

INFORMACIÓN PREVIA A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO NOTA INFORMATIVA PÓLIZA DE SEGURO MIXTO DE ASISTENCIA SANITARIA Y REEMBOLSO DE GASTOS - IMQ ORO PLUS

La presente información es emitida en cumplimiento de lo exigido en los artículos 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras-LOSSEAR y en el artículo 126 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras-RDOSSEAR relativo al deber particular de información al tomador del seguro y al asegurado por parte del Asegurador en los seguros de enfermedad:

a) Tipo de Seguro: Póliza de Seguro mixto de Asistencia Sanitaria y Reembolso de Gastos. Este Seguro de Enfermedad es un Seguro mixto de reembolso de gastos sanitarios y de prestación de asistencia sanitaria a través de Cuadro Médico del Asegurador, mediante el cual el Asegurador se comprometerá a facilitar al Asegurado la cobertura de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que éste requiera en toda clase de enfermedades y lesiones, siempre que esté comprendida en la cobertura asegurada según las cláusulas 5 y 6 de las Condiciones Generales del Seguro mixto de Asistencia Sanitaria y Reembolso de Gastos, en los términos que la Póliza determina.

Las garantías de la Póliza tendrán validez siempre que el domicilio habitual de residencia del Asegurado se encuentre en España. La cobertura cesará automáticamente, sin necesidad de declaración expresa: (i) en el momento en que el asegurado traslade su domicilio habitual fuera de España o (ii) en el momento en que, aun no trasladando su domicilio habitual fuera de España resida en el extranjero un mínimo de nueve (9) meses.

El Seguro ofrece la cobertura en dos modalidades:

- **Modalidad I: Prestación de Asistencia Sanitaria por medios ajenos (Reembolso de Gastos Sanitarios)**
Cuando el Asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria comprendida en la cobertura asegurada a Profesionales y/o Centros ajenos a los Cuadros Médicos del Asegurador, éste reembolsará de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en los Artículos 8 y 10 de las Condiciones Generales y en las Condiciones Especiales.
- **Modalidad II: Prestación de Asistencia Sanitaria por el Cuadro Médico del Asegurador**
Cuando el Asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria comprendida en la cobertura asegurada a Profesionales y/o Centros concertados del Cuadro Médico del Asegurador, el Asegurador dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la prima, copagos y franquicias que en cada caso corresponda, se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda, en toda clase de enfermedades y/o lesiones que estén comprendidas en las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios incluidos en la cobertura contratada de las recogidas en el artículo 5 de las Condiciones Generales, asumiendo el Asegurador su coste mediante el pago directo de los honorarios y tarifas de los servicios a los Profesionales y Centros sanitarios concertados que presten la asistencia. La asistencia sanitaria cubierta por la Póliza se llevará a cabo exclusivamente a través del Cuadro Médico del Asegurador y en los Centros por él concertados.
En esta Modalidad no se concederán indemnizaciones en metálico en sustitución de las prestaciones de los servicios de asistencia sanitaria cubiertos por la Póliza y la asistencia se prestará de acuerdo con la cláusula novena.

b) Bases para la contratación: El Contrato se concretará sobre las bases de las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro y/o Asegurado, en la Solicitud de Seguro y el Cuestionario de Salud sobre su estado de salud. Dichas declaraciones constituirán la base para la aceptación del riesgo del Contrato por parte del Asegurador y formarán parte integrante del mismo.

En consecuencia, serán requisitos para contratar el sometimiento del Asegurado a su costa, a examen médico previo, y/o cumplimentar el Cuestionario de Salud establecido por el Asegurador. El Asegurador se reserva, en todo caso, la libertad de contratar.

Las garantías de esta póliza serán contratables hasta el 31 de diciembre de la anualidad en la que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad.

c) Cobertura de la Póliza: La cobertura de la Póliza de Seguro mixto de Asistencia Sanitaria y Reembolso de Gastos comprende las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos, expresivos de la concreta cobertura de la Póliza que se detallan en el artículo 5 de las Condiciones Generales del Seguro mixto de Asistencia Sanitaria y Reembolso de Gastos IMQ Oro Plus Modelo 2025, y las que en un futuro puedan añadirse y/o modificarse con la aplicación de la prima adicional que en cada caso corresponda. Asimismo, quedan excluidos de la cobertura del Seguro los riesgos que se detallan en el artículo 6 de las Condiciones Generales del Seguro mixto de Asistencia Sanitaria y Reembolso de Gastos IMQ Oro Plus Modelo 2025.

d) Prima del Seguro: 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. Asimismo, podrá consultar las tarifas de prima estándar aplicables en la web www.imq.es

e) Duración del Seguro y condiciones de resolución del Contrato: 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.

Si el Asegurado se encontrase hospitalizado, la comunicación efectuada por el Asegurador oponiéndose a la prórroga de la Póliza no surtirá efectos respecto de dicho Asegurado, hasta la fecha en que obtuviere el alta médica hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.

- El Asegurador podrá rescindir el Contrato:

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.

- El Tomador del Seguro podrá rescindir el Contrato:

a) Cuando se varíe el Cuadro Médico siempre que afecte al Médico General o de Familia, Tocólogo, Pediatra o al 50% del Cuadro de Especialistas, debiendo notificar tal decisión al Asegurador por cualquier medio fehaciente. No será de aplicación esta norma cuando se trate de sustituciones transitorias originadas por causa justificada, o se refiera a Médicos de Técnicas Quirúrgicas Especiales, Odontólogos, Analistas o Radiólogos.

El Asegurador, cuando las variaciones puedan ser causa de rescisión, se obliga a comunicarlo al Tomador del Seguro dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que se haya producido. El Tomador, en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir de la recepción de la notificación podrá ejercitar su derecho de rescisión.

La rescisión del Contrato tendrá efecto el día primero del mes siguiente a la fecha en que se recibiera la notificación por medio fehaciente del Tomador, el Asegurador vendrá obligado a devolver el importe de la prima no consumida.

f) 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 y copagos.

c) Actualizar, en su caso, las cuantías del límite de cobertura establecido para las prótesis.

d) Actualizar, en su caso, las cuantías del límite de reembolso de gastos establecidos en las Condiciones Generales y/o en las Condiciones Especiales.

e) Modificar el porcentaje de reembolso de gastos establecidos en el Condicionado General y/o en las Condiciones Especiales.

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, franquicias y copagos 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, franquicias, o copagos 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.

g) Rehabilitación de la Póliza: El Asegurado tendrá derecho a la rehabilitación de la Póliza conforme a lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro.

h) Límites y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador:

- Modalidad I: Prestación de Asistencia Sanitaria por medios ajenos (Reembolso de Gastos Sanitarios)

Cuando el Asegurado requiera asistencia sanitaria comprendida en las especialidades y servicios que incluye la cobertura según el Artículo 5 y 6, y decida recibirla en un hospital o clínica y/o de facultativos ajenos a los Cuadros Médicos del Asegurador, el Asegurador reembolsará al Asegurado, los gastos que el tratamiento conlleve, de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en el Artículo 10 de este Condicionado y en las Condiciones Especiales de este Seguro.

- Modalidad II: Prestación de Asistencia Sanitaria por el Cuadro Médico del Asegurador

La asistencia sanitaria cubierta por el Seguro en esta Modalidad se prestará donde el Asegurador tenga contratada esta prestación con Facultativos, Clínicas y otros establecimientos incluidos en sus Cuadros Médicos.

La asistencia 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 figuran en cada momento en el Cuadro Médico del Asegurador, quienes prestarán sus servicios directamente a éste, con plena autonomía y bajo su exclusiva responsabilidad profesional.

Las coberturas de la Póliza sujetas a franquicia se prestarán exclusivamente por los Profesionales Sanitarios y Centros específicamente designados por el Asegurador.

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 Catálogo de Servicios o Cuadro Médico actualizado.

En el momento de suscribir la Póliza, el Asegurador también facilitará un ejemplar del Cuadro Médico 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.

Como anexo al presente formulario se entrega el Formulario de Información Previa que contiene la información emitida en cumplimiento de lo exigido en los artículos 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras-LOSSEAR y en el artículo 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras- RDOSEAR relativos al deber de información al tomador del seguro y al asegurado por parte del Asegurador.