

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

SEGURO DE ENFERMEDAD
PÓLIZA DE ASISTENCIA SANITARIA

IMQ BASIC

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 Avda. Bayona 4 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), y 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.

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. (incluidos aquellos que prestan sus servicios mediante videoconsulta).

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 la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la Póliza.

Enfermero/a: Profesional legalmente capacitado y habilitado para desarrollar la actividad de enfermería.

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.

CLÁUSULA I.- OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la prima y franquicias que correspondan, IMQ se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura económica de la asistencia médica, en régimen de consulta ambulatoria en el listado de prestaciones sanitarias de las

especialidades indicadas en la cláusula 2ª (Descripción de la cobertura), así como la realización de las pruebas diagnósticas que se relacionan en la indicada cláusula.

El pago de la asistencia recibida corre a cargo de la aseguradora, que abonará su importe directamente a los facultativos y centros concertados que hubieren realizado la prestación asegurada. No se concederán indemnizaciones en metálico en sustitución de la prestación de la asistencia sanitaria cubierta.

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: 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. ESPECIALIDADES:

Quedan cubiertas exclusivamente las consultas y las pruebas diagnósticas intraconsultas de las siguientes especialidades:

Alergología. LAS VACUNAS SERÁN A CUENTA DEL ASEGURADO

Anestesiología y Reanimación

Angiología y Cirugía Vascolar

Aparato Digestivo. QUEDA EXCLUIDA LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA

Cardiología

Cirugía Cardiovascular

Cirugía General y del Aparato Digestivo

Cirugía Maxilo-Facial

Cirugía Pediátrica

Cirugía Plástica Reparadora

Cirugía Torácica

Dermatología médico quirúrgica: Incluye la dermatoscopia digital.

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.

Odonto-Estomatología: Se encuentran cubiertas las 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 y pleóptica.

Oncología Médica**Oncología Radioterápica****Otorrinolaringología**

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 del aparato locomotor previa prescripción de un Médico del Cuadro Médico de IMQ. 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 NEUROPSICOLÓGICOS O ESTIMULACIÓN COGNITIVA.

Reumatología**Traumatología y Cirugía Ortopédica****Urología****2.3. 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. Comprende la consulta periódica con especialista, así como los exámenes de salud del recién nacido (detección de metabolopatías y detección precoz de la hipoacusia mediante otoemisiones acústicas o potenciales evocados en caso necesario).

Obstetricia y Ginecología: revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix. Incluye la consulta y exploración con el especialista, así como las pruebas diagnósticas: ecografía ginecológica, mamografía, citología y detección del virus papiloma humano.

Cardiología: incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años, mediante la consulta por el médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio médico: ECG, radiografía de tórax, pruebas de esfuerzo (excluido chequeo deportivo), analítica básica de sangre y orina.

Planificación familiar: Control del tratamiento con anovulatorios.

Urología: Revisión urológica anual para la prevención del cáncer de próstata. Comprende la consulta y exploración física por el médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio médico: analítica básica de orina y sangre incluyendo PSA (determinación antígeno prostático específico) y ecografía prostática.

2.4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO:

Los medios de diagnóstico que a continuación se relacionan 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.

Análisis clínicos

Anatomía patológica

Citopatología

Radiología general: Incluye las técnicas habituales del diagnóstico por la imagen 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, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos,**
- **Resonancia magnética nuclear, TAC (Scanner)**
- **Tomosíntesis de mama**
- **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).
- **Pruebas genéticas:** EXCLUSIVAMENTE AQUELLAS PRUEBAS CUYO FIN SEA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES EN PACIENTES AFECTOS Y SINTOMÁTICOS. INCLUYE TAMBIÉN LAS DIANAS TERAPÉUTICAS CUYA DETERMINACIÓN SEA EXIGIDA

EN LA FICHA TÉCNICA EMITIDA POR LA AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS. QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DE LA COBERTURA CUALQUIER MEDIO DE DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO MEDIANTE TERAPIA GÉNICA, LOS ESTUDIOS DE FARMACOGENÉTICA, LA DETERMINACIÓN DEL MAPA GENÉTICO CON FINES PREDICTIVOS O PREVENTIVOS Y CUALESQUIERA OTRA TÉCNICA GENÉTICA O DE BIOLOGÍA MOLECULAR.

2.5. OTROS SERVICIOS:

Preparación al parto. Asistencia impartida en cursos de preparación que incluyen los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión del parto.

Podología. exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta. CON UN MÁXIMO DE SEIS SESIONES POR AÑO.

CLÁUSULA III.- FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

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:

- 3.1. Libre acceso: Los asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas, de medicina familiar y pediatría, que forman parte del cuadro del médico concertado con IMQ. En el cuadro médico se indicará aquellos especialistas para los que es necesario la prescripción o autorización. También podrán acceder libremente a las videoconsultas en aquellas especialidades que dispongan de dicho servicio.

- 3.2. Prescripción y autorización previa para la realización del servicio: Las pruebas diagnósticas, de alta tecnología (TAC, RMN, inmunohistoquímica ergometría, holter, medicina nuclear, pruebas genéticas, amniocentesis y cariotipos) y / o fibroendoscopia requerirán prescripción escrita de un médico concertado de IMQ para su realización y el asegurado deberá presentarla en las oficinas de IMQ para obtener su conformidad y la emisión de la autorización. 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,...).
- 3.3. 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, y enfermería. IMQ se reserva el derecho a no prestar dicho servicio cuando bajo criterios médicos no lo considere necesario.
- 3.4. Asistencia en medios no concertados con IMQ: 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.

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) 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) 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.

- g) 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 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.
 - h) 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.
- 5.4. Derecho de desistimiento del tomador en caso de venta a distancia: cuando la contratación del seguro ha sido iniciada y finalizada vía web o vía telefónica.

El tomador del seguro podrá desistir del contrato, sin necesidad de indicar los motivos y sin que se le aplique penalización alguna, dentro del plazo de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que el Asegurador le entregue, mediante soporte duradero, la documentación correspondiente a la póliza. No podrá ejercitar tal derecho de desistimiento si el Tomador hace uso de las coberturas garantizadas por su póliza.

El Tomador podrá ejercer el citado derecho de desistimiento mediante cualquier procedimiento que permita dejar constancia de la notificación dirigida al Asegurador a través de cualquier modo admitido en Derecho, deberá identificar claramente sus datos personales y los del contrato que desea resolver.

El contrato quedará extinguido y, consecuentemente, cesará la cobertura del riesgo asegurado, en la misma fecha en que el Asegurador reciba la notificación del desistimiento por parte del Tomador quien tendrá derecho a la devolución o extorno de la parte proporcional de prima no consumida que, en su caso, corresponda. Dicha devolución tendrá lugar en el plazo máximo de treinta días naturales contados desde el día de notificación del desistimiento.

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.

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.

CLÁUSULA VIII.- RIESGOS EXCLUIDOS

Junto con los citados en el epígrafe "descripción de la cobertura" QUEDAN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DEL SEGURO:

- a) QUEDA EXCLUIDA LA ASISTENCIA SANITARIA O CUALQUIER GASTO MÉDICO QUE PRECISE EL ASEGURADO Y QUE SEA CONSECUENCIA, GUARDE RELACIÓN O SE DERIVE DE UNA SITUACIÓN QUE HAYA SIDO DECLARADA POR ORGANISMOS NACIONALES O INTERNACIONALES COMO EPIDEMIA Y/O PANDEMIA, O CON UNA DECLARACIÓN DE EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE INTERÉS INTERNACIONAL.

IGUALMENTE SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS LAS ASISTENCIAS SANITARIAS O CUALQUIER GASTO MÉDICO QUE PRECISE EL ASEGURADO QUE SEA CONSECUENCIA, GUARDE RELACIÓN O SE DERIVE DE GUERRAS, CATÁSTROFES NATURALES O NUCLEARES (CON O

SIN DECLARACIÓN DE LAS MISMAS), ACTOS DE TERRORISMO, INSURRECCIONES, TUMULTOS POPULARES, O CUALQUIER FENÓMENO CATASTRÓFICO EXTRAORDINARIO.

- b) LA ASISTENCIA SANITARIA QUE ESTÉ CUBIERTA POR EL SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES, SEGÚN SU LEGISLACIÓN ESPECÍFICA.
- c) LA ASISTENCIA SANITARIA QUE PRECISE INGRESO EN UN CENTRO HOSPITALARIO TANTO EN RÉGIMEN AMBULATORIO COMO EN RÉGIMEN DE INTERNAMIENTO, ASÍ COMO LA ASISTENCIA SANITARIA EN RÉGIMEN DE HOSPITAL DE DÍA.
- d) LA ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO O LA ADICCIÓN A DROGAS O PSICOFÁRMACOS 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) LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DIAGNÓSTICAS Y/O TERAPÉUTICAS.
- g) LOS ACTOS TERAPÉUTICOS EXCEPTO LOS REALIZADOS POR ESPECIALISTAS EN REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA, PSICOTERAPIA Y ODONTO-ESTOMATOLOGIA CON EL ALCANCE QUE SE DESCRIBEN LA CLÁUSULA 2ª (DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA)
- h) LA ASISTENCIA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS.
- i) LOS CATETERISMOS, LA HEMODINÁMICA VASCULAR, LA RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, LA POLISOMNOGRAFÍA, TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET), LA RADIOTERAPIA Y LA QUIMIOTERAPIA.
- j) LOS FÁRMACOS Y MEDICAMENTOS DE CUALQUIER CLASE.
- k) ASISTENCIA AL PARTO Y CESÁREA.
- l) LA ASISTENCIA SANITARIA QUE SE PRECISE COMO CONSECUENCIA DE LAS LESIONES PRODUCIDAS DURANTE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE Y/O ACTIVIDAD, ASÍ COMO LA PRÁCTICA NO PROFESIONAL DE ACTIVIDADES MANIFIESTAMENTE PELIGROSAS O DE ALTO RIESGO COMO EL BOXEO, ARTES MARCIALES, ESCALADA, RUGBY, ESPELEOLOGÍA, SUBMARINISMO, ESCALADA, PUENTING, PARAPENTE, PARACAIDISMO, BARRANQUISMO, RAFTING, VUELOS SIN MOTOR, CARRERAS DE VEHÍCULOS A MOTOR, HÍPICA, TOREO Y ENCIERRO DE RESES BRAVAS O CUALQUIER OTRA DE ANÁLOGA NATURALEZA.

- m) LOS TRATAMIENTOS POR ESTERILIDAD O INFERTILIDAD.
- n) EL PSICOANÁLISIS, HIPNOSIS, SOFROLOGÍA, NARCOLEPSIA AMBULATORIA Y LOS TEST PSICOLÓGICOS.
- o) LA ASISTENCIA SANITARIA DEL S.I.D.A. Y DE LAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.).
- p) LOS GASTOS DE TRANSPORTE DEL ASEGURADO AL CENTRO Y VICEVERSA EN CASOS DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA.
- q) TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y/O TERAPÉUTICAS CUYO USO NO SEA HABITUAL Y ACEPTADO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. QUEDAN EXCLUIDAS LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS.

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.

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.

B) VIGILANCIA DEL EMBARAZO:

Tendrá un periodo de carencia de SEIS MESES.

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).

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.
- 11.2 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.
- 11.3 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.
- 11.4 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 III.

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, 3 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

Para atender y resolver las quejas y reclamaciones, la Compañía dispone de un Servicio de Atención al Cliente externalizado en Inade, Instituto Atlántico del Seguro, S.L., cuyo titular es Adolfo Campos Carballo, con domicilio en la localidad de Vigo, provincia de Pontevedra, código postal 36202, Calle La Paz 2 bajo. Tfno. 986 485 228 y correo electrónico atencioncliente@inade.org. Dicho Servicio tiene la obligación de resolver las quejas o reclamaciones en el plazo máximo de un mes en caso de que se tenga la consideración de "consumidor" y de dos meses en el resto de supuestos. Si dicha resolución no fuera del agrado del Cliente, podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la DGSFP, siendo imprescindible para ello acreditar haber formulado la queja o reclamación, por escrito, ante el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía.

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

La Compañía de Seguros Igualatorio Médico Quirúrgico y de Especialidades de Navarra S.A. (IMQ NAVARRA) garantiza la seguridad y confidencialidad de los datos de carácter personal facilitados por sus clientes. Por ello asumimos el compromiso de tratar los datos personales de los clientes de IMQ NAVARRA de conformidad con los principios de licitud, lealtad y transparencia, limitación de la finalidad y plazo de conservación, minimización de datos, exactitud, integridad y confidencialidad, entre otros, y de respetar el resto de obligaciones y garantías establecidas en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD).

Así, en cumplimiento del RGPD informamos al tomador y/o asegurado que los datos de carácter personal (incluidos los de salud) facilitados para la contratación de la presente póliza serán tratados por la

Compañía de Seguros Igualatorio Médico Quirúrgico y de Especialidades de Navarra S.A. (IMQ NAVARRA) en calidad de Responsable del tratamiento.

A continuación, le facilitamos la siguiente información básica sobre el tratamiento de sus datos:

Responsable del tratamiento	Compañía de Seguros Igualatorio Médico Quirúrgico y de Especialidades de Navarra S.A.
Finalidad	<p>Gestionar sus solicitudes de información sobre nuestros productos. Delimitar y valorar el riesgo a asegurar. Realización de los trámites complementarios para la prestación del servicio solicitado y la asistencia de los siniestros cubiertos por las pólizas contratadas. Gestionar y controlar el desarrollo de la relación contractual Prevención del fraude Gestión del coaseguro y del reaseguro Envío de comunicaciones publicitarias</p>
Legitimación	<p>Cumplimiento de un contrato Consentimiento del interesado Interés legítimo</p>
Destinatarios	<p>Se podrán ceder datos de carácter personal a las entidades que forman parte del grupo IMQ. Proveedores de servicios para el cumplimiento del contrato, incluido el reaseguro y el coaseguro. Entidades relacionadas con el sector asegurador para la liquidación de siniestros. Entidades en colaboración estadístico actuarial y de prevención del fraude.</p>
Derechos	<p>Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos que puede consultar en la Información adicional.</p>
Información adicional	<p>Puede consultar toda la información adicional sobre nuestra política de protección de datos en el siguiente enlace: https://www.imqnavarra.com/index.php/politicadeprivacidad/</p>

La información personal referida a los asegurados, incluidos los datos de salud, forma parte del contrato de seguro y será incorporada a los sistemas de tratamiento de IMQ NAVARRA como responsable de tratamiento.

El tomador se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal del contenido de las presentes condiciones y de las circunstancias relativas al tratamiento de los mismos, así como obtener previamente su consentimiento facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

La información relativa a los menores de edad requiere haber obtenido previamente el consentimiento paterno, del tutor o representante legal.