

Nota Informativa previa y Propuesta de Seguro

Esta documentación es meramente informativa. Su finalidad es proporcionar una información suficiente, previa a la contratación del Seguro. Cualquier solicitud de Seguro estará sujeta, en cualquier caso, a las normas de selección y tarificación de riesgos y a las condiciones generales de la póliza, vigentes en la fecha de formalización de la misma.

DATOS DEL ASEGURADOR

COMPAÑÍA DE SEGUROS IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO Y DE ESPECIALIDADES DE NAVARRA, S.A. ("La Aseguradora"). Con N.I.F. **A31005432** Domicilio social en Calle Paulino Caballero 51, bajo, 31004 Pamplona, inscrita en el Registro Mercantil de Navarra, hoja NA-2226, Tomo 540, folio 4; Clave de Entidad: C0465.

NOMBRE DEL PRODUCTO

IMQ CLASSIC +

TIPO DE SEGURO

Este seguro de enfermedad es un seguro mixto de reembolso de gastos sanitarios y de prestación de asistencia sanitaria a través de cuadro médico de la aseguradora, mediante el cual ésta se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura económica de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que éste requiera en toda clase de enfermedades y lesiones o por embarazo, parto y puerperio, siempre que esté comprendida en la cobertura asegurada.

El seguro ofrece la cobertura en dos modalidades:

- Prestación de asistencia sanitaria:** El Asegurado tiene derecho a recibir la asistencia cubierta por la póliza de los médicos y centros concertados que figuran en los cuadros de la aseguradora. El pago de la asistencia recibida dentro de esta modalidad corre íntegramente a cargo de la aseguradora, que abonará su importe directamente a los facultativos y centros que hubieren realizado la prestación asegurada. En esta modalidad no se concederán indemnizaciones en metálico en sustitución de la prestación de la asistencia sanitaria cubierta.
- Reembolso de gastos sanitarios:** Cuando el Asegurado acuda a recibir la asistencia sanitaria a médicos y/o centros ajenos a los cuadros médicos de la aseguradora, ésta reembolsará de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en Condiciones Especiales.

En adelante, siempre y cuando se mencione que La Aseguradora se hará cargo de una cobertura, se entenderá que en la modalidad de prestación de asistencia sanitaria se hace cargo directamente la aseguradora, y en el caso de la modalidad de reembolso de gastos, el Asegurado abonará el importe del gasto y La Aseguradora reembolsará dentro de los límites del producto contratado recogido en las condiciones particulares y/o especiales, no pudiendo aplicar conjuntamente ambas modalidades para una misma y única prestación.

CUESTIONARIO DE SALUD

Declaración de salud realizada y firmada por el Asegurado, (o su representante legal en el caso de menores de edad), antes de la formalización de la póliza y que sirve a La Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro.

La inclusión de cada Asegurado en la póliza está supeditada a la aceptación del cuestionario de salud requerido por La Aseguradora, salvo en los casos de los recién nacidos, cuando el parto haya sido atendido con cargo al Seguro.

Es imprescindible que la información suministrada por el Asegurado respecto a su salud sea veraz, pues el Asegurado asume las consecuencias legales que se deriven por faltar a la verdad o por omitir información relevante y que puede justificar que La Aseguradora deniegue la contratación del Seguro.

Además, La Aseguradora, podrá aceptar la contratación y/o renovación de la póliza excluyendo las coberturas y/o riesgos preexistentes declarados por el Asegurado o resultantes en las pruebas o exámenes médicos.

DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS OFRECIDAS

Las garantías y servicios cubiertos por esta póliza, son los siguientes:

MEDICINA PRIMARIA:

Medicina General: Asistencia en consulta y a domicilio.

Pediatría, Neonatología y Puericultura: Para niños menores de catorce años.

Enfermería/Servicio de A.T.S./D.U.E: En consulta y a domicilio. En este último caso siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un Médico del Cuadro Médico de IMQ.

URGENCIAS:

Servicio Permanente de Urgencia: que se prestará en el centro o centros que constan en el Cuadro Médico entregado por IMQ. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera, prestada por Médico Generalista y/o ATS.

ESPECIALIDADES:

Asistencia sanitaria en régimen ambulatorio o de internamiento hospitalario (según proceda a criterio del Cuadro Médico de IMQ), en las especialidades que a continuación se citan:

Alergología

Anestesiología y Reanimación, Tratamiento del dolor

Angiología y Cirugía Vasculor

Aparato Digestivo. Queda excluida la cápsula endoscópica.

Cardiología

Cirugía Artroscópica

Cirugía Cardiovascular

Cirugía General y del Aparato Digestivo. Incluye la Cirugía Bariátrica para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 ó a 35 si se asocian comorbilidades mayores.

Cirugía Maxilo-Facial. Quedan excluidos los tratamientos estéticos, asimismo queda excluida la cirugía ortognática, la cirugía preimplantacional y la cirugía preprotésica, aunque las mismas tengan finalidad funcional.

Cirugía Pediátrica

Cirugía Plástica Reparadora

Cirugía Torácica

Dermatología médico quirúrgica

Endocrinología y Nutrición

Geriatría

Hematología y Hemoterapia

Inmunología

Medicina Interna

Medicina Nuclear

Nefrología

Neumología. Aparato Respiratorio

Neurocirugía

Neurofisiología Clínica

Neurología

Obstetricia y Ginecología: Vigilancia del embarazo por Médico tocólogo, y asistencia por éste a los partos.

Odonto-Estomatología: se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y limpieza de boca. A partir de la segunda limpieza de boca anual, será necesaria la prescripción médica.

Oftalmología: Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica, tratamiento de la regeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos (en este caso el coste de los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado, queda excluida la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.

Oncología Médica**Oncología Radioterápica**

Otorrinolaringología: Incluye la radiofrecuencia de cornetes y la cirugía mediante laser CO2.

Proctología y Cirugía Ano-Rectal

Psicología clínica: con un máximo de veinte sesiones por año o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa de la aseguradora. Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.

Psiquiatría

Rehabilitación y Fisioterapia, previa prescripción de un Médico del Cuadro Médico de IMQ. Incluye la rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor, y la rehabilitación del suelo pélvico (exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el Seguro). Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional, así como la rehabilitación neurofisiológica o estimulación cognitiva.

Reumatología

Tratamiento del Dolor: Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), quedando excluidas las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.

Traumatología y Cirugía Ortopédica: Cirugía artroscópica queda expresamente excluida la infiltración de plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento.

Urología: Incluye el uso de láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata.

MEDICINA PREVENTIVA:

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un Médico del Cuadro Médico de IMQ, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la Póliza.

Pediatría: incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.

Obstetricia y Ginecología: revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.

Cardiología: incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.

Planificación familiar: Control del tratamiento con anovulatorios, implantación del DIU y su vigilancia, siendo por cuenta de la asegurada el coste del dispositivo. Ligadura de trompas y vasectomía. Queda expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad.

Urología: Revisión urológica anual para la prevención del cáncer de próstata.

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO:

Análisis clínicos: bioquímica, hematología, microbiología, parasitología.

Anatomía patológica: citopatología.

Radiodiagnóstico: todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos, quedando incluida la utilización de medios de contraste.

Otros medios de diagnóstico: doppler cardiaco, ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, fibroendoscopia.

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO DE ALTA TECNOLOGÍA:

Inmunohistoquímica, ergometría, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía.

Resonancia magnética nuclear, TAC (Scanner)

Colonografía realizada mediante TAC (exclusivamente como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en paciente con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional)

Coronariografía por TAC (exclusivamente para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente, en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis tras cirugía de bypass coronario y en malformaciones del árbol coronario, no incluyendo bajo ninguna circunstancia la valoración de estenosis tras implantación

de stent, la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening).

PET/TAC (exclusivamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la agencia española de medicamentos y productos sanitarios).

Pruebas genéticas: exclusivamente aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye también las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la Administración de productos sanitarios. Quedan expresamente excluidos de la cobertura cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos y cualesquiera otra técnica genética o de biología molecular.

Medios de diagnóstico intervencionistas: radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular. Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por Médicos del Cuadro Médico de IMQ que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

HOSPITALIZACIÓN:

Se realizará en centros concertados en el Cuadro Médico de IMQ, en función de su disponibilidad de camas previa prescripción de un especialista concertado y autorización escrita de IMQ. Queda excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.

Hospitalización obstétrica (Partos): En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención de la parturienta, quirófano o sala de partos, anestesia (incluida la anestesia epidural), curas y su material, medicación e incubadora, serán a cargo del Asegurador.

Hospitalización quirúrgica: En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación, curas y otros tratamientos necesarios serán a cargo del Asegurador. Queda incluida la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical, la ligadura de trompas y vasectomía así como la hospitalización de día. La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas (a excepción de las dentarias) correrá a cargo del Asegurador. En cuanto al coste de las prótesis en sí, será de cuenta de IMQ en el supuesto de válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de bypass vascular, endoprótesis vasculares (stent), prótesis mamarias (en casos de mastectomía radical), prótesis internas traumatológicas, lentes intraoculares incluidas las multifocales y bifocales en el tratamiento de cataratas, mallas sintéticas para la reconstrucción de la pared abdominal o torácica y los reservorios para el tratamiento del dolor. El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas, ortopédicas y el dispositivo D.I.U., será de cuenta del asegurado.

Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica): Se realizará igualmente en habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamientos necesarios, serán a cargo de IMQ. La duración del internamiento será determinada por el Médico del Cuadro Médico de IMQ encargado de la asistencia, y alcanzará hasta que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio. Queda incluida la hospitalización de día.

Hospitalización en U.V.I.: Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de IMQ (por su naturaleza no se incluye cama para acompañante). La duración del internamiento estará en función de si el proceso patológico que sufre el enfermo es o no reversible. En el caso de que el enfermo no sea recuperable en opinión del Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos, éste señalará el tiempo de permanencia del enfermo.

Hospitalización Psiquiátrica: Exclusivamente para los enfermos previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de IMQ de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de cincuenta días por año natural. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de IMQ. (Por su naturaleza no se incluye cama para acompañante).

IMPLANTES Y PRÓTESIS QUIRÚRGICAS:

Serán suministrados siempre por las empresas designadas por IMQ. La garantía comprende, previa prescripción escrita de un médico especialista del cuadro, las prótesis internas y materiales implantables expresamente indicados a continuación:

Cardiovasculares: marcapasos (monocamerales, bicamerales y resincronizadores, con exclusión de los desfibriladores), válvulas cardíacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia (con exclusión de los conductos valvulados), stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular.

Osteoarticulares: prótesis internas traumatológicas, material de osteosíntesis y material osteo-ligamentoso, biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales. - Mama: prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama mastectomizada.

Oftalmológicos: Lentes intraoculares (monofocales y bifocales), para la corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas (con exclusión de las lentes tóricas).

Quimioterapia o tratamiento del dolor: reservorios implantables (port-a-cath).

Implantes reparadores: mallas sintéticas para reconstrucción abdominal o torácica.

El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, prótesis externas, ortesis y ortoprotésis no incluidos en el detalle anterior correrán a cargo del asegurado.

TRATAMIENTOS ESPECIALES:

Terapias respiratorias a domicilio: incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), aerosolterapia (en este caso la medicación correrá a cargo del Asegurado). Ventilación por presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y ventilación con dispositivos binivel (BIPAP).

Transfusiones de sangre y/o plasma

Logopedia y foniatría: Tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz derivadas exclusivamente de procesos orgánicos. (Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía o discalculia).

Electrotermoterapia en rehabilitación

Laserterapia: Incluye fotocoagulación en oftalmología, la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación musculoesquelética y en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata. Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.

Nucleotomía percutánea

Diálisis y riñón artificial

Litotricia Renal

Quimioterapia: En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Aseguradora solo asumirá los gastos de medicamentos clasificados como citostáticos, comercializados en España y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad. (Quedan expresamente excluidos los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como por ejemplo la quimioterapia intraperitoneal).

Oncología radioterápica: Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, acelerador lineal, los isótopos radioactivos, la radioneurolugía estereotáxica y la radioterapia de intensidad modulada en los tumores intracraniales.

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por médicos del cuadro médico de IMQ que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la póliza.

OTROS SERVICIOS:

Ambulancias: Para el traslado urbano e interurbano en la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El Seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al Sanatorio o viceversa y solo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un Médico del Cuadro Médico de IMQ, salvo en caso de urgencia.

Matronas, en la asistencia hospitalaria al parto.

Preparación al parto.

Podología, con un máximo de doce sesiones por año.

SEGUNDA OPINION MÉDICA:

Segunda opinión médica internacional para aquellos Asegurados que cuenten con un primer diagnóstico de una enfermedad grave incluida en el siguiente listado:

Oncología

Enfermedades cardíacas, incluyendo cirugía cardíaca y angioplastia

Trasplante de órganos

Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares

Cirugía ortopédica compleja

Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso

Enfermedades y dolencias derivadas de la insuficiencia renal

A estos efectos, al solicitar el Servicio de Segunda Opinión Médica el Usuario o el médico de IMQ del usuario deberá aportar el historial médico-clínico relativo al caso y las pruebas de laboratorio, informes médicos, radiografías, biopsias, etc. que correspondan al primer diagnóstico establecido o los informes y pruebas complementarias que pudieran solicitar.

ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO:

Se incluye una cobertura de Asistencia en Viaje que garantiza cobertura de asistencia sanitaria urgente en todo el mundo hasta 12.000 euros, repatriación de Asegurados enfermos o fallecidos, gastos de prolongación de estancia en hotel, billete de ida y vuelta para familiares desplazados, etc..

Dicho Seguro tiene definidas detalladamente en las condiciones del contrato sus coberturas específicas, carencias y exclusiones de cobertura. Consúltelo con anterioridad a la contratación.

FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

1. Asistencia sanitaria a través de cuadro médico concertado:

La asistencia se prestará de conformidad con la normativa sanitaria que resulte de aplicación por profesionales pertenecientes al cuadro médico concertado correspondiente a este producto asegurador. Cuando en la población donde se encuentre el Asegurado no exista alguno de los servicios que son objeto de cobertura por esta póliza, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan realizarse a elección del asegurado.

Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta IMQ. Igualmente el Asegurado estará obligado a exhibir su documento nacional de identidad si le fuese requerido. Cada vez que el Asegurado reciba un servicio cubierto por la póliza, abonará en concepto de franquicia o participación en el coste de dicho servicio, la cantidad que se establece en las condiciones particulares. A estos efectos La Aseguradora remitirá periódicamente al Asegurado un extracto comprensivo de los servicios que hubieren utilizado los asegurados incluidos en la póliza, junto con el importe de las franquicias correspondientes a los mismos. El cobro de la cantidad total que resultare se efectuará mediante recibo domiciliado en la cuenta bancaria que el Tomador haya designado para el pago de la Prima. El importe de las franquicias podrá ser actualizado por IMQ, de conformidad con lo establecido en la Cláusula 12ª IMQ está obligado a prestar cobertura aseguradora en los términos establecidos en la póliza, no quedando vinculada por las decisiones que puedan adoptar profesionales pertenecientes o no a su cuadro médico y que no sean objeto de dicha cobertura asegurada.

La asistencia puede llevarse a cabo de diferentes maneras, dependiendo del servicio a prestar:

1.1 Libre acceso: Los asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas, de medicina familiar y pediatría, así como a los centros de urgencias que forman parte del cuadro del médico concertado con IMQ. En el cuadro médico se indicará aquéllos especialistas para los que es necesario la prescripción o autorización.

1.2 Prescripción previa para la realización del servicio: Las pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos y determinados servicios asistenciales requerirán prescripción escrita de un médico concertado de IMQ para su realización.

1.3 Prescripción y autorización previa para la realización del servicio: Con carácter general, para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones y médicos consultores será necesaria la previa autorización expresa de IMQ tras la prescripción escrita de los facultativos de la entidad. Dicha autorización será necesaria para determinados métodos terapéuticos, pruebas diagnósticas y otros servicios asistenciales, siempre que así se indique en el cuadro médico impreso. El volante de autorización carecerá de validez si en el momento de la realización del servicio, el Asegurado no cumple con todos los requisitos establecidos en el condicionado de su póliza del seguro para contar con plena cobertura aseguradora en relación con el servicio que es objeto de dicha autorización (por ejemplo no estar al corriente de pago de la prima, enfermedad preexistente no declarada,...).

1.4 Servicios al domicilio del asegurado: IMQ obliga a prestar los servicios a domicilio en aquellas poblaciones en las que IMQ tenga concertado la prestación de dicho servicio. Cualquier cambio de domicilio del Asegurado deberá de ser notificado de manera fehaciente con una antelación mínima de ocho días al requerimiento del servicio. Los servicios prestados en el domicilio del Asegurado son los relativos a las especialidades de medicina familiar, urgencias, enfermería, ambulancia y terapias respiratorias. La Aseguradora se reserva el derecho a no prestar dicho servicio cuando bajo criterios médicos no lo considere necesario.

Los tratamientos de las terapias respiratorias deben ser prescritos por un Neumólogo concertado con IMQ. En todos los tratamientos crónicos el Asegurado deberá renovar la prescripción del Neumólogo y la autorización del servicio por parte de IMQ cada mes.

1.5 Urgencias: según dispone el artículo 103 de la Ley del Contrato del Seguro, IMQ asume las necesarias asistencias de carácter urgente de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la póliza y en todo caso serán prestadas a través de los medios concertados por IMQ específicamente indicados en el cuadro médico de la compañía. En los casos de urgencia vital siempre que el Asegurado se vea obligado a ingresar en centro ajeno al cuadro médico de la Entidad, deberá notificarse fehacientemente a La Aseguradora dicho ingreso con la máxima celeridad posible para que ésta pueda realizar el traslado del Asegurado a un centro concertado siempre que su situación clínica lo permita.

1.6 Asistencia en medios no concertados con IMQ: Sin perjuicio de lo indicado en el apartado anterior para los casos de urgencia vital, La Aseguradora no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico, ni de servicios que dichos servicios facultativos ajenos que pudieran ordenar. Asimismo IMQ no asume bajo la modalidad de cuadro médico concertado, que es objeto de aseguramiento de este póliza, los gastos originados en centros privados o públicos no concertados para este producto, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

2. Asistencia sanitaria a través de la modalidad de reembolso de gastos:

Las prestaciones médicas que son objeto de cobertura por esta póliza bajo la modalidad de cuadro médico concertado y dentro de sus mismos límites y exclusiones podrán ser cubiertas bajo la modalidad de reembolso. El reembolso por parte de La Aseguradora de los gastos correspondientes a las prestaciones médicas aseguradas ya indicadas se realizará de acuerdo con los porcentajes de reembolso y límites específicos de capital Asegurado para cada garantía contratada, según se especifica en las condiciones especiales de la presente póliza y siguiendo las normas de tramitación de reembolso establecidas en este condicionado general.

En caso de utilizar la modalidad de reembolso de gastos no será necesario que la prescripción y realización de los servicios sea realizada por un facultativo perteneciente al cuadro médico concertado por IMQ.

2.1 Límites de capital asegurado: Cuando el Asegurado requiera asistencia sanitaria comprendida en las especialidades y servicios que incluye la cobertura según lo recogido en la cláusula 2 (descripción de la cobertura) y decida recibirla de un hospital o clínica y/o de facultativos ajenos a los cuadros médicos de IMQ, IMQ reembolsará al asegurado, los gastos que el tratamiento conlleve, de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en las condiciones especiales de este seguro.

Las intervenciones quirúrgicas realizadas al mismo Asegurado el mismo día y por el mismo profesional se considerarán una única intervención a efectos de la aplicación de límite de capital Asegurado correspondiente.

El uso combinado de garantías comprendidas en una y otra modalidad para un mismo proceso médico, solo será posible si lo permiten los acuerdos de La Aseguradora con los profesionales, centros y establecimientos de sus cuadros médicos que intervengan en el proceso. En otro caso, los gastos devengados en la asistencia del asegurado, en su totalidad serán asumidos por La Aseguradora con arreglo a las previsiones de la modalidad de reembolso de gastos, de acuerdo con los límites cuantitativos establecidos en las condiciones especiales.

a) Suma asegurada anual: Computará a los efectos de suma asegurada el total de las cantidades reembolsadas por gastos sanitarios producidos durante un año natural. Alcanzado el límite de la suma asegurada establecida en condiciones especiales, se entenderán finalizadas las obligaciones de La Aseguradora en la modalidad de reembolso hasta un nuevo año natural. Con objeto de unificar el vencimiento de las pólizas a 31 de diciembre, en caso de que el seguro inicie su vigencia con posterioridad al 1 de enero, la suma asegurada establecida en las condiciones especiales, para el primer año será proporcional a la fracción de año contratada.

b) Límites parciales: son los límites establecidos en condiciones especiales para los distintos tipos de acto médico. Son las cantidades máximas de La Aseguradora reembolsará para cada tipo de acto médico para los que se especifica solo se computarán y aplicarán en la modalidad de reembolso de gastos.

CONDICIONES ESPECIALES

SUMA ASEGURADA: La Aseguradora, en concepto de reembolso de gastos por la asistencia sanitaria que, cubierta por la Póliza, hubiera recibido el Asegurado, abonará una cantidad equivalente al 80% de dichos gastos, y siempre con un máximo de 150.000 € por Asegurado y anualidad de Seguro.

La cantidad indicada constituye, por ello, la suma asegurada prevista en la Cláusula 2 "Descripción de la Cobertura" Con el objeto de unificar el vencimiento de las pólizas a 31 de diciembre, en caso de que el Seguro inicie su vigencia con posterioridad al 1 de enero, la suma asegurada para el primer año será proporcional a la fracción de año contratada. También se aplicará la proporcionalidad el año en que se extinga la Póliza si la extinción es anterior al 31 de diciembre.

LÍMITES ESPECIALES DE REEMBOLSO: No obstante lo dispuesto en el anterior apartado, el reembolso a efectuar por La Aseguradora no excederá de los límites que, para cada tipo o clase de asistencia sanitaria, a continuación se establecen:

1. Asistencia ambulatoria:

Se establece un límite total por Asegurado y año en asistencia ambulatoria de 30.000 euros, así como los límites parciales que a continuación se detallan:

a) HONORARIOS MÉDICOS:

Consultas:

- Medicina general y pediatría: 60 €/ consulta
- Resto especialidades 100 €/ consulta
- A.T.S.. (curas e inyectables): 30 €/ consulta
- Podología 30 €/consulta

b) Medios de diagnóstico y analíticas: 3.000 € anuales

c) Otras prestaciones: Las prestaciones que a continuación se citan tendrán los límites anuales de reembolso que para cada una de ellas, se señalan:

- Odonto-estomatología (solo extracciones, curas y limpiezas) 300 €/ año
- Rehabilitación y fisioterapia: 1.000 € año
- Psicoterapia: 1.500 €/ año
- Ambulancia: 1.000 €/ año
- Preparación al parto: 100 €/ proceso

2. Asistencia hospitalaria:

Se establece un límite total por Asegurado y año en asistencia hospitalaria de 120.000 €, así como los límites parciales que a continuación se detallan:

a) HONORARIOS MÉDICOS EN CASO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

La intervención quirúrgica realizada al Asegurado se catalogará dentro del grupo que corresponda, según la Clasificación Terminológica de Actos y Técnicas Médicas editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos:

- Grupo 0: 800 €
- Grupo 1: 950 €
- Grupo 2: 1.050 €
- Grupo 3: 1.400 €
- Grupo 4: 1.800 €
- Grupo 5: 2.200 €
- Grupo 6: 3.100 €
- Grupo 7: 4.000 €
- Grupo 8: 6.000 €

b) HONORARIOS MÉDICOS CUANDO NO EXISTA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: Consulta en régimen de hospitalización 100 €/ consulta

c) PRÓTESIS: La cantidad máxima a reembolsar será de 7.000 € por Asegurado y año.

d) OTROS GASTOS HOSPITALARIOS:

- Gastos de estancia y otros gastos hospitalarios: la cantidad máxima a reembolsar por estos conceptos será de 900 € por día de hospitalización del asegurado. Si estuviera ingresado en UCI, el límite será de 1.200 € por día.
- En el supuesto de tratamientos en régimen de hospital de día, la cantidad máxima a reembolsar será de 500 € por cada tratamiento.
- Las cantidades indicadas comprenden el reembolso abonable por cualesquiera conceptos sanitarios derivados o correspondientes a la hospitalización, a excepción de los honorarios Médicos y prótesis.

e) ASISTENCIA POR MATERNIDAD: El reembolso a realizar por La Aseguradora de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/o quirúrgica del parto y puerperio no superará en su conjunto las siguientes cantidades:

- Parto normal: 2.500 €/ año
- Parto por cesárea: 4.000 €/ año

En estos importes quedan incluidos todos los gastos causados durante el ingreso, internamiento y visitas hospitalarias, pruebas diagnósticas, honorarios del tocólogo, matrona y ayudantes, anestesia y cualesquiera gastos hospitalarios.

- f) ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO: Se cubrirá la asistencia y los gastos causados por este motivo, únicamente durante el primer año de vida del recién nacido y por un límite máximo, para dicho periodo de tiempo y por todos los conceptos de asistencia sanitaria, de 8.000 €.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Junto con las citadas anteriormente en el epígrafe "Descripción de Garantía y Opciones ofrecidas" quedan excluidos en las coberturas del Seguro:

- a) Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- b) La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.
- c) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado.
- d) La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adicción a drogas de cualquier tipo.
- e) La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio. Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos de motor y seguridad vial, con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el asegurado.
- f) La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica de las siguientes actividades: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, hípica, toreo y encierro de reses bravas; así como la asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general.
- g) La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, estados de salud, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada asegurado en la póliza, que siendo conocidas por el asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento conforme la cláusula 5.1.
- h) Los tratamientos por esterilidad o infertilidad.
- i) El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos.
- j) El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria y los test psicológicos.
- k) Los trasplantes de órganos. El seguro incluye no obstante las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio asegurado que resulten necesarias para realizarle un trasplante autólogo de médula ósea o un trasplante de córnea, con las gestiones administrativas que ello conlleve.
- l) La asistencia sanitaria del S.I.D.A. y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.).
- m) La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.
- n) Corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos tales como la miopía, hipermetropía o astigmatismo y cualquier otra patología refractiva ocular.
- ñ) Los gastos de transporte del asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia y en casos de diálisis.
- o) Técnicas diagnósticas y/o terapéuticas cuyo uso no sea habitual y aceptado en el sistema nacional de salud.
- p) Todo tipo de prótesis, así como el material biológico y/o sintético y los dispositivos implantables, salvo los expresamente incluidos en la cláusula 2.7.
- q) La cirugía robótica asistida en todas las especialidades, las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.
- r) Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificadas por las agencias españolas de evaluación de teorías sanitarias.

PERIODOS DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asume IMQ, serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del Contrato para cada uno de los Asegurados. Se exceptúan del anterior principio general las prestaciones siguientes:

A) MEDIOS DE DIAGNÓSTICO:

Medios de Diagnóstico de alta tecnología: tendrán un periodo de carencia de tres meses.

Medios de diagnóstico intervencionistas: tendrán un periodo de carencia de seis meses.

B) HOSPITALIZACIÓN:

Las intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio (intervenciones del grupo 0 al II según clasificación de la organización médica colegial) tendrán un periodo de carencia de tres meses.

Hospitalización e intervención quirúrgica: por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día (intervenciones del grupo III al VIII según clasificación de la organización médica colegial) tendrán un periodo de carencia de diez meses, excepto la ligadura de trompas y vasectomía (cláusula 2.4 cláusulas descriptivas de cobertura) que tendrán un periodo de carencia de seis meses.

Asimismo, para que La Aseguradora sufrague el coste de las prótesis (no su implantación) el periodo de carencia será de diez meses.

En caso de intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose por tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.

C) TRATAMIENTOS ESPECIALES:

Tendrán un periodo de carencia de tres meses los siguientes tratamientos especiales:

Electrotermoterapia en rehabilitación

Laserterapia en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología así como en laser rehabilitación musculoesquelética.

Nucleotomía percutánea

Tendrán un periodo de carencia de diez meses los siguientes tratamientos especiales:

Diálisis y riñón artificial

Laserterapia: Cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en Ginecología, Otorrinolaringología, Dermatología y el tratamiento de hiperplasia benigna de próstata.

Litotricia renal

Quimioterapia y Oncología radioterápica

FRANQUICIAS

El presente contrato llevará asociados las siguientes franquicias en la modalidad de cuadro médico:

Consultas: Medicina general y pediatría.....	2.70 euros
Arteriografía.....	12.00 euros
ATS.....	2.00 euros
Hemodinámica Vasculard.....	12.00 euros
Podología/Rehabilitación (por sesión).....	2.70 euros
Polisomnografía.....	12.00 euros
Urgencias.....	5.50 euros
Resonancia Magnética Nuclear (RMN).....	12.00 euros
Psicoterapia.....	9.00 euros
Tomografía Axial Computarizada (TAC).....	12.00 euros
Pruebas genéticas.....	12.00 euros
Litotricia.....	12.00 euros
Medicina Nuclear.....	12.00 euros
Resto pruebas y actos no mencionados.....	4.00 euros

Y los límites y porcentajes de reembolso de gastos establecidos en las condiciones especiales para la modalidad de reembolso.

CONDICIONES, PLAZOS Y VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS

1. Cuestiones generales:

El importe de la prima del Seguro, está indicado en la penúltima hoja de este documento. La prima es anual, si bien puede pactarse su fraccionamiento trimestral (recargo del 4%) o semestral (recargo del 2%).

El pago de la prima se domiciliará en la cuenta bancaria que indique el Tomador, de la cual debe ser titular y la entidad financiera tener su sede en España.

2. Comunicación anual del vencimiento y evolución anual de la prima:

Dos meses antes del vencimiento de la póliza el Asegurador enviará una comunicación al tomador de la póliza indicando la prima prevista para la próxima anualidad.

La prima se calculará con arreglo a los costes de los servicios sanitarios de las coberturas y prestaciones cubiertas durante el correspondiente periodo de vigencia del Seguro, la edad del Asegurado utilizando hipótesis actuariales razonables admitidas por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. En consecuencia, debido a la incidencia del aumento de edad del Asegurado, del incremento del coste de los servicios sanitarios, del aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la póliza, de la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato u otros hechos de similares consecuencias, el Asegurador, anualmente, podrá actualizar el importe de las primas del Seguro y de las franquicias

3. Condiciones de resolución del contrato y oposición a la prórroga:

El Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las condiciones particulares.

A su vencimiento y siempre que el tomador esté al corriente en el pago de las primas, el contrato se renovará tácitamente por periodos anuales, salvo que alguna de las partes se oponga a la renovación del contrato por escrito, con dos meses de antelación a su inmediato vencimiento en el caso de la Aseguradora, y un mes de antelación en el caso del Tomador.

Se entenderá renovado el contrato con las nuevas condiciones económicas, si el tomador no comunica al Asegurador su voluntad de poner término al contrato con un mes de antelación a la conclusión del periodo de Seguro en curso.

No obstante a lo anterior el contrato podrá ser resuelto por La Aseguradora antes de su vencimiento por cualquiera de las siguientes causas:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud. La Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del cuestionario cumplimentado por alguno de los Asegurados incluidos en la póliza. 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 esa declaración.
Si el siniestro sobreviene antes de que La Aseguradora haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiera aplicado si se hubiera conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Asegurado, La Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.
- b) Si el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza, sobreviene antes de que haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario, (art. 15 ley del Contrato de Seguros).
- c) Si el Tomador, al solicitar el Seguro, hubiera declarado de forma inexacta el año de nacimiento de algún Asegurado. La Aseguradora solo podrá resolver el contrato si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entra en vigor de la póliza, excediera de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora.

4. Rehabilitación del Seguro:

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

5. Límites y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador.

El Asegurado para recibir la asistencia sanitaria incluida en la cobertura de la póliza, podrá elegir libremente entre los profesionales sanitarios, centros médicos y hospitales que la Aseguradora, en cada momento, tenga concertados en toda España.

La Aseguradora podrá modificar esta relación de proveedores asistenciales, mediante bajas o nuevas incorporaciones.

La Aseguradora mantendrá actualizada la relación de proveedores asistenciales que estará accesible en su página web: www.imqnavarra.com.

Es obligación del Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales concertados en la fecha de solicitud de la asistencia.

6. Tributos repercutibles:

Se imputa a la prima anual el 0,15 % correspondiente al recargo destinado a financiar la actividad liquidadora de entidades Aseguradoras.

INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

La Aseguradora, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, dispone de un Servicio de Atención al Cliente al que pueden dirigirse los Tomadores, Asegurados y beneficiarios para prestar sus quejas y reclamaciones.

Las quejas o reclamaciones habrán de dirigirse a:

Servicio de Atención al Cliente
Apartado de Correos 2053
28080 Madrid
www.quejasyreclamaciones.com
cliente@quejasyreclamaciones.com

El Servicio de Atención al Cliente acusará recibo por escrito de las mismas y las resolverá en el plazo máximo de dos meses contados desde la fecha de presentación de la queja o reclamación.

Asimismo los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participe en Planes de Pensiones el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello, deberán acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación por el Servicio de Atención al Cliente o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición.

Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

LEGISLACIÓN APLICABLE

El Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, así como por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y el Real Decreto 1016/2015, de 20 de noviembre de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y por las demás normas españolas reguladoras de los Seguros privados. Asimismo se rige por lo convenido en la póliza.

ESTADO Y AUTORIDAD DE CONTROL DEL ASEGURADOR

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

RÉGIMEN FISCAL

Con carácter general, las primas abonadas por el presente Seguro no dan derecho a ningún beneficio fiscal, no son deducibles en el IRPF, ni dan derecho a deducción o bonificación alguna.

Si el tomador fuese empresario o profesional en régimen de estimación directa por el IRPF, podrá deducirse la prima pagada hasta 500 euros por persona, computando a estos efectos exclusivamente su propia cobertura, la de su cónyuge

y sus hijos/as menores de 25 años que convivan con el tomador (En el caso de Navarra el límite de edad para los hijos se eleva a 30 años, o sin límite de edad cuando el Asegurado tenga una discapacidad superior al 33%).

Si el tomador estuviera asegurando a sus empleados/as, la prima pagada será gasto deducible en su impuesto personal (Impuesto de Sociedades o IRPF). La prima no constituirá retribución en especie del trabajador/a con los mismos límites cuantitativos por persona asegurada señalados en el párrafo anterior. La cuantía que excediera de estos límites sí se consideraría retribución en especie y estaría sometida al correspondiente ingreso a cuenta.

Las prestaciones de servicios sanitarios obtenidas no se consideran renta en el IRPF del beneficiario/a.

LIMITACIONES A LA OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA POR PARTE DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS EN LOS CONTRATOS DE SEGURO CON PARTICULARES EN LA MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA CON CUADRO MEDICO EN CASOS DE EDAD AVANZADA O ENFERMEDADES GRAVES

Los contratos de Seguro de salud con particulares en la modalidad de prestación de servicios con cuadro médico suelen ser contratos de duración anual que se prorrogan automáticamente por otra anualidad si ninguna de las partes se opone a la misma. Esta posibilidad de oposición a la prórroga es una facultad que las entidades Aseguradoras sólo ejercitan excepcionalmente en casos extremos y graves por mal uso de la póliza pero nunca por exceso de siniestralidad o edad.

No obstante lo anterior, la entidad Aseguradora adherida a la presente Guía no se opondrá a la prórroga del contrato en los supuestos recogidos en este anexo y siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. No oponerse a la prórroga de contratos de Seguro que tengan Asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en la póliza. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato de las que se enumeran a continuación:

- Procesos oncológicos activos.
- Enfermedades cardíacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
- Trasplante de órganos.
- Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
- Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
- Insuficiencia renal aguda.
- Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
- Hepatopatías crónicas (Excluidas las de origen alcohólico).
- Infarto Agudo de Miocardio con insuficiencia cardíaca.
- Degeneración macular.

2. No ejercitar oposición a la prórroga respecto de contratos de Seguro que tengan Asegurados mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la entidad, sin impagos, alcanzara una antigüedad continuada de 5 o más años.

3. Los compromisos anteriores no serán de aplicación o quedarán sin efecto en aquellos supuestos en los que:

- El Asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.
- Se produjese impago de la prima o negativa a aceptar su actualización por parte del tomador.

4. La renuncia por parte de la compañía a su derecho de oponerse a la continuidad de la póliza requiere de forma inexcusable que el tomador acepte la prima y la participación en el coste de los servicios que le correspondan, y que La Aseguradora podrá actualizar periódicamente para adecuarlos a la evolución de los costes del Seguro, siempre conforme a criterios actuariales y dentro de los límites de la ley y del contrato.