

IMQ SALUD ESENCIAL

Seguro de Salud.

Póliza de Asistencia Sanitaria

CONDICIONES GENERALES



Nº COLECTIVO 3431



ing+

Este Contrato de Seguro comprende de forma inseparable las Condiciones Generales, que quedan formadas por las Cláusulas Jurídicas y Cláusulas Descriptivas de Cobertura, las Condiciones Particulares, las Especiales si las hubiere y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.

INDICE

Cláusulas Jurídicas	4
1) Cláusula Preliminar	4
2) Objeto del seguro	4
3) Pago de primas	4
4) Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado	5
5) Otras obligaciones de la Aseguradora	6
6) Duración del Seguro	7
7) Pérdida de derechos, resolución del contrato	7
8) Tratamiento de datos de carácter personal	8
9) Estado y autoridad de control de la Aseguradora	8
10) Instancias de reclamación	8
11) Comunicaciones y jurisdicción	9
12) Prescripción	9
13) Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza	9
Cláusulas Descriptivas de la Cobertura de Asistencia Sanitaria	11
1) Definiciones	11
2) Cartera de servicios con cobertura	12
3) Exclusiones Comunes de la Cobertura de Asistencia Sanitaria	15
4) Forma de obtener la cobertura de los servicios	17
5) Periodos de carencia	18
Preguntas frecuentes	19

Cláusulas Jurídicas

1) Cláusula Preliminar

1. La actividad aseguradora que lleva a cabo Igualatorio Médico Quirúrgico y de Especialidades de Asturias SA de Seguros está sometida al control de las autoridades del Estado Español siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad.
2. El presente Contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1.980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, la Ley) y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados, y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y, en su caso, Especiales del propio Contrato.
3. El Tomador durante la vigencia de la póliza deberá tener su domicilio social (si es persona jurídica) o residencia habitual (si es persona física) en España. Este requisito es aplicable también a los Asegurados.

2) Objeto del seguro

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la Prima y franquicias/copagos que en cada caso corresponda, la Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura económica de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en las enfermedades o lesiones que se encuentren comprendidas en el listado de prestaciones sanitarias referentes a las especialidades indicadas en el apartado 2 de las Cláusulas Descriptivas de Cobertura, asumiendo la Aseguradora su coste mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieren realizado la prestación.

En todo caso, la Aseguradora asume la cobertura económica de la asistencia sanitaria contratada cuando se requiera en situación de urgencia y mientras dure la misma.

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

3) Pago de primas

1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley, está obligado al pago de la Prima.
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, la Aseguradora 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, la Aseguradora quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario.
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 la Aseguradora 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, la Aseguradora sólo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso.

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.
5. La Aseguradora 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 a la Aseguradora, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del Seguro el Recibo de Prima emitido por la Aseguradora.
6. En Condiciones Particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el Tomador para el pago de los recibos de Prima.
7. En caso de extinción anticipada del Contrato imputable al Tomador, la parte de Prima anual no consumida corresponderá a la Aseguradora.

4) Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado

1. El Tomador del Seguro y, en su caso el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:
 - A. Declarar a la Aseguradora, 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 la Aseguradora 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.
La Aseguradora podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o Asegurado. Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.
Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, la Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.
 - B. Comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.
 - C. Comunicar a la Aseguradora, 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 de vencimiento de la anualidad del Seguro en que se produzca dicha baja procediéndose a la adaptación del importe de la Prima a la nueva situación.

D. 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 la Aseguradora, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro.

E. 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 la Aseguradora los datos y la colaboración necesarios para ello.

F. El Asegurado deberá facilitar a la Aseguradora durante la vigencia del Contrato cuanta documentación e información médica le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura del coste de las prestaciones que solicite. Una vez sea requerida por la Aseguradora, el proceso de otorgamiento de cobertura quedará en suspenso hasta la completa obtención de la información.

La Aseguradora 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.

2. La tarjeta sanitaria personal, 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 a la Aseguradora en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, la Aseguradora 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 la Aseguradora la tarjeta correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza.

La Aseguradora no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria.

3. El Tomador del Seguro podrá reclamar a la Aseguradora, 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) Otras obligaciones de la Aseguradora

La Aseguradora entregará al Tomador las condiciones generales, particulares y especiales, si las hubiere, de la Póliza.

Igualmente entregará al Tomador la tarjeta sanitaria personal correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la Póliza. Dicha tarjeta que dispondrá de una numeración única contendrá los siguientes datos:



- Nombre y apellidos del Asegurado
- Año de nacimiento
- Fecha de alta

6) 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 mediante notificación escrita a la otra, efectuada con una antelación no inferior a un mes por parte del Tomador y dos meses por parte de la Aseguradora, a la fecha de conclusión del periodo de Seguro en curso.

7) Pérdida de derechos, resolución del contrato

El Contrato podrá ser resuelto por la Aseguradora antes de su vencimiento en cualquiera de las situaciones siguientes:

1. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud, la Aseguradora podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del cuestionario cumplimentado por alguno de los Asegurados incluidos en la Póliza o por el Tomador en su nombre. Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento en que haga esa declaración.
Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Asegurado, la Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.
2. 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 de Contrato de Seguro).
3. Si el Tomador, al solicitar el Seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento de alguno o algunos Asegurados, la Aseguradora sólo podrá resolver 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 la presente Póliza, no existe derecho de rehabilitación de la misma, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro.
4. Cuando el Tomador deje de tener su domicilio social (en caso de persona jurídica) y residencia habitual (en caso de persona física) en territorio español. Cuando sea un Asegurado el que se encuentre en dicha situación causará baja en la Póliza. Cuando uno de los Asegurados deje de vivir de forma habitual en el domicilio identificado en la Póliza causará baja en el Seguro y el Tomador deberá comunicarlo a la Aseguradora. Si esta persona desea contratar un nuevo seguro y lo hace



antes de que transcurra un mes desde la comunicación citada, la Aseguradora mantendrá los derechos adquiridos siempre que contraten las mismas coberturas.

8) Tratamiento de datos de carácter personal

Responsable del tratamiento: Igualatorio Médico Quirúrgico y de Especialidades de Asturias S.A. de Seguros, como Aseguradora.

Finalidad: Gestión, cumplimiento y ejecución del Contrato de Seguro de asistencia sanitaria contratado.

Legitimación: En virtud de la firma del presente documento se presta consentimiento expreso del Tomador del Seguro y de los asegurados para que la Aseguradora incorpore, en ficheros automatizados de los que es responsable, sus datos personales, así como los datos de salud conocidos como consecuencia de siniestros. En virtud de la firma del presente documento se presta consentimiento expreso para que el Tomador del Seguro reciba comunicaciones comerciales, vía postal o electrónica, sobre productos o servicios comercializados por IMQ, sin que en ningún caso la retirada de este consentimiento condicione la ejecución del Contrato de Seguro.

Destinatarios: La Aseguradora podrá ceder a entidades colaboradoras los datos de salud conocidos (proveedores sanitarios, entidades de seguros con las que opera en régimen de reaseguro y/o coaseguro) con la única finalidad de gestionar el Seguro contratado, así como, en su caso, girar al Tomador el recibo correspondiente al importe de las franquicias/copagos derivados del uso por los asegurados de los servicios sanitarios cubiertos por la Póliza.

Derechos: El Tomador del Seguro y los Asegurados podrán acceder, rectificar y suprimir los datos, así como ejercitar otros derechos, de conformidad con lo señalado en la información adicional, mediante comunicación escrita a : (I) la oficina de IMQ en Gijón en C/ Cabrales, 72, Bajo 33201 – Gijón (Asturias); (II) a la dirección de correo electrónico delegadodeprotecciondedatosimq@imqasturias.es

Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://imqasturias.es/html/politica-de-privacidad/>

9) Estado y autoridad de control de la Aseguradora

El control de la actividad de la Aseguradora corresponde al Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

10) Instancias de reclamación

1. El Tomador del Seguro, el Asegurado, el Beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aquellas prácticas de la Aseguradora que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del Contrato de Seguro.

A tal fin y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre esta materia, la Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse para presentar sus quejas y reclamaciones, cuando éstas no hubiesen sido resueltas a su favor por la oficina o servicio objeto de las



mismas.

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitadas para tal fin. El SAC acusará recibo por escrito de las quejas o reclamaciones que reciba y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de presentación de la misma.

Durante este plazo, el Tomador del Seguro, el Asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos, se abstendrán de ejercer cualquier acción legal o actuación administrativa sobre el mismo asunto.

2. Así mismo, los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el SAC sin que éste hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.
3. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

11) Comunicaciones y jurisdicción

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 representante de ella, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, conforme el artículo 21 de la Ley.

Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del Seguro o al Asegurado, se realizarán:

- Mediante correo electrónico cuando el Tomador o el Asegurado hayan indicado su dirección de correo electrónico en la contratación de la póliza o con posterioridad a través de comunicación a la Aseguradora.
- Cuando no se disponga de dirección de correo electrónico por correo postal al domicilio recogido en la Póliza.

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

2. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado.

12) Prescripción

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

13) Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza



La Aseguradora, cada nueva anualidad de Seguro, podrá:

1. Actualizar el importe de las Primas.
2. Actualizar el importe correspondiente a la franquicia/copago o participación del Asegurado en el coste de los servicios.

Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, la Prima anual se establecerá de acuerdo con la política de renovación de primas que la Aseguradora establezca y con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa de Primas que la Aseguradora establezca 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/copagos se fundamentarán en los cálculos técnicoactuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financieroactuarial del Seguro, del incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato u otros hechos de similares consecuencias.

Dos meses antes de la renovación del Seguro la Aseguradora comunicará por escrito al Tomador de la Póliza la prima prevista para la próxima anualidad.

El Tomador del Seguro al recibir la notificación de estas actualizaciones de Primas y/o franquicias/copagos 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 a la Aseguradora su voluntad en tal sentido.

Se entenderá renovado el Contrato con las nuevas condiciones económicas, en el caso de que el Tomador no comunique a la Aseguradora su voluntad de poner término al Contrato antes de que haya transcurrido un mes, desde el día en que el Tomador haya satisfecho la primera prima de la anualidad siguiente en la que regirán las nuevas condiciones económicas.

Cláusulas Descriptivas de la Cobertura de Asistencia Sanitaria

1) 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.

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

Aseguradora: Igualatorio Médico Quirúrgico y de Especialidades de Asturias SA de Seguros, (en adelante la Aseguradora) entidad que asume el riesgo contractualmente pactado.

Cuadro Médico: Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por la Aseguradora en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario. A efectos de este Seguro se consideran Cuadros Médicos de la Aseguradora 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 de todo el territorio nacional. 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.

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

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.

Dolo: Engaño o fraude llevado a cabo en el cuestionario de salud, con la intención manifiesta de omitir datos del tomador / asegurado que influyan en la valoración del riesgo.

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 primeras 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/D.U.E: Profesional legalmente habilitado para desarrollar la actividad de enfermería.



Hospital o Clínica: Todo establecimiento, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades, lesiones o accidentes, provisto de presencia médica permanente y de los medios necesarios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En el Cuadro Médico figurarán los concertados a disposición de los asegurados en función de las coberturas de su Póliza.

Médico o Facultativo: Licenciado o Doctor en Medicina, legalmente autorizado para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que padezca el asegurado. En el Cuadro Médico figurarán los concertados a disposición de los asegurados en función de las coberturas de su Póliza.

Médico Especialista o Especialista: Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas. En el Cuadro Médico figurarán los concertados a disposición de los asegurados en función de las coberturas de su Póliza.

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.

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

Tarjeta Sanitaria: Documento propiedad de la Aseguradora 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 la Aseguradora suscribe este Contrato y con ello acepta las obligaciones que en el mismo se establecen, a cambio de las que La Aseguradora toma a su cargo, aunque alguna de ellas, por su naturaleza, deba ser cumplida por el propio Asegurado.

2) Cartera de servicios con 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 la Aseguradora así lo decida. Para que sea posible tal decisión, los estudios de validación de su efectividad deben ser ratificados por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CC.AA. o del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad mediante un informe positivo.



En cada renovación de esta póliza, la Aseguradora detallará las técnicas o tratamientos que pudieran pasar a formar parte de las coberturas de la Póliza para el siguiente periodo.

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta Póliza son los que se indican a continuación junto con sus exclusiones específicas, en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones comunes indicadas en el apartado 3) de las Cláusulas Descriptivas de la Cobertura de Asistencia Sanitaria.

2.1 MEDICINA PRIMARIA

- **Medicina General.** Asistencia en consulta.
- **Pediatría y puericultura.** En consulta. Para niños menores de catorce años.
- **Enfermería.** Servicio en consulta. Previa prescripción de un médico de la Aseguradora.

2.2 URGENCIAS

La Asistencia Sanitaria en casos de urgencia se prestará en los centros de urgencia que se indiquen en el Cuadro Médico de la Aseguradora.

2.3 ESPECIALIDADES

Asistencia sanitaria de carácter ambulatorio (consultas, inmovilizaciones, curas y pequeñas intervenciones quirúrgicas que no superen el Grupo II de intervención de la clasificación de Actos y Técnicas Médicas establecidas en el año 2001 por la Organización Médica Colegial), en las especialidades que a continuación se citan:

- **Alergología.** Las vacunas serán a cuenta del Asegurado.
- **Anestesiología.**
- **Angiología y cirugía vascular.**
- **Aparato digestivo.** Queda excluida la cápsula endoscópica y la disección endoscópica.
- **Cardiología.**
- **Cirugía Cardiovascular.**
- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
- **Cirugía Máxilo-Facial.**
- **Cirugía Plástica reparadora.** Queda excluida la cirugía con fines estéticos o cosméticos.
- **Cirugía Torácica.**
- **Dermatología.**
- **Endocrinología y Nutrición.**



- **Ginecología y obstetricia.** Vigilancia del embarazo por médico tocólogo. Detección precoz del cáncer ginecológico. Control del tratamiento con Anovulatorios y colocación de DIU (**Excluido dispositivo**).
- **Hematología.**
- **Medicina interna.**
- **Nefrología.**
- **Neumología.**
- **Neurocirugía.**
- **Neurología.**
- **Odonto-estomatología.** Curas estomatológicas, extracciones y limpieza de boca.
- **Oftalmología.** Queda excluida la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular. Excluidos fármacos.
- **Otorrinolaringología.**
- **Pediatría.**
- **Psiquiatría.** Se excluyen todo tipo de test, Psicoterapia individual o de grupo y tratamientos de drogadicción o alcoholismo.
- **Reumatología.**
- **Traumatología.**
- **Urología.**

2.4 MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

- **Análisis Clínicos:** bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, parasitológicos y anatomopatológicos; citología. **Quedan excluidas las biopsias líquidas.**
- **Anatomía Patológica:** anatomopatológicos y citopatológicos. **Quedan excluidas las biopsias líquidas.**
- **Radiología General:** Incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
- **Otros medios de diagnóstico:** Ecografía, Electrocardiografía, Ecografía Doppler, Electroencefalografía, Espirometría, Colonoscopia y Gastroscoopia.

Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por médicos de IMQ. Los medios de contraste serán por cuenta de la Aseguradora. Quedan excluidos los radiofármacos y la medicación ambulatoria.

2.5. OTROS SERVICIOS

- **Podología.** Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta con copago. Sin necesidad de

prescripción médica, previa autorización de la entidad.

3) Exclusiones Comunes de la Cobertura de Asistencia Sanitaria

Además de las limitaciones y exclusiones específicas establecidas anteriormente para alguna de las especialidades, prestaciones y servicios cubiertos, serán de aplicación a toda la cobertura de Asistencia Sanitaria, las siguientes exclusiones:

- 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 o declaración equivalente.
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 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.
- C. Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, productos sanitarios y medios de cura. 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 y los de quimioterapia.
- D. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico o adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.
- E. La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas durante la práctica, como federado, de cualquier deporte y/o actividad, así como la práctica, como federado o como aficionado, de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo como el toreo o encierro de reses bravas, artes marciales, espeleología, submarinismo, escalada, puenting, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor o cualquier otra de análoga naturaleza.
- F. La asistencia sanitaria que esté cubierta por el Seguro de accidentes de tráfico, trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.
- G. La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, estados de salud, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la Póliza, que siendo conocidas por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud.

- H. 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 puramente estético o cosmético. Quedan excluidas las técnicas de lipoinfiltración grasa. Queda excluida la micropigmentación del complejo areola pezón.
- I. La asistencia sanitaria del SIDA y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.).
- J. 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.
- K. 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 tecnologías 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.
- L. La asistencia sanitaria que precise ingreso en un centro hospitalario, incluida la derivada de urgencias.
- M. Las intervenciones quirúrgicas, diagnósticas y/o terapéuticas que superen el Grupo II de intervención de la clasificación de Actos y Técnicas Médicas establecidas en el año 2001 por la OMC.
- N. Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.
- O. Quedan excluidas todo tipo de prótesis e implantes quirúrgicos y material sanitario implantable sintético o biológico, fijadores externos e internos.
- P. Queda excluida la terapia ocupacional.
- Q. Los cateterismos, la hemodinámica vascular, la radiología intervencionista, la polisomnografía, la tomografía por emisión de positrones (PET), la radioterapia y la quimioterapia.
- R. En psiquiatría; el psicoanálisis, la hipnosis, los test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, la narcolepsia ambulatoria, la psicología.
- S. Los tratamientos por esterilidad o infertilidad.
- T. Los gastos de transporte al medio sanitario y viceversa.
- U. La asistencia al parto y cesárea.

V. Toda asistencia que no esté expresamente incluida en el apartado de “Cartera de servicios con cobertura”.

No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones B), D), E) y F) La Aseguradora asume la asistencia sanitaria que deba prestarse al Asegurado en situación de urgencia y mientras ésta dure.

4) Forma de obtener la cobertura de los servicios

La cobertura de la prestación se obtendrá de la forma siguiente:

1. El Asegurado, para recibir la asistencia sanitaria incluida en la cobertura de la póliza, podrá elegir libremente entre los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y sanatorios (proveedores asistenciales) que la Aseguradora, en cada momento, tenga concertados en toda España. La Aseguradora editará cada año natural esta relación de proveedores asistenciales agrupados por provincias a través de sus Cuadros Médicos los cuales, para determinadas especialidades, podrán contener un único prestador del servicio. Será obligación del Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren de 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 bien, consultar los diferentes Cuadros Médicos actualizados a través de su web: www.imqasturias.es. El Asegurador abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia siempre que concurren todos los requisitos y circunstancias establecidos en la Póliza.
Con independencia de lo que antecede, la Aseguradora propone al Asegurado que elija, dentro del Cuadro Médico de Asturias, al médico de Medicina General que desee, a fin de adscribirle a él como responsable de la atención familiar. El Asegurado podrá modificar esta adscripción cuando lo desee con una simple comunicación a la Aseguradora.
2. LA ASEGURADORA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS HONORARIOS DE FACULTATIVOS AJENOS A SU CUADRO MÉDICO, NI DE LOS GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN O SERVICIOS QUE LOS MISMOS PUDIERAN PRESCRIBIR.
3. Por cada uno de los servicios recibidos en una misma cita, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta sanitaria personal, que La Aseguradora le entregará al efecto, debiendo firmar los recibos justificativos de los servicios recibidos, una de cuyas copias le será entregada al Asegurado como comprobante. En su caso, el Asegurado también deberá exhibir el documento de autorización previsto en la Cláusula 4.5. siguiente. Los recibos debidamente firmados servirán de comprobante a La Aseguradora para el abono del coste de la prestación.
El Asegurado abonará por cada servicio recibido, el importe que, en concepto de franquicia o participación en el coste de los mismos, se establece en las Condiciones Particulares.
A estos efectos, La Aseguradora, periódicamente remitirá al Tomador del Seguro un extracto comprensivo de los servicios que hubieren utilizado los Asegurados incluidos en la Póliza, junto con el importe de las franquicias correspondientes a los mismos.
El cobro de la cantidad total que resultare se efectuará mediante recibo domiciliado en la cuenta bancaria facilitada a tal efecto.



El importe de las franquicias podrá ser actualizado por La Aseguradora, de conformidad con lo establecido en la Condición General 13ª (Cláusulas Jurídicas).

4. LA HOSPITALIZACIÓN O LA PRESTACIÓN DE AQUELLOS SERVICIOS PARA LOS QUE EL CUADRO MÉDICO IMPRESO ASÍ LO DETERMINA, SERÁ ORDENADA POR ESCRITO POR UN MÉDICO DE DICHO CUADRO Y EL ASEGURADO DEBERÁ OBTENER LA PREVIA CONFORMIDAD DOCUMENTADA DE LA ASEGURADORA EN SUS OFICINAS O A TRAVÉS DE LOS CANALES DIGITALES Y/O TELEFÓNICOS QUE EN CADA MOMENTO PUDIERA TENER HABILITADOS PARA ELLO.

SERÁ ASIMISMO REQUISITO IMPRESCINDIBLE PARA OBTENER LA CONFORMIDAD ESCRITA DE LA ASEGURADORA QUE LA ASISTENCIA SANITARIA A EFECTUAR EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN, VAYA A SER REALIZADA POR UN FACULTATIVO DEL CUADRO MÉDICO DE LA ASEGURADORA Y ESTÉ CUBIERTA POR LA PÓLIZA.

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

5. Para recibir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudir directamente, según proceda, a un centro de urgencia de los que están establecidos en el Cuadro Médico, donde figuran dirección y teléfono.
6. A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la asistencia, salvo que sea precisa la conformidad previa de La Aseguradora conforme a la Cláusula 4.4. anterior, en cuyo caso la comunicación deberá hacerse a La Aseguradora en la forma allí establecida.

5) Periodos de carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asume La Aseguradora 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:

Pequeñas intervenciones quirúrgicas cubiertas por esta modalidad	Tres Meses
Colonoscopia y Gastroscofia	Tres Meses

Preguntas frecuentes

A lo largo del documento, le explicamos la mayoría de las cuestiones que se le pueden plantear a la hora de hacer uso del Seguro que usted ha contratado.

No obstante, en este apartado pretendemos dar respuesta de forma clara y directa a algunas de las preguntas más frecuentes que nos realizan nuestros asegurados.

Desde la Aseguradora, esperamos que le resulten de gran utilidad.

¿Qué tiene que hacer con esta documentación?

Firmar las condiciones Particulares, Generales y Especiales si las hubiere y remitirnos por correo o depositar las mismas en una oficina de la entidad.

¿Qué debe hacer si pierde su tarjeta de salud?

En caso de pérdida o deterioro de la tarjeta sanitaria, se deberá comunicar en un plazo de 72 horas con la Aseguradora, a través de nuestra web www.imqasturias.es, por teléfono en nuestros teléfonos de atención al asegurado 985 34 67 46 – 985 25 49 00, personalmente en cualquiera de nuestras oficinas o a través del correo electrónico imq@imqasturias.es.

La Aseguradora procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en la Póliza.

¿Cómo puede ponerse en contacto con la Aseguradora?

A través de nuestra web www.imqasturias.es, por teléfono en nuestros teléfonos de atención al asegurado 985 34 67 46 – 985 25 49 00, personalmente en cualquiera de nuestras oficinas o a través del correo electrónico imq@imqasturias.es.

¿Se puede ir al Médico al día siguiente de contratar su Póliza de salud?

Sí, desde el primer día en que la Póliza entra en vigor, exceptuando aquellas Coberturas que tienen un periodo de carencia determinado para poder disfrutar de sus prestaciones.

¿Qué pruebas o servicios necesitan autorización?

Las intervenciones y algunas pruebas médicas. No obstante, si usted necesita información sobre qué prestaciones necesitan autorización, puede ponerse en contacto con nuestros teléfonos de atención al asegurado 985 34 67 46 – 985 25 49 00, personalmente en cualquiera de nuestras oficinas o a través del correo electrónico autorizaciones@imqasturias.es.

¿Cómo se puede solicitar una autorización?

Recuerde que para solicitar autorizaciones es necesario conocer previamente la fecha y el medio concertado realizador para el que se van a solicitar.

Puede solicitar autorización a través del Área Privada de Cliente IMQ Asturias <https://www.imqasturias.es/login> apartado Autorizaciones indicando la información solicitada para cada caso y adjuntando la prescripción médica.

También puede solicitarlas a través de correo electrónico autorizaciones@imqasturias.es incluyendo todos los datos necesarios y adjuntando la prescripción médica, a través de los teléfonos 985 34 67 46 o 985 25 49 00 o personalmente en nuestras oficinas.

Fdo.: El Tomador

Nº COLECTIVO 3431



Fdo.: La Aseguradora

FECHA ALTA 01/09/2025

IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO Y DE ESPECIALIDADES DE ASTURIAS, S.A. DE SEGUROS

Domicilio Social: Cabrales, 72 – 33201 – GIJÓN

Inscrita en la dirección General de Seguros el 14-1-1958 (C-0391).

Inscrita en el registro mercantil de Asturias Tomo 1041 – folio 100, hoja AS-884

Dirección Internet: www.imqasturias.es – Teléfono: 985 34 67 46

Atención al asegurado

985 34 67 46 – 985 25 49 00

www.imqasturias.es



01/01/2024 E-07