

COMPAÑÍA DE SEGUROS
«IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO Y DE ESPECIALIDADES DE NAVARRA, S A»
C-465

PÓLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA
PÓLIZA SALUD ORO

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 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y 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 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.

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.

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

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.

PRIMERA.- OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la Prima que en cada caso corresponda, la Aseguradora se compromete a proporcionar al Asegurado la cobertura económica de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que se encuentren comprendidas en el listado de prestaciones sanitarias referentes a las especialidades indicadas en la Cláusula 2ª (DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA), asumiendo el Asegurador su coste mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieren realizado la prestación.

En todo caso, la Aseguradora asume la cobertura económica de la asistencia sanitaria contratada cuando se requiera en situación de urgencia y mientras dure la misma. En todo caso, La Aseguradora asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la póliza y en aplicación de lo dispuesto en el artículo 103 de la Ley.

En el presente Seguro de Asistencia Sanitaria no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de la asistencia sanitaria cubierta.

SEGUNDA.- DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, en el período 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, la Aseguradora detallará las técnicas o tratamientos que pasan a formar parte de las coberturas de la póliza para el siguiente período.

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 y Puericultura: Para niños menores de catorce años respectivamente. Asistencia en consulta y a domicilio.

Enfermería/Servicio de A.T.S./D.U.E: En consulta y a domicilio (cuando el enfermo guarda cama, previa prescripción de un 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.

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 – inmunología: LAS AUTOVACUNAS SERÁN POR CUENTA DEL ASEGURADO.

Anestesiología

Angiología

Aparato circulatorio – Cardiología

Aparato Digestivo. Incluye la cápsula endoscópica.

Aparato respiratorio. Neumología

Cirugía ano-rectal. Proctología

Cirugía Artroscópica

Cirugía Cardíaca

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 35 si se asocian comorbilidades mayores.

Cirugía de la mama

Cirugía Maxilo – Facial. QUEDAN EXLUIDOS LOS TRATAMIENTOS ESTÉTICOS. ASIMISMO QUEDA EXCLUIDA LA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA, LA CIRUGÍA PREIMPLANTACIONAL Y LA CIRUGÍA PREPROTÉSICA, AUNQUE LAS MISMAS TENGAN FINALIDAD FUNCIONAL.

Cirugía Plástica Reparadora: QUEDA INCLUIDA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA MAMA MEDIANTE COLOCACIÓN DE PRÓTESIS TRAS MASTECTOMÍA RADICAL POR NEOPLASIA, ASÍ COMO LA PRÓTESIS MAMARIA NECESARIA EN ESTOS CASOS.

Cirugía Torácica

Cirugía vascular

Dermatología. Incluido el tratamiento de pequeñas afecciones benignas sin significado patológico.

Endocrinología y Nutrición

Geriatría: SE EXCLUYE LA ASISTENCIA E INTERNAMIENTO SANATORIAL POR RAZONES DE TIPO SOCIAL.

Ginecología y Tocología: VIGILANCIA DEL EMBARAZO POR MÉDICO TOCÓLOGO Y ASISTENCIA POR ÉSTE A LOS PARTOS.

REVISIONES GINECOLÓGICAS NECESARIAS. PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

CONTROL DE TRATAMIENTO CON ANOVULATORIOS, COLOCACIÓN DE DIU Y SU VIGILANCIA, SIENDO DE CUENTA DE LA ASEGURADORA EL COSTE DEL DISPOSITIVO. LIGADURA DE TROMPAS Y VASECTOMÍA QUE TENDRÁN UN PERIODO DE CARENCIA DE SEIS MESES.

Hepatología

Medicina interna

Nefrología

Neonatología

Neurocirugía

Neurología

Oftalmología: Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, tratamiento de la regeneración macular asociada a la edad por inyección intravítrea de fármacos (en este caso el coste de los fármacos utilizados serán a cargo del asegurado. QUEDA EXCLUIDA LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA MIOPIA, HIPERMETROPÍA O ASTIGMATISMO Y PRESBICIA Y CUALQUIER OTRA PATOLOGÍA REFRACTIVA OCULAR.

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

Oncología Médica

Oncología Radioterápica

Psiquiatría: SE EXCLUYEN EL PSICOANÁLISIS, LA TERAPIA PSICOANALÍTICAS, LA HIPNOSIS, LA NARCOLEPSIA, LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL O NEUROPSIQUIÁTRICA, TODO TIPO DE TEST Y LA PSICOTERAPIA DE GRUPO.

Rehabilitación y Fisioterapia: Previa prescripción de un médico de la Aseguradora. Incluye la rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor, y la rehabilitación del suelo pélvico (exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia inmediata del embarazo y post-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 COUPACIONAL, ASÍ COMO LA REHABILITACIÓN NEUROFISIOLÓGICA O ESTIMULACIÓN COGNITIVA.

Reumatología

Traumatología y Ortopedia. 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.

Médicos y Cirujanos Consultores: Serán designados por la Dirección de la Aseguradora para casos especiales y a petición razonada de un médico especialista de la misma.

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.

Aparato Digestivo: Prevención del cáncer colorrectal según protocolos establecidos.

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

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

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.

TODOS LOS CONTROLES PREVENTIVOS TENDRÁN UN PERIODO DE CARENCIA DE 6 MESES.

2.5. **MEDIOS DE DIAGNÓSTICO:**

Análisis clínicos: bioquímica, hematología, microbiología, parasitología y anatomopatológicos y citología.

Radiología: todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos.

Otros medios de diagnóstico: doppler cardíaco, ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, espirometría y fibroendoscopia.

Medios de diagnóstico de alta tecnología:

- Inmunohistoquímica, arteriografía digital, ergometría, hemodinámica vascular, Holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, polisomnografía, medicina nuclear, resonancia magnética nuclear, TAC (Scanner), densitometría ósea.
- **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).
- **Estudio biomecánico de la marcha.**
- **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 la realización de Amniocentesis, Cariotipo y los test de ADN fetal en sangre materna cuando estén médicamente indicados. 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.

TODOS ESTOS MEDIOS DE DIAGNÓSTICO DE ALTA TECNOLOGÍA TENDRÁN UN PERIODO DE CARENCIA DE SEIS MESES.

Las pruebas diagnósticas serán realizadas por los servicios que el Asegurador designe y será necesaria la prescripción escrita de un médico de la entidad. LOS MEDIOS DE CONTRASTE SERÁN POR CUENTA DE IMQ.

2.6. HOSPITALIZACIÓN:

Se realizará en centros concertados en el Cuadro Médico de IMQ, en función de su disponibilidad de camas, bajo las siguientes condiciones:

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, 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 la prótesis en sí, será de cuenta de la Aseguradora en el supuesto de válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de bypass vascular, endoprótesis vasculares (stent), prótesis mamarias (como reconstrucción de la mama mastectomizada), prótesis internas traumatológicas, lentes intraoculares (monofocales y bifocales) para la corrección de la afaquia tras cirugía de las cataratas (con exclusión de las tóricas y trifocales), mallas sintéticas para la reconstrucción de la pared abdominal o torácica y para la incontinencia urinaria, los reservorios para el tratamiento de quimioterapia y del dolor. QUEDA EXCLUIDO CUALQUIER TIPO DE MATERIAL ORTOPÉDICO, LOS FIJADORES EXTERNOS, OTROS MATERIALES BIOLÓGICOS O SINTÉTICOS, INJERTOS (EXCEPTO LOS INJERTOS ÓSEOS) DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE Y EL CORAZÓN ARTIFICIAL. EL COSTE DE CUALQUIER OTRO TIPO DE PRÓTESIS, PIEZAS ANATÓMICAS Y ORTOPÉDICAS 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.

Hospitalización en U.V.I.: Los gastos de hospitalización, medicación y tratamiento serán de cuenta de la Aseguradora, SIN LÍMITE DE ESTANCIAS.

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 50 DÍAS POR AÑO NATURAL. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de la Aseguradora.

Hospitalización de día: Tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos en oncología. Comprende los gastos de estancia, la medicación y los medios de diagnósticos utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

2.7. 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).

Electrorradioterapia: Radioterapia superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioleta y corrientes eléctricas.

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. Incluye los tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.

Litotricia Renal: En los Centros que designe la Aseguradora previa prescripción escrita de un especialista del cuadro médico de IMQ.

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 Y LOS DE USO COMPASIVO).

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

Ondas de Choque para calcificaciones musculotendinosas

LOS TRATAMIENTOS ANTERIORES TENDRÁN UN PERÍODO DE CARENCIA DE SEIS MESES.

2.8. OTROS SERVICIOS:

Ambulancias: Para el traslado de los enfermos dentro de la localidad desde su domicilio al sanatorio y viceversa, mediante prescripción de un médico, que no será necesaria en casos de urgencia.

Matronas, en la asistencia hospitalaria al parto.

Preparación al parto.

Podología, con un máximo de doce sesiones por año.

2.9. 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

Transplante 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.

2.10. PSICOLOGÍA:

Se incluye la atención psicológica de carácter individual y temporal, prescrita exclusivamente por un psiquiatra del cuadro médico y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica. Asimismo se incluye el diagnóstico psicológico simple y los tests psicométricos, con la salvedad de que los formularios serán por cuenta del asegurado. Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica.

El servicio deberá ser autorizado por el Asegurador previamente a su realización. Esta autorización garantizará que se preste el servicio a través del cuadro médico perteneciente a IMQ un máximo anual de 20 consultas.

2.11. ASISTENCIA DENTAL: Coberturas y franquicias**FRANQUICIAS 2018**

1 - PRIMERAS VISITAS		PRÓTESIS FIJA	
Consulta odontología general: exploración y diagnóstico	0,00	Retirar puente / corona / mantenedor de espacio (por pieza)	12,00

2 - ODONTOLOGÍA PREVENTIVA		Incrustación composite	195,00
Consulta odontología general: exploración y diagnóstico	inc	Incrustación porcelana	295,00
Fluorizaciones tópicas	inc	Incrustación mixta (composite y porcelana)	230,00
Higiene bucodental	inc	Corona de resina provisional	22,00
Tratamiento para la sensibilidad dental	inc	Corona o unidad de puente sobre diente	240,00
Sellador de fisuras	inc	Corona o unidad de puente estética sobre diente	340,00
3 - RADIOLOGÍA		Suplemento material precioso	SPC
Radiografía periapical /aleta /oclusal	inc	Muñón colado unirradicular	70,00
Radiografía lateral cráneo	inc	Muñón colado multirradicular	85,00
Ortopantomografía (panorámica)	inc	Apoyo Maryland (unidad)	85,00
Cefalometría	inc	Apoyo Maryland cerámico (unidad)	130,00
Fotografías o diapositivas	inc	Apoyo Maryland fibra de vidrio	99,00
Tomografía axial computerizada (TAC dental)	inc ⁽¹⁾ / 60	Ataches	110,00
Estudio radiológico para ortodoncia	inc	Recementado	11,00
4 - ODONTOLOGÍA CONSERVADORA		PRÓTESIS REMOVIBLE	
Empaste	35,00	Removible acrílico (de 1 a 3 piezas)	170,00
Reconstrucción	45,00	Removible acrílico (de 4 a 6 piezas)	232,00
Recubrimiento pulpar directo	20,00	Removible acrílico (de 7 a 9 piezas)	325,00
Recubrimiento pulpar indirecto	20,00	Removible acrílico (10 o más piezas)	440,00
Empaste provisional	15,00	Suplemento resina hipoalérgica (por arcada)	40,00
5 - ENDODONCIA		Compostura	30,00
Consulta tratamiento sintomatológico (apertura, instrumentación y drenaje)	20,00	Compostura (rebase) (por aparato)	50,00
Material retroobturador (MTA)	82,00	Compostura (añadido de retenedor)	40,00
Endodoncia unirradicular	74,00	Refuerzo metálico	29,00
Endodoncia birradicular	105,00	Compostura (añadir pieza a removible acrílico)	37,00
Endodoncia polirradicular	139,00	Completa provisional (una arcada, superior o inferior)	270,00
Poste de fibra de vidrio o carbono	55,00	Completa definitiva con refuerzo metálico	395,00
Reendodoncia unirradicular	94,00	Esquelético (por pieza)	45,00
Reendodoncia birradicular	123,00	Esquelético (estructura base)	180,00
Reendodoncia polirradicular	160,00	Removible flexible (de 1 a 3 piezas) (Flexite, Valplast, otros)	450,00
6 - PERIODONCIA		Removible flexible (de 4 a 6 piezas) (Flexite, Valplast, otros)	485,00
Valoración periodontal (periodontograma) (por arcada)	inc	Removible flexible (más de 6 piezas) (Flexite, Valplast, otros)	515,00
Serie radiográfica periodontal	inc	Hombro o cuello cerámico (por pieza)	30,00
Raspado y alisado radicular (por pieza) (curetaje)	18,00	9 - CIRUGÍA ORAL	
Raspado y alisado radicular (por cuadrante) (curetaje)	45,00	EXTRACCIONES	
Ferulización periodontal (por pieza)	47,00	Extracción pieza simple	inc
Gingivectomía (por cuadrante)	24,00	Extracción pieza dental (no cordal) incluida más quistes dentarios *	inc

Cirugía a colgajo (por diente)	29,00	Extracción cordal (muela del juicio) no incluido *	inc
Regeneración con biomateriales (por unidad 0,5gr.)	213,00	Extracción cordal (muela del juicio) incluido más quistes dentarios *	inc
Membrana (unidad)	225,00	Extracción restos radiculares	inc
Alargamiento coronario	130,00	Extracción por odontosección	inc
Colgajo reposición apical (por cuadrante)	190,00	Revisión postoperatoria (incluye retirar suturas)	inc
Injerto libre de encía	130,00	CIRUGÍA MENOR	
Injerto conectivo de encía	295,00	Frenectomia (frenillo lingual o labial)	70,00
Mantenimiento periodontal (ambas arcadas)	40,00	Extirpación pequeños quistes mucosos	48,00
Tratamiento peri-implantitis (por implante)	120,00	Extirpación o extracción quiste dentario	95,00
7 - ORTODONCIA		Drenaje absceso gingival	24,00
Estudio y diagnóstico para planificación personalizada del tratamiento	60,00	Apicectomia	95,00
Estudio radiológico para ortodoncia	inc	CIRUGÍA PREPROTÉSICA	
TRATAMIENTO CON APARATOLOGÍA FIJA		Vestibuloplastia (por cuadrante)	105,00
CON BRACKETS METÁLICOS		Regularización reborde alveolar (por cuadrante)	105,00
Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato) tratamiento con aparatología fija brackets metálicos	250,00	Extirpación de torus (por cuadrante)	105,00
Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) tratamiento con aparatología fija brackets metálicos	375,00	CIRUGÍA ORTODÓNICA	
Tratamiento una arcada con aparatología fija brackets metálicos	1.740,00	Fenestración ortodóncica (por diente)	77,00
Tratamiento ambas arcadas con aparatología fija brackets metálicos	1.935,00	10 - IMPLANTOLOGÍA	
CON BRACKETS CERÁMICOS		Estudio implantológico	inc
Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato) brackets cerámicos	450,00	Mantenimiento implantológico para tratamientos en garantía IMQ	inc
Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) brackets cerámicos	650,00	Mantenimiento implantológico para tratamientos fuera de garantía IMQ	50,00
Tratamiento una arcada brackets cerámicos	2.400,00	Mantenimiento prótesis híbrida y sobredentadura barra (incluye limpieza y desinfección) para tratamientos en garantía IMQ	inc
Tratamiento ambas arcadas brackets cerámicos	2.600,00	Mantenimiento prótesis híbrida y sobredentadura barra (incluye limpieza y desinfección) para tratamientos fuera de garantía IMQ	85,00
CON BRACKETS DE ZAFIRO		CIRUGÍA IMPLANTOLÓGICA	
Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato) brackets zafiro	612,00	Implante osteointegrado (unidad)	620,00
Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) brackets zafiro	712,00	Elevación de seno maxilar cerrada	95,00
Tratamiento una arcada brackets zafiro	2.515,00	Elevación de seno maxilar abierta	250,00
Tratamiento ambas arcadas brackets zafiro	2.955,00	Regeneración con biomateriales (por unidad 0,5gr.)	213,00
CON TÉCNICA DE BRACKETS AUTOLIGABLES		Regeneración con biomateriales (hueso en bloque)	485,00
Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato) brackets autoligables	600,00	Membrana reabsorbible (unidad)	225,00
Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) brackets autoligables	690,00	Férula radiológica (una arcada)	48,00
Tratamiento una arcada brackets autoligables	2.400,00	Colocación material de osteosíntesis en maxilares (incluye tornillos osteosíntesis y chinchetas)	210,00
Tratamiento ambas arcadas brackets autoligables	2.700,00	Retirada material osteosíntesis (por intervención)	79,00
CON TÉCNICA DE BRACKETS AUTOLIGABLES ESTÉTICOS		CIRUGÍA GUIADA	
AUTOLIGABLES PARCIALMENTE CERÁMICOS		Estudio cirugía implantológica guiada	295,00
Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato) brackets autoligables estéticos parcialmente cerámicos	690,00	Suplemento implante cirugía guiada (unidad)	145,00
Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) brackets autoligables estéticos autoligables parcialmente cerámicos	890,00	Férula radiológica cirugía guiada	515,00

Tratamiento una arcada brackets autoligables estéticos parcialmente cerámicos	2.600,00	Férula quirúrgica cirugía guiada	840,00
Tratamiento ambas arcadas brackets autoligables estéticos parcialmente cerámicos	2.900,00	PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES	
AUTOLIGABLES TOTALMENTE CERÁMICOS		Corona sobre implante	299,00
Inicio una arcada: sup.o inf. (incluye primer aparato) autoligables totalmente cerámicos	840,00	Corona estética sobre implante	349,00
Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) autoligables totalmente cerámicos	1.250,00	Corona provisional sobre implante	135,00
Tratamiento una arcada autoligables totalmente cerámicos	3.500,00	Corona provisional para carga inmediata	185,00
Tratamiento ambas arcadas autoligables totalmente cerámicos	3.900,00	Sobredentadura sobre implantes (por aparato)	535,00
TRATAMIENTO CON APARATOLOGÍA REMOVIBLE		Prótesis híbrida (por arcada)	1.750,00
CON TÉCNICA INVISALIGN®		Terminación metálica: supra o mesoestructura (por pieza rehabilitada)	150,00
Diseño plan de tratamiento Invisalign	390,00	Suplemento material precioso	SPC
Invisalign Full (más de 14 alineadores): Inicio ambas arcadas (aparatología removible)	2.000,00	Aditamentos protésicos (por pieza)	430,00
Invisalign Full (más de 14 alineadores): Tratamiento ambas arcadas (aparatología removible)	4.560,00	Aditamentos protésicos estéticos (por pieza)	530,00
Invisalign Lite (hasta 14 alineadores): Inicio una arcada (aparatología removible)	850,00	Aditamento protésico para carga inmediata	205,00
Invisalign Lite (hasta 14 alineadores): Tratamiento una arcada (aparatología removible)	2.755,00	Locator (por implante) (incluye aditamento)	695,00
Invisalign Lite (hasta 14 alineadores): Inicio ambas arcadas (aparatología removible)	1.100,00	Barra Microfresada (sobre 5 ó menos implantes)	2.220,00
Invisalign Lite (hasta 14 alineadores): Tratamiento ambas arcadas (aparatología removible)	3.387,50	Barra Microfresada (sobre 6 ó más implantes)	2.520,00
Invisalign I7 (hasta 7 alineadores): Inicio una arcada (aparatología removible)	400,00	Barra tipo Ackerman (por implante) (incluye aditamento)	340,00
Invisalign I7 (hasta 7 alineadores): Tratamiento una arcada (aparatología removible)	1.330,00	Atache sobre implante (incluye caballitos)	188,00
Invisalign I7 (hasta 7 alineadores): Inicio ambas arcadas (aparatología removible)	600,00	11 - ESTÉTICA DENTAL	
Invisalign I7 (hasta 7 alineadores): Tratamiento ambas arcadas (aparatología removible)	1.694,90	BLANQUEAMIENTOS	
Invisalign Teen (más de 14 alineadores): inicio ambas arcadas (aparatología removible)	2.000,00	Blanqueamiento dental con férulas en domicilio (por tratamiento)	215,00
Invisalign Teen (más de 14 alineadores): tratamiento ambas arcadas (aparatología removible)	4.560,00	Blanqueamiento dental por fotoactivación (por tratamiento) (férulas incluidas)	270,00
TRATAMIENTO CON APARATOLOGÍA FIJA O REMOVIBLE		Blanqueamiento dental por fotoactivación (por pieza y sesión)	50,00
TRATAMIENTO INTERCEPTIVO		Blanqueamiento dental combinado: fotoactivación más férula (por tratamiento) (férulas incluidas)	375,00
Inicio de tratamiento hasta 12 meses tratamiento con aparatología fija o removible tratamiento interceptivo	517,50	Blanqueamiento dental interno (por pieza y sesión)	50,00
Inicio de tratamiento hasta 18 meses tratamiento con aparatología fija o removible tratamiento interceptivo	580,50	Férula personalizada para blanqueamiento (por arcada)	39,00
Tratamiento hasta 12 meses con aparatología fija o removible tratamiento interceptivo	1.150,00	DISEÑO ESTÉTICO DE LA SONRISA	
Tratamiento hasta 18 meses con aparatología fija o removible tratamiento interceptivo	1.640,00	Carilla provisional	99,00
TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS		Carilla de composite	100,00
Consulta en periodo de latencia	29,00	Carilla de porcelana	255,00
Renovación aparato por rotura o pérdida	155,00	Carilla de zirconio (alta estética)	295,00
Reparación de aparato por rotura	35,00	Carilla de disilicato de litio (alta estética)	360,00
1ª reposición brackets metálicos	inc	Pulido de carillas de composite (de 1 a 3 piezas)	25,00
2ª reposición de brackets metálicos (unidad)	3,00	Pulido de carillas de composite (4 o más piezas)	50,00
1ª reposición brackets cerámicos	inc	Reconstrucción carillas de composite (por pieza)	50,00
2ª reposición de brackets cerámicos (unidad)	5,00	Reconstrucción de frente estético (por pieza) (composite alta estética)	70,00
1ª reposición brackets zafiro	inc	Mock-up (prueba estética) (por pieza)	99,00

2ª reposición de brackets zafiro (unidad)	10,00	Reparación intraoral de porcelana (por pieza)	65,00
1ª reposición brackets autoligables	inc	12 - ODONTOPEDIATRÍA (menores de años)	
2ª reposición de brackets autoligables (unidad)	10,00	Consulta	inc
1º reposición brackets autoligables estéticos	inc	Educación bucodental	inc
2º reposición de brackets autoligables estéticos (unidad)	12,00	Radiografía intraoral	inc
Aparato de refinamiento Invisalign	390,00	Fluorizaciones tópicas	inc
Aparato de sustitución Invisalign	140,00	Sellador de fisuras	inc
Microtornillo ortodóncico (por unidad)	150,00	Higiene bucodental	inc
Aparatología auxiliar fija o removible	250,00	Extracción diente temporal	inc
Aparatología extraoral (incluye mentonera o máscara facial)	250,00	Empaste en diente temporal	35,00
Aparato de retención con férula Invisalign (finalización de tratamiento) (por arcada)	480,00	Pulpotomía sin reconstrucción	42,00
Aparato de retención con férula (finalización de tratamiento) (por arcada)	120,00	Pulpectomía sin reconstrucción	70,00
Aparato de retención con barra lingual (finalización de tratamiento) (por arcada)	120,00	Corona preformada metálica	50,00
Protector bucal para ortodoncia (para tratamientos realizados en la misma clínica)	inc	Apicoformación (tratamiento completo)	55,00
8 - PRÓTESIS		Mantenedor de espacio fijo	65,00
Montaje y estudio en articulador semiajustable	40,00	Mantenedor de espacio removible	75,00
Análisis oclusal	inc	Retirar puente / corona / mantenedor de espacio (por pieza)	12,00
Tallado selectivo	15,00	Guía o tope de oclusión (por pieza)	38,00
Encerado diagnóstico (por pieza)	25,00	Pantalla oral	42,00
		Reimplantación de pieza dental	41,50

* Tratamiento incluido en caso de que el asegurado se realice el tratamiento para el cual se solicitó. Dicha prueba, si el cliente finalmente no realiza el tratamiento se abonará el coste.

SPC: según precio y cotización

TERCERA.- FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

3.1 La asistencia sanitaria cubierta por el Seguro será la que se preste en todas las ciudades españolas por facultativos, clínicas y otros establecimientos incluidos en el Cuadro Médico de IMQ incluso Entidades de Seguro, siempre de acuerdo con las disposiciones aplicables. La cobertura de la prestación tendrá lugar en la forma siguiente:

3.1.1 El Asegurado puede elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los Médicos que realizan, dentro del Cuadro Médico de IMQ, las prestaciones sanitarias incluidas en la Póliza, que en cada momento se encuentren vigentes. El Asegurador abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia siempre que concurren todos los requisitos y circunstancias establecidos en la Póliza.

Con independencia de lo que antecede, la Aseguradora puede proponer al asegurado que elija dentro del cuadro médico de su provincia, al médico general o de familia y, en su caso al pediatra que desee, a fin de adscribirle a ellos como responsables de la atención familiar. De llevarse a cabo esta adscripción, el asegurado podrá modificarla cuando lo desee con una simple comunicación a IMQ, sin que deba aducir motivo alguno.

3.1.2 La visita domiciliaria de Medicina General y ATS/DUE, se solicitará, para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, antes de las 10 horas, para ser realizada en el día. IMQ se obliga a dar cobertura económica a la prestación de la asistencia únicamente en el domicilio del asegurado que figura en la póliza, siempre y cuando esté concertado dicho servicio en esa zona; cualquier cambio de domicilio deberá notificarse al asegurador por cualquier medio fehaciente con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de una prestación en él.

3.1.3 IMQ no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su Cuadro Médico, ni de los gastos de internamiento sanatorial o servicios que los mismos pudieran prescribir.

3.1.4 Al requerir la asistencia, el Asegurado debe exhibir la tarjeta personal que la Aseguradora le facilitará al efecto. Asimismo podrá exigirse el documento nacional de identidad a las personas que están obligadas a poseerlo.

3.1.5 Por cada uno de los servicios recibidos en una misma cita, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta sanitaria personal IMQ, que la Aseguradora le entregará al efecto, debiendo firmar los recibos justificativos de los servicios recibidos, una de cuyas copias le será entregada al Asegurado como comprobante.

En su caso, el Asegurado también deberá exhibir el documento de autorización previsto en la Cláusula 3.1.6 siguiente. Los recibos debidamente firmados servirán de comprobante a la Aseguradora para el abono del coste de la prestación.

El Asegurado abonará por cada servicio recibido, el importe que, en concepto de franquicia o participación en el coste de los mismos, se establece en las Condiciones Particulares.

A estos efectos, IMQ, periódicamente remitirá al Tomador del Seguro 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.

3.1.6 La hospitalización o la prestación de aquellos servicios para los que el Cuadro Médico impreso así lo determina, será ordenada por escrito por un médico de dicho cuadro y el asegurado deberá obtener la previa conformidad documentada de IMQ en sus oficinas. Será asimismo requisito imprescindible para obtener la conformidad escrita de la aseguradora que el acto médico a efectuar en régimen de hospitalización, vaya a ser realizado por un facultativo del cuadro médico de IMQ y esté cubierto por la póliza.

Una vez otorgada la conformidad escrita, el Asegurador quedará vinculado económicamente. En los casos de urgencia, será suficiente a estos efectos la orden del Médico, PERO EL ASEGURADO DEBERÁ OBTENER LA CONFORMIDAD ESCRITA DE IMQ, DENTRO DE LAS SETENTA Y DOS HORAS SIGUIENTES AL INGRESO HOSPITALARIO. Una vez obtenida aquella, IMQ quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del Médico, en caso de entender que la Póliza no cubre el acto o la hospitalización.

3.1.7 Para recibir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudir directamente, según proceda, a un centro permanente de urgencia de los que están establecidos en el Cuadro Médico, donde figuran dirección y teléfono.

3.1.8 A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la asistencia, salvo que sea precisa la conformidad previa de IMQ conforme a la Cláusula 3.1.5 anterior, en cuyo caso la comunicación deberá hacerse a IMQ en la forma allí establecida.

3.2 La asistencia dental cubierta por el asegurado será prestada exclusivamente por los facultativos y clínicas u otros establecimientos incluidos en el Cuadro Dental de IMQ. La asistencia cubierta será prestada en la provincia de contratación de la póliza, salvo los casos de urgencia que serán prestados en todas las poblaciones en que la Compañía tenga concertado el servicio. La compañía le entregará al Tomador del Seguro un Cuadro Dental con especificación del centro o centros permanentes de urgencia y de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos de la provincia de contratación de la póliza y el servicio de urgencias establecido en las demás provincias del territorio nacional.

Fuera de la provincia de contratación de la póliza se aplicarán las franquicias que la Compañía tenga establecidas en la provincia en la que el Asegurado recibe la asistencia, franquicias que no tienen por qué coincidir con las establecidas en la provincia de contratación de la póliza. Excepto en los casos de urgencia, cuando el Asegurado esté desplazado fuera de su provincia y precise asistencia, deberá obtener previamente autorización en la Delegación de la provincia en donde se halle desplazado, en donde le informarán de las franquicias aplicables.

En caso de que en la provincia no exista alguno de los servicios cubiertos, éste se prestará en la provincia que elija el Asegurado de entre las poblaciones en que sí lo tengan establecido.

IMQ, NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS HONORARIOS DE FACULTATIVOS AJENOS A SU CUADRO DENTAL, NI DEL IMPORTE DE LAS ACTUACIONES SANITARIAS QUE LOS MISMOS PUDIERAN PRESCRIBIR.

3.2.1 Todos los tratamientos y actuaciones cubiertos por el seguro se realizarán de forma ambulatoria, QUEDANDO POR ELLO EXCLUIDAS LA HOSPITALIZACIÓN Y LA ANESTESIA GENERAL.

3.2.2 En los tratamientos alternativos decidirá el paciente.

3.2.3 En los tratamientos protésicos, será necesaria la aceptación por el Asegurado del presupuesto que realice el facultativo o Clínica del Cuadro de IMQ. El Asegurado abonará directamente al facultativo o al centro dental el importe correspondiente a las franquicias de las prótesis de acuerdo con lo previsto en el Anexo de coberturas.

Desde que sean implantadas, las prótesis tendrán un plazo de dos años de garantía contra el desgaste o deterioro que sufran, siempre que sean utilizadas correctamente.

3.2.4 LAS SIGUIENTES PRUEBAS DIAGNOSTICAS: RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR, TAC., ESTUDIO TOMOGRAFICO, ANALISIS CLINICOS, INFORME MEDICO PREOPERATORIO Y ANALISIS ANATOMOPATOLOGICOS, NECESITARAN SER PRESCRITOS POR UN FACULTATIVO DEL CUADRO DENTAL PARA UN SERVICIO CUBIERTO POR LA POLIZA Y PARA SU REALIZACIÓN SERA NECESARIO OBTENER LA AUTORIZACION DE LA COMPAÑÍA.

3.2.5 Para recibir un servicio de urgencia, deberá acudir al centro permanente de urgencia que IMQ tiene establecido, cuya dirección y teléfono figura en el documento identificativo y en el Cuadro Dental que entrega al Asegurado.

3.2.6 El Asegurado deberá satisfacer directamente al profesional o Centro Dental donde se le preste la asistencia o realice el tratamiento, el importe correspondiente a la Franquicia que, para dicha asistencia y/o tratamiento, figura establecida en la cláusula 2.10.

CUARTA.- 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.

QUINTA.- 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. El Asegurador 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 Tomador del Seguro o Asegurado. 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 esta declaración. Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.
- 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. Los hijos recién nacidos

del asegurado serán incorporados automáticamente en la póliza, con todos sus derechos y obligaciones, a menos que durante el embarazo sean excluidos expresamente por el Tomador, no aplicándose periodo de carencia superior al que en el momento del nacimiento faltase por consumir al padre, y en su defecto, a la madre.

- e) 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.
- f) Facilitar la subrogación que a favor de IMQ establece el artículo 43 de la Ley
- 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 improcedencia haya quedado manifestada "a posteriori" por la información médica facilitada por el Asegurado.

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.

SEXTA.- 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.

SÉPTIMA.- 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 IMQ. 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.

OCTAVA.- RIESGOS EXCLUIDOS

QUEDAN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DEL SEGURO:

- A) TODA CLASE DE ENFERMEDADES, DEFECTOS O DEFORMACIONES PREEXISTENTES Y/O CONGÉNITAS, A CONSECUENCIA DE ACCIDENTES O ENFERMEDADES OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DE CADA ASEGURADO EN LA PÓLIZA SIEMPRE Y CUANDO FUERAN CONOCIDOS POR EL TOMADOR O ASEGURADO O HUBIERAN SIDO DIAGNOSTICADAS EN EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA Y ESTUVIERAN INCLUIDAS EN EL CUESTIONARIO DE SALUD SOMETIDO AL TOMADOR EN EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN; ASÍ COMO LOS QUE PUEDAN DERIVARSE DE AQUELLOS, SIEMPRE QUE FUERAN CONOCIDOS POR EL TOMADOR DEL SEGURO O ASEGURADO Y NO DECLARADOS.

EL TOMADOR DEL SEGURO, EN SU NOMBRE Y EN NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS Y/O CADA UNO DE ÉSTOS, ESTÁ OBLIGADO A MANIFESTAR EN EL MOMENTO DE SUSCRIBIR LA PROPUESTA / SOLICITUD DE SEGURO, SI PADECEN O HAN PADECIDO CUALQUIER TIPO DE LESIONES O ENFERMEDADES, ESPECIALMENTE AQUELLAS DE CARÁCTER RECURRENTE, CONGÉNITAS, O QUE PRECISEN O HUBIERAN PRECIDADO ESTUDIOS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS O TRATAMIENTOS DE CUALQUIER ÍNDOLE; O EN EL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN PADECIERAN SÍNTOMAS O SIGNOS QUE PUDIERAN CONSIDERARSE COMO EL INICIO DE ALGUNA PATOLOGÍA. MANIFESTÁNDOSE DE ESTA FORMA, LA AFECCIÓN SE CONSIDERARÁ COMO PREEXISTENTE Y/O CONGÉNITA Y, EN CONSECUENCIA, EXCLUIDA DE LAS COBERTURAS PACTADAS EN EL CONTRATO DE SEGURO. SI HUBIERA ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y/O CONGÉNITAS, LA ENTIDAD SE RESERVA EL DERECHO DE ACEPTAR O RECHAZAR LA INCORPORACIÓN DEL SOLICITANTE O SOLICITANTES, Y EN CASO DE ACEPTARLO O ACEPTARLOS, SE INCLUIRÁ LA CORRESPONDIENTE CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA EN LO QUE SE REFIERE A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR ENFERMEDADES, DEFECTOS O DEFORMACIONES PREEXISTENTES Y/O CONGÉNITAS, PRESENTES CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DE CADA ASEGURADO EN LA PÓLIZA; ASÍ COMO LOS QUE PUEDAN DERIVARSE DE AQUELLOS.

B) LA ASISTENCIA SANITARIA POR ENFERMEDADES O LESIONES PRODUCIDAS COMO CONSECUENCIA DE GUERRAS CIVILES, INTERNACIONALES O COLONIALES, INVASIONES, INSURRECCIONES, REBELIONES, REVOLUCIONES, MOTINES, ALZAMIENTOS, REPRESIONES Y MANIOBRAS MILITARES, AÚN EN TIEMPO DE PAZ, Y EPIDEMIAS DECLARADAS OFICIALMENTE.

C) ENFERMEDADES O ACCIDENTES QUE GUARDEN RELACIÓN DIRECTA O INDIRECTA CON RADIACIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIATIVA, ASÍ COMO LOS QUE PROVENGAN DE CATACLISMOS COMO TERREMOTOS, INUNDACIONES, ERUPCIONES VOLCÁNICAS Y OTROS FENÓMENOS SÍSMICOS O METEOROLÓGICOS, SALVO EL RAYO.

D) LA ASISTENCIA SANITARIA QUE EXIJA EL TRATAMIENTO POR ENFERMEDADES O ACCIDENTES LABORALES Y PROFESIONALES, LA DERIVADA DE LA UTILIZACIÓN DE VEHÍCULOS A MOTOR CUBIERTA POR EL SEGURO DEL AUTOMÓVIL DE SUSCRIPCIÓN OBLIGATORIA, ASÍ COMO LOS GASTOS DERIVADOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA PRESTADA EN CENTROS DE LA SEGURIDAD SOCIAL O CENTROS INTEGRADOS EN EL

SISTEMA NACIONAL DE SALUD -INCLUIDAS LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS- QUE NO ESTÉN CONCERTADOS CON EL ASEGURADOR.

E) LA ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE O DE LA PARTICIPACIÓN COMO AFICIONADO EN COMPETICIONES DEPORTIVAS EN GENERAL, Y PARTICULARMENTE, EN LAS ACTIVIDADES SIGUIENTES: ACTIVIDADES AÉREAS, BOXEO, ARTES MARCIALES, ESCALADA, ESQUÍ, ESPELEOLOGÍA, SUBMARINISMO, CARRERAS DE VEHÍCULOS A MOTOR, RUGBY, HÍPICA, TOREO Y ENCIERRO DE RESES BRAVAS, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA PRÁCTICA MANIFIESTAMENTE PELIGROSA.

F) LA ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DE ALCOHOLISMO CRÓNICO, DROGADICCIÓN, INTOXICACIONES DEBIDAS AL ABUSO DEL ALCOHOL, DE PSICOFÁRMACOS, ESTUPEFACIENTES O ALUCINÓGENOS, INTENTO DE SUICIDIO Y AUTO LESIONES, ASÍ COMO LA ASISTENCIA SANITARIA POR ENFERMEDADES O ACCIDENTES SUFRIDOS POR DOLO DEL ASEGURADO.

G) LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS FUERA DEL RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN ASÍ COMO VACUNAS DE TODO TIPO.

H) QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS CUYA SEGURIDAD Y EFICACIA CLÍNICA NO ESTÉN DEBIDAMENTE CONTRASTADAS CIENTÍFICAMENTE O HAYAN QUEDADO MANIFIESTAMENTE SUPERADAS POR OTRAS DISPONIBLES. IGUALMENTE, QUEDAN EXCLUIDOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS, DE CARÁCTER EXPERIMENTAL O QUE NO TENGAN SUFICIENTEMENTE PROBADA SU CONTRIBUCIÓN EFICAZ A LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO O CURACIÓN DE LAS ENFERMEDADES (MEDICINAS ALTERNATIVAS, NATUROPATÍA, HOMEOPATÍA, ACUPUNTURA, MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, MAGNETOTERAPIA, PRESOTERAPIA ETC.) CONSERVACIÓN O MEJORA DE LA ESPERANZA DE VIDA, AUTOVALIMIENTO Y ELIMINACIÓN O DISMINUCIÓN DEL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO Y LOS QUE CONSISTEN EN MERAS ACTIVIDADES DE OCIO, DESCANSO, CONFORT O DEPORTE (INCLUIDA LA NATACIÓN). LOS TRATAMIENTOS EN BALNEARIOS Y CURAS DE REPOSO.

I) TRATAMIENTOS, INCLUSIVE LA CIRUGÍA, ENCAMINADOS A SOLVENTAR LA ESTERILIDAD E INFERTILIDAD DE AMBOS SEXOS (FECUNDACIÓN "IN VITRO", INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, ETC.) Y LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, ASÍ COMO LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RELACIONADAS CON DICHA INTERRUPCIÓN. ESTÁ EXCLUIDO EL ESTUDIO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (INCLUSIVE LA CIRUGÍA) DE LA IMPOTENCIA.

J) LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS, CÉLULAS O COMPONENTES CELULARES, EXCEPTO EL TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA O DE CÉLULAS PROGENITORAS DE SANGRE PERIFÉRICA POR TUMORES DE ESTIRPE HEMATOLÓGICA Y EL TRASPLANTE DE Córnea. EN ESTE ÚLTIMO CASO, I M Q NO SE HACE CARGO DE LA Córnea A TRASPLANTAR.

K) LA ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.), EL SIDA Y LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ÉSTE.

L) LAS INTERVENCIONES, INFILTRACIONES Y TRATAMIENTOS, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ACTUACIÓN QUE TENGA UN CARÁCTER PURAMENTE ESTÉTICO O COSMÉTICO. ASIMISMO ESTÁN EXCLUIDOS LOS TRATAMIENTOS CAPILARES CON FINALIDAD ESTÉTICA.

M) LA HOSPITALIZACIÓN POR PROBLEMAS DE TIPO SOCIAL.

N) LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS GENERALES DE CARÁCTER PREVENTIVO SALVO LOS CONTEMPLADOS EN LA DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.

O) TODO LO RELATIVO AL, PSICOANÁLISIS, HIPNOSIS, PSICOTERAPIA DE GRUPO, TEST PSICOLÓGICOS, NARCOLEPSIA, ETC. ASIMISMO LA TERAPIA EDUCATIVA, TAL COMO LA EDUCACIÓN DEL

LENGAJE EN PROCESOS CONGÉNITOS O LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN ENFERMOS CON AFECCIÓN PSÍQUICA.

P) LAS ENDODONCIAS, OBTURACIONES, COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DENTALES, ORTODONCIAS, PERIODONCIAS E IMPLANTES, ASÍ COMO OTROS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DISTINTOS A LOS CONTEMPLADOS EN LA DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

Q) LOS GASTOS POR VIAJE Y DESPLAZAMIENTOS SALVO LA AMBULANCIA EN LOS TÉRMINOS CONTEMPLADOS EN LA DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS.

R) TÉCNICAS QUIRÚRGICAS O TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS QUE USAN EL LÁSER, SALVO LAS TÉCNICAS EXPRESAMENTE CONTEMPLADAS EN LA DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS.

S) TODO TIPO DE PRÓTESIS, ASÍ COMO EL MATERIAL BIOLÓGICO Y/O SINTÉTICO Y LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES, SALVO LOS EXPRESAMENTE INCLUIDOS EN LA CLÁUSULA 2.5.

T) LAS DETERMINACIONES DEL MAPA GENÉTICO, QUE TIENEN COMO FINALIDAD CONOCER LA PREDISPOSICIÓN DEL ASEGURADO O DE SU DESCENDENCIA PRESENTE O FUTURA A PADECER CIERTAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ALTERACIONES GENÉTICAS, SALVO LAS EXPRESAMENTE CONTEMPLADAS EN LA DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS.

NOVENA.- PERIODO DE CARENIA

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asumen las Aseguradoras serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato. SE EXCEPTUAN DEL ANTERIOR PRINCIPIO GENERAL LAS PRESTACIONES SIGUIENTES:

- a) Las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización por cualquier motivo y naturaleza, que tendrán un periodo de carencia de SEIS MESES.
- b) La asistencia a partos, que tendrá un periodo de carencia de SEIS MESES COMPLETOS.
- c) Las prestaciones que figuran con periodo de carencia en la descripción de la cobertura (cláusula segunda), que tendrá el periodo de carencia que en cada caso se señala.

Los anteriores periodos de carencia podrán eliminarse o reducirse, en los casos en que proceda según la naturaleza de la prestación, si el futuro asegurado se somete a reconocimiento médico previo. Para la realización de éste, la Aseguradora pondrá a disposición del futuro asegurado todos sus servicios asistenciales, aunque los gastos que deriven del reconocimiento serán a cargo exclusivo del solicitante del seguro. En el caso de intervenciones quirúrgicas y partos distócicos, ambos de urgencia vital, no se aplicará el Periodo de carencia previsto, así como en los partos prematuros, entendiéndose por tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.

DÉCIMA.- 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 (art. 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).

10.2. El tomador podrá rescindir el contrato cuando se varíe el cuadro médico correspondiente a su provincia de residencia, siempre que afecte al médico de familia, al tocólogo, al puericultor de zona o al 50 por 100 del cuadro de especialistas, debiendo notificar tal decisión a IMQ por cualquier medio fehaciente. No será de aplicación esta norma cuando se trate de sustituciones transitorias originadas por causa justificada, o se refiera a médicos de técnicas especiales, odontólogos, analistas y electroradiólogos.

10.3. Se hubiere practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado o Asegurados y la Aseguradora no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que, de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento, se haga alguna salvedad en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Si no se hubiera practicado reconocimiento médico o se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la póliza será indisputable transcurrido UN AÑO desde la perfección del contrato, salvo que el Tomador haya actuado con dolo.

Con independencia de todo ello, quedan excluidos en la cobertura de este seguro, entre otros, los riesgos a que se refiere la cláusula octava apartado f) de estas Condiciones Generales.

UNDÉCIMA.- 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.

DUODÉCIMA.- 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.

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 3.2 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 técnico actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero actuarial 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.

DÉCIMOTERCERA.- 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 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.

DECIMOCUARTA.- PRESCRIPCIÓN

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

DECIMOQUINTA.- 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.

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 DURACIÓN: 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, QUE FUERAN CONOCIDOS Y/O ESTUVIERAN DIAGNOSTICADOS, 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 donde 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.