

IMQ Baja Diaria

Seguro de Incapacidad Temporal

Condiciones Generales

MODELO 2019



IMQ Baja Diaria

Seguro de Incapacidad Temporal

Condiciones Generales

MODELO 2019



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 Incapacidad Temporal IMQ Baja Diaria

Artículo 1	Cláusula Preliminar	3
Artículo 2	Definiciones	3
Artículo 3	Bases del Contrato	5
Artículo 4	Objeto del Seguro	6
Artículo 5	Riesgos no asegurables	6
Artículo 6	Riesgos Excluidos	6
Artículo 7	Alcance de la prestación	8
Artículo 8	Ámbito territorial	8
Artículo 9	Periodo de indemnización	8
Artículo 10	Periodo de Carencia	9
Artículo 11	Pago de la Prima	9
Artículo 12	Obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado	11
Artículo 13	Otras obligaciones del Asegurador	12
Artículo 14	Requisitos para el cobro de las prestaciones	12
Artículo 15	Duración del Seguro	14
Artículo 16	Protección de Datos	15
Artículo 17	Control e Instancias de Reclamación. Departamento de Atención al Cliente	18
Artículo 18	Jurisdicción	19
Artículo 19	Prescripción	19
Artículo 20	Comunicaciones	19
Artículo 21	Contratación a distancia	20

Artículo 1

Cláusula Preliminar

1. La actividad aseguradora que lleva a cabo IGUALATORIO MÉDICO 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 un hecho violento, súbito, externo, fortuito y ajeno a la intencionalidad del Asegurado, ocurrido durante la vigencia del Contrato.

Asegurado

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

Baremo de indemnización

Relación vigente de patologías con sus correspondientes días de duración media estimada de Incapacidad Temporal, en función de los que será indemnizado el Asegurado y que viene recogido como Anexo a las Condiciones Generales de la Póliza.

Beneficiario

La persona física o jurídica titular del derecho a percibir la indemnización. A efectos del presente Contrato el Beneficiario será el propio Asegurado.

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 el Asegurado antes de la formalización de la Póliza y que sirve al Asegurador para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro.

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.

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

La franquicia es el número de días contados desde la fecha de siniestro, durante los cuales el Asegurador no abonará ninguna indemnización.

Indemnización

Es el importe que deberá satisfacer el Asegurador al Beneficiario en caso de siniestro de acuerdo con la cobertura garantizada en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

Incapacidad Temporal

Situación física reversible, constatada médicamente, provocada por cualquier causa (enfermedad o accidente), originada independientemente de la voluntad del Asegurado y determinante de su total ineptitud para el mantenimiento transitorio de cualquier actividad laboral o profesional.

Invalidez Permanente

Situación del Asegurado que presente deficiencias psíquicas o reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva, y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad de desarrollo de la actividad laboral, profesional o empresarial declarada.

Médico

Licenciado en Medicina legalmente habilitado para ejercerla.

Período 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 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 Contrato de Seguro. Forman parte integrante e inseparable de la Póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales si procediesen y los Suplementos y Anexos que se emitan a la misma, para complementarla o modificarla.

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.

El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación en cada momento.

Siniestro

Es la ocurrencia de cualquier acontecimiento que sea objeto de indemnización económica según la naturaleza y alcance de la cobertura en 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 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.

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

El límite de edad para asegurarse es de sesenta y cinco (65) años, siempre y cuando el Asegurado no se encuentre jubilado y se encuentre desarrollando una actividad profesional o relación laboral remunerada.

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

Artículo 4

Objeto del Seguro

Es la cobertura de los riesgos pactados en las Condiciones Particulares según lo previsto en las Condiciones Generales, Especiales y Anexos de esta Póliza.

Dentro de los límites y condiciones consignados en la presente Póliza, el Asegurador indemnizará al Asegurado en caso de incapacidad temporal (conforme a la definición prevista en esta Póliza) el capital diario – cuyo importe se establece en las Condiciones Particulares - por cada uno de los días estipulados en el baremo de indemnización en vigor, según la causa declarada, y una vez transcurridos los períodos de carencia determinados en las presentes Condiciones y descontados los días de franquicia que se hayan contratado.

Para el presente Seguro y de acuerdo con esta cláusula, no se indemnizará ni reembolsará ninguna factura o gasto sanitario en el que incurra el Asegurado.

Será imprescindible que el Asegurado esté dado de alta como titular en un régimen de la Seguridad Social o sea un profesional liberal colegiado.

Artículo 5

Riesgos no asegurables

No son asegurables, y, por tanto, en ningún caso les alcanzarán las coberturas del Seguro, las personas que se indican a continuación:

- a. Las personas menores de dieciséis (16) años.
- b. Las personas incapacitadas por invalidez permanente.
- c. Las personas mayores de setenta (70) años.

En todo caso, el Contrato quedará extinguido y resuelto con respecto al Asegurado al término de la anualidad en la que el mismo cumpla la edad de setenta (70) años.

Artículo 6

Riesgos Excluidos

Quedan excluidos de la cobertura de la presente Póliza los siniestros derivados de las siguientes causas:

- Hechos causados voluntariamente por el Tomador o Asegurado, o aquéllos en que concurra dolo o culpa grave por parte de estos, según sentencia judicial firme.
- Consecuencias directas o indirectas de una enfermedad o accidente, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto de la Póliza, salvo que dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones hayan sido declaradas

por el Tomador o Asegurado en el cuestionario de salud y expresamente aceptada su cobertura por el Asegurador en Condiciones Particulares.

- Procesos de origen psiquiátrico o psicológico, así como los neurológicos, incluyendo el estrés y los procesos que únicamente cursan con dolor, sin que exista una causa demostrable con pruebas de diagnóstico médico.
- Los ocurridos por el uso de motocicletas de potencia superior a 125 cc, si bien podrán ser incluidos mediante estipulación especial y pago de la sobreprima correspondiente.
- Los producidos como consecuencia de enajenación mental o de la ingestión voluntaria de cualquier tipo de droga tóxica o estupefaciente que no haya sido prescrita o administrada por un médico.
- Los procesos derivados de alcoholismo crónico, adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo, y de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio o a consecuencia de imprudencia manifiestamente temeraria del Asegurado.
- Las lesiones o consecuencias de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos que se lleven a cabo por razones diferentes a la sanidad, como, por ejemplo, los procesos de cirugía estética, tratamientos de esterilidad o infertilidad.
- Los cuidados en reposo, termales o dietéticos y los chequeos médicos o controles de salud.
- La práctica como profesional de cualquier deporte, participación como aficionado en competiciones o torneos deportivos, cualquier tipo de apuesta, así como la práctica de deportes o actividades notoriamente peligrosas, y, especialmente, las siguientes: carreras de vehículos de motor; submarinismo con escafandra autónoma, navegación a vela y/o a motor a más de 2 millas de la costa; escalada, espeleología, rafting, puenting; boxeo, artes marciales; paracaidismo, aerostación, vuelo libre en cualesquiera de sus modalidades, en ala delta, parapente, vuelo sin motor o con aeronaves ultraligeras; barranquismo, hípica, esquí acuático y/o sobre nieve, hockey y cualquier otro de características similares o análogas.
- Los producidos en la navegación marítima o área, navegación submarina o en viajes de exploración.
- Las neuropatías y algopatías que no den síntomas objetivos que puedan ser comprobados clínicamente.
- Procesos que originen una situación de invalidez permanente.
- La prestación de riesgo durante el embarazo o lactancia natural que pueda ser reconocida por una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- Los procesos ocurridos durante el período de licencia por maternidad.
- Daños provocados directa o indirectamente por guerra, declarada o no, invasiones, guerra civil, terrorismo, motines, alborotos, revoluciones o insurrecciones; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).

Artículo 7

Alcance de la prestación

El derecho al devengo de la prestación se extinguirá en los siguientes casos:

- a. Si en el momento del siniestro el Asegurado se encontrase en situación de incapacidad temporal o éste estuviera en situación de desempleo.
- b. En el momento que el Asegurado no facilite al Asegurador la información médica precisa para el trámite de siniestros, impida o se niegue a ser reconocido por los profesionales designados por el Asegurador.
- c. Por contravenir el Asegurado una prescripción facultativa, ya sea un tratamiento o indicación terapéutica o ausentarse del domicilio en caso de haberle prescrito reposo domiciliario.
- d. Cuando se determine que el Asegurado se halla en situación de invalidez permanente para el ejercicio de su actividad laboral o profesional por dicha causa o en situación de jubilado.
- e. Los siniestros sucesivos debidos a patologías diferentes no devengarán derecho a prestación si no hubiera transcurrido como mínimo un número de días equivalente a los que estipule el baremo para la primera patología (sin descontar la franquicia establecida en las Condiciones Particulares) a contar desde el momento del inicio de la misma.
- f. Los siniestros sucesivos debidos a recaídas de un proceso de baja anterior, con idéntico o equivalente diagnóstico, no devengarán derecho a prestación si no ha transcurrido un periodo de noventa días desde el inicio del proceso que devengó el primer pago.

Artículo 8

Ámbito territorial

La cobertura de las garantías de la Póliza ampara los hechos acaecidos, durante las veinticuatro (24) horas del día, exclusivamente, en España, si bien estarían cubiertos los siniestros ocurridos en el extranjero siempre y cuando el periodo de convalecencia se realice en España.

Artículo 9

Período de indemnización

El período máximo de indemnización será de **trescientos sesenta y cinco (365) días**.

En cualquier caso, ya sea de un modo consecutivo o en distintas anualidades con intervalos de salud, *ningún Asegurado podrá devengar subsidios por enfermedad o accidente de un mismo proceso o diagnóstico por tiempo superior al período máximo de indemnización establecido de trescientos sesenta y cinco (365) días.*

El subsidio diario a satisfacer por el Asegurador será de la cuantía señalada en las Condiciones Particulares, aun cuando el Asegurado padeciera varias dolencias al mismo tiempo o sobreviniera una nueva a la inicialmente declarada. En este último supuesto, el Tomador o Asegurado están obligados a cursar al Asegurador un informe médico notificando dicha circunstancia.

En el caso de coincidencia de varias patologías, el importe diario de la prestación será el mismo, aún cuando concurren procesos diferentes en el mismo periodo de tiempo. Si existiera *conurrencia de dos o más enfermedades declaradas simultáneamente*, se elegirá para el cálculo de la prestación a devengar aquella *enfermedad de mayor gravedad, según el baremo de indemnización en vigor.*

Artículo 10 Periodo de Carencia

La cobertura pactada comenzará *una vez transcurridos los periodos de carencia* que se establecen a continuación:

- a. En caso de accidente, inmediatamente después de la toma de efecto de la póliza.
- b. En caso de enfermedad que requiera intervención quirúrgica, los primeros síntomas de la misma deben producirse una vez transcurridos **seis (6) meses** desde la fecha de efecto de la Póliza, salvo prescripción médica de urgencia vital.
- c. Para los procesos de hernia discal, lumbalgias, dorsalgias, cervicalgias y patologías similares, el periodo de carencia será de **doce (12) meses**.
Estos procesos, siempre que no sean preexistentes a la fecha de efecto de la Póliza y una vez superado el período de carencia, tendrán un período de cobertura máximo por siniestro de ciento veinte (120) días (incluyendo la franquicia contratada), ya sean como consecuencia de enfermedad o como consecuencia de accidente.
- d. Para las restantes enfermedades, los primeros síntomas deben presentarse una vez transcurridos **dos (2) meses** desde la fecha de efecto de la Póliza.
- e. Para las patologías derivadas del embarazo, deben haber transcurrido **ocho (8) meses** desde la fecha de efecto de la Póliza.

Artículo 11 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 12

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.

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 concorra dolo o culpa grave por su parte, las Primas relativas al período 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 hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, el Asegurador quedará liberado de hacerse cargo de la prestación.

- 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 Tomador o Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El Asegurador puede, en el plazo de dos (2) meses a contar desde el día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del Contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince (15) días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el Contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince (15) días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro del plazo de un (1) mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, el Asegurador queda liberado de su obligación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

- c) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio y el de profesión. Si estos cambios suponen una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en la letra b) anterior.
- d) El Asegurado deberá facilitar al Asegurador durante la vigencia del Contrato cuanta documentación e información le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura.

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 13 Otras obligaciones del Asegurador

- a) Además de prestar las garantías contratadas, 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.
- b) 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 14 Requisitos para el cobro de las prestaciones

1. Obligaciones del Asegurado en caso de siniestro

El Asegurado, en caso de siniestro, deberá emplear todos los medios que estén a su alcance para aminorar las consecuencias de éste. Deberá recurrir a los servicios médicos inmediatamente y seguir sus prescripciones. *El abandono injustificado del tratamiento dará lugar a la suspensión del Seguro, y el Asegurador quedará relevado de las obligaciones respecto a las agravaciones sobrevenidas.*

El incumplimiento de este deber dará derecho al Asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del Asegurado. Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

2. Plazo de comunicación del siniestro

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido.

En caso de incumplimiento de este deber, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración, salvo que hubiera tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado deberán, además, proporcionar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

3. Documentación justificativa

Para el cobro de la prestación, se deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos siguientes:

1. Copia del documento nacional de identidad del Asegurado (DNI).
2. Parte médico de baja emitido por el facultativo del Servicio Público de Salud que corresponda.
3. Informe médico de baja suscrito por el facultativo que asista al Asegurado, que incluya:
 - Diagnóstico completo del proceso que genera la baja y parte de urgencias, en su caso, con datos relativos a la historia del accidente o enfermedad, sintomatología, datos de exploraciones realizadas, resultados de las pruebas, tratamiento, etc.
 - Fecha de inicio del proceso y fecha de inicio de la asistencia médica.
 - Indicación del impedimento (total o parcial) que genera respecto a la profesión o actividad que declara desarrollar el paciente.
 - De ser un accidente el motivo del proceso de baja, circunstancias y causas que originaron el accidente.

Asimismo, el Asegurado deberá someterse a cuantos reconocimientos médicos estime oportunos el Equipo Médico de la Compañía y a presentar aquella documentación que se estime necesaria para la correcta valoración del siniestro.

4. Cobro de las prestaciones

El Asegurador se obliga a satisfacer las prestaciones a que hubiera lugar por razón de este Contrato en el plazo de cinco (5) días laborables contados a partir de la recepción de los documentos antes citados y del término de las investigaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y sus consecuencias.

En cualquier caso, el Asegurador efectuará, dentro de los cuarenta (40) días contados a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

La indemnización comenzará a devengarse a partir del día siguiente a la franquicia que el Tomador hubiera contratado en Condiciones Particulares, contada desde el inicio del proceso de incapacidad temporal.

5. Tramitación

El Asegurador podrá disponer las visitas de inspección que estime convenientes para comprobar el estado del Asegurado, y solicitar cuantos documentos y certificados crea necesarios para la precisa

verificación del siniestro, pudiendo adoptar las medidas que considere oportunas. Si cualquier persona interesada se opusiera a estas visitas, en el supuesto de concurrir dolo o culpa grave por su parte, el Asegurador quedaría liberado del pago de la indemnización que corresponda. Si la oposición la realizase el médico que atiende al Asegurado, deberá fundamentarla por escrito.

El Asegurador podrá dar por concluida una enfermedad, a efectos del devengo de la correspondiente indemnización, cuando compruebe la existencia de infracciones en las condiciones de esta Póliza, o cuando, a juicio de su médico, se pretendiera una prolongación artificiosa de cualquier enfermedad, existiendo mala fe por parte del Asegurado.

Sin embargo, cuando el Tomador del Seguro, Asegurado, o médico que preste asistencia al enfermo no estuviesen conformes con tal decisión, deberán manifestarlo por escrito al Asegurador, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al momento de su disconformidad, fundamentando su opinión en contrario.

En tal caso, el médico del Asegurado enfermo y el del Asegurador tratarán de resolver la discrepancia directamente, en calidad de peritos. De no llegar a un acuerdo, nombrarán otro perito médico y los tres actuarán en común y resolverán por mayoría de votos.

En caso de discrepancia en la elección del tercer perito médico, éste será nombrado por insaculación en la lista de tales profesionales que figure en los Juzgados de 1ª Instancia e Instrucción correspondientes al domicilio del Asegurado.

Serán a cargo de cada parte los honorarios y gastos del perito médico elegido por cada una de ellas. En el caso del tercer perito, sus honorarios serán satisfechos a partes iguales entre el Tomador del Seguro y el Asegurador.

No se concederá eficacia alguna a dictámenes de peritos nombrados de forma distinta a la que se establece en este artículo, ni baremos de indemnización que no resulten de lo contratado.

Artículo 15 Duración del Seguro

a) 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 de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos anuales hasta **como máximo el final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla setenta (70) años.**

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.

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

Artículo 16 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 completan 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 17

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 Igualatorio 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) o 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 18

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 19

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 20

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 21

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