
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

Seguro de asistencia sanitaria, prestada a través de servicios de cuadro médico concertado por el Asegurador, compuesto por más de 50.000 médicos y 1.100 centros sanitarios, sin admisión de indemnizaciones sustitutivas por la 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 Vascular

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 40KG/M2 o 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 psicossocial.

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 Asegurado.

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 Asegurado. 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 Asegurado. 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 DIU, 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 la aseguradora. 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 intracraneales.

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 OPINIÓN:

El servicio de Segunda Opinión Médica se ofrecerá a 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

IMQ se reserva el derecho de aceptar solicitudes de Segunda Opinión Médica sobre enfermedades no incluidas en el listado anterior.

Los servicios incluidos serán los siguientes:

Acceso a la opinión de especialistas del máximo prestigio nacional e internacional sin necesidad de desplazamiento.
Apoyo telefónico al usuario por parte de un consultor médico que le ayudará en el proceso de enviar el formulario de solicitud, pruebas a adjuntar, formulación de las preguntas a realizar al experto.

El usuario recibirá el informe de Segunda Opinión en un plazo de diez días laborables, a contar desde la fecha en que el Usuario envía el formulario de solicitud de Segunda Opinión Médica cumplimentado y la documentación médica correspondiente.

El idioma utilizado en la solicitud y respuesta de la Segunda Opinión Médica será siempre y exclusivamente el castellano.

La prestación del servicio se realizará únicamente cuando el Asegurado o el médico que, adscrito a IMQ, atienda a éste solicite la emisión del informe de segunda opinión médica, para lo cual necesariamente deberá con carácter previo cumplimentar y firmar el formulario de solicitud que le será facilitado al efecto.

El servicio de Segunda Opinión Médica, se efectuará siempre sobre la base del historial médico del paciente y el correspondiente primer diagnóstico, efectuado por los médicos que le hayan atendido en primera instancia, siendo esta una condición previa para la prestación del servicio.

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.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Junto con los citados en el epígrafe "descripción de la cobertura" quedan excluidos de la cobertura 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:

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.

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.

TRATAMIENTOS ESPECIALES:

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

Electrorradioterapia.

Laserterapia: en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología y en la rehabilitación músculo esquelética.

Nucleotomía percutánea.

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

Diálisis y riñón artificial.

Laserterapia: láser quirúrgico en cirugía vascular periférica, coloproctología, intervenciones quirúrgicas ginecológicas, otorrinolaringológicas y dermatológicas.

Litotricia renal.

FRANQUICIAS

El presente contrato llevará asociados las siguientes franquicias en función de los servicios utilizados:

Consultas: Medicina general y pediatría.....	2.70 euros
Arteriografía.....	12.00 euros
ATS.....	2.00 euros
Hemodinámica Vascular.....	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

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:

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.
- 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).
- 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 entrada 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.