a partir de la fecha en que el primer Gasto Médico cubierto por dicho concepto fuera ocasionado.

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

Artículo 6

Cuantía de las indemnizaciones y Franquicias

La cobertura se presenta en las siguientes modalidades de indemnización:

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

La suma asegurada, en el caso de la contratación del límite individual, será la indemnización máxima garantizada por el Asegurador para cada Asegurado y para cada enfermedad cubierta que sea diagnosticada por primera vez durante el período de vigencia de la Póliza y cuyos primeros síntomas se manifiesten en dicho período. En este caso, el Asegurado se hará cargo del 10% de todos los gastos médicos incurridos hasta un importe máximo de 6.000 euros por patología.

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. En este caso, el Asegurado se hará cargo del 10% de todos los gastos médicos incurridos hasta un importe máximo de 6.000 euros en total para el período del seguro.

Se establece un periodo de indemnización máximo de 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 36 meses establecido en esta Póliza.

Artículo 7

Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la cobertura del Seguro:

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

- Toda enfermedad objeto de cobertura que haya sido diagnosticada o por la que el Asegurado haya recibido tratamiento antes de la fecha de efecto de la Póliza.
 - Toda enfermedad objeto de cobertura que haya sido diagnosticada durante el Período de Carencia de tres meses indicado en el Artículo 8 de estas Condiciones Generales.
 - Toda enfermedad o padecimiento que no esté específicamente contemplado en el Objeto de Seguro de esta Póliza, según se describe en el Artículo 4 de estas Condiciones Generales.
 - Toda enfermedad objeto de cobertura causada intencionada o dolosamente por el Asegurado o derivada de actos de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado.
 - El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier enfermedad que sea secundaria u originada por el SIDA, o que sea consecuencia de cualquier tratamiento del SIDA, incluyendo la enfermedad conocida como " Kaposi Sarcoma".
 - Todo tumor histológicamente descrito como pre-maligno o que solo muestre los primeros cambios malignos, los cánceres no invasivos o "in situ", los tumores en presencia de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana, los cánceres de piel a excepción del melanoma maligno y del cáncer papilar de la vejiga.
 - Los ataques isquémicos pasajeros y los ataques de isquemia vertebrobasilar.
 - La lesión traumática de la aorta, las alteraciones congénitas de la aorta coronaria, así como la reparación de las válvulas del corazón y la valvotomía.
- 2) Cualquier gasto incurrido en España.
 - 3) Cualquier gasto incurrido fuera del cuadro de los servicios médicos internacionales recomendados por el Asegurador, excepto si se trata de una urgencia médica tal y como está previsto en el apartado D del Artículo 9 de estas Condiciones Generales.
 - 4) Todo tipo de productos farmacéuticos y medicinas que no hayan sido dispensadas por un farmacéutico licenciado, o para cuya obtención no se requiere receta o prescripción de un médico.
 - 5) Servicios de custodia, cuidado de la salud en el hogar o servicios proporcionados en un centro o institución de convalecencia, asilo u hogar de ancianos, aún cuando tales servicios sean requeridos o necesitados como consecuencia de una de las enfermedades objeto de cobertura.
 - 6) Gastos incurridos relacionados con:
 - a) La utilización de medios alternativos aún cuando hayan sido prescritos de forma específica por un médico.
 - b) Gastos de hospedaje que no sea el propio hospital donde se va a prestar el servicio o atención médica así como fianzas y depósitos económicos.
 - c) Gastos de intérprete, gastos de teléfono y otros relacionados con el servicio de coordinación del viaje prestados al Asegurado y acompañante, así como gastos de artículos de uso personal o los que no sean de índole médica, o por cualquier otro servicio proporcionado a familiares, acompañantes o asistentes.

- d) Gastos en compra o alquiler de sillas de ruedas, camas especiales, aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire, y cualesquiera otros artículos o equipos similares.
 - e) Gastos de viaje, transporte o desplazamientos de cualquier tipo incurridos por el Asegurado o sus acompañantes.
 - f) Gastos realizados por los acompañantes del Asegurado durante el período de tiempo que dure el tratamiento médico del Asegurado cubierto por esta Póliza, salvo los expresamente cubiertos.
- 7) Los derivados de la asistencia sanitaria de accidentes laborales y enfermedades profesionales o los derivados de accidentes amparados por el Seguro Obligatorio de Vehículos a Motor.
 - 8) Los gastos médicos derivados de guerras civiles, internacionales o coloniales, invasiones, insurrecciones, rebeliones, revoluciones, motines, alzamientos, represiones, actos de terrorismo y maniobras militares, aún en tiempos de paz; los que guarden relación directa o indirecta con la radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de situaciones como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos y meteorológicos de carácter extraordinario y los causados por epidemias declaradas oficialmente.
 - 9) Los gastos médicos derivados de afecciones, lesiones o dolencias patológicas producidas o contraídas y manifestadas antes de la entrada en vigor de la Póliza, aún cuando no se hubieran diagnosticado de forma concreta; las secuelas producidas por ellas, así como defectos o deformaciones físicas preexistentes y anomalías o defectos congénitos; salvo que dichas circunstancias hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en la Declaración de Salud y hayan sido expresamente pactadas por el Asegurador en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.
 - 10) Los gastos médicos derivados del alcoholismo y drogadicción e intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y al uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, así como los derivados de embriaguez, riñas (salvo la legítima defensa) o intentos de suicidio y autolesiones, y los accidentes sufridos por dolo del Asegurado.
 - 11) Los servicios de profesionales o de establecimientos sanitarios que hubieran sido solicitados directamente por el Asegurado a título particular, es decir, al margen de su condición de tal y sin invocar el Seguro, y para todas las actuaciones derivadas de la dolencia o afección que motivó la solicitud de los servicios.
 - 12) Los gastos médicos correspondientes a la asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general y, particularmente, en las actividades siguientes: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, rugby, hípica, torreo y encierro de reses bravas.
 - 13) Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínica no estén debidamente contrastados científicamente por entidades y/u organismos internacionales de general aceptación.

Artículo 8

Periodos de carencia

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

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

Artículo 9

Procedimiento en caso de siniestro

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

- a) El Asegurado, o cualquier persona que actúe en su nombre, deberá ponerse en contacto, tan pronto como sea posible, con el **Centro de Coordinación y Atención Médica** para notificar el caso, presentando un **certificado** o dictamen médico en el que se determine con exactitud el diagnóstico de la enfermedad, fecha de origen, historial médico del Asegurado y los informes y pruebas que se estimen necesarias para la verificación del diagnóstico.
- b) El Asegurador, con la intención de resolver la situación planteada al Asegurado de la mejor manera posible y para poderle ofrecer un servicio de calidad que le permita tener una mayor certeza del alcance de su dolencia, pone a disposición del Asegurado una solicitud de **Segunda Opinión Médica** con el respaldo de los principales especialistas médicos reconocidos en todo el mundo para contrastar el diagnóstico y procedimiento o tratamiento médico a recibir.
- c) Una vez realizada la segunda opinión médica y en coordinación con el Asegurado y su médico se decidirá sobre el mejor tratamiento a seguir. En caso de optar el Asegurado por recibir tratamiento en el extranjero será necesario solicitar una **Certificación Previa**, según se estipula en el siguiente apartado.
- d) Será condición previa al derecho a indemnización bajo esta Póliza que el Asegurado, o cualquier persona que actúe en su nombre, solicite, a través del Centro de Coordinación y Atención Médica, un **Certificado de Cobertura** del Asegurador **con anterioridad a recibir cualquier tratamiento**, servicio, suministro o prescripción médica en relación a una enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

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

- e) En el caso de que el Asegurado demande un servicio cubierto por esta Póliza provocado por una situación de urgencia médica, éste, o cualquier persona que actúe en su nombre, deberá ponerse en contacto con el Centro de Coordinación y Atención Médica dentro de las 24 horas posteriores a la prestación del servicio.
- f) Una vez establecida la existencia del siniestro y cumplido satisfactoriamente el trámite de Certificación Previa, el Asegurador se hará cargo bajo esta Póliza de los gastos médicos incurridos por el Asegurado, con sujeción a todas las demás condiciones, limitaciones y exclusiones contenidas en la misma. Correrá por cuenta del Asegurado la franquicia indicada en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de esta Póliza.
- g) El Asegurador pone, adicionalmente, a disposición del Asegurado los siguientes **servicios gratuitos**:
- Obtención de **citas médicas** con los médicos y hospitales elegidos por el Asegurado, de entre los servicios médicos internacionales recomendados por el Asegurador.
 - Asesoramiento y ayuda con los **trámites de ingreso** y admisión en el hospital elegido por el Asegurado.
 - **Gestión de reserva** de pasajes aéreos y de hospedaje del Asegurado, de sus familiares o acompañantes siempre y cuando realicen el viaje con el fin de recibir éste los tratamientos médicos u hospitalarios relacionados con una enfermedad cubierta bajo la Póliza.
 - Coordinación de la **recepción** del Asegurado y familiares acompañantes en el aeropuerto de llegada y de su traslado posterior al lugar de hospedaje, siempre y cuando el viaje se realice con el fin de recibir tratamientos médicos u hospitalarios relacionados con una enfermedad cubierta bajo la Póliza.
 - A partir del ingreso del Asegurado en el Hospital elegido, se facilitará el acceso a **servicios de intérpretes** cualificados cuando sean necesarios para agilizar la realización de las atenciones médicas.
- h) El Asegurado deberá seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado del tratamiento y deberá dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias de la enfermedad.
- i) El Asegurado, sus familiares o causahabientes deberán permitir la visita de médicos del Asegurador, así como cualquier averiguación que éste considere necesaria, relevando a tal fin del secreto profesional a los médicos que hayan visitado y atendido al Asegurado.

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

Artículo 10

Pago de la Prima

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la Prima.

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 se devengará en el momento de la firma del Contrato y, desde ese momento, será íntegramente exigible. 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, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del primer recibo impagado (o del recibo único, en el caso de que no se hubiera pactado un fraccionamiento de pago) y si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido. Si el Contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas siguientes al día en que el Tomador pague los recibos adeudados.

d) Libranza de recibos y domiciliación

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

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

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

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

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

Artículo 11

Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza

La Prima anual se establecerá de acuerdo con el sexo y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas que el Asegurador tenga en vigor a la fecha de cada renovación.

El Tomador del Seguro da su conformidad a las modificaciones que por tal motivo se produzcan en el importe de las Primas.

Asimismo, el Asegurador, en cada renovación anual de la Póliza podrá:

- a) Actualizar el importe de las Primas.
- b) Actualizar el importe correspondiente a la franquicia.
- c) Actualizar el importe correspondiente al límite máximo de la cobertura.

Estas actualizaciones de Primas y franquicia 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 u otros hechos de similares consecuencias.

El Tomador del Seguro al recibir la notificación de estas actualizaciones de Primas y franquicia para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del Contrato, 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

Otras obligaciones, cargas, deberes y facultades del Tomador y/o del Asegurado

El Tomador del Seguro y, en su caso, el Asegurado, tiene las siguientes obligaciones:

- a) Declarar en el momento de suscribir la Solicitud de Seguro e independientemente del reconocimiento médico previo que, en su caso, se hubiera efectuado, si cualquiera de los Asegurados padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquéllas de carácter recurrente, congénitas, o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o en el momento de la suscripción padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología.

El Asegurador, se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes y, en el caso de aceptarlo(s), podrá incluirse la correspondiente cláusula de exclusión en las Condiciones Particulares de Póliza en lo que se refiere a la cobertura de servicios por dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas.

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

El Asegurador podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las Primas relativas al período en curso en el momento 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.

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el Contrato si la verdadera edad del Asegurado sobrepasa los 65 años al momento de contratar. En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima abonada es inferior, el Asegurado deberá abonar la diferencia. Del mismo modo, si la prima resultase superior, el Asegurador deberá devolver la parte correspondiente.

- c) El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del Contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias 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 Asegurador puede, en el plazo de dos 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 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 días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, el Asegurador queda liberado de su obligación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

- d) 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.

- e) Es carga del Tomador la de comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente Contrato.

Las altas de Asegurados toman efecto el primer día del mes siguiente a la fecha de la notificación o declaración efectuada por el Tomador o Asegurado, tanto en lo que respecta a la Prima, que se adaptará a la nueva situación, como en lo que respecta al comienzo o cesación de la cobertura.

A resultados del preceptivo Cuestionario de Salud, el Asegurador podrá denegar la admisión o establecer exclusiones y, en cualquier caso, serán de aplicación los Períodos de Carencia Generales o los Particulares si los hubiere.

Los hijos recién nacidos cuya alta se solicite dentro del primer mes de vida, y previa cumplimentación del Cuestionario de Salud, gozarán de la cobertura del Seguro desde el instante de su nacimiento, momento desde el que se devengará la Prima correspondiente cuyo cobro será exigible en el momento de la declaración del alta. No se aplicará Período de Carencia superior al que tuviera la madre.

Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, serán de aplicación las normas generales que regulan el alta de Asegurados.

Las bajas de Asegurados, por cualquier causa, comunicadas durante la vigencia del Contrato tomarán efecto en el momento de su notificación al Asegurador y determinarán el ajuste a la nueva situación de las Sucesivas Primas que se devenguen, en caso de prórroga del Contrato del Seguro. Sin embargo, en virtud del principio de indivisibilidad de la Prima, las bajas de Asegurados no producirán efecto alguno respecto de las Primas ya devengadas, aunque su pago se hubiera fraccionado en las Condiciones Particulares en beneficio del Tomador.

- f) 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.
- g) Facilitar la subrogación a favor del Asegurador, según establece la Ley. En consecuencia, el Asegurador, una vez atendidas las obligaciones que para él resultan de este Contrato, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo al objeto de reintegrarse de los gastos de la asistencia.

El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.

El Asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto del Asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. Pero esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un Contrato de Seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho Contrato.

En caso de concurrencia de Asegurador y Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

Artículo 13

Otras obligaciones del Asegurador y del Asegurado

- a) El Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la Solicitud de Seguro o de las cláusulas acordadas; transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.
- b) El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:
 - 1. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud, si medió dolo o culpa grave.
 - 2. En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo hubieran comunicado al Asegurador, actuando de mala fe.
 - 3. Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la Prima o, en su caso, fracción de la misma.
 - 4. Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado.
- c) La utilización de cualquier documento del Seguro por persona que carezca del derecho a hacerlo, facultará al Asegurador para excluir de la cobertura de la Póliza al Asegurado responsable, sin perjuicio de las acciones civiles o criminales que correspondan.

Artículo 14

Duración del Seguro

- a) La entrada en vigor del Contrato de Seguro, salvo pacto en contrario, tendrá lugar a partir de las veinticuatro horas del día en que se pague la Primera Prima.

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

A su vencimiento, el Contrato se prorrogará tácitamente por anualidades naturales. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del primer período o sucesivos.

- c) Si la extinción de la Póliza tuviera lugar en virtud de la denuncia formulada por el Asegurador, se entenderá que subsisten los efectos del Seguro sobre aquellos siniestros iniciados y asistidos durante la vigencia del Contrato, prolongándose hasta la curación en los casos agudos y hasta un máximo de treinta días, contados desde la extinción de la Póliza, en los procesos crónicos.

Artículo 15

Indisputabilidad del Contrato

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

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

Artículo 16

Tratamiento de los Datos de Carácter Personal

Siguiendo lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, en consonancia con la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, le informamos que la contratación de la póliza de seguro de asunción directa del coste de los servicios de asistencia sanitaria requiere para su desarrollo, cumplimiento, control y ejecución por IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (IMQ) el tratamiento por IMQ de sus datos como Tomador, así como los datos de los Asegurados, incluidos datos de salud (tales como los datos de salud solicitados para la contratación del seguro y las actuaciones médicas aseguradas solicitadas y/o realizadas cuyo coste se pretenda cubrir por tal seguro), tratamiento que incluirá la incorporación de sus datos a fichero de los que IMQ será responsable así como, en su caso, la cesión a los profesionales sanitarios que realicen la prestación de servicios de asistencia sanitaria cuyo coste es objeto de la cobertura de la póliza de seguro contratada (tales como médicos, centros sanitarios, hospitales) de aquellos datos que sean necesarios para tal asistencia, pudiendo IMQ solicitar, en su caso, de los prestadores de servicios sanitarios la información que se requiera para la finalidad del

tratamiento de IMQ aquí señalada relativa a la asistencia sanitaria que se solicite o reciba conforme a la póliza de seguro contratada.

Con la solicitud o la realización de cualesquiera prestaciones médicas o sanitarias cuyo coste esté cubierto por el contrato de seguro y/o con la propia renovación de la póliza, el Tomador (i) consiente expresamente a que se realice el tratamiento de sus datos y de los datos del/de los Asegurado/s que el Tomador ha facilitado y que estos datos y los generados con la ejecución de la póliza del seguro contratado se compartan, en su caso, con los prestadores de los servicios sanitarios cuyo coste es objeto de la cobertura de 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 comuniquen a IMQ, esto es, de los Asegurados de la póliza del 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.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición del tratamiento de los datos de los que es responsable IMQ, el titular de los datos debe dirigirse a c/ Máximo Aguirre, 18 Bis, 48011 Bilbao, Bizkaia, adjuntando a su solicitud copia legible de su DNI u otro documento que acredite oficialmente su identidad. 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.

Artículo 17

Control e instancias de reclamación

Los conflictos que puedan surgir entre Tomadores de Seguro, Asegurados, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con entidades aseguradoras se resolverán:

- a) Por los jueces y tribunales competentes (siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado).
- b) Asimismo, podrán las partes someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos del Artículo 31 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, 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.
- c) 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.
- d) Además, podrán formularse reclamaciones por escrito ante el Departamento de Atención al Cliente del Igualatorio Médico Quirúrgico, S. A. de Seguros y Reaseguros por cualquiera de los siguientes medios:

1. Personalmente en cualquiera de las oficinas IMQ.
2. Por correo postal remitido al domicilio social de IMQ sito en la calle Máximo Aguirre, número 18-bis de Bilbao (Bizkaia).
3. Por fax al número 94 427 39 37.
4. Por correo electrónico ala dirección imq@imq.es.

Dicho Departamento acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se le presenten y las resolverá siempre por escrito motivado.

- e) Una vez transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que haya sido resuelta, denegada su admisión, o desestimada la petición, podrá acudir al Comisionado para la defensa del Asegurado ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, conforme a lo previsto en la legislación vigente y, en especial, la Ley 44/2002 de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, así como el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros.

Las acciones que se deriven del presente Contrato prescribirán en el término de 5 años.

Artículo 18

Comunicaciones

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador o del Asegurado, se realizarán al domicilio social de aquél, señalado en la Póliza; pero si se realizan a un Agente representante del Asegurador, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro o al Asegurado, se realizarán al domicilio de los mismos, recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al Asegurador.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor al Asegurador, en nombre del Tomador del Seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

En prueba de conformidad, tanto el Tomador como el Asegurado reconocen conocer y aceptar, por así haberlo pactado libremente, las distintas cláusulas y/o condiciones de este Contrato de seguro, tanto las de carácter limitativo como las que delimitan el riesgo, por así haberse acordado con el Asegurador, en función a la prima pactada y pagada, que supone no haber querido contratar otros riesgos diferentes de los expresados tanto en las presentes Condiciones Generales como en las Condiciones Particulares y las Especiales, si las hubiere, que conforman este Contrato de seguro.



Atención al cliente 902 20 21 50

ARABA

Vitoria-Gasteiz
Avda. Gasteiz, 39
T. 945 23 02 12

BIZKAIA

Bilbao
Oficina central
Máximo Aguirre, 18 bis
T. 902 20 21 50
Clínica Vicente San Sebastián
Rafaela Ibarra, 25
Clínica Virgen Blanca
Maestro Mendiri, 2
Centro de Seguros "El Corte Inglés"
Gran Vía, 7
T. 94 424 42 13

Barakaldo

Oficina comercial
Nafarroa, 16
T. 94 478 30 86
Bide Onera
Avda. de la Libertad, 1 - 5º
T. 902 10 70 30

Durango

Saibigain, 1 bajo
T. 94 620 14 83

Gernika

Abaunza, 2 - bajo
T. 94 625 65 65

Getxo

Gobela, 1
T. 94 480 15 21

Lekeitio

Juan Bautista Eguzkitza, s/n
T. 94 684 20 90

GIPUZKOA

Donostia

Ramón Mª Lili, 3 - 4
T. 943 32 21 00