

INFORMACIÓN PREVIA A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO NOTA INFORMATIVA PÓLIZA DE ASISTENCIA SANITARIA EN CENTROS INTERNACIONALES IMQ CENTROS INTERNACIONALES

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 - RDOSEAR 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 de Asistencia Sanitaria en centros internacionales. Dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria en centros internacionales IMQ Centros Internacionales, y mediante el pago de la Prima que en cada caso corresponda, esta Póliza cubre, hasta el límite de la suma asegurada contratada, los gastos médicos incurridos por el Asegurado durante el período de indemnización establecido en el artículo 6 de las Condiciones Generales del Seguro IMQ Centros Internacionales Modelo 2021, por diagnósticos, tratamientos, servicios, suministros o prescripciones médicas prestados dentro del ámbito territorial establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, que tengan la consideración de ser Medicamente Necesarios, y siempre que sean ocasionados como resultado de o en relación con las enfermedades objeto de cobertura tal y como se definen en las Condiciones Generales del Seguro, y que sean diagnosticadas por primera vez durante el período de vigencia de la Póliza y cuyos primeros síntomas se manifiesten en dicho período.
A efectos de esta Póliza será enfermedad objeto de cobertura, toda alteración del estado de salud de causa común o accidental, confirmada por un médico legalmente reconocido y que coincida con alguna de las definidas a continuación, en los términos siguientes:

- Cáncer: La manifestación de un tumor maligno caracterizado por no estar encapsulado y por el crecimiento y dispersión incontrolado de células malignas y la invasión de tejidos. El término "cáncer" incluye la leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica) y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico debe ir apoyado con evidencia histológica de malignidad.
- Accidente cerebro-vascular: La lesión o accidente cerebro-vascular debido a trombosis cerebral, embolia o hemorragia, que produzca secuelas neurológicas durante más de veinticuatro (24) horas y que suponga una lesión neurológica permanente.

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.

Las garantías cesarán con respecto al Asegurado al término de la anualidad en la que el mismo cumpla la edad de sesenta y siete (67) años salvo que se disponga lo contrario en las Condiciones Particulares o Especiales.

c) Cobertura de la Póliza: La cobertura de la Póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria en centros internacionales IMQ Centros Internacionales se presenta en las siguientes modalidades de indemnización:

	SUMA ASEGURADA	
Límite individual	300.506 €	601.012 €
Límite conjunto Unidad Familiar	300.506 €	601.012 €

La suma asegurada, en el caso de la contratación del límite individual, será la indemnización máxima garantizada por el Asegurador para cada Asegurado y para cada enfermedad cubierta que sea diagnosticada por primera vez durante el período de vigencia de la Póliza y cuyos primeros síntomas se manifiesten en dicho período.

La suma asegurada, en el caso de la contratación del límite conjunto para la Unidad Familiar, será la indemnización máxima garantizada por el Asegurador para todos los Asegurados que sean miembros de la misma Unidad Familiar, y para todas las Enfermedades Cubiertas que sean diagnosticadas por primera vez durante el período de vigencia de la Póliza y cuyos primeros síntomas se manifiesten en dicho período.

Se establece un periodo de indemnización máximo de treinta y seis (36) meses, calculado a partir de la fecha en que sea diagnosticada por primera vez, para cada patología cubierta, y durante el cual quedarán cubiertos los gastos derivados de los servicios médicos prestados al Asegurado que estén relacionados directamente con el tratamiento de dicha patología, con sujeción, en cualquier caso, al límite máximo establecido como suma asegurada bajo esta póliza, tal y como figura en las Condiciones Particulares de la misma.

Asimismo, quedarán cubiertos los gastos derivados de aquellos servicios médicos prestados al Asegurado fuera del periodo de indemnización establecido bajo la Póliza, siempre que estén relacionados directamente con el tratamiento de una enfermedad cubierta, y cuando estos gastos hayan sido previamente comunicados y expresamente aceptados por el Asegurador dentro del periodo máximo de indemnización de treinta y seis (36) meses establecido en esta Póliza.

Asimismo, quedan excluidos de la cobertura del Seguro los riesgos que se detallan en el artículo 7 de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Sanitaria en centros internacionales IMQ Centros Internacionales Modelo 2021.

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.

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 el importe correspondiente al límite máximo de cobertura.

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 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, 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: 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.

h) Límites y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador: En caso de enfermedad objeto de cobertura, deberán cumplirse las normas establecidas en el Procedimiento en caso de siniestro a través del Centro de Coordinación y Atención Médica del Asegurador.

Será condición previa al derecho a indemnización bajo esta Póliza que el Asegurado, o cualquier persona que actúe en su nombre, solicite, a través del Centro de Coordinación y Atención Médica, un Certificado de Cobertura del Asegurador con anterioridad a recibir cualquier tratamiento, servicio, suministro o prescripción médica en relación a una enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

El Asegurador emitirá dicho Certificado previo en el que se incluirá la relación de centros médicos internacionales autorizados por el Asegurador para el tratamiento, servicio, suministro o prescripción médica del caso, que serán seleccionados para el tratamiento más adecuado del Asegurado. En el caso de que un Asegurado no cumpla con el requisito de Certificación Previa o no utilice los servicios médicos internacionales recomendados por el Asegurador, perderá el derecho a indemnización bajo esta Póliza.

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 - RDOSSEAR relativos al deber de información al tomador del seguro y al asegurado por parte del Asegurador.

Seguro de Asistencia Sanitaria

Documento de información sobre el producto de seguro



Empresa: Entidad aseguradora domiciliada en España, C-0758, IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO, SA, DE SEGUROS Y REASEGUROS

Producto: Póliza IMQ CENTROS INTERNACIONALES

Atención: Este documento es únicamente un breve resumen informativo del seguro IMQ CENTROS INTERNACIONALES que no contiene el detalle de todas las coberturas, exclusiones, limitaciones y obligaciones del seguro IMQ CENTROS INTERNACIONALES de tal modo que no implica cobertura alguna ni aceptación del riesgo por parte de IMQ. La información precontractual y contractual completa relativa al seguro IMQ CENTROS INTERNACIONALES se facilita en las condiciones generales, particulares, especiales y los anexos al contrato, y en los formularios de información previa que usted debe leer antes de contratar.

¿En qué consiste este tipo de seguro?

Este tipo de seguro protege al asegurado frente al riesgo económico derivado de tener que recibir asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria o incurrir en gastos farmacéuticos, de transporte o de alojamiento fuera de España en caso de detección y manifestación de síntomas de un cáncer o de un accidente cerebro-vascular durante la vigencia del contrato de seguro. IMQ asume el coste de los servicios objeto de cobertura cuando se presten a través de los médicos y centros hospitalarios de referencia en el ámbito internacional indicados por IMQ. No podrán concederse indemnizaciones en metálico en sustitución de las prestaciones de los servicios de asistencia sanitaria cubiertos por el contrato.



¿Qué se asegura?

- ✓ Los gastos médicos correspondientes a los cargos efectuados por un Hospital en concepto de habitación, comidas y servicio de enfermería.
- ✓ Los gastos médicos correspondientes a los cargos efectuados por Centros de Cirugía ambulatoria.
- ✓ Los gastos médicos correspondientes a los cargos efectuados por un médico, en concepto de consulta, revisión, tratamiento o cirugía.
- ✓ Los gastos médicos correspondientes a los cargos efectuados por visitas médicas durante ingreso en hospital.
- ✓ Anestesia y su administración.
- ✓ Pruebas diagnósticas: análisis de laboratorio y patología, radiografías con fines diagnósticos, radioterapia, isótopos radioactivos, quimioterapia, electrocardiogramas, ecocardiografías, mielogramas, electroencefalogramas, angiografías, tomografías computarizadas, y otras pruebas y tratamientos similares, requeridos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad objeto de cobertura, siempre que hayan sido suministrados por un médico, o bajo la supervisión de un médico.
- ✓ Transfusiones de sangre, plasma y sueros.
- ✓ Oxigenoterapia o aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones.
- ✓ Productos farmacéuticos durante la hospitalización y los postoperatorios.
- ✓ Traslado y transporte en ambulancia terrestre o aérea cuando su utilización esté indicada y prescrita por un médico.
- ✓ Gastos de transporte del asegurado o acompañantes.
- ✓ Gastos de alojamiento del asegurado o acompañantes durante la hospitalización del asegurado.



¿Qué no está asegurado?

- ✗ Cualquier enfermedad distinta del cáncer o del accidente cerebro-vascular.
- ✗ Cáncer o accidente cerebro-vascular diagnosticada o por la que el asegurado haya recibido tratamiento antes de la fecha de efecto del contrato.
- ✗ Todo tumor histológicamente descrito como pre-maligno o que solo muestre los primeros cambios malignos, los cánceres no invasivos o "in situ", los cánceres de piel a excepción del melanoma maligno y del cáncer papilar de la vejiga.
- ✗ Los ataques isquémicos pasajeros y los ataques de isquemia vertebrobasilar.
- ✗ Cualquier gasto incurrido en España.
- ✗ Productos farmacéuticos y medicinas que no hayan sido dispensadas por un farmacéutico licenciado, o para cuya obtención no se requiere receta o prescripción de un médico.
- ✗ Otras exclusiones recogidas en las condiciones generales del seguro.



¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

- ! Solo está cubierta la asistencia sanitaria que se preste por los centros y profesionales de referencia en el ámbito internacional indicados por IMQ.
- ! El asegurado no estará cubierto por este seguro en caso de que el cáncer o el accidente cerebro-vascular se le diagnostique antes de que transcurran 3 meses desde la fecha de contratación del seguro.
- ! Las coberturas de este contrato están limitadas económicamente a un importe máximo total y por enfermedad que se determina en el contrato y que puede fijarse de forma individual por cada asegurado y enfermedad o por unidad familiar, para todos los miembros y todas las enfermedades. Cuando la suma de los gastos derivados de las coberturas de la póliza supere ese importe máximo, IMQ no asumirá ningún gasto adicional.
- ! Adicionalmente, las coberturas de gastos de transporte y alojamiento del asegurado o acompañante durante la hospitalización tienen un límite específico de 6.000 € y 200 euros por persona/noche y límite de 6.000 euros en caso de alojamiento.



¿Dónde estoy cubierto?

- ✓ En todo el mundo.



¿Cuáles son mis obligaciones?

Al comienzo del contrato

- Contestar, diciendo la verdad, sobre su estado de salud a las preguntas del cuestionario de salud, para valorar el riesgo real del contrato.
- Pagar el precio del seguro en las condiciones pactadas.

Durante la vida del contrato

- Informar de las altas y bajas de los asegurados que se produzcan durante la vigencia del contrato.
- Informar de los cambios de domicilio.

En caso de tener que utilizar la asistencia sanitaria cubierta

- Ponerse en contacto, tan pronto como sea posible, con el Centro de Coordinación y Atención Médica de IMQ para notificar la existencia de la enfermedad cubierta por el contrato, presentar un certificado o dictamen médico en el que se determine con exactitud el diagnóstico de la enfermedad, fecha de origen, historial médico del asegurado y los informes y pruebas que se estimen necesarias para la verificación del diagnóstico.
- Solicitar la Segunda Opinión Médica a través del procedimiento establecido por IMQ para contrastar el diagnóstico y procedimiento o tratamiento médico a recibir.
- Si el asegurado opta por recibir tratamiento en el extranjero al amparo de este contrato debe solicitar a IMQ un Certificado de Cobertura con carácter previo a utilizar los servicios cubiertos.
- En caso de que por una urgencia médica necesite hacer uso de la cobertura del contrato deberá ponerse en contacto con el Centro de Coordinación y Atención Médica dentro de las 24 horas posteriores a la prestación del servicio.
- Facilitar a IMQ la documentación que éste solicite de acuerdo con el contrato para valorar la cobertura y efectuar el pago (ej: facturas, informes médicos, etc.).



¿Cuándo y cómo tengo que efectuar los pagos?

El precio del contrato es anual y se paga por adelantado en el momento de formalización del contrato aunque se puede pactar el fraccionamiento del pago con periodicidad mensual, trimestral o semestral.

El pago del precio del contrato se hará, a elección del asegurado, mediante recibos emitidos por IMQ o domiciliación bancaria.



¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

La cobertura se inicia a los tres meses de la firma del contrato.

En caso de impago del precio del contrato o de la primera fracción del precio, si el pago no se hace con periodicidad anual, IMQ podrá resolver el contrato.

La cobertura termina en la fecha que se indique en las condiciones particulares del contrato y, si no se indica nada, vence el 31 de diciembre del año de contratación, renovándose automáticamente por periodos anuales salvo que alguna de las partes manifieste, en los plazos fijados en el contrato, su voluntad de no renovarlo, salvo que el asegurado haya cumplido 67 años, en cuyo caso el contrato terminará el 31 de diciembre de la anualidad en la que el asegurado cumpla 67 años.

No obstante lo anterior, en caso de materializarse el riesgo cubierto, la cobertura se alargará hasta un máximo de 36 meses a contar desde la fecha en la que se diagnostica por primera vez la patología cubierta, si bien, los importes que IMQ abone durante ese periodo sumados a los abonados durante la anualidad en la que se diagnosticó la enfermedad nunca superarán el límite máximo establecido como suma asegurada en el contrato.

IMQ también asumirá los gastos derivados de los servicios objeto de cobertura que se hayan comunicado y hayan sido expresamente aceptados por IMQ dentro de ese periodo de 36 meses, siempre que, sumados a los importes abonados por IMQ durante la anualidad de seguro en la que se diagnosticó la enfermedad y durante la extensión de cobertura indicada en el párrafo anterior no superen el límite de indemnización máximo fijado en el contrato para la anualidad en la que se diagnosticó la enfermedad cubierta.



¿Cómo puedo rescindir el contrato?

El contratante tiene que enviar un escrito a IMQ antes del 30 de noviembre del año en curso para que el contrato no se renueve de cara al año siguiente.

Si usted ha contratado el seguro a través de una técnica a distancia (teléfono, fax o internet), podrá terminar el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya acaecido el siniestro objeto de cobertura, dentro del plazo de catorce (14) días contados desde la fecha de celebración del contrato, enviando una comunicación a IMQ.