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

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

IMQ CLASSIC PLUS AUTÓNOMOS

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 siendo el órgano competente para ello de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda Competitividad.

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

DEFINICIONES

A los efectos de esta Póliza se entenderá por:

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

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

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

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

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

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

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

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

Medicamentos de terapia avanzada: Son medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular) o tejidos (ingeniería tisular) e incluyen productos de origen autólogo, alogénico o xenogénico. Constituyen nuevas estrategias terapéuticas y su desarrollo contribuirá a ofrecer oportunidades para algunas enfermedades que hasta el momento carecen de tratamientos eficaces. Según la AEMPS no se consideran Terapia Avanzada las vacunas.

Médico: Profesional legalmente habilitado para ejercer la Medicina.

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

Plazo o Periodo de Carencia: Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la Póliza. Dicho plazo se computa por meses contados desde la fecha de entrada en vigor de la Póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA I.- OBJETO DEL SEGURO

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

El seguro ofrece la cobertura en dos modalidades:

a) Prestación de asistencia sanitaria: El Asegurado tiene derecho a recibir la asistencia cubierta por la póliza de los médicos y centros concertados que figuran en los cuadros de la aseguradora. El pago de la asistencia recibida dentro de esta modalidad corre íntegramente a cargo de la aseguradora, que abonará su importe directamente a los facultativos y centros que hubieren realizado la prestación asegurada. En esta modalidad no se concederán indemnizaciones en metálico en sustitución de la prestación de la asistencia sanitaria cubierta.

b) Reembolso de gastos sanitarios: Cuando el Asegurado acuda a recibir la asistencia sanitaria a médicos y o centros ajenos a los cuadros médicos de la aseguradora, ésta reembolsará de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en Condiciones Especiales.

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

CLÁUSULA II.- DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, en el periodo de cobertura de este seguro, podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza siempre

que los estudios de validación de su efectividad sean ratificados por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CCAA o del Ministerio de Sanidad mediante un informe positivo.

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

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

2.1. MEDICINA PRIMARIA:

Medicina General: Asistencia en consulta y a domicilio.
Pediatría, Neonatología y Puericultura: Para niños menores de catorce años.
Enfermería: En consulta y a domicilio. En este último caso siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un Médico del Cuadro Médico de IMQ.

2.2. URGENCIAS:

Servicio Permanente de Urgencia: que se prestará en el centro o centros que constan en el Cuadro Médico entregado por IMQ. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera, prestada por Médico generalista y/o Enfermería.
Orientación y Consejo médico 24 horas: Servicio telefónico de asesoramiento por parte de un equipo médico que orientará e informará sobre enfermedades, medicamentos, resultados de análisis y pruebas terapéuticas las 24 horas del día.

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: SE EXCLUYEN LOS PANELES MOLECULARES DIAGNÓSTICOS Y LA DETERMINACIÓN Y EMPLEO DE ALÉRGENOS RECOMBINANTES.
Anestesiología y Reanimación, Tratamiento del dolor
Angiología y Cirugía Vascular: Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser, siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
Aparato Digestivo. Queda incluida la cápsula endoscópica para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta. Queda incluida la Disección endoscópica submucosa para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 cm. en las que se ha descartado polipectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico.
Cardiología
Cirugía Artroscópica
Cirugía Cardiovascular
Cirugía General y del Aparato Digestivo. Incluye la Cirugía Bariátrica para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40KG/M2 o a 35 si se asocian comorbilidades mayores.

Cirugía Maxilo-Facial. QUEDAN EXCLUIDOS LOS TRATAMIENTOS ESTÉTICOS, ASIMISMO QUEDA EXCLUIDA LA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA, LA CIRUGÍA PREIMPLANTACIONAL Y LA CIRUGÍA PREPROTÉSICA, AUNQUE LAS MISMAS TENGAN FINALIDAD FUNCIONAL.
Cirugía Pediátrica
Cirugía Plástica Reparadora. ESTÁ EXCLUIDA LA CIRUGÍA CON FINES ESTÉTICOS, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía, la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un **límite máximo de un año** después de cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico. QUEDA EXCLUIDA LA RECONSTRUCCIÓN Y/O SIMETRIZACIÓN MAMARIA POR PATOLOGÍA BENIGNA, ASÍ COMO LAS TÉCNICAS DE LIPOINFILTRACIÓN DE GRASA PARA CUALQUIER TIPO DE PATOLOGÍA. SE EXCLUYE LA MICROPIGMENTACIÓN DEL COMPLEJO AREOLA PEZÓN. SE EXCLUYE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL LIPEDEMA.
Cirugía Torácica
Dermatología médico quirúrgica: QUEDAN EXCLUIDAS LAS APLICACIONES COSMÉTICAS O ESTÉTICAS. SE EXCLUYEN LOS TRATAMIENTOS CON LUZ PULSADA INTENSA (IPL).
Endocrinología y Nutrición
Geriatría
Hematología y Hemoterapia
Inmunología
Medicina Interna
Medicina Nuclear
Nefrología
Neumología. Aparato Respiratorio
Neurocirugía. QUEDA EXCLUIDA LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA EN CIRUGÍA DE COLUMNA.
Neurofisiología Clínica
Neurología
Obstetricia y Ginecología: Vigilancia del embarazo por Médico tocólogo, y asistencia por éste a los partos. Incluye en cobertura el Test de preeclampsia (cocientes sFlt-1/PIGF), exclusivamente en personas Aseguradas con sospecha clínica de preeclampsia documentada. SE EXCLUYE SU COBERTURA COMO PRUEBA DE CRIBADO.
Odonto-Estomatología: Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una 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, el cross linking corneal (EXCLUIDO EN CASO DE ECTASIA CONSECUENCIA DE CUALQUIER CIRUGÍA REFRACTIVA), tratamiento de la regeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos (en este caso el coste de los fármacos utilizados correrán a cargo del asegurado. QUEDA EXCLUIDA LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA MIOPÍA, HIPERMETROPÍA O ASTIGMATISMO Y PRESBICIA Y CUALQUIER OTRA PATOLOGÍA REFRACTIVA OCULAR.
Oncología Médica
Oncología Radioterápica. Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, acelerador lineal, los isótopos radioactivos, la radioneurocirugía esterotáxica en los tumores intracraneales, y la radioterapia de intensidad modulada cuando estén médicamente indicadas. SE EXCLUYE LA TERAPIA CON HAZ DE PROTONES.
Otorrinolaringología. Incluye la radiofrecuencia de cornetes y la cirugía mediante laser CO_2.
Proctología y Cirugía Ano-Rectal

Psicología clínica: CON UN MÁXIMO DE VEINTE SESIONES POR AÑO O CUARENTA SESIONES EN CASO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa de la aseguradora. SE EXCLUYE EL PSICOANÁLISIS, HIPNOSIS, TEST NEUROPSICOLÓGICOS Y PSICOMÉTRICOS, SOFROLOGÍA, NARCOLEPSIA AMBULATORIA, CUALQUIER MÉTODO DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA NO-CONDUCTAL, LA PSICOTERAPIA DE GRUPO Y LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

Psiquiatría

Rehabilitación y Fisioterapia, previa prescripción de un Médico del Cuadro Médico de IMQ. Comprende la valoración del médico rehabilitador y la fisioterapia, siendo su cobertura en régimen ambulatorio (EXCLUIDA LA FISIOTERAPIA DOMICILIARIA), la rehabilitación del aparato locomotor, rehabilitación vestibular, rehabilitación del suelo pélvico (exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el Seguro Seguro y sea a cargo de la Aseguradora) y la rehabilitación cardíaca (exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el seguro). En régimen de hospitalización quedará cubierta la rehabilitación del aparato locomotor, respiratoria y cardiaca durante el episodio de ingreso que haya justificado la necesidad de dicha rehabilitación. Queda incluido el drenaje linfático tras cirugía oncológica con resección de cadenas ganglionares tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización. QUEDAN EXCLUIDOS LOS TRATAMIENTOS DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN CUANDO SE HAYA CONSEGUIDO LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL, O EL MÁXIMO POSIBLE DE ÉSTA, O CUANDO SE CONVIERTA EN TERAPIA DE MANTENIMIENTO, ASÍ COMO LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA AMBULATORIA, NEUROPSICOLÓGICA O ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y LA TERAPIA OCUPACIONAL.

Reumatología

Tratamiento del Dolor. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), QUEDANDO EXCLUIDAS LAS BOMBAS IMPLANTABLES PARA PERFUSIÓN DE MEDICAMENTOS Y LOS ELECTRODOS DE ESTIMULACIÓN MEDULAR.

Traumatología y Cirugía Ortopédica. Cirugía artroscópica QUEDA EXPRESAMENTE EXCLUIDA LA INFILTRACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS O FACTORES DE CRECIMIENTO. SE EXCLUYE LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA EN CIRUGÍA DE COLUMNA.

Urología. Incluye el uso de láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata. QUEDA EXCLUIDO EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PROSTÁTICO CON CRIOTERAPIAS, RADIOFRECUENCIA, HIFU (ULTRASONIDO FOCALIZADO DE ALTA INTENSIDAD) Y TERMOTERAPIAS.

2.4. MEDICINA PREVENTIVA:

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

Pediatría: incluye controles preventivos y de desarrollo infantil. 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, prueba de esfuerzo (EXCLUIDO CHEQUEO DEPORTIVO), analítica básica de sangre y orina.
Planificación familiar: Control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, incluyendo el coste del dispositivo. Incluye la ligadura de trompas y vasectomía así como el estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad (estudios serológicos y hormonales, cariotipo, así como histerosalpingografía en la mujer y espermiograma en el varón. QUEDA EXPRESAMENTE EXCLUIDA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y LAS REDUCCIONES EMBRIONARIAS, ASÍ COMO LOS TRATAMIENTOS DE ESTERILIDAD O INFERTILIDAD Y LAS CIRUGÍAS PARA REVERTIR LA LIGADURA DE TROMPAS Y LA VASECTOMÍA.
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.
Prevención del cáncer colorrectal: Incluye consulta y exploración física con el especialista, así como el test de detección de sangre oculta en heces y en caso necesario colonoscopia.

2.5 MEDIOS DE DIAGNÓSTICO:

Análisis clínicos: bioquímica, hematología, microbiología, parasitología. QUEDAN EXCLUIDAS LAS BIOPSIAS LÍQUIDAS.
Anatomía patológica: citopatología.
Radiodiagnóstico: todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
Otros medios de diagnóstico: doppler cardíaco, ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, fibroendoscopia.
Medios de diagnóstico de alta tecnología diagnóstica y terapéutica:

- **Inmunohistoquímica.**
- **Ergometría, holter** (QUEDAN EXCLUIDOS LOS HOLTER IMPLANTABLES)**, estudios electrofisiológicos y terapéuticos.**
- **Polisomnografía.**
- **Endoscopias digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas.**
- **Cápsula endoscópica** para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta.
- **Ecoendoscopia.**
- **Resección endoscópica mucosa o mucosectomía.**
- **Disección endoscópica submucosa** para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 cm. En las que se ha descartado polipectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico.
- **Ablación por radiofrecuencia** en casos de esófago de Barret.

QUEDAN EXCLUIDAS LAS TÉCNICAS BARIÁTRICAS POR ENDOSOPIA.

- **Fibroendoscopia nasal y fibrobroncoscopias:** diagnósticas y/terapéuticas. **Ecobroncoscopia.**
- **Elastografía de transición hepática (fibroscan)** para el diagnóstico de la fibrosis hepática de distintas etiologías, especialmente para confirmar la presencia de cirrosis, CON EXCLUSIÓN DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ALCOHÓLICA.
- **Neuronavegador y Monitorización neurofisiológica intraoperatoria:** Incluida la neuronavegación quirúrgica no robótica en intervenciones intracraneales y en fijaciones vertebrales de dos o más niveles o cirugía oncológica de columna vertebral o médula espinal. NO INCLUYE OTRAS INDICACIONES DE NAVEGACIÓN QUIRÚRGICA. Incluida la monitorización neurofisiológica intraoperatoria en las mismas intervenciones y además en cirugías de tiroides y paratiroides y riesgo del nervio facial periférico.
- **Resonancia magnética nuclear, TAC (Scanner).** SE EXCLUYE LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA DE HAZ CÓNICO.
- **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 pacientes asintomáticos, pero con prueba de detección isquémica positiva o dudosa, en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis por sospecha clínica tras colocación de stents coronarios o cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario. NO ESTÁ INCLUIDO BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA LA UTILIZACIÓN PARA CUANTIFICACIÓN DEL CALCIO EN ARTERIAS CORONARIAS Y SU UTILIZACIÓN COMO PRUEBA DIAGNÓSTICA DE SCREENING.
- **Resonancia Magnética Multiparamétrica**
- **Biopsia prostática por fusión de imágenes,** ecodirigida en casos de alta sospecha clínica de cáncer de próstata (acreditada por valores del PSA*) y con al menos una biopsia prostática previa negativa realizada en los últimos 18 meses previos a la solicitud de la biopsia por fusión.
  * Elevación PSA total >10 ng/ml y/o elevación persistente (más de seis meses) del PSA total entre 4 y 10 ng/ml y/o coeficiente PSA libre/total <20% (<0,2).
- **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.
- **Tomosíntesis de mama**
- **Amniocentesis y Cariotipos**
- **Pruebas genéticas**: Quedan cubiertas exclusivamente aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos. Incluye las plataformas genómicas de cáncer de mama Oncotype y Mammaprint prescrito por especialista en oncología médica, únicamente en mujeres con cáncer de mama en estadios iniciales (I-III), receptores de estrógenos (RE/ER) positivos, HER 2 negativos y: a) ganglios linfáticos negativos (N0) o b) metástasis de ganglio axilar menor o igual a 2mm. (N1mi) o N1 con afectación de 1 a 3 ganglios máximo. Incluye también los test de DNA fetal en sangre materna, para diagnóstico prenatal de las trisomías 21, 18

y 13 prenatal cuando el índice de riesgo en cribado combinado del primer trimestre (CCPT) esté comprendido entre 1/50 y 1/250 o en gestantes con embarazo previo con aneuploidías en los cromosomas 21, 18 o 13, independientemente del CCPT. QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DEL SEGURO CUALQUIER MEDIO DE DIAGNÓTICO Y/O TRATAMIENTOS MEDIANTE TERAPIA GÉNICA, LOS ESTUDIOS DE FARMACOGENÉTICA, LA DETERMINACIÓN DEL MAPA GENÉTICO CON FINES PREDICTIVOS O PREVENTIVOS, LAS BIOPSIAS LÍQUIDAS, LOS TEST GENÉTICOS DE DISBIOSIS Y CUALQUIER 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.

2.6 HOSPITALIZACIÓN:

Se realizará en centros concertados en el Cuadro Médico de IMQ, en función de su disponibilidad de camas previa prescripción de un especialista concertado y autorización escrita de IMQ**.** QUEDA EXCLUIDA LA ASISTENCIA Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO POR RAZONES DE TIPO SOCIAL.

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

Hospitalización quirúrgica: En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación, curas y otros tratamientos necesarios serán a cargo del Asegurador. Queda incluida la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical, la ligadura de trompas y vasectomía así como la hospitalización de día. La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas (A EXCEPCIÓN DE LAS DENTARIAS) correrá a cargo del Asegurador. En cuanto al coste de las prótesis en sí, será de cuenta de IMQ en el supuesto de válvulas cardiacas, marcapasos, prótesis de bypass vascular, endoprótesis vasculares (stent), prótesis mamarias (en casos de mastectomía radical), prótesis internas traumatológicas, lentes intraoculares incluidas las multifocales y bifocales en el tratamiento de cataratas, mallas sintéticas para la reconstrucción de la pared abdominal o torácica y los reservorios para el tratamiento del dolor. EL COSTE DE CUALQUIER OTRO TIPO DE PROTESIS, PIEZAS ANATÓMICAS 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. **QUEDA INCLUIDA LA HOSPITALIZACIÓN DE DÍA**.

Hospitalización en U.C.I.: Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de IMQ (POR SU NATURALEZA NO SE INCLUYE CAMA PARA ACOMPAÑANTE). La duración del internamiento estará en función de sí el proceso patológico que sufre el enfermo es o no reversible. En el caso de que el enfermo no sea recuperable en opinión del Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos, éste señalará el tiempo de permanencia del enfermo.

Hospitalización Psiquiátrica: Exclusivamente para los enfermos previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de IMQ de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, CON UN LÍMITE DE CINCUENTA DÍAS POR AÑO NATURAL. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de IMQ. (POR SU NATURALEZA NO SE INCLUYE CAMA PARA ACOMPAÑANANTE).

2.7 IMPLANTES Y PRÓTESIS QUIRÚRGICAS:

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

- **Cardiovasculares**: marcapasos (monocamerales, bicamerales y los marcapasos con terapia de resincronización cardiaca), válvulas cardiacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia, stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular y las endoprótesis (stent) vasculares. Sustitutos del pericardio (sintéticos y biólogicos xenólogos) y filtro vena cava. QUEDAN EXCLUIDOS LOS MARCAPASOS CON TECNOLOGÍA SIN CABLE, LOS DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES (DAI) Y LAS VÁLVULAS CARDIACAS TRANSCATÉTER. Se incluyen los coils (materiales de embolización, tipo líquido o dispositivo). NO SE INCLUYEN LAS PARTÍCULAS LIBERADORAS DE FÁRMACOS NI LOS DISPOSITIVOS TIPO AMPLATZER Y SIMILARES, NI PERIFÉRICOS NI CARDÍACOS (ESTOS DISPOSITIVOS SE CATALOGAN COMO DISPOSITIVOS OCLUSORES/TAPÓN CARDÍACO Y VASCULARES).). Se incluyen los dispositivos oclusores cardíacos exclusivamente para el tratamiento de la comunicación interauricular, comunicación interventricual y ductus persistente.
- **Digestivos**: endoprótesis (stents) biliopancreático, esofágico, duodenal y colorrectal exclusivamente en casos de estenosis por patología neoplásica maligna y en casos tras perforación por proceso endoscópico que haya sido a cargo de la Aseguradora. SE EXCLUYEN TODOS LOS DISPOSITIVOS Y PRÓTESIS EMPLEADOS COMO TERAPIA DE VACÍO ENDOLUMINAL.
- **Osteoarticulares**: prótesis internas traumatológicas, el material de osteosíntesis y el material osteo-tendinoso biológico obtenido de bancos de tejidos autorizados en la Unión Europea. SE EXCLUYEN LOS FIJADORES EXTERNOS Y LOS DISPOSITIVOS DE HUESO INTRAMEDULARES GUIADOS POR DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS.
- **Oftalmológicos**: Lentes intraoculares (monofocales y bifocales), para la corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas. QUEDAN EXCLUIDAS LAS LENTES TÓRICAS, MONOFOCALES DE RANGO EXTENDIDO, LENTES EDOF (DE PROFUNDIDAD DE FOCO EXTENDIDA), TRIFOCALES Y OTRAS LENTES CON CORRECCIÓN VISUAL AÑADIDA.
- **Quimioterapia o tratamiento del dolor:** reservorios implantables (port-a-cath).

- **Implantes reparadores**: Prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con **un límite máximo de un año** después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico. Mallas sintéticas para reconstrucción abdominal o torácica.
- **Urológicos y genitourinarios**: Prótesis testiculares tras orquiectomía exclusivamente tras proceso tumoral o torsión testicular. Banda de fijación para incontinencia de esfuerzo cuando haya fracasado el tratamiento conservador o el farmacológico.
- **Implantes neurológicos**: Sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo, incluyendo sus reservorios.
- **Implantes otorrinolaringológicos**: tubos de drenaje transtimpánicos. Prótesis de oído medio para la reconstrucción osicular (martillo, yunque y estribo).

  El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, material biológico, prótesis externas, fijador externo, ortesis y ortroprótesis no incluidos en el detalle anterior correrán a cargo del Asegurado.

2.8 TRATAMIENTOS ESPECIALES:

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

Transfusiones de sangre y/o plasma

Logopedia y foniatría: Incluye el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales, QUEDANDO EXCLUIDOS LOS TRATAMIENTOS CUANDO SE HAYA CONSEGUIDO LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL, O EL MÁXIMO POSIBLE DE ÉSTA, O CUANDO SE CONVIERTA EN TERAPIA DE MANTENIMIENTO. Se dará también cobertura logopédica por deglución atípica para menores de 14 años hasta **un máximo de 20 sesiones** por asegurado y anualidad. QUEDA EXCLUIDO EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE (DISLEXIA, DISGRAFÍA Y DISCALCULIA).

Electrotermoterapia en rehabilitación

Laserterapia: Incluye fotocoagulación en oftalmología, la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación músculo esquelética, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales. QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDAS TODAS AQUELLAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS O TERAPÉUTICAS QUE EMPLEEN LÁSER Y NO SE ENCUENTREN EN EL DETALLE ANTERIOR.

Nucleotomía percutánea

Diálisis y riñón artificial

Litotricia Renal

Quimioterapia: En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La aseguradora solo asumirá los gastos de medicamentos clasificados como citostáticos, comercializados en España y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad. (QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS LOS TRATAMIENTOS QUIMIOTERÁPICOS INTRAOPERATORIOS COMO POR EJEMPLO LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITIONAL).

Oncología radioterápica: Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, los isótopos radioactivos y acelerador lineal: irradiación corporal (baño de electrones); radiocirugía y radioterapia

esterotáxica en los tumores intracraneales; radioterapia externa conformacional; radioterapia exterotáxica corporal; radioterapia con intensidad modulada con control de imagen y movimiento. SE EXCLUYE LA RADIOTERAPIA PARA PROCESOS BENIGNOS NO ONCOLÓGICOS SALVO EN EMERGENCIAS POR COMPRESIÓN MEDULAR Y LA TERAPIA CON HAZ DE PROTONOES O NEUTRONES.
Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.

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

2.9 OTROS SERVICIOS:

Ambulancias: Para el traslado urbano e interurbano en la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El Seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al Sanatorio o viceversa y solo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un Médico del Cuadro Médico de IMQ, salvo en caso de urgencia.
Matronas, en la asistencia hospitalaria al parto.
Preparación al parto.
Podología, CON UN MÁXIMO DE DOCE SESIONES POR AÑO.
Cirugía robótica: Se incluye exclusivamente para las siguientes indicaciones urológicas, mediante el empleo de sistemas robóticos autorizados para su uso en España por el ministerio de Sanidad, siendo de aplicación la exclusión común reflejada al respecto en el apartado Q de la Cláusula VIII, para cualquier otro tipo de cirugía robótica directa o asistida.
Cirugía robótica urológica: Exclusivamente en las siguientes indicaciones:
a) En el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata mediante prostatectomía radical en aquellos casos que cumplan todos los siguientes criterios:

1) Diagnóstico de tumor maligno prostático localizado.
2) PSA menor o igual a 15 ng/ml en el momento de la indicación quirúrgica.
3) Ausencia de afectación extracapsular y/o de vesículas seminales en la ecografía transrectal o medios de imagen (tumor estadificado como T1 ó T2).
4) Ausencia de evidencia de metástasis y/o invasión linfática (tumor estadificado como N0 y M0).
5) Riesgo anestésico del paciente ASA menor a III.

b) En el tratamiento quirúrgico, mediante nefrectomía parcial, del carcinoma renal (exclusivamente en tumores menores de 4 cm. En su diámetro mayor).
Esta cobertura se dará en aquellas provincias en las que IMQ Navarra dispongan de dispositivo asistencial concertado para ofrecer esta prestación, la cobertura se dará siempre previa prescripción de médicos del cuadro médico.
Los servicios se prestarán siempre a través del cuadro médico determinados por la Aseguradora, **con el previo pago de una Franquicia de 6.000 euros**.

2.10 SEGUNDA OPINIÓN:

El servicio de Segunda Opinión Médica se ofrecerá a aquellos asegurados que cuenten con un primer diagnóstico de una enfermedad grave incluida en el siguiente listado:

Oncología
Enfermedades cardiacas, incluyendo cirugía cardiaca y angioplastia
Trasplante de órganos
Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares
Cirugía ortopédica compleja
Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso
Enfermedades y dolencias derivadas de la insuficiencia renal

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

Los servicios incluidos serán los siguientes:

Acceso a la opinión de especialistas del máximo prestigio nacional e internacional sin necesidad de desplazamiento.

Apoyo telefónico al usuario por parte de un consultor médico que le ayudará en el proceso de enviar el formulario de solicitud, pruebas a adjuntar, formulación de las preguntas a realizar al experto.

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

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

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

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

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

CLÁUSULA III.- FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

Asistencia sanitaria a través del cuadro médico concertado:

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

Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta IMQ. Igualmente el Asegurado estará obligado a exhibir su documento nacional de identidad si le fuese requerido. Cada vez que el Asegurado reciba un servicio cubierto por la póliza, abonará en concepto de franquicia o participación en el coste de dicho servicio, la cantidad que se establece en las condiciones particulares. A estos efectos la aseguradora remitirá periódicamente al Asegurado un extracto comprensivo de los servicios que hubieren utilizado los asegurados incluidos en la póliza, junto con el importe de las franquicias correspondientes a los mismos. El cobro de la cantidad total que resultare se efectuará mediante recibo domiciliado en la cuenta bancaria que el Tomador haya designado para el pago de la Prima. El importe de las franquicias podrá ser actualizado por IMQ, de conformidad con lo establecido en la Cláusula 12ª

IMQ está obligado a prestar cobertura aseguradora en los términos establecidos en la póliza, no quedando vinculada por las decisiones que puedan adoptar profesionales pertenecientes o no a su cuadro médico y que no sean objeto de dicha cobertura asegurada.

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

3.1. Libre acceso: Los asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas, de medicina familiar y pediatría, así como a los centros de urgencias que forman parte del cuadro del médico concertado con IMQ. En el cuadro médico se indicará aquéllos especialistas para los que es necesario la prescripción o autorización. También podrán acceder libremente a las videoconsultas en aquellas especialidades que dispongan de dicho servicio.
3.2. Prescripción previa para la realización del servicio: Las pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos y determinados servicios asistenciales requerirán prescripción escrita de un médico concertado de IMQ para su realización.
3.3. Prescripción y autorización previa para la realización del servicio: Con carácter general, para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones y médicos consultores será necesaria la previa autorización expresa de IMQ tras la prescripción escrita de los facultativos de la entidad. Dicha autorización será necesaria para determinados métodos terapéuticos, pruebas diagnósticas y otros servicios asistenciales, siempre que así se indique en el cuadro médico impreso. El volante de autorización carecerá de validez si en el momento de la realización del servicio, el Asegurado no cumple con todos los requisitos establecidos en el condicionado de su póliza del seguro para contar con plena cobertura aseguradora en relación con el servicio que es objeto de dicha autorización (por ejemplo no estar al corriente de pago de la prima, enfermedad preexistente no declarada,…).
3.4. Servicios al domicilio del asegurado: IMQ se obliga a prestar los servicios a domicilio en aquellas poblaciones en las que IMQ tenga concertado la prestación de dicho servicio. Cualquier cambio de domicilio del Asegurado deberá de ser notificado de manera fehaciente con una antelación mínima de ocho días al requerimiento del servicio. Los servicios prestados en el domicilio del Asegurado son los relativos a las especialidades de medicina familiar, urgencias, enfermería,

ambulancia y terapias respiratorias. IMQ se reserva el derecho a no prestar dicho servicio cuando bajo criterios médicos no lo considere necesario.
Los tratamientos de las terapias respiratorias deben ser prescritos por un Neumólogo concertado con IMQ. En todos los tratamientos crónicos el Asegurado deberá renovar la prescripción del Neumólogo y la autorización del servicio por parte de IMQ cada mes.

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

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

3.7. Para la prestación de cirugía robótica, **deberá realizarse previamente el pago del importe de la franquicia estipulada**, mediante transferencia bancaria a la Aseguradora.

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

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

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

3.1. Límites de capital asegurado: Cuando el Asegurado requiera asistencia sanitaria comprendida en las especialidades y servicios que incluye la cobertura según la cláusula 2 (descripción de la cobertura) y decida recibirla de un hospital o clínica y/o de facultativos ajenos a los cuadros médicos de IMQ, IMQ reembolsará al asegurado, los gastos que el tratamiento conlleve, de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en las condiciones especiales de este seguro.
Las intervenciones quirúrgicas realizadas al mismo Asegurado el mismo día y por el mismo profesional se considerarán una única intervención a efectos de la aplicación de límite de capital Asegurado correspondiente.
El uso combinado de garantías comprendidas en una y otra modalidad para un mismo proceso médico, solo será posible si lo permiten los acuerdos de la aseguradora con los profesionales,

centros y establecimientos de sus cuadros médicos que intervengan en el proceso. En otro caso, los gastos devengados en la asistencia del asegurado, en su totalidad serán asumidos por la aseguradora con arreglo a las previsiones de la modalidad de reembolso de gastos, de acuerdo con los límites cuantitativos establecidos en las condiciones especiales.

a) Suma asegurada anual: Computará a los efectos de suma asegurada el total de las cantidades reembolsadas por gastos sanitarios producidos durante un año natural. Alcanzado el límite de la suma asegurada establecida en condiciones especiales, se entenderán finalizadas las obligaciones de la aseguradora en la modalidad de reembolso hasta un nuevo año natural. Con objeto de unificar el vencimiento de las pólizas a 31 de diciembre, en caso de que el seguro inicie su vigencia con posterioridad al 1 de enero, la suma asegurada establecida en las condiciones especiales, para el primer año será proporcional a la fracción de año contratada.
b) Límites parciales: son los límites establecidos en condiciones especiales para los distintos tipos de acto médico. Son las cantidades máximas de la aseguradora reembolsará para cada tipo de acto médico para los que se especifica solo se computarán y aplicarán en la modalidad de reembolso de gastos.

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

3.2.1 El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el ingreso hospitalario, intervención quirúrgica y en general cualquier prestación médica asegurada dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido.
En el caso de intervención quirúrgica o ingreso hospitalario programado, deberá de comunicar dicha circunstancia a IMQ, desde el momento en que tenga conocimiento de la fecha en la que dicha intervención quirúrgica o ingreso vaya a producirse y en todo caso dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido.
3.2.2. En los casos de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, partos o cesáreas, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos, junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el tomador del seguro o Asegurado enviará a IMQ un informe médico en el que se especifique el diagnóstico y naturaleza de la enfermedad así como en su caso el centro asistencial, fecha de ingreso, duración probable del tratamiento y tipo de éste.
3.2.3. El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá dar a IMQ toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.
3.2.4. El tomador del seguro o Asegurado o sus familiares deberán permitir que médicos designados por IMQ visiten al Asegurado tantas veces como IMQ lo estime oportuno. Así como cualquier averiguación o comprobación que IMQ considere necesaria sobre su estado de salud.
3.2.5. En caso de hospitalización, una vez finalizada esta, el tomador del seguro o el Asegurado comunicarán tal circunstancia a IMQ con indicación del periodo de duración del ingreso.
3.2.6. El tomador del seguro o en su caso el Asegurado deberá presentar a IMQ la siguiente documentación:

- Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo de la aseguradora, debidamente cumplimentado.
- Justificantes o facturas de los gastos realmente incurridos por el asegurado, debidamente desglosados, por cada uno de los conceptos incluidos en las facturas y en donde se reflejen:

- la persona a la que se le ha realizado la asistencia médica u hospitalaria
- La naturaleza de los actos médicos realizados (consulta, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos,…) y sus fechas e importes.
- Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia, haciéndose constar en su caso, los apellidos, nombre o razón social, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal (N.I.F.)

- Justificación o acreditación del pago de las facturas por parte del asegurado.
- Prescripciones médicas de los servicios médicos y/u hospitalarios recibidos por el asegurado, excepto en el caso de consultas, respecto de las cuales no será necesaria la presentación de tales prescripciones.
- Informe médico explicativo de los servicios médicos y/u hospitalarios prestados al asegurado, del proceso de la enfermedad y su evolución, así como el informe de alta médica u hospitalaria, con indicación en su caso de la necesidad de continuidad asistencial.

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

3.3. Abono de las cantidades objeto de reembolso:

Una vez recibida toda la documentación requerida, y efectuadas las comprobaciones oportunas, la aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe que corresponda dentro de los quince días laborables siguientes. El pago se realizará siempre en moneda española, aunque las facturas se hayan extendido en otra moneda diferente. En este último caso se efectuará el pago al cambio aplicable de la fecha de recepción de las facturas de la aseguradora. Los gastos derivados de la traducción al idioma español de los oportunos documentos (facturas, informes…) redactados en otras lenguas correrán a cargo del asegurado.

CLÁUSULA IV.- PAGO DE PRIMAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a la madre. Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud y la Aseguradora podrá denegar la admisión. De aceptarse el nuevo Asegurado, serán aplicables a éste los periodos de carencia establecidos en la Cláusula 9ª. En todo caso, la Aseguradora cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido durante los primeros treinta días naturales de vida, finalizando la cobertura transcurrido dicho plazo, si no se hubiere solicitado su alta conforme a lo establecido en el párrafo primero de este apartado.

f) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a IMQ, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro.

g) Cuando la asistencia prestada al Asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, la Aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El Asegurado, o en su caso el Tomador, vendrán obligados a facilitar a IMQ los datos y la colaboración necesarios para ello.

h) El Asegurado deberá facilitar al Asegurador durante la vigencia del Contrato cuanta documentación e información médica le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura 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.

j) Comunicar a la aseguradora la existencia de cualquier otro seguro de enfermedad que se refiera a todos o a alguno de los asegurados de esta póliza, de acuerdo de los artículos 101 y 106 de la Ley del seguro.

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

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

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.

CLAÚSULA VI.- OTRAS OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

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

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

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

CLÁUSULA VII.- DURACIÓN DEL SEGURO

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

No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador. La notificación del Tomador deberá realizarse a la Aseguradora.

Realizada la comunicación en la forma aquí establecida, el contrato expirará al finalizar el periodo pactado en las Condiciones Particulares o a la finalización del periodo anual de prórroga en que se encuentre, según el caso.

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

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

CLÁUSULA VIII.- RIESGOS EXCLUIDOS

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

A) 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) LOS FÁRMACOS Y MEDICAMENTOS DE CUALQUIER CLASE, PRODUCTOS SANITARIOS Y MEDIOS DE CURA, SALVO LOS QUE SE ADMINISTREN AL PACIENTE MIENTRAS ESTÉ HOSPITALIZADO, YA SEA EN REGIMEN DE INGRESO, HOSPITAL DE DÍA O CIRUGÍA AMBULANTE. QUEDAN EXCLUIDOS LOS MEDICAMENTOS DE TERAPIA AVANZADA, QUE COMPRENDEN LOS MEDICAMENTOS DE USO HUMANO BASADOS EN GENES (TERAPIA GÉNICA), CÉLULAS (TERAPIA CELULAR DE CUALQUIER TIPO) Y TEJIDOS (INGENIERÍA TISULAR). ADEMÁS, QUEDAN EXCLUIDOS TODO TIPO DE TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES INCLUYENDO LOS QUE ESTÁN EN ENSAYO CLÍNICO EN TODAS SUS FASES O GRADOS. ASÍ COMO VACUNAS DE TODO TIPO.

D) LA ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO O LA ADICCIÓN A DROGAS DE CUALQUIER TIPO.

E) LA ASISTENCIA SANITARIA DE LAS LESIONES PRODUCIDAS A CAUSA DE EMBRIAGUEZ, RIÑAS (SALVO EN CASO DE LEGÍTIMA DEFENSA), AUTOLESIONES O INTENTOS DE SUICIDIO.

SE ENTIENDE POR EMBRIAGUEZ LA ESTABLECIDA EN LA LEGISLACIÓN SOBRE TRÁFICO, CIRCULACIÓN DE VEHÍCULOS DE MOTOR Y SEGURIDAD VIAL, CON INDEPENDENCIA DE QUE EL SINIESTRO SUCEDA O NO CON OCASIÓN DE LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULO A MOTOR POR EL ASEGURADO.

F) LA ASISTENCIA SANITARIA QUE SE PRECISE COMO CONSECUENCIA DE LAS LESIONES PRODUCIDAS DURANTE LA PRÁCTICA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: ACTIVIDADES AÉREAS, BOXEO, ARTES MARCIALES, ESCALADA, RUGBY, ESPELEOLOGÍA, SUBMARINISMO, CARRERAS DE VEHÍCULOS A MOTOR, HÍPICA, TOREO Y ENCIERRO DE RESES BRAVAS; ASÍ COMO LA ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE O DE LA PARTICIPACIÓN COMO AFICIONADO EN COMPETICIONES DEPORTIVAS EN GENERAL.

G) LA ASISTENCIA SANITARIA DE TODA CLASE DE ENFERMEDADES, ESTADOS DE SALUD, LESIONES, DEFECTOS O DEFORMACIONES CONGÉNITAS O PREEXISTENTES A LA FECHA DE EFECTO DEL ALTA DE CADA ASEGURADO EN LA PÓLIZA. ESTA EXCLUSIÓN NO AFECTARÁ A LOS ASEGURADOS INCORPORADOS A LA PÓLIZA DESDE SU NACIMIENTO CONFORME LA CLÁUSULA 5.1.

H) LOS TRATAMIENTOS POR ESTERILIDAD O INFERTILIDAD.

I) EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS CON FINES PURAMENTE ESTÉTICOS O COSMÉTICOS ASÍ COMO LA NECESIDAD DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS O TRATAMIENTOS POR COMPLICACIONES QUE PUDIERAN ESTAR DIRECTA Y/O PRINCIPALMENTE CAUSADAS POR HABERSE SOMETIDO A UNA INTERVENCIÓN, INFILTRACIÓN O TRATAMIENTO DE CARÁCTER PURAMENTE ESTÉTICO O COSMÉTICO. TALES COMO LAS TÉCNICAS DE LIPOINFILTRACIÓN GRASA, LA MICROPIGMENTACIÓN DEL COMPLEJO AREOLA PEZÓN, LOS TRATAMIENTOS CAPILARES CON FINALIDAD ESTÉTICA…

J) EL PSICOANÁLISIS, HIPNOSIS, SOFROLOGÍA, NARCOLEPSIA AMBULATORIA Y LOS TEST PSICOLÓGICOS.

K) LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS. EL SEGURO INCLUYE NO OBSTANTE LAS ACTUACIONES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS SOBRE EL PROPIO ASEGURADO QUE RESULTEN NECESARIAS PARA REALIZARLE UN TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA O UN TRASPLANTE DE CÓRNEA, CON LAS GESTIONES ADMINISTRATIVAS QUE ELLO CONLLEVE.

L) LA ASISTENCIA SANITARIA DEL S.I.D.A. Y DE LAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.).

M) LA ASISTENCIA Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO POR RAZONES DE TIPO SOCIAL.

N) CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS DEFECTOS DE REFRACCIÓN DE LOS OJOS TALES COMO LA MIOPÍA, HIPERMETROPÍA O ASTIGMATISMO Y CUALQUIER OTRA PATOLOGÍA REFRACTIVA OCULAR.

Ñ) LOS GASTOS DE TRANSPORTE DEL ASEGURADO AL CENTRO Y VICEVERSA EN CASOS DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA Y EN CASOS DE DIÁLISIS.

O) TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y/O TERAPÉUTICAS CUYO USO NO SEA HABITUAL Y ACEPTADO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

P) TODO TIPO DE PRÓTESIS, ASÍ COMO EL MATERIAL BIOLÓGICO Y/O SINTÉTICO Y LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES, SALVO LOS EXPRESAMENTE INCLUIDOS EN LA CLÁUSULA 2.7. SE EXCLUYE LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA EN CIRUGÍA DE COLUMNA.

Q) LA CIRUGÍA ROBÓTICA DIRECTA O ASISTIDA (MANIOBRAS QUIRÚRGICAS QUE REALIZA UN ROBOT SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES DE UN CIRUJANO Y GUIADO POR UN SISTEMA LAPAROSCÓPICO TELERROBOTIZADO, Y/O LA QUE REALIZA EL ROBOT ASISTIDA POR UN SISTEMA INFORMATIZADO DE REALIDAD VIRTUAL O NAVEGADOR CON IMÁGENES EN 3D OBTENIDAS POR ORDENADOR) EN TODAS LAS ESPECIALIDADES; LAS CIRUGÍAS PROFILÁCTICAS Y LAS CIRUGÍAS DEL CAMBIO DE SEXO.

R) CUALQUIER TRATAMIENTO O PRUEBA DIAGNÓSTICA CUYA UTILIDAD O EFICACIA NO ESTÉ CONTRASTADA CIENTÍFICAMENTE O SEAN CONSIDERADOS DE CARÁCTER EXPERIMENTAL O NO HAYAN SIDO RATIFICADAS POR LAS AGENCIAS ESPAÑOLAS DE EVALUACIÓN DE TEORÍAS SANITARIAS. QUEDAN EXCLUIDAS LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS, NATUROPATÍA, HOMEOPATÍA, ACUPUNTURA, MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, PRESOTERAPIA, OZONOTERAPIA, MEDICINA REGENERATIVA (INCLUYE TÉCNICAS DE REGENERACIÓN TISULAR, CELULAR O MOLECULAR, LOS IMPLANTES O TRASPLANTES DE CÉLULAS MADRE Y LA INGENIERÍA DE TEJIDOS). ADEMÁS, SE EXCLUYE EL TRATAMIENTO CON CÁMARA HIPERBÁRICA.

S) CUALQUIER INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SOBRE EL NO NACIDO.

T) QUEDA EXCLUIDA LA TERAPIA OCUPACIONAL.

U) LOS GASTOS POR VIAJE Y DESPLAZAMIENTO.

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

CLÁUSULA IX.- PERIODO DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asume IMQ, serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del Contrato para cada uno de los Asegurados. SE EXCEPTÚAN DEL ANTERIOR PRINCIPIO GENERAL LAS PRESTACIONES SIGUIENTES:

A) MEDIOS DE DIAGNÓSTICO:

Medios de Diagnóstico de alta tecnología: tendrán un periodo de carencia de TRES MESES.
Medios de Diagnóstico Intervencionistas: tendrán un periodo de carencia de SEIS MESES.

B) HOSPITALIZACIÓN:

Las intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio (Intervenciones del grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial) tendrán un periodo de carencia de TRES MESES.
Hospitalización e intervención quirúrgica: por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día (Intervenciones del grupo III al VIII según clasificación de la Organización Médica Colegial) tendrán un periodo de carencia de OCHO MESES, excepto la ligadura de trompas y vasectomía (cláusula 2.6 Cláusulas Descriptivas de Cobertura) que tendrán un periodo de carencia de SEIS MESES.
El parto o cesárea tendrá un periodo de carencia de OCHO MESES.
Asimismo, para que la Aseguradora sufrague el coste de las prótesis (no su implantación) el periodo de carencia será de OCHO MESES.
En caso de intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose por tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.

C) TRATAMIENTOS ESPECIALES:

Tendrán un periodo de carencia de TRES MESES los siguientes tratamientos especiales:
Electrotermoterapia en rehabilitación.
Laserterapia en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología así como en laser rehabilitación musculo-esquelética.
Nucleotomía percutánea.

Tendrán un periodo de carencia de OCHO MESES los siguientes tratamientos especiales:
Tratamiento del dolor.
Diálisis y riñón artificial.
Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.
Laserterapia: Cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología, dermatología y el tratamiento de hiperplasia benigna de próstata.
Litotricia renal.
Quimioterapia y Oncología radioterápica.

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA XI.- COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

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

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

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

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

CLÁUSULA XII.- ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS PRIMAS

IMQ, anualmente, podrá:

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

Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, la Prima anual se establecerá de acuerdo con la zona geográfica correspondiente al domicilio de la prestación a que se refiere la Cláusula III, .4 y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa de Primas que la Aseguradora tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan en el importe de las Primas. Estas actualizaciones de Primas y franquicias se fundamentarán en los cálculos 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.

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	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
Legitimación	Cumplimiento de un contrato Consentimiento del interesado Interés legítimo
Destinatarios	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.

Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos que puede consultar en la Información adicional.
Información adicional	Puede consultar toda la información adicional sobre nuestra política de protección de datos en el siguiente enlace: https://www.imqnavarra.com/index.php/politicadeprivacidad/

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.

CONDICIONES ESPECIALES

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

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

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

1. Asistencia ambulatoria:

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

a) HONORARIOS MÉDICOS:
<u>CONSULTAS</u>:

- MEDICINA GENERAL Y PEDIATRÍA: 60 €/ consulta
- RESTO ESPECIALIDADES: 100 €/ consulta
- A.T.S… (curas e inyectables): 30 €/ consulta
- PODOLOGÍA 30 €/consulta

b) MEDIOS DE DIAGNÓSTICO Y ANALÍTICAS: 30.000 € anuales

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

- ODONTO-ESTOMATOLOGÍA (solo extracciones, curas y limpiezas) 300 €/ año
- REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA: 1.000 €/ año
- PSICOTERAPIA: 1.500 €/ año
- AMBULANCIA: 1.000 €/ año
- PREPARACIÓN AL PARTO: 100 €/ proceso

2. Asistencia hospitalaria:

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

a) HONORARIOS MÉDICOS EN CASO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

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

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

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

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

d) OTROS GASTOS HOSPITALARIOS:

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

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

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

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

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

GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ASISTENCIA EN VIAJES

La presente cobertura de Asistencia en viajes será prestada por la compañía **IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros S.A.U.**, sometida a la legislación española con domicilio social en Pamplona.

DISPOSICIONES PREVIAS

Accidente: Hecho violento, fortuito, súbito, externo y ajeno al Asegurado, del que eventualmente resulte un daño amparado por la cobertura del seguro y que haya ocurrido con posterioridad a la fecha de alta del seguro.

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.

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

Centro Hospitalario: Establecimiento público o privado, Hospital, Centro Sanitario o Clínica, legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales con los medios materiales y personales necesarios para realizar diagnósticos, tratamientos e intervenciones quirúrgicas. **No se consideran Centros Hospitalarios los balnearios, casas de reposo, residencias de mayores, centros de día o similares**.

Cuarentena: Aislamiento temporal de personas para prevenir que se extienda una enfermedad infecciosa.

Dolo: Intención de causar daño, perjuicio o artificio, en mayor o menor grado.

Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional: Evento grave, inesperado, con riesgo de propagación internacional que hace necesario que las autoridades sanitarias internacionales o nacionales tomen medidas de restricción de los viajes y/o el comercio.

Enfermedad: Toda alteración del estado de salud del Asegurado, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente reconocido y cuya existencia sea precisa.

Enfermedad congénita: Es aquella con la que se nace, por haberse contraído en el seno del útero materno.

Enfermedad grave: Toda alteración del estado de salud del Asegurado, que haga precisa la asistencia urgente e imprescindible de servicios médicos para evitar riesgo en la vida o la integridad física del Asegurado.

Enfermedad previa al viaje: Toda dolencia, enfermedad o lesión previamente diagnosticada o tratada médicamente o puramente sintomática, iniciada o contraída con anterioridad a la fecha de efecto del contrato.

Enfermedad terminal: Afección avanzada, progresiva e incurable para la que no existen posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida inferior a 12 meses.

Equipaje: Los objetos de uso personal que el asegurado lleve consigo durante el viaje, así como los expedidos por cualquier medio de transporte.

Estabilización de paciente: Momento en el que se ha asegurado la vía aérea, controlado la hemorragia, tratado el shock e inmovilizado las fracturas, interrumpiendo el agravamiento del estado del paciente y manteniendo en el tiempo sus constantes vitales (presión arterial, pulso, respiración y perfusión de los tejidos).

Evento: Conjunto de todos los hechos individuales susceptibles de cobertura, que surjan o sean directamente ocasionados por una misma ocurrencia o acontecimiento y para los cuales se solicita la asistencia del Seguro

Familiares: Se consideran familiares únicamente los cónyuges, parejas, hijos, padres, nietos, abuelos, hermanos, suegros, yernos, nueras y cuñados del Asegurado, salvo lo dispuesto para cada Cobertura. Además tendrán esta condición los tutores legales del Asegurado.

Fecha del evento: Aquella en que se produce el riesgo previsto y cubierto por el Seguro que, en todo caso, habrá de derivar, necesariamente, de un accidente o evento ocurrido estando en vigor el contrato de seguro.

Franquicia: Es el importe o porcentaje, expresamente pactado, que en una Indemnización por un evento con cobertura corre a cargo del Asegurado.

Grupo asegurable: Es el conjunto de personas físicas, unidas por un vínculo común previo o simultáneo a la adhesión del seguro y diferente a éste, que cumplan las condiciones para ser Asegurados.

Hospitalización: Supone el registro de entrada del paciente y su permanencia prescrita en el hospital durante un mínimo de 24 horas.

Hurto: Apropiación de cosas ajenas, con ánimo de lucro, sin emplear violencia o intimidación en las personas, o fuerza en las cosas.

Invalidez permanente absoluta: Situación por la que el Asegurado queda incapacitado con carácter definitivo e irreversible para realizar cualquier profesión.

Órtesis: Apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético. Aparatos o dispositivos, férulas, ayudas técnicas y soportes usados en ortopedia, fisioterapia y terapia ocupacional que corrigen o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad. Sirven para sostener, alinear o corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor

Pareja: Cónyuge, pareja de hecho inscrita como tal en un Registro de carácter oficial, local, autonómico o nacional así como situaciones de análoga convivencia acreditada.

Residencia habitual: Aquel lugar en que el Asegurado tiene su vivienda principal. En caso de duda, se entenderá que es aquel que figura como tal en su inscripción censal.

Riesgo: Motivo o razón por la que se contrata el Seguro. Es el posible daño que el Asegurado espera ver reparado, indemnizado o atendido por el Seguro.

Robo: Apropiación de bienes ajenos mediante violencia o intimidación en las personas, o fuerza en las cosas.

Seguro con importe máximo cubierto: La forma de aseguramiento por la que se garantiza una cantidad máxima determinada hasta la cual queda cubierto el riesgo asegurado, con independencia del valor total, sin que, por tanto, sea de aplicación la regla proporcional.

Suma asegurada: La cantidad fijada en las Condiciones Particulares, Especiales y Generales, que constituye el límite máximo de la indemnización o reembolso a pagar por el Asegurador por el conjunto de los eventos con cobertura ocurridos durante la vigencia del Seguro.

Urgencia: Situación de grave quebranto de la salud que requiere de una asistencia médico-sanitaria que, de no prestarse de forma inmediata, podría poner en peligro la vida del paciente o su integridad física o causar un menoscabo permanente en su salud.

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 120 días por viaje o desplazamiento.

Viaje al extranjero: Cualquier desplazamiento y consiguiente estancia de los Asegurados fuera del país donde se halle su domicilio y/o residencia habitual.

GARANTÍAS CUBIERTAS

Mediante estas coberturas el Asegurador se obliga, dentro de los límites y con las condiciones establecidas a continuación y en las Condiciones Particulares y Especiales, a hacerse cargo de las prestaciones pactadas:

1.- GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN EN EL EXTRANJERO

El Asegurador toma a su cargo, **hasta el límite máximo de 18.000€**, por hechos a consecuencia de un accidente o enfermedad sobrevenidos al asegurado:

a) Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
b) Los gastos farmacéuticos necesarios por prescripción médica, para el tratamiento de patologías cubiertas por esta póliza.
c) Los gastos de hospitalización.

Al objeto de verificar que la atención recibida sea la apropiada, el Equipo Médico del Asegurador estará en contacto con el Centro Sanitario donde esté siendo atendido el Asegurado.

2.- GASTOS 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 máximo de 200€**.

3.- PROLONGACIÓN DE ESTANCIA

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 90€ por día y con un máximo de siete días**.

4.- ENVÍO DE MEDICAMENTOS AL EXTRANJERO

El Asegurador se encargará del envío de los medicamentos que, con carácter **urgente** le sean **prescritos por un médico al Asegurado durante el viaje en el extranjero no puedan hallarse en el lugar donde se encontrase desplazado, ni ser sustituidos** por medicamentos de similar composición.

5.- 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) Del importe de los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más cercano.
b) Del control previo por parte del Equipo Médico del Asegurador, 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 traslado hasta el centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
c) Del importe de los gastos de traslado originados por la primera asistencia, del herido o enfermo, por el medio de transporte más adecuado, hasta el centro hospitalario prescrito, y

autorizado por el Asegurador, o a su domicilio habitual. En caso de hospitalización en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, el Asegurador se hará cargo, en el momento del alta médica del Asegurado, del subsiguiente traslado hasta el domicilio habitual de éste.

d) **En el caso de Asegurados Extranjeros residentes en España y, en caso de sufrir el asegurado una enfermedad grave o accidente grave en España, se trasladará al asegurado al hospital más próximo a su residencia habitual o a un hospital del país de origen del asegurado**.

El medio de transporte utilizado se organizará en función de la patología del asegurado. Cuando la urgencia y gravedad del caso lo requieran, **podrá realizarse la repatriación en avión sanitario especial si el paciente está en Europa y países ribereños del Mediterráneo. En cualquier otro lugar, se efectuará por avión de línea regular**.

Al objeto de verificar que la atención recibida sea la apropiada, el Equipo Médico del Asegurador estará en contacto con el Centro Sanitario donde esté siendo atendido el Asegurado.

6.- 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 5 días, el Asegurador pondrá a disposición de un familiar o persona designada por el Asegurado un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado.

Si dicha hospitalización se produce a más de 100 km. de distancia del domicilio habitual del Asegurado, el Asegurador se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, contra los justificantes oportunos, **hasta el límite máximo de 90 € por día, con un máximo de 10 días**.

En el supuesto de que dicho familiar o persona designada ya se encontrase en el lugar de hospitalización del Asegurado por estar incluido en la presente póliza y en virtud de la garantía de transporte o repatriación de los Asegurados, se cubrirán los gastos de estancia **hasta el límite máximo de 90€ por día, con un máximo de 10 días**, así como de los gastos de regreso tal y como establece la presente garantía.

7.- TRANSPORTE O REPATRIACIÓN DE LOS ASEGURADOS

a) Cuando a uno o más de los Asegurados se les haya trasladado o repatriado por enfermedad o accidente de acuerdo con la garantía de transporte o repatriación sanitaria de heridos y enfermos, el Asegurador se hará cargo del transporte de los acompañantes asegurados para el regreso de los mismos al lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado o repatriado así como de su posterior traslado hasta su domicilio. El Asegurador se subroga en los derechos de los asegurados por los billetes de regreso inicialmente previstos.

b) Si los Asegurados de los que se trata en el párrafo anterior a) fueran menores de 15 años o discapacitados y no contaran con un familiar o persona de confianza, para acompañarles en el viaje, el Asegurador pondrá a su disposición a una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de su domicilio o hasta donde se encuentre hospitalizado el Asegurado.

8.- 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 permitírselo 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.

Para los Asegurados Extranjeros residentes en España, en caso de fallecimiento en territorio español, el Asegurador tomará a su cargo el transporte o repatriación del cuerpo desde el lugar de deceso en el territorio español hasta el aeropuerto internacional más próximo al lugar de inhumación en el país de origen del asegurado.

No son objeto de cobertura los gastos de inhumación, incineración o ceremonia funeraria.

COBERTURAS DE INCIDENCIAS EN VIAJES Y VUELOS:

9.- DEMORA EN LA ENTREGA DE EQUIPAJES FACTURADOS EN TRANSPORTE PÚBLICO

El Asegurador reembolsará al Asegurado hasta el límite máximo de 300€, los gastos efectuados por la compra urgente de ropa y objetos de primera necesidad, cuando este último sufra una demora en la entrega de su equipaje facturado a la llegada a su punto de destino a 4 horas, entre la hora de entrega prevista y la real.

Queda excluido como punto de destino el de regreso al origen del viaje.

El Asegurado deberá presentar fotocopia del billete aéreo, el certificado de "Irregularidades en la entrega de Equipajes" que le facilite el transportista, así como las facturas originales de compra de aquellos objetos de uso personal y de primera necesidad que hubiera adquirido.

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

Si en el transcurso de un viaje falleciera en España el cónyuge, ascendiente o descendente 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 de inhumación en España 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.

SERVICIOS DE ASISTENCIA EN VIAJE:

11.- SERVICIO DE INFORMACIÓN 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.

12.- TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

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

13.- BÚSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJES Y OBJETOS 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.

14.- ADELANTO DE FONDOS EN CASO DE ROBO DE MEDIOS DE PAGO EN EL EXTRANJERO

Si a consecuencia del robo de sus medios de pago (dinero, tarjetas de crédito, cheques de viaje, etc.), el Asegurado se quedase sin fondos para proseguir su viaje, el Asegurador se encargará de facilitarle un adelanto de fondos hasta el límite máximo de 1.500€ indicado en condiciones particulares y certificado de seguro.

El Asegurador se reserva el derecho a solicitar del Asegurado algún tipo de aval, garantía o depósito que le asegure el cobro del anticipo.

Para la prestación de esta garantía será indispensable la presentación por parte del Asegurado de la denuncia ante las autoridades competentes.

EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS:

15.- DELIMITACIONES DEL CONTRATO. EXCLUSIONES

a) LAS GARANTÍAS Y PRESTACIONES QUE NO HAYAN SIDO SOLICITADAS AL ASEGURADOR Y QUE NO HAYAN SIDO EFECTUADAS CON O POR 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 ENFERMEDADES PREEXISTENTES, PADECIMIENTOS CRÓNICOS O PREVIOS AL INICIO DEL VIAJE, ASÍ COMO SUS COMPLICACIONES Y RECAÍDAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

16.- EXTENSIÓN GEOGRÁFICA

Las coberturas de este seguro surten efecto en el mundo entero.

Países europeos: Albania, Austria, Alemania, Andorra, Armenia, Azerbaiyán, Bélgica, Bielorrusia, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Ciudad del Vaticano, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, República de Macedonia del Norte, Malta, Moldavia, Mónaco, Montenegro, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania, Rusia (la parte europea, hasta los Urales), San Marino, Serbia, Suecia, Suiza, Turquía y Ucrania. **No se considerarán dentro del ámbito Europa, aquellos territorios de Ultramar de los países arriba recogidos que no se encuentren en el territorio geográfico europeo continental, salvo las islas Canarias, Azores y Madeira.**

Para las coberturas en que se indique, tendrán la misma consideración que Europa los siguientes países ribereños al Mediterráneo: Marruecos, Argelia, Túnez, Libia, Líbano, Egipto e Israel.

Las garantías serán válidas únicamente, a **más de 30 kilómetros** del domicilio habitual del Asegurado, salvo en Baleares y Canarias, donde lo será a **más de 15 kilómetros.**

17.- CÓMO SOLICITAR UNA COBERTURA

Ocurrido un hecho que pueda quedar amparado por alguna de las coberturas del Seguro, es **requisito indispensable que el Asegurado, sus familiares, acompañantes o persona de su confianza se pongan de inmediato en contacto con el Asegurador**, mediante llamada a la Central de Asistencia, **en el Nº +34 687 350 853.**

En caso de **fuerza mayor que impida** realizar este aviso, deberá hacerse en cuanto cesen las circunstancias que hayan impedido la comunicación. Establecido el contacto, el Asegurado, o en su defecto el comunicante, indicará el número del contrato de Seguro, el lugar donde se encuentra el Asegurado y un teléfono de contacto o dirección de correo electrónico, informando sobre los detalles de los hechos y describiendo la asistencia que solicita. El Asegurador facilitará un número de expediente y pondrá de inmediato en funcionamiento los mecanismos de que dispone con objeto de que se preste el servicio requerido.

El Asegurador no se responsabiliza de los retrasos o incumplimientos debidos a fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si **no fuera posible una intervención directa por parte del Asegurador, el Asegurado será reembolsado a su regreso** a España, o en caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país donde no concurra la anterior circunstancia, de los gastos cubiertos por el contrato que haya tenido y se acrediten mediante la presentación de los correspondientes justificantes.

Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deberán efectuarse previo acuerdo del médico que atienda al Asegurado con el equipo médico del Asegurador.

Para las coberturas de **incidencias en viajes y vuelos** el Asegurado deberá presentar una reclamación por escrito ante el Transportista, y cederá al Asegurador su derecho a recibir la indemnización

que deba pagar el Transportista antes de recibir la indemnización que le corresponda por las coberturas antes mencionadas.

El Asegurado no tendrá derecho a percibir indemnización alguna cuando utilice deliberadamente documentos incorrectos o medios fraudulentos, presente declaraciones de eventos con coberturas incompletas, inexactas, exageradas o fraudulentas, oculte las causas o amplíe las consecuencias.

De acuerdo con lo establecido en el art. 16 de la ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980) el Contratante del Seguro o el Asegurado deberá, además, dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del evento. Para ello el Contratante del Seguro o Asegurado aportará todos los documentos que le sean requeridos por el Asegurador.

18.- REEMBOLSO DE GASTOS

El Asegurador reembolsará los gastos en que haya incurrido el Asegurado para poder recibir una asistencia prevista en contrato únicamente cuando haya sido previamente informado de ello, y **siempre que el Asegurado aporte la documentación original que acredite haber hecho el pago.**

En ningún caso, se sustituirá la prestación de servicio por una indemnización, salvo pacto expreso.

19.- EXISTENCIA DE OTROS SEGUROS

Cuando existan otros Seguros con otras Aseguradoras que garanticen la misma cobertura durante el mismo periodo de tiempo, el contratante del seguro o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador los demás Seguros existentes. Si por dolo no se hiciera esta comunicación y se produjera el hecho con cobertura, el Asegurador no está obligado a pagar la indemnización.

Una vez producido el evento con cobertura, el Contratante del Seguro o el Asegurado deberán comunicarlo, de acuerdo con lo previsto en el Artículo correspondiente al Asegurador, con indicación del nombre de las demás Aseguradoras, que contribuirán proporcionalmente al pago de los servicios que correspondan.

Igualmente las indemnizaciones a pagar por el Asegurador constituirán un complemento de los reembolsos que el Asegurado reciba del Sistema de Seguridad Social o de cualquier otro ente de protección, incluyendo las mutuas, por razón de los mismos gastos médicos.

En ningún caso el seguro puede suponer que el Asegurado reciba más de lo que le corresponda ni que obtenga, en total, un valor superior al de sus gastos reales.

20.- EXONERACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD

Se hace constar expresamente que IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros S.A.U. no se hace responsable subsidiaria ni complementariamente de reclamaciones por retraso y/o incumplimiento debido a fuerza mayor, u ocasionadas directa o indirectamente por las circunstancias político-administrativas de un determinado país o zona geográfica.

Igualmente el Asegurador declina cualquier responsabilidad derivada de la información, publicidad o propaganda realizada por el contratante sobre este Seguro sin que haya sido autorizada previamente por escrito.

21.- SUBROGACIÓN

El Asegurador, una vez pagada la indemnización, podrá ejercitar los derechos y acciones que puedan corresponder al Asegurado frente a personas responsables del evento con cobertura, hasta el importe total que haya indemnizado. El Asegurado está obligado a colaborar con el Asegurador en el ejercicio de esta reclamación.

Para la prestación, por el Asegurador, de los servicios inherentes a las anteriores garantías es indispensable que el asegurado solicite su intervención, desde el momento del suceso, al siguiente teléfono (puede hacerlo a cobro revertido):

+34 687 350 853

Servicio permanente las 24 horas