

COMPañIA DE SEGUROS
«IGUALATORIO MEDICO QUIRURGICO Y DE ESPECIALIDADES DE NAVARRA, S A»
C-465

PÓLIZA DE ENFERMEDAD
PÓLIZA MIXTA DE ASISTENCIA SANITARIA Y REEMBOLSO DE GASTOS

IMQ CLASSIC +

CONDICIONES GENERALES

Cláusula preliminar: La actividad aseguradora que lleva a cabo Compañía de Seguros Igualatorio Médico Quirúrgico y de Especialidades de Navarra, S.A., con domicilio en *Paulino Caballero 51 de Pamplona, está sometida al control de las autoridades del Estado Español y está inscrita con clave C0465***** en el registro administrativo de entidades aseguradoras siendo el órgano competente para ello de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda Competitividad.

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, la Ley), por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y demás normativa de desarrollo, así como por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y, en su caso, Especiales del propio contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por el Tomador, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

DEFINICIONES

A los efectos de esta Póliza se entenderá por:

Accidente: La lesión corporal sufrida durante la vigencia de la Póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Año natural: Periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del siguiente.

Asegurado: La persona o personas naturales sobre las cuales se establece el Seguro.

Asegurador: Compañía de Seguros Igualatorio Médico Quirúrgico y de Especialidades de Navarra, S.A. (en adelante IMQ) entidad que asume el riesgo contractualmente pactado.

A.T.S. /D.U.E.: Profesional legalmente capacitado y habilitado para desarrollar la actividad de enfermería.

Condiciones especiales: Documento integrante de la póliza en el que se especifica la suma asegurada y límites cuantitativos de la garantía de reembolso de gastos.

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

Cuadro Médico: Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por IMQ en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario. A efectos de este Seguro se consideran Cuadros Médicos de IMQ tanto los de las provincias en las que ésta opera directamente como los de aquellas otras en las que lo hace mediante concierto con otras Aseguradoras. En cada Cuadro Médico provincial se relacionan, además de los profesionales y establecimientos sanitarios de la provincia, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado. El Tomador y los Asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia.

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

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 primera manifestaciones se presenten durante la vigencia de la Póliza.

Enfermedad, lesión, defecto o deformación 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 aquella no conocida y/o no diagnosticada en el momento de la contratación de la póliza y que a su vez haya sido incluido en el cuestionario que se someta al tomador en el momento de la contratación. Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la Póliza

Franquicia: Importe que el Tomador debe abonar al Asegurador para colaborar en la cobertura económica de cada servicio sanitario utilizado por los Asegurados incluidos en su Póliza. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y/o especialidades médicas y su cuantía, que viene determinada en las Condiciones Particulares, puede ser actualizada anualmente.

Hospital o clínica: Todo establecimiento en el que puede legalmente realizarse el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento. Dicho establecimiento contará con la asistencia permanente de un Médico, y sólo se admitirá el ingreso en el mismo de personas enfermas o lesionadas. No se considerarán hospitales, a efectos de la Póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de adicciones e instituciones similares.

Hospitalización: El hecho de que una persona figure registrada como paciente en un hospital y pernocte o realice una comida principal en el mismo.

Hospital de Día: El hecho de que una persona figure registrada como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas específicamente, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia, sin que ello suponga pernoctar y pudiendo o no realizar una de las comidas principales en dicha unidad.

Intervención Quirúrgica: Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un cirujano y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

Límites establecidos en condiciones especiales: Son las cantidades máximas que la aseguradora se compromete a reembolsar para cada tipo de acto médico especificado.

Médico: Profesional legalmente habilitado para ejercer la Medicina.

Médico Especialista o Especialista: Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.

Plazo o Periodo 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 fecha de entrada en vigor de la Póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.

Póliza: El documento o documentos que contienen las cláusulas y pactos reguladores del contrato de Seguro. Forman parte integrante e inseparable de la Póliza estas Condiciones Generales, las Particulares que identifican el riesgo y las Especiales si las hubiere, así como los Apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato.

Prestación: Consiste en cobertura económica de la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro en la forma establecida en las presentes Condiciones Generales.

Prima: El precio del Seguro. El recibo de Prima incluirá, además, los recargos, impuestos y tasas legalmente repercutibles. La Prima del Seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

Proceso médico: Es el conjunto de atenciones sanitarias que comprende el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión, incluidas la hospitalización y rehabilitación del paciente, en su caso.

Servicios que precisan autorización previa: Se hace referencia a ellos en la modalidad de cuadro médico concertado de esta póliza y están especificados en los cuadros médicos de la aseguradora.

Siniestro: Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios cuyo coste se encuentra total o parcialmente cubierto por la Póliza.

Suma asegurada: Es la cantidad máxima de indemnización que la aseguradora pagará como reembolso de gastos del Asegurado en una anualidad de seguro completa.

Tarjeta Sanitaria IMQ: Documento propiedad del Asegurador que se expide y entrega a cada Asegurado incluido en la Póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la Póliza.

Tomador del Seguro: Persona física o jurídica que juntamente con IMQ suscribe este Contrato y con ello acepta las obligaciones que en el mismo se establecen, a cambio de las que IMQ toma a su cargo, aunque alguna de ellas, por su naturaleza, deba ser cumplida por el propio Asegurado.

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

CLÁUSULA I.- OBJETO DEL 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 según la cláusula II ("Descripción de la cobertura") en los términos que la póliza determina.

El seguro ofrece la cobertura en dos modalidades:

- a) 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.
- b) 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.

CLÁUSULA II.- DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, en el periodo de cobertura de este seguro, podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza siempre que los estudios de validación de su efectividad sean ratificados por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CCAA o del Ministerio de Sanidad mediante un informe positivo.

En cada renovación de esta póliza, IMQ detallará las técnicas o tratamientos que pasan a formar parte de las coberturas de la póliza para el siguiente periodo.

Las prestaciones sanitarias cuyo coste económico se encuentra cubierto por esta póliza son las correspondientes a las siguientes especialidades:

2.1. 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.

2.2. 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.

2.3. 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 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 MIOPIA, HIPERMETROPIA 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-CONDUCTAL, 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.

2.4. 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 de DIU y su vigilancia, incluyendo el coste del dispositivo. Ligadura de trompas y vasectomía. QUEDA EXPRESAMENTE EXCLUIDA LA INTERRUPTIÓN 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.

2.5 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 cardíaco, 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:** Quedan cubiertas exclusivamente aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye 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 algunos fármacos. Incluye también los test de DNA fetal en sangre maternal cuando estén médicamente indicados.
- **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.

2.6 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 PROTESIS, 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).

2.7 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 cardiacas 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 ORTOPRÓTESIS NO INCLUIDOS EN EL DETALLE ANTERIOR CORRERÁN A CARGO DEL ASEGURADO.

2.8 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 foniatria: 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 LASER 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 INTRAPERITONAL.

Oncología radioterápica: Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, acelerador lineal, los isótopos radioactivos, la radioneurocirugía 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.

2.9 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.

2.10 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 CARDIACA 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.

CLÁUSULA III.- 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 se 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. IMQ 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 IMQ 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, IMQ 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 IMQ 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 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.

2.2 Procedimiento para el reembolso de gastos: Para la tramitación de reembolso de gastos objeto de la cobertura de esta póliza debe cumplirse con lo indicado a continuación:

2.2.1 El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el ingreso hospitalario, intervención quirúrgica y en general cualquier prestación médica asegurada dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido.

En el caso de intervención quirúrgica o ingreso hospitalario programado, deberá de comunicar dicha circunstancia a IMQ, desde el momento en que tenga conocimiento de la fecha en la que dicha intervención quirúrgica o ingreso vaya a producirse y en todo caso dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido.

2.2.2 En los casos de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, partos o cesáreas, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos, junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el tomador del seguro o Asegurado enviará a IMQ un informe médico en el que se especifique el diagnóstico y naturaleza de la enfermedad así como en su caso el centro asistencial, fecha de ingreso, duración probable del tratamiento y tipo de éste.

2.2.3 El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá dar a IMQ toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.

2.2.4 El tomador del seguro o Asegurado o sus familiares deberán permitir que médicos designados por IMQ visiten al Asegurado tantas veces como IMQ lo estime oportuno. Así como cualquier averiguación o comprobación que IMQ considere necesaria sobre su estado de salud.

2.2.5 En caso de hospitalización, una vez finalizada esta, el tomador del seguro o el Asegurado comunicarán tal circunstancia a IMQ con indicación del periodo de duración del ingreso.

- 2.2.6 El tomador del seguro o en su caso el Asegurado deberá presentar a IMQ la siguiente documentación:
- Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo de la aseguradora, debidamente cumplimentado.
 - Justificantes o facturas de los gastos realmente incurridos por el asegurado, debidamente desglosados, por cada uno de los conceptos incluidos en las facturas y en donde se reflejen:
 - o la persona a la que se le ha realizado la asistencia médica u hospitalaria
 - o La naturaleza de los actos médicos realizados (consulta, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos,...) y sus fechas e importes.
 - o Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia, haciéndose constar en su caso, los apellidos, nombre o razón social, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal (N.I.F.)
 - Justificación o acreditación del pago de las facturas por parte del asegurado.
 - Prescripciones médicas de los servicios médicos y/u hospitalarios recibidos por el asegurado, excepto en el caso de consultas, respecto de las cuales no será necesaria la presentación de tales prescripciones.
 - Informe médico explicativo de los servicios médicos y/u hospitalarios prestados al asegurado, del proceso de la enfermedad y su evolución, así como el informe de alta médica u hospitalaria, con indicación en su caso de la necesidad de continuidad asistencial.

El incumplimiento de las normas establecidas en los cinco apartados anteriores será considerado como renuncia expresa al cobro del reembolso, salvo que no haya sido posible cumplirlas por causas de fuerza mayor.

2.3 Abono de las cantidades objeto de reembolso:

Una vez recibida toda la documentación requerida, y efectuadas las comprobaciones oportunas, la aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe que corresponda dentro de los quince días laborables siguientes. El pago se realizará siempre en moneda española, aunque las facturas se hayan extendido en otra moneda diferente. En este último caso se efectuará el

pago al cambio aplicable de la fecha de recepción de las facturas de la aseguradora. Los gastos derivados de la traducción al idioma español de los oportunos documentos (facturas, informes...) redactados en otras lenguas correrán a cargo del asegurado.

CLÁUSULA IV.- PAGO DE PRIMAS

4.1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley, está obligado al pago de la Prima.

4.2. La primera Prima o fracción de ella, será exigible conforme al artículo 15 de la Ley una vez firmado el Contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, IMQ tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

4.3. En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas Primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si IMQ no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido conforme a las condiciones anteriores. La cobertura vuelve a tener efecto transcurridas veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la Prima. En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso.

4.4. El Tomador del Seguro perderá el derecho al fraccionamiento de la Prima que se hubiere convenido en caso de impago de cualquier recibo, siendo exigible desde ese momento la Prima total acordada para el periodo de Seguro que reste.

4.5. IMQ sólo queda obligada en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados. El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del Seguro el Recibo de Prima emitido por el Asegurador.

4.6. En Condiciones Particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el Tomador para el pago de los recibos de Prima.

4.7. En caso de extinción anticipada del Contrato imputable al Tomador, la parte de Prima anual no consumida corresponderá al Asegurador.

CLÁUSULA V.- OTRAS OBLIGACIONES, FACULTADES Y DEBERES DEL TOMADOR DEL SEGURO O ASEGURADO

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

- a) Declarar a IMQ, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de esta obligación si el Asegurador no le somete al cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que, pudiendo influir en la valoración del riesgo, no estén comprendidas en él.
- b) Comunicar a IMQ, durante el curso del Contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con el Cuestionario de Salud del Asegurado presentado previamente, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por IMQ en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. Quedará excluido de la obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.
- c) Comunicar a IMQ, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.
- d) Comunicar a IMQ, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de asegurados que se produzcan durante la vigencia de la Póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la Prima a la nueva situación.
- e) Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al seguro de IMQ de la que aquella fuese asegurada, los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la Póliza de la madre desde el momento de su nacimiento. Para ello, el Tomador deberá comunicar a IMQ tal circunstancia dentro de los 15 días naturales siguientes a la fecha de alta hospitalaria del recién nacido y como plazo máximo 30 días naturales transcurridos desde la fecha del nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud de Seguro. Las altas comunicadas en plazo retrotraerán sus efectos a la fecha del nacimiento, no aplicándose periodo de carencia superior al que faltase por consumir a la madre. Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud y la Aseguradora podrá denegar la admisión. De aceptarse el nuevo Asegurado, serán aplicables a éste los periodos de carencia establecidos en la Cláusula 9ª. En todo caso, la Aseguradora cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido durante los primeros treinta días naturales de vida, finalizando la cobertura transcurrido dicho plazo, si no se hubiere solicitado su alta conforme a lo establecido en el párrafo primero de este apartado.

- 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 a IMQ, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro.
- g) Cuando la asistencia prestada al Asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, la Aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El Asegurado, o en su caso el Tomador, vendrán obligados a facilitar a IMQ los datos y la colaboración necesarios para ello.
- h) El Asegurado deberá facilitar al Asegurador durante la vigencia del Contrato cuanta documentación e información médica le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura del coste de las prestaciones que solicite. Una vez sea requerida por el Asegurador, el proceso de otorgamiento de cobertura quedará en suspenso hasta la completa obtención de la información.
- i) El Asegurador también podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación cuya impropiedad haya quedado manifestada "a posteriori" por la información médica facilitada por el Asegurado.
- j) Comunicar a la aseguradora la existencia de cualquier otro seguro de enfermedad que se refiera a todos o a alguno de los asegurados de esta póliza, de acuerdo de los artículos 101 y 106 de la Ley del seguro.

5.2. La tarjeta sanitaria personal IMQ, propiedad de la Aseguradora y que ésta entregará a cada Asegurado, es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador del Seguro y el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de setenta y dos horas. En tales casos, IMQ procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en la Póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada. Asimismo, el Tomador del Seguro y el Asegurado se obligan a devolver a IMQ la tarjeta correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza. El Asegurador no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria.

5.3. El Tomador del Seguro podrá reclamar a IMQ, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de Seguro o las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley.

CLÁUSULA VI.- OTRAS OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

Además de prestar la asistencia contratada, la Aseguradora entregará al Tomador del seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley, así como un ejemplar del cuestionario de salud y demás documentos que haya suscrito el Tomador.

Igualmente entregarán al Tomador el documento identificativo del Asegurado y asegurados y, como información un ejemplar del cuadro médico correspondiente a su provincia de residencia, con especificación del centro o centros permanentes de urgencia médica y quirúrgica, del servicio permanente de asistencia ambulatoria, de los hospitales y clínicas, de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos y de los servicios de información, urgencia y asistencia ambulatoria permanente en todas las capitales de las demás provincias.

El Cuadro Médico podrá ser actualizado por IMQ, mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que lo integran. Será obligación del Tomador y/o Asegurado, utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de la Aseguradora la entrega del Cuadro Médico actualizado, o acceder a los mismos a través de la página Web de la Aseguradora.

CLÁUSULA VII.- DURACIÓN DEL SEGURO

El Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento de conformidad con el artículo 22 de la Ley, se prorrogará tácitamente por periodos anuales.

No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador. La notificación del Tomador deberá realizarse a la Aseguradora. Realizada la comunicación en la forma aquí establecida, el contrato expirará al finalizar el periodo pactado en las Condiciones Particulares o a la finalización del periodo anual de prórroga en que se encuentre, según el caso.

En el caso de que la póliza del seguro sea resuelta por voluntad unilateral de IMQ, no podrá suspender la prestación de la garantía cuando el Asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a continuar.

En caso de que la póliza del seguro sea resuelta por voluntad del Asegurado las coberturas cesarán en todo caso en la fecha de vencimiento establecida en las condiciones particulares de la póliza, sin que resulte de aplicación lo establecido en el párrafo anterior. Por tanto si el Asegurado se encontrara recibiendo algún tipo de prestación asegurada en el momento del vencimiento de la póliza, la cobertura asegurada de IMQ cesará en la cita fecha de vencimiento, sin tener obligación de asumir ningún coste a partir de dicha fecha, incluso aunque se haya derivado de un siniestro ocurrido durante la vigencia del seguro.

CLÁUSULA VIII.- RIESGOS EXCLUIDOS

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 MIOPIA, 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.

S) LOS GASTOS POR VIAJE Y DESPLAZAMIENTO.

T) EL REEMBOLSO DE GASTOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA NO QUIRÚRGICA PRESTADA POR EL CÓNYUGE DEL ASEGURADO O PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD.

CLÁUSULA IX.- PERIODO 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

CLÁUSULA X.- PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

10.1. El Asegurado pierde el derecho a la cobertura de la prestación garantizada:

a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud, si medió dolo o culpa grave (artículo 10 de la Ley)

b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican a IMQ y han actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley).

c) Si el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza, sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley).

d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley).

e) En los supuestos de utilización de la modalidad de reembolso, si no presenta la documentación original cuando sea requerido para ello por la aseguradora o cuando las copias aportadas no se correspondan fielmente con los originales o las mismas hubiesen sido objeto de manipulación.

10.2. Si el Tomador, al solicitar el Seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento de alguno o algunos Asegurados, IMQ sólo podrá rescindir el Contrato si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la Póliza, excediere de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora. En el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento, la Prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el Tomador vendrá obligado a abonar al IMQ la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a ésta en concepto de Prima y las que, de conformidad con las tarifas, le hubiere correspondido pagar según su verdadera edad. Si la Prima pagada hubiese sido superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador estará obligado a reintegrar al Tomador el importe correspondiente al exceso percibido.

CLÁUSULA XI.- COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

11.1.- Las comunicaciones a la Aseguradora por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado, se realizarán en el domicilio social de ésta que figura en la póliza, pero si se realizan a un agente afecto representante de ella, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, conforme al art. 21 de la Ley.

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

Las comunicaciones efectuadas por un agente libre de seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

11.2.- Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado.

CLÁUSULA XII.- ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS PRIMAS

IMQ, anualmente, podrá:

- a) Actualizar el importe de las Primas.
- b) Actualizar el importe correspondiente a la franquicia o participación del Asegurado en el coste de los servicios, a que se refiere la Cláusula 3.5.
- c) Modificar los límites de reembolso de gastos establecidos en las condiciones especiales.
- d) Modificar el porcentaje de reembolso de gastos al que se refieren las cláusulas I (objeto del seguro) y II (descripción de la cobertura).

Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, la Prima anual se establecerá de acuerdo con la zona geográfica correspondiente al domicilio de la prestación a que se refiere la Cláusula III, 1.4 y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa de Primas que la Aseguradora tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan en el importe de las Primas. Estas actualizaciones de Primas y franquicias se fundamentarán en los cálculos técnicoactuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financieroactuarial del Seguro, del incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, 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 Tomador del Seguro al recibir la notificación de estas actualizaciones de Primas y/o franquicias para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del Contrato de Seguro, lo que supone 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.

CLÁUSULA XIII.- ATENCIÓN AL CLIENTE. QUEJAS Y RECLAMACIONES

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.

CLÁUSULA XIV.- PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse.

CLÁUSULA XV.- TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal:

Los datos personales del tomador/Asegurado y de los posibles beneficiarios, incluidos sus datos de salud, según corresponda, que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica serán recogidos en un fichero titularidad de Compañía de Seguros Igualatorio Médico Quirúrgico y de Especialidades de Navarra, con domicilio en calle Paulino Caballero, 51, 31004 Pamplona. Dichos datos personales serán tratados para las siguientes finalidades: contratación y gestión de la prestación del seguro de asistencia sanitaria, fines estadísticos, lucha contra el fraude, gestión económica y contable, fiscal, administrativa, estudio de accidentes y riesgos, cesión y/o administración de cartera, gestión/valoración reclamaciones e indemnizaciones, actividades de reaseguro y coaseguro, así como gestión de clientes.

Todos los datos solicitados son obligatorios y la negativa a suministrarlos supondrá la imposibilidad de concluir dicho contrato.

Por otro lado, se le informa que Compañía Igualatorio Médico Quirúrgico de Navarra tratará sus datos personales para fines comerciales como presentarle productos y servicios, y remitirle información, bien por medios ordinarios como electrónicos, sobre bienes o servicios de todas las entidades que componen el Grupo Igualatorio Médico Quirúrgico de Navarra, a no ser que nos indique lo contrario enviando una comunicación al Igualatorio Médico Quirúrgico de Navarra a la dirección anteriormente indicada o por correo electrónico a la siguiente dirección: DatosIMQ@imqnavarra.com

El Asegurado queda informado y presta su consentimiento expreso para que los datos personales contenidos en el presente documento y cualquier otro dato personal derivado de la relación jurídica que el mismo regula, incluidos los de salud, puedan ser cedidos a las empresas controladas directa o indirectamente por Igualatorio Médico Quirúrgico de Navarra, cuyo sector de actividad es el sanitario y asegurador y que podrá identificar en la Página Web www.imqnavarra.com, a Organismos y Registros Públicos del sector asegurador, a otras compañías aseguradoras y reaseguradoras, a otros centros médicos, hospitales, al Consorcio de Compensación de Seguros, Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras necesarios para la gestión del seguro, así como a terceros implicados como pueden ser, los facultativos y analistas médicos, peritos o abogados de terceros para la gestión del seguro contratado, a Juzgados y por último a Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en el caso de que dichas entidades requieran conocer dichos datos personales para las finalidades previstas en el primer apartado. Estos datos serán almacenados y tratados por dichos cesionarios únicamente en las condiciones aquí descritas y para las finalidades anteriormente detalladas.

Asimismo, se le informa que dichas entidades podrán estar establecidas cualquiera de ellas, bien dentro del Espacio Económico Europeo o en países cuyo nivel de protección fuera equiparable al español así como en terceros países cuyo nivel de protección no lo fuera, para finalidades anteriormente definidas.

Igualmente Igualatorio Médico Quirúrgico de Navarra podría procesar los datos personales de los asegurados (sin son distintos del tomador) y de los beneficiarios del seguro, cuya finalidad en su tratamiento se circunscribe a la gestión necesaria de la cobertura de la póliza. Ud. confirma que ha notificado y/o notificará, cuando sea necesario para la cobertura de la póliza, a estas personas que ha comunicado sus datos personales a Igualatorio Médico Quirúrgico de Navarra, así como que ha obtenido su consentimiento expreso para el tratamiento y comunicación (cuando sea preciso) de sus datos personales a

Igualatorio Médico Quirúrgico de Navarra, a otras compañías aseguradoras o reaseguradoras o bien a otros centros o profesionales sanitarios para los citadas finalidades. Por último también deberá informarles de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de acuerdo con el procedimiento establecido en el siguiente apartado.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se podrá llevar a cabo en los términos legales mediante comunicación a Igualatorio Médico Quirúrgico de Navarra a la dirección antes indicada.

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 €.

GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ASISTENCIA EN VIAJES

DISPOSICIONES PREVIAS

ASEGURADO: La persona física residente en España, beneficiaria de la póliza de Asistencia Sanitaria de IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO Y ESPECIALIDADES DE NAVARRA.

ÁMBITO DEL SEGURO Y DRUACIÓN: El seguro tiene validez en el mundo entero, excepto en España. Su duración va ligada a la del Seguro de Asistencia Sanitaria del que es complemento.

VALIDEZ: Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el Asegurado debe tener su domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia, fuera de dicha residencia habitual, no exceder de los 90 días por viaje o desplazamiento.

GARANTÍAS CUBIERTAS

1.- TRANSPORTE O REPATRIACIÓN SANITARIA DE HERIDOS Y ENFERMOS

En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o un accidente, el Asegurador se hará cargo:

- a) De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- b) Del control por parte de su Equipo Médico, en contacto con el médico que atienda al Asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
- c) De los gastos del traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, el Asegurador se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, será el avión sanitario especial.

En otro caso, o en el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

2.- TRANSPORTE O REPATRIACIÓN DE LOS ASEGURADOS

Cuando a uno de los asegurados se le haya repatriado por enfermedad o accidente en aplicación de la garantía 1.- anterior y esta circunstancia impida al resto de los familiares también asegurados el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hará cargo de los gastos correspondientes a:

- a) El transporte de los restantes asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado o repatriado.
- b) La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los restantes asegurados de los que se trata en el punto anterior, cuando éstos fueran hijos menores de 15 años del Asegurado trasladado o repatriado y no contarán con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.

3.- REGRESO ANTICIPADO DEL ASEGURADO A CAUSA DEL FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR

Si en el transcurso de un viaje falleciera en España el cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana del Asegurado y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso no le permitiera anticipar el mismo, el Asegurador se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar en España de inhumación del familiar y, en su caso, de los de un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

4.- BILLETE DE IDA Y VUELTA PARA UN FAMILIAR Y GASTOS DE HOTEL

Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado y su internación se prevea de duración superior a los 5 días, el Asegurador pondrá a disposición de un familiar del mismo un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado.

Si dicha hospitalización es en el extranjero, el Asegurador se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, contra los justificantes oportunos, hasta 60€ por día y con un límite de 600€.

5.- GASTOS MÉDICOS, QUIRÚGICOS, FARMACÉUTICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN EN EL EXTRANJERO

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, el Asegurador se hará cargo de:

- a) Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- b) Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- c) Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por asegurado, por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero, es de 12.000€.

6.- GASTOS DE PROLONGACIÓN DE ESTANCIA EN UN HOTEL EN EL EXTRANJERO

Cuando sea de aplicación la garantía anterior de pago de gastos médicos, el Asegurador se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del Asegurado en un hotel en el extranjero, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, hasta un importe de 60€ por día y con un límite de 600€.

7.- GASTOS PARA TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE URGENCIA EN EL EXTRANJERO

Si a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas que requieran un tratamiento de urgencia, el Asegurador se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento hasta un límite de 120€.

8.- ENVÍO DE MEDICAMENTOS EN EL EXTRANJERO

Si el Asegurado desplazado en el extranjero hubiera hecho uso de la garantía 5 (gastos médicos), el Asegurador se encargará del envío de los medicamentos necesarios para la curación del Asegurado, prescritos por un facultativo, y que no pueden encontrarse en el lugar donde éste se encuentre.

9.- TRANSPORTE O REPATRIACIÓN DE FALLECIDOS Y DE LOS ASEGURADOS ACOMPAÑANTES

El Asegurador se hará cargo de todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del asegurado, así como de su transporte o repatriación hasta el lugar de su inhumación en España.

En el caso de que los familiares también asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, el Asegurador se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

Si los familiares fueran los hijos menores de 15 años del Asegurado fallecido y no contaran con un familiar o persona de confianza, para acompañarles en el viaje, el Asegurador pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

10.- BÚSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJES Y EFECTOS PERSONALES

En caso de robo, pérdida o extravío de equipajes y efectos personales, el Asegurador prestará asesoramiento al Asegurado para la denuncia de los hechos. También y si los mismos fueran recuperados, el Asegurador se encargará de su expedición hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado de viaje o hasta su domicilio.

11.- TRANSMISIÓN DE MENSAJES

El asegurador se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

12.- INFORMACIONES DE VIAJE

El Asegurador facilitará, a petición del asegurado, información referente a:

a) Vacunación y petición de Visados para países extranjeros así como aquellos requisitos que están especificados en la publicación más reciente del T.I.M. (Travel Information Manual) Manual de Información sobre Viajes, publicación conjunta de catorce miembros de líneas aéreas de I.A.T.A.

El Asegurador no se responsabiliza de la exactitud de la información contenida en el T.I.M., ni de las variaciones que puedan realizarse en la citada publicación.

b) Direcciones y números de teléfono de las Embajadas españolas y Consulados en todo el mundo, donde los hubiere, según figura en la "Guía de las Representaciones de España en el extranjero" editada por el Ministerio de Asuntos Exteriores.

13.- DELIMITACIONES DEL CONTRATO, EXCLUSIONES

a) LAS GARANTÍAS Y PRESTACIONES QUE NO HAYAN SIDO SOLICITADAS AL ASEGURADOR Y QUE NO HAYAN SIDO EFECTUADAS POR O CON SU ACUERDO, SALVO EN CASOS DE FUERZA MAYOR O DE IMPOSIBILIDAD MATERIAL DEMOSTRADAS.

b) LOS GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN EFECTUADOS EN ESPAÑA.

c) AQUELLAS ENFERMEDADES O LESIONES QUE SE PRODUZCAN COMO CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS CRÓNICOS O PREVIOS AL INICIO DEL VIAJE, ASÍ COMO SUS COMPLICACIONES Y RECAÍDAS.

d) LOS SINIESTROS OCURRIDOS EN CASO DE GUERRA, MANIFESTACIONES Y MOVIMIENTOS POPULARES, ACTOS DE TERRORISMO Y SABOTAJE, HUELGAS, DETENCIONES POR PARTE DE CUALQUIER AUTORIDAD POR DELITO NO DERIVADO DE ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN, RESTRICCIONES A LA LIBRE CIRCULACIÓN O CUALQUIER OTRO CASO DE FUERZA MAYOR, A MENOS QUE EL ASEGURADO PRUEBE QUE EL SINIESTRO NO TIENE RELACIÓN CON TALES ACONTECIMIENTOS.

e) LA MUERTE POR SUICIDIO O LAS ENFERMEDADES Y LESIONES RESULTANTES DEL INTENTO, O CAUSADAS INTENCIONADAMENTE POR EL TITULAR, A SÍ MISMO, ASÍ COMO LAS DERIVADAS DE ACCIONES CRIMINALES DEL TITULAR DIRECTA O INDIRECTAMENTE.

f) EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES O ESTADOS PATOLÓGICOS PROVOCADOS POR INTENCIONAL INGESTIÓN O ADMINISTRACIÓN DE TÓXICOS (DROGAS), NARCÓTICOS O POR LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

g) LOS GASTOS DE PRÓTESIS, GAFAS, LENTILLAS Y MULETAS, ASÍ COMO LA ADQUISICIÓN IMPLANTACIÓN-SUSTITUCIÓN, EXTRACCIÓN Y/O REPARACIÓN DE PRÓTESIS, PIEZAS ANATÓMICAS Y ORTOPÉDICAS DE CUALQUIER TIPO.

h) LAS LESIONES SOBREVENIDAS EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN DE CARÁCTER MANUAL.

i) LOS EVENTOS OCASIONADOS EN LA PRÁCTICA DE DEPORTES EN COMPETICIÓN, EN LOS DEPORTES O ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO (RAFTING, PARAPENTE, ALPINISMO, ETC.) ASÍ COMO EL RESCATE DE PERSONAS EN MAR, MONTAÑA O DESIERTO.

j) CUALQUIER TIPO DE GASTO MÉDICO O FARMACÉUTICO INFERIOR A 10€.

k) EN EL TRASLADO O REPATRIACIÓN DE FALLECIDOS, LOS GASTOS DE INHUMACIÓN Y CEREMONIA.

14.- DISPOSICIONES ADICIONALES

Las Condiciones Generales de la Póliza de Asistencia Sanitaria son de aplicación, en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen.

En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las garantías señaladas, deben indicar: nombre del asegurado, número de póliza de Asistencia Sanitaria, el lugar dónde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

No se responde a los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el Asegurado será reembolsado a su regreso a

España, o en caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país dónde no concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubiera incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes.

Las presentaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atiende al Asegurado con el Equipo Médico del Asegurador.

Si el Asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumida, al hacer uso de la garantía de transporte o repatriación, dicho reembolso revertirá al Asegurador.

Las indemnizaciones fijadas en las garantías serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la Seguridad Social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva.

El Asegurador queda subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder al Asegurado por hechos que hayan motivado la intervención de aquél y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados.