

IMQ Dental

Seguro de Asistencia Sanitaria Dental

Condiciones Generales

MODELO 2020



IMQ Dental

Seguro de Asistencia Sanitaria Dental

Condiciones Generales

MODELO 2020



Registrada en la Dirección General de Planificación Sanitaria con el número 230. Inscrita en el Registro Especial de Entidades Aseguradoras del Ministerio de Economía y Competitividad por O.M. del 28 de Abril de 1960 (B.O.E. de 21 de mayo de 1980). Constituidos los Depósitos que marca la Ley. Reserva íntegra en España.

Índice

Seguro de Asistencia Sanitaria Dental IMQ Dental

Artículo 1	Cláusula Preliminar	3
Artículo 2	Definiciones	3
Artículo 3	Bases del Contrato	6
Artículo 4	Objeto del Seguro	6
Artículo 5	Descripción de la cobertura IMQ Dental	6
Artículo 6	Riesgos Excluidos	7
Artículo 7	Periodos de Carencia	7
Artículo 8	Forma de prestar los servicios	8
Artículo 9	Pago de la Prima	8
Artículo 10	Actualización Anual de las Condiciones Económicas de la Póliza	10
Artículo 11	Obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado	10
Artículo 12	Otras obligaciones del Asegurador	12
Artículo 13	Duración del Seguro	13
Artículo 14	Pérdida de derechos	13
Artículo 15	Protección de Datos	14
Artículo 16	Control e Instancias de Reclamación. Departamento de Atención al Cliente	18
Artículo 17	Jurisdicción	19
Artículo 18	Prescripción	19
Artículo 19	Comunicaciones	20
Artículo 20	Contratación a distancia	20

Artículo 1

Cláusula Preliminar

1. La actividad aseguradora que lleva a cabo IGUALATORIO MEDICO QUIRURGICO S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS está sometida al control del Estado Español siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad.
2. El presente Contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre), por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y por lo que se conviene en las presentes Condiciones Generales, Particulares y Especiales que se le unan, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Tomador del Seguro y del Asegurado que no sean especialmente aceptadas por escrito por los mismos. No requerirán la mencionada aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentos imperativos.
3. En aplicación de lo establecido en el Artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, se destaca en letra negrita las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados contenidas en las presentes Condiciones Generales. Asimismo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 8.3 Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, se describen, de forma clara y comprensible, las garantías y coberturas otorgadas en el contrato, así como respecto a cada una de ellas, las exclusiones y limitaciones que les afecten destacadas tipográficamente.

Artículo 2

Definiciones

A los efectos del presente Contrato se entenderá por:

Accidente

Lesión corporal que derive de una causa violenta, súbita externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, ocurrida durante la vigencia del Contrato.

Anexo de Coberturas y Franquicias

Documento complementario, que se incorpora a las Condiciones Generales de la Póliza y que forma parte integrante e inseparable de ellas, en el cual se describen los servicios odontológicos incluidos en la cobertura de la Póliza y el importe o baremo de las Franquicias vigente que el Asegurado debe abonar, en su caso, para acceder a la prestación o servicio según la modalidad de Seguro.

Asegurado

La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el Seguro y que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones derivadas del Contrato.

Asegurador

La persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado. En esta Póliza Igualatorio Médico Quirúrgico, S.A. de Seguros y Reaseguros, en lo sucesivo, el Asegurador.

Condiciones Particulares

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

Cuadro Dental

Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios y/o concertados por el Asegurador correspondientes a la provincia de contratación de la Póliza, con su dirección, teléfono y horario.

Devengo de la Prima

Es el momento en el que el Tomador se convierte en deudor del Asegurador por la integridad de la suma dineraria que constituye la Prima. La Primera Prima se devenga al tiempo de contratación del Seguro. La Segunda y Sucesivas Primas se devengan al comienzo de cada período anual por el que el Contrato de Seguro se prorrogue, tácita o expresamente.

Enfermedad

Toda alteración de la salud del Asegurado, no causada por un accidente, diagnosticada por un médico u odontólogo, que haga precisa la prestación de Asistencia Sanitaria y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia del Contrato.

Fraccionamiento del pago de la Prima

Es la facilidad de pago que en las Condiciones Particulares puede establecerse entre el Asegurador y el Tomador, en beneficio de éste, y que consiste en la posibilidad de posponer el pago de toda o parte de la Prima a un momento posterior al de su devengo. La posibilidad de fraccionar el pago de la Prima en ningún caso supone que ésta sea divisible.

Franquicia

Importe económico que el Asegurado debe abonar al profesional sanitario o centro médico por cada tipo o clase de servicio odontológico incluido en la cobertura del Seguro que se le preste al Asegurado. Tal importe es diferente en función de las distintas clases de servicios odontológicos según la modalidad de Seguro y su cuantía, que viene determinada en el Anexo de Coberturas y Franquicias, puede ser actualizada anualmente.

Intervención quirúrgica

Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano en centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiere normalmente la utilización de sala de operaciones.

Médico

Licenciado en Medicina legalmente habilitado para ejercerla.

Médico Especialista o Especialista

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

Odontología

Ciencia que se ocupa del estudio y aplicación de los medios para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático (dientes, encías, mucosa oral, y demás estructuras anatómicas comprometidas).

Período de carencia

Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas en la Póliza. Dicho plazo se computa por meses, contados desde la entrada en vigor de la Póliza, y para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.

Póliza

El documento que contiene las cláusulas y pactos que regulan el Seguro. Forman parte integrante e inseparable de la Póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales si procediesen, el Anexo de Coberturas y Franquicias, y los Suplementos o Anexos que se emitan a la misma, para complementarla o modificarla.

Prestación

Consiste en la asunción del costo de la Asistencia Sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro objeto de cobertura, durante la vigencia del Contrato.

Prima

El precio del Seguro. La Prima es única, anual y pagadera por adelantado. No obstante podrá pactarse su pago fraccionado, lo que en ningún caso constituirá fragmentación del carácter anual e indivisible de la misma.

Es Primera Prima aquélla que se refiere al período asegurado que media entre la fecha de contratación del Seguro y el final de su vigencia inicialmente prevista, sin perjuicio de las prórrogas, tácitas o expresas, a que por común acuerdo de las partes contratantes hubiere lugar. Como norma general, la Primera Prima constituirá la contraprestación del Tomador de la Póliza por la cobertura de riesgo que le dispensa el Asegurador desde la fecha de contratación del Seguro hasta el 31 de diciembre de ese mismo año.

Son Segunda y Sucesivas Primas las que se refieran, respectivamente, al segundo o sucesivos períodos anuales asegurados, en los cuales el Contrato de Seguro sigue vigente como consecuencia de prórrogas, tácitas o expresas.

La Prima puede ser actualizada anualmente de acuerdo con lo establecido en el Artículo 10 de las Condiciones Generales, "Actualización Anual de las Condiciones Económicas de la Póliza".

Siniestro

Hecho previsto en la Póliza que, una vez ocurrido, da lugar a la cobertura económica del costo de la Asistencia Sanitaria por parte del Asegurador dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza.

Tarjeta de Asegurado

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

La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe el presente Contrato y asume las obligaciones que en él se establecen, excepto las que, por su naturaleza, deben ser cumplidas por el propio Asegurado.

Artículo 3

Bases del Contrato

El presente Contrato ha sido concretado sobre las bases de las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro y/o Asegurado en la Solicitud de Seguro, y en su caso, en el Cuestionario de Salud sobre su estado de salud. Dichas declaraciones constituyen la base para la aceptación del riesgo del presente Contrato por parte del Asegurador y forman parte integrante del mismo.

El Asegurador deberá entregar al Tomador la Póliza, que estará integrada de forma conjunta e inseparablemente por las Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales si las hubiera, el Anexo de Coberturas y Franquicias, y la Tarjeta de Asegurado.

Artículo 4

Objeto del Seguro

Dentro de los límites y condiciones establecidos en la Póliza, y mediante el pago de la Prima que en cada caso corresponda, el Asegurador se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura de asistencia sanitaria odontológica que el Asegurado requiera como consecuencia de cualquier proceso dental de acuerdo con la descripción de la cobertura.

En todo caso, el Asegurador asume el coste -en el límite establecido- de la prestación de la asistencia sanitaria odontológica referida en el párrafo anterior cuando se requiera con carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la Póliza y en aplicación de lo dispuesto en el artículo 103 de la Ley.

La asistencia sanitaria odontológica cubierta por la Póliza se llevará a cabo exclusivamente a través del Cuadro Dental del Asegurador y en los Centros por él concertados.

Esta Póliza garantiza la tecnología y metodología médica utilizada en el momento de toma de efecto de la Póliza. La incorporación de nuevas tecnologías para tratamientos médicos, quirúrgicos o diagnósticos, no se incluirán en la cobertura de la Póliza hasta que el Asegurador así lo indique expresamente en las Condiciones Generales y haga las adaptaciones necesarias en la tarifa de primas.

En el presente Seguro de asistencia sanitaria odontológica no podrán concederse indemnizaciones en metálico en sustitución de las prestaciones de los servicios de asistencia sanitaria odontológica cubiertos por la Póliza.

Artículo 5

Descripción de la cobertura

Las especialidades, prestaciones y servicios odontológicos cubiertas por la Póliza son los que se señalan en el Anexo de Coberturas y Franquicias en vigor, que se incorpora a estas

Condiciones Generales y que forma parte integrante e inseparable de ellas, y las que en un futuro puedan añadirse y/o modificarse con la aplicación de la prima adicional y de la Franquicia que en cada caso corresponda.

En el Anexo de Coberturas y Franquicias se especifican los servicios y actos odontológicos concertados sin coste para el Asegurado, y los servicios y actos odontológicos sujetos a Franquicias a cargo del Asegurado quien deberá asumir el coste del servicio de conformidad con el baremo de Franquicias vigente en el momento de la prestación según la modalidad de Seguro.

Asimismo, el importe correspondiente a la Franquicia de cada prestación o servicio cubierto a cargo del Asegurado podrá ser actualizado anualmente de conformidad con lo establecido en el Artículo 10 de las Condiciones Generales "Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza".

Artículo 6 Riesgos Excluidos

Quedan excluidos de la cobertura del Seguro:

- 1. La asistencia sanitaria odontológica que se requiera como consecuencia de guerras civiles, internacionales o coloniales, invasiones, insurrecciones, rebeliones, revoluciones, motines, alzamientos, represiones, actos de terrorismo y maniobras militares, aun en tiempos de paz; los que guarden relación directa o indirecta con la radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de situaciones como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos y los causados por epidemias u otras calamidades declaradas oficialmente.**
- 2. La asistencia sanitaria odontológica que esté cubierta por un Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según en cada caso, las disposiciones específicas que los regulen.**
- 3. La asistencia sanitaria odontológica derivada de lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo la legítima defensa o estado de necesidad) o intentos de suicidio.**
- 4. En general, cualesquiera otros servicios odontológicos no incluidos expresamente en el Anexo de Coberturas y Franquicias en vigor.**

Artículo 7 Periodos de Carencia

Todas las prestaciones que, en virtud de la Póliza, asuma el Asegurador serán facilitadas desde el momento de entrada en vigor del Contrato.

Artículo 8

Forma de prestar los servicios

- a) La asistencia sanitaria odontológica cubierta se llevará a cabo mediante el sistema de libre elección de Facultativo y/o Centro, por parte del Asegurado, de entre los Profesionales sanitarios y Centros que figuren en cada momento en el Cuadro Dental del Asegurador de la provincia de contratación de la Póliza, quienes prestarán sus servicios directamente a éste con plena autonomía y bajo su exclusiva responsabilidad profesional.

El Asegurador no se hace responsable, ni asumirá en ningún caso, los honorarios de Facultativos ajenos a su Cuadro Dental, ni del importe de las actuaciones sanitarias que los mismos pudieran prescribir.

- b) A los efectos de este Seguro se entiende comunicado el siniestro cuando el Asegurado solicita la prestación del servicio.
- c) La identificación del Asegurado ante el Facultativo o Centro del Cuadro Dental deberá hacerse mediante documento suficiente de identificación personal y presentación de la tarjeta de Asegurado, así como de los documentos de acreditación del servicio que, en cada momento, tenga establecidos el Asegurador, debiendo firmar el recibo justificativo del servicio recibido, una de cuyas copias le será entregada al Asegurado como comprobante.

El Asegurado abonará por cada servicio recibido, el importe que, en concepto de Franquicia, se establezca en el Anexo de Coberturas y Franquicias en vigor.

El Asegurador informará previamente a los Asegurados del detalle de las eventuales modificaciones de los sistemas y soportes que, en todo caso, serán efectivos para la obtención de la asistencia odontológica.

- d) Todos los tratamientos y actuaciones cubiertos por el Seguro se realizarán de forma ambulatoria, quedando por ello excluidas la hospitalización y la anestesia general.**

Artículo 9

Pago de la Prima

El Tomador del Seguro, de acuerdo con el Artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la Prima que se realizará en la forma y fecha prevista en las Condiciones Particulares.

- a) Carácter anual e indivisible de la Prima

La Prima es única, anual y pagadera por adelantado, devengándose íntegramente al comienzo del primer período actuarial; o, si las hubiera, al inicio de cada una de las prórrogas.

No obstante, podrá pactarse, en las Condiciones Particulares y en beneficio del Tomador, su pago fraccionado, sin perjuicio del derecho al cobro íntegro de la misma que asiste al Asegurador. Este fraccionamiento constituye una facilidad de pago, pero de ningún modo perjudica la unidad e indivisibilidad de la Prima anual.

b) Primera Prima

La Primera Prima o fracción de ella, se devengará en el momento de la firma del Contrato y, desde ese momento, será íntegramente exigible conforme al Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la Prima en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la Prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

c) Segunda y Sucesivas Primas

En caso de falta de pago de la Segunda o Sucesivas Primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un (1) mes después del día del vencimiento del primer recibo impagado (o del recibo único, en el caso de que no se hubiera pactado un fraccionamiento de pago) y si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis (6) meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido. En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

Si el Contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro (24) horas siguientes al día en que el Tomador pague los recibos adeudados.

d) Libranza de recibos y domiciliación

El Asegurador sólo queda obligado en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados. Los recibos de Prima de este Seguro serán emitidos por él mismo.

El recibo contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.

Podrá convenirse en las Condiciones Particulares el cobro de los recibos de Prima por medio de cuentas abiertas en Bancos, Cajas de Ahorro o Cooperativas de Crédito.

Si se pacta la domiciliación de los recibos de Prima, en ampliación de lo señalado, se establecen las siguientes normas:

1. El Tomador entregará al Asegurador carta o documento dirigido al Banco o Caja de Ahorros dando la oportuna orden de domiciliación.
 2. Cada recibo se entenderá satisfecho a su vencimiento, salvo que intentado el cobro no existiesen fondos suficientes en la cuenta facilitada por el Tomador. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición y éste vendrá obligado a satisfacerlo en el domicilio del Asegurador en el plazo de diez (10) días. Transcurrido dicho plazo, se producirán los efectos previstos para el supuesto de impago de los recibos de Prima.
 3. Durante la vigencia de la Póliza, el Tomador puede cambiar la cuenta o la entidad financiera en que domicilia sus recibos sin más que comunicar previamente el cambio en la forma prevista en el apartado 1.
- e) En caso de extinción anticipada del Contrato imputable al Tomador con anterioridad a la finalización del periodo de duración del mismo, la parte de prima anual no consumida corresponderá y se deberá al Asegurador.

Artículo 10

Actualización Anual de las Condiciones Económicas de la Póliza

El Asegurador en cada renovación anual de la Póliza podrá:

- a) Actualizar el importe de las Primas.
- b) Actualizar y modificar el importe correspondiente a las Franquicias.

Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, la prima anual se establecerá de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa de primas que el Asegurador 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 cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero-actuarial del Seguro, del incremento del coste de los servicios sanitarios, del aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, de 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 franquicias para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del Contrato de Seguro, lo que supondrá 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.

Artículo 11

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 al Asegurador, de acuerdo con el Cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete a Cuestionario o cuando, aún sometiéndole, se trate de circunstancias que pudiendo influir en la valoración del riesgo no estén comprendidas en él.
- b) Comunicar al Asegurador, durante la vigencia del Contrato y tan pronto como les sea posible, la alteración de los factores y circunstancias declaradas en el Cuestionario de Salud del Asegurado presentado previamente, que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del Contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. El Tomador o el Asegurado no tienen 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 al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.

- d) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente Contrato.

Las altas de Asegurados toman efecto el primer día del mes siguiente a la fecha de la notificación o declaración efectuada por el Tomador o Asegurado, tanto en lo que respecta a la Prima, que se adaptará a la nueva situación, como en lo que respecta al comienzo o cesación de la cobertura.

A results del preceptivo Cuestionario de Salud, el Asegurador podrá denegar la admisión o establecer exclusiones y, en cualquier caso, serán de aplicación los Períodos de Carencia Generales o los Particulares si los hubiere.

Las bajas de Asegurados, por cualquier causa, comunicadas durante la vigencia del Contrato tomarán efecto en el momento de su notificación al Asegurador y determinarán el ajuste a la nueva situación de las Sucesivas Primas que se devenguen, en caso de prórroga del Contrato del Seguro. Sin embargo, en virtud del principio de indivisibilidad de la Prima, las bajas de Asegurados no producirán efecto alguno respecto de las Primas ya devengadas, aunque su pago se hubiera fraccionado en las Condiciones Particulares en beneficio del Tomador.

- e) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda obligación derivada del siniestro.
- f) Otorgar y facilitar la subrogación a favor del Asegurador, según establece el Artículo 82 de la Ley de Contrato de Seguro.
- g) El Asegurado o el propio Médico a través del sistema de prescripción electrónica deberá facilitar al Asegurador durante la vigencia del Contrato cuanta documentación e información médica le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura del coste de las prestaciones que solicite. *Una vez sea requerida por el Asegurador, el proceso de otorgamiento de cobertura quedará en suspenso hasta la completa obtención de información.* 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 o por el propio Médico a través del sistema de prescripción electrónica.
- h) La tarjeta de Asegurado, propiedad del Asegurador y que éste 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 más breve posible.

En tales casos, el Asegurador 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 al Asegurador 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.

i) **El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:**

1. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud, si medió dolo o culpa grave.
 2. En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo hubieran comunicado al Asegurador, actuando de mala fe.
 3. Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la Prima o, en su caso, fracción de la misma.
 4. Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado.
- j) La utilización de cualquier documento del Seguro por persona que carezca del derecho a hacerlo, facultará al Asegurador para excluir de la cobertura de la Póliza al Asegurado responsable, sin perjuicio de las acciones civiles o criminales que correspondan.
- k) *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 consultar en las oficinas, teléfonos y web del Asegurador el detalle del Cuadro Dental actualizado.*

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

- a) El Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del Contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del Contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables. En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la Prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador, en caso contrario, a la resolución del Contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.
- b) El Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un (1) 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 de Contrato de Seguro; transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

Artículo 12

Otras obligaciones del Asegurador

- a) Además de prestar la asistencia sanitaria odontológica contratada, el Asegurador 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 de Contrato de Seguro.

Igualmente, entregará al Tomador la Tarjeta de Asegurado, documento personal e intransferible, correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la Póliza.

- b) En el momento de suscribir la Póliza, el Asegurador también facilitará un ejemplar del Cuadro Dental correspondiente a su provincia de residencia. La lista de Facultativos podrá ser actualizada anualmente por el Asegurador, mediante el alta o baja de los Facultativos, Profesionales, Centros hospitalarios, y otros establecimientos que lo integran.
- c) El Asegurador deberá comunicar al Tomador, al menos con dos (2) meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del Contrato de Seguro.

Artículo 13 Duración del Seguro

- a) El Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y si nada se estableciera, por el periodo que vence el 31 de diciembre del año de contratación.

A su vencimiento, de conformidad con el Artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos anuales. No obstante **cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un (1) mes de anticipación a la conclusión del periodo de Seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos (2) meses cuando sea el Asegurador. La notificación del Tomador deberá realizarse al Asegurador. 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.**

- b) Las coberturas contratadas no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de la Prima.

Artículo 14 Pérdida de derechos

1. El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud (Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro). El Asegurador podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un (1) mes, a contar desde la fecha en que éste tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o Asegurado. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

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

- b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador y han actuado con mala fe (Artículo 12 de la Ley de Contrato).
- c) Si el siniestro cuya cobertura se garantiza como riesgo, sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario (Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).
- d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado (Artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).
- e) En el supuesto de una declaración inexacta del Tomador y/o del Asegurado al solicitar el Seguro de la fecha de nacimiento, el Asegurador sólo podrá impugnar el Contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de entrada en vigor del Contrato, excede de los límites de admisión establecidos por el Asegurador.

En el supuesto de que, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, el Asegurado vendrá obligado a abonar al Asegurador la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a éste en concepto de prima y las que realmente, le hubiese correspondido pagar según su verdadera edad.

Si por el contrario la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador estará obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

Artículo 15 Protección de Datos

Según lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos personales, en consonancia con la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, y demás legislación aplicable, le informamos de lo siguiente:

- 1) **Identidad y datos de contacto del Responsable del Tratamiento:** IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, con CIF nº A-95321386 (en adelante, “IMQ”). Se puede contactar con IMQ presencialmente o por correo postal en su domicilio social sito en Bilbao (Bizkaia), calle Máximo Aguirre 18 (bis), (Código Postal 48011), o por correo electrónico en imq@imq.es
- 2) **Identidad y datos de contacto del Delegado de Protección de Datos (o “DPD”) de IMQ:** Podrá contactar con el DPD de IMQ por correo electrónico en: dpd@imq.es
- 3) **Los tipos de datos personales que IMQ trata:** son aquellos necesarios para el desarrollo gestión y control de la relación contractual con IMQ y, principalmente, datos identificativos (nombre, apellidos, sexo, estado civil, profesión, sector de actividad, capacidad, y DNI), datos de contacto (dirección postal y electrónica o número de teléfono), datos de facturación, datos de salud, genéticos o biométricos.
- 4) **Los fines del tratamiento a que se destinan los datos personales:** IMQ trata los datos personales para (i) dar cumplimiento a sus obligaciones legales, (ii) mantenerle informado sobre

productos y servicios de seguros comercializados por IMQ y otras entidades del Grupo IMQ, y (iii) gestionar los productos y servicios solicitados y/o contratados por clientes o asegurados, incluyendo el tratamiento y gestión de los datos necesarios en cada caso para la facturación de servicios de que se trate.

En efecto, la contratación de la Póliza de Seguro requiere para su desarrollo, cumplimiento, control y ejecución por IMQ el tratamiento por IMQ de sus datos como Tomador, así como los datos de los Asegurados y/o de los beneficiarios, incluidos datos de carácter sensible (tales como los datos de salud solicitados para la contratación del Seguro), tratamiento que incluirá la incorporación de sus datos a ficheros o bases de datos de los que IMQ será responsable. Para ello, IMQ podrá tratar sus datos personales incluso antes de que se formalice el Contrato de Seguro o una vez éste haya terminado por cualquier causa.

Con la solicitud o la realización de cualesquiera prestaciones médicas o sanitarias y/o con la propia renovación de la Póliza, el Tomador (i) es conocedor de que se realizará el tratamiento de sus datos y de los datos de los Asegurados y/o beneficiarios que el Tomador ha facilitado y que estos datos y los generados con la ejecución de la Póliza del Seguro contratada se compartirán, en su caso, con los prestadores de los servicios sanitarios conforme a la Póliza de Seguro contratada en los términos aquí indicados; y (ii) declara y garantiza que ha obtenido el consentimiento para el tratamiento de los datos, en los términos aquí indicados, de todos los titulares de los datos personales que el Tomador ha comunicado o comunique a IMQ, esto es, de los Asegurados y/o beneficiarios de la Póliza de Seguro contratada, habiéndoles expresamente informado del contenido de todos los extremos relativos al tratamiento de sus datos indicados en este documento y del contenido de la Póliza de Seguro contratada, comprometiéndose a facilitar a IMQ, a su solicitud en cualquier momento, prueba escrita de la obtención del consentimiento de los Asegurados y beneficiarios a que se refiere este apartado (ii).

Se informa que no se tomarán decisiones automatizadas en base a perfiles comerciales, ni se llevan a cabo actividades de *scoring* o tarificación.

5) La base jurídica del tratamiento:

- (i) Constituye base legítima para tratar datos el cumplimiento, ejecución y control del contrato de seguro, incluida la gestión de los productos y servicios solicitados o contratados con IMQ. IMQ debe cumplir también con las obligaciones legales impuestas por las leyes y entre ellas, por la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro; la Ley 20/2015 y el Real Decreto 1060/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras; la Directiva (UE) 2016/97 sobre la distribución de seguros; así como la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.

Esta base legitimadora afecta también al tratamiento de los datos anteriormente mencionados para: la liquidación de siniestros, la colaboración estadístico actuarial para permitir la tarificación y selección de riesgos, la elaboración de estudios de técnica aseguradora, la prevención del fraude, para realizar segmentaciones, llevar a cabo encuestas o estudios de mercado o programas de retención y/o fidelización de clientes u otros análogos (incluyendo la facultad de IMQ u otra beneficiaria de la información resultante de tal encuesta o estudio de mercado o de la campaña informativa o promocional, en su caso, a determinar los parámetros del público objetivo de la encuesta, estudio de mercado o campaña informativa o promocional que se trate).

De igual modo, esta base legitimadora afecta al tratamiento de datos mediante la grabación de las conversaciones telefónicas efectuadas al Servicio de Atención al Cliente, con el fin de garantizar una mejor calidad de la prestación del servicio.

- (ii) También constituye base legítima para tratar datos el interés legítimo de IMQ para mantenerle informado, por cualquier medio de comunicación (p.e., correo postal, teléfono, fax, medios de comunicación electrónica, etc.) sobre productos y servicios de seguros comercializados por IMQ y por otras entidades del Grupo IMQ (identificadas en cada momento en la página web www.imq.es).

En todo caso, debe tener en cuenta que siempre se puede ejercer el derecho de oposición a recibir comunicaciones comerciales (tal y como se describe más adelante).

Igualmente, esta base legitimadora ampara el hecho de que los componentes del cuadro médico que IMQ pone a disposición de sus asegurados puedan utilizar en su tratamiento de datos aplicaciones informáticas homogéneas para sus sistemas de información, de forma que se facilite y mejore la gestión de los datos del interesado dentro del cuadro médico ofrecido por IMQ en cada momento.

Cualquier tratamiento basado en el interés legítimo se lleva a cabo por IMQ con respeto a su derecho a la protección de datos personales, al honor y a la intimidad personal y familiar y se adoptarán medidas necesarias para garantizar dicho respeto.

En IMQ consideramos que, como cliente, tiene una expectativa razonable a recibir información sobre nuestros productos y servicios y los comercializados por otras entidades del Grupo IMQ (siempre relacionadas con el sector de seguros, de asistencia sanitaria, de asistencia socio-sanitaria, de prevención de riesgos laborales, de salud y de bienestar).

6) Los destinatarios de sus datos personales:

IMQ, como responsable del tratamiento, no cederá sus datos personales a ningún tercero, salvo que exista una obligación legal o que la cesión sea necesaria para la ejecución de la relación contractual.

Sin perjuicio de lo anterior, en cumplimiento del contrato y de la legislación aplicable, IMQ podrá proceder a la cesión de aquellos datos que resulten estrictamente necesarios en cada caso a los siguientes destinatarios: (i) profesionales sanitarios que realicen la prestación de servicios conforme a la Póliza de Seguro contratada; (ii) entidades con las que IMQ mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o colaboración para la correcta ejecución y cumplimiento de la Póliza de Seguro contratada; (iii) autoridades; (iv) bancos o entidades financieras; (v) jueces o tribunales; y (vi) encargados del tratamiento.

Asimismo, para poder prestar un servicio adecuado, y gestionar la relación derivada del contrato, es posible que sea necesario el acceso y/o tratamiento de los datos personales por parte de encargados de tratamiento y/o profesionales especializados.

Algunos de estos encargados, incluyendo prestadores de servicios de “computación en la nube”, pueden estar ubicados o contar con recursos localizados fuera de la Unión Europea y, por tanto, en territorios que no proporcionan un nivel de protección equivalente. En estos casos, IMQ garantiza que los proveedores están amparados por el acuerdo EU-US *Privacy Shield* o por alguna otra garantía similar de acuerdo con la legislación aplicable.

- 7) **Datos recibidos de terceros:** de conformidad con la Póliza es posible que IMQ necesite acceder a datos del cliente o asegurado recabados por terceros, incluidos datos de salud, genéticos o biométricos, recabados por los prestadores de servicios sanitarios conforme a la Póliza de Seguro contratada.

En tales supuestos, IMQ solicitará de los prestadores de servicios sanitarios la información estrictamente necesaria en cada caso para el cumplimiento de sus obligaciones legales y de lo dispuesto en la Póliza de Seguro contratada, respetando los principios de proporcionalidad y minimización de datos.

- 8) **Plazo durante el cual se conservarán los datos personales:**

IMQ conservará sus datos personales durante la vigencia de la relación contractual. Las solicitudes de seguro que no se completen serán conservadas por IMQ durante un plazo máximo de 6 meses, salvo que en la solicitud se pacte un plazo superior, para evitar duplicidad de gestiones ante sus nuevas solicitudes.

Una vez finalizada la relación contractual, en IMQ mantendremos sus datos personales durante los plazos de retención que imponga la ley o durante los cuales puedan derivarse responsabilidades de IMQ que, con carácter general, serán de 10 años. Transcurridos dichos plazos, sus datos serán destruidos salvo que éstos hayan sido completamente anonimizados conforme a la normativa con fines estadísticos o de investigación.

- 9) **Derechos del interesado:**

El interesado es titular de los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición al tratamiento de sus datos personales, así como el derecho a la portabilidad de los mismos. Asimismo, en cualquier momento el interesado puede retirar el consentimiento prestado sin que ello afecte a la licitud del tratamiento.

Para ejercitar estos derechos en relación con sus datos personales de los que IMQ es responsable del tratamiento, el titular de los datos podrá utilizar cualquiera de los siguientes canales: (i) presencialmente en cualquiera de las oficinas de IMQ; (ii) por correo postal en c/ Máximo Aguirre, 18 bis, 48011 Bilbao, Bizkaia (a la atención del departamento de atención al cliente); o (iii) por correo electrónico en imq@imq.es (adjuntando en cualquier caso a su solicitud copia legible de su DNI u otro documento que acredite oficialmente su identidad). El ejercicio de estos derechos es gratuito.

En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en este documento, podría no hacerse efectiva la cobertura de los Asegurados durante el tiempo que dure dicha oposición, en la medida en que tal oposición impida a IMQ disponer de los datos necesarios para el cálculo de las prestaciones y demás fines establecidos en el Contrato de Seguro y las obligaciones de la normativa aplicable.

Asimismo, si considera que IMQ no ha tratado sus datos personales de acuerdo con la normativa aplicable, puede contactar con el Delegado de Protección de Datos en dpd@imq.es o podrá presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).

Artículo 16

Control e Instancias de Reclamación. Departamento de Atención al Cliente

1. El control de la actividad del Asegurador corresponde al Estado Español, ejerciéndose a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad.
2. En caso de cualquier tipo de queja o reclamación sobre el Contrato de Seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derechohabientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:
 - a) Al Departamento de Atención al Cliente de Iguatorial Médico Quirúrgico, S.A. de Seguros y Reaseguros por cualquiera de los siguientes medios:
 1. Personalmente en cualquiera de las oficinas de IMQ.
 2. Por correo postal remitido al domicilio social de IMQ sito en la calle Máximo Aguirre, número 18-bis, 48011 de Bilbao (Bizkaia), o Avda. Gasteiz,39, 01008 de Vitoria-Gasteiz (Araba), o Plaza Euskadi, 1, 20002 de Donostia (Gipuzkoa).
 3. Por fax al número 94 427 39 37 (Bizkaia), al 945 14 47 65 (Araba) y al 943 32 78 93 (Gipuzkoa).
 4. Por correo electrónico a la dirección imq@imq.es (Bizkaia), vitoriagasteiz@imq.es (Araba), o donostia@imq.es (Gipuzkoa).

La presentación por medios informáticos, electrónicos o telemáticos será válida siempre que permita su lectura, impresión y conservación y respondan con los requisitos y características legales establecidas en el Reglamento.

Dicho Departamento acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se le presenten, y las resolverá siempre por escrito motivado conforme a la normativa vigente, en el plazo de un (1) mes desde su presentación.

El Departamento resolverá las quejas y reclamaciones planteadas directamente o mediante representación acreditada por todas las personas físicas o jurídicas, cuando las mismas se refieran a intereses y derechos legalmente reconocidos relacionados con sus operaciones de seguros, ya deriven de los propios Contratos, de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y uso, en particular del principio de equidad.

En las resoluciones se tendrán en cuenta las obligaciones y derechos establecidos en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de los Contratos; la normativa reguladora de la actividad aseguradora (Ley de Contrato de Seguro, Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, Real Decreto de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y demás normativa aplicable).

- b) También se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en soporte papel o por vía telemática a través de la web <https://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones>. Para ello el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de un (1) mes (en el caso

de que el reclamante tenga la condición de consumidor) o de dos (2) meses (en el resto de supuestos) desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente, sin que haya sido resuelta, o que ha sido denegada su admisión, o desestimada la petición.

- c) Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, en cualquier caso, el reclamante podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes (siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado).
- d) Asimismo, podrán las partes someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos establecidos en el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, y sus normas de desarrollo. En todo caso, el sometimiento de las partes al sistema arbitral será voluntario y deberá constar expresamente por escrito, sin que esta previsión constituya ninguna suerte de sumisión anticipada.
- e) Asimismo, y sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, también podrán someter a arbitraje las cuestiones litigiosas, surgidas o que puedan surgir, en materia de su libre disposición conforme a derecho, en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.
- f) Igualmente, podrán someter sus divergencias a un mediador en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

Artículo 17

Jurisdicción

El presente Contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella será el Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado.

Artículo 18

Prescripción

Las acciones que se deriven del presente Contrato prescribirán en el término de **cinco (5) años** a contar desde la fecha en que pudieron ejercitarse.

Artículo 19

Comunicaciones

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado, se realizarán al domicilio social de aquél señalado en la Póliza.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al Agente o Corredor de Seguros que medie el Contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.

Las comunicaciones del Asegurador 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 al Asegurador.

Artículo 20

Contratación a distancia

Se considera que el seguro se ha contratado a distancia cuando para su negociación y celebración se ha utilizado exclusivamente una técnica de comunicación a distancia, sin presencia física y simultánea del asegurador (o distribuidor) y del tomador, consistente en la utilización de medios telemáticos (email, web, etc.), electrónicos telefónicos, fax u otros similares (ej: correo postal).

Si el contrato de seguro se ha contratado a distancia y el tomador de seguro es una persona física que actúa con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, el tomador podrá desistir del contrato en el plazo de catorce (14) días naturales a contar desde el día de la celebración del contrato de seguro, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya acaecido el siniestro objeto de cobertura.

Esta facultad unilateral se podrá ejercitar por el tomador mediante comunicación escrita dirigida al Asegurador a c/ Máximo Aguirre, 18 bis, 48011 Bilbao, Bizkaia; o por correo electrónico a imq@imq.es.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento está obligado al pago de la parte proporcional de la prima correspondiente al periodo durante el cual el contrato de seguro ha estado en vigor. En caso de que la prima hubiera sido pagada, el Asegurador reembolsará al tomador, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, la prima descontado el importe correspondiente al periodo de tiempo durante el cual el contrato hubiera estado en vigor.



Atención al cliente 900 81 81 50

ARABA

Vitoria-Gasteiz

Avda. Gasteiz, 39

BIZKAIA

Bilbao

Oficina central
Máximo Aguirre, 18 bis

Clínica IMQ Zorrotzaurre
Ballets Olaeta, 4

Clínica IMQ Virgen Blanca
Maestro Mendiri, 2

Centro de Seguros "El Corte Inglés"
Gran Vía, 7

Durango

Ibaizabal, 1 B - bajo

Gernika

Abaunza, 2 - bajo

Getxo

Gobela, 1

Lekeitio

Juan Bautista Eguzkitza, s/n

GIPUZKOA

Donostia

Plaza Euskadi, 1