

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.

El límite de edad para asegurarse es de sesenta y cinco (65) años.

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 2021, 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 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.

- 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.

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 ORO PLUS

Atención: Este documento es únicamente un breve resumen informativo del seguro IMQ ORO PLUS que no contiene el detalle de todas las coberturas, exclusiones, limitaciones y obligaciones del seguro IMQ ORO PLUS 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 ORO PLUS 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 y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios incluidos en la cobertura del contrato. Se trata de un seguro mixto de asunción directa y de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria cubiertos por la póliza. En la modalidad de asunción directa, IMQ asume el coste de la asistencia sanitaria cubierta cuando ésta se presta a través del Cuadro Médico y Centros concertados de IMQ. No podrán concederse indemnizaciones en metálico en sustitución de las prestaciones de los servicios de asistencia sanitaria cubiertos por el Contrato. En la modalidad de reembolso, IMQ reembolsará al asegurado, con los límites y porcentajes establecidos en el contrato, el coste de la asistencia sanitaria cubierta en la póliza que se preste por profesionales ajenos al Cuadro Médico y Centros concertados de IMQ.



¿Qué se asegura?

- ✓ Urgencias y línea de atención 24 horas
- ✓ Atención primaria (medicina general, pediatría y servicio de enfermería).
- ✓ Hospitalización domiciliaria.
- ✓ Hospitalización quirúrgica, médica y pediatra, en habitación individual con cama de acompañante.
- ✓ Hospitalización médica en unidad coronaria, intensivos y psiquiátrica.
- ✓ Todas las especialidades médicas y quirúrgicas (salvo las expresamente excluidas en el contrato).
- ✓ Análisis, exploraciones y métodos especiales de diagnóstico.
- ✓ Odontología: curas estomatológicas y extracciones, una limpieza de boca anual y radiografías destinadas para estos fines, raspajes y alisados radiculares.
- ✓ Alta cirugía especializada (incluida: cirugía robótica para urología, ginecología y cirugía general, láser verde en urología sin franquicia, radiocirugía y cirugía estereotáctica, Parkinson y epilepsia, trasplante de médula ósea).
- ✓ Planificación familiar (incluida: reproducción asistida) embarazo y parto.
- ✓ Rehabilitación del aparato locomotor y cardiaca ambulatoria.
- ✓ Rehabilitación de suelo pélvico post parto.
- ✓ Litotricia músculo-esquelética.
- ✓ Litotricia renal (ondas de choque).
- ✓ Hemodiálisis.
- ✓ Rehabilitación respiratoria.
- ✓ Unidad del dolor, incluyendo los dispositivos implantables excepto generadores de cualquier tipo.
- ✓ Logofoniatría.
- ✓ Psicoterapia.
- ✓ Podología.
- ✓ Segunda opinión médica en caso de enfermedad grave
- ✓ Las prótesis específicamente recogidas en las condiciones generales de la póliza sin límites de capital por tipo de prótesis.
- ✓ Otras especialidades, tratamientos especiales, prestaciones y servicios recogidos en las condiciones generales del seguro.



¿Qué no está asegurado?

- ✗ Enfermedades preexistentes o congénitas.
- ✗ Toxicomanías o drogodependencia, trastornos de personalidad y autolesiones.
- ✗ Interrupción voluntaria del embarazo.
- ✗ Tratamientos estéticos.
- ✗ Participación en competiciones deportivas y la práctica deportes riesgo.
- ✗ Asistencia al neonato si no es asegurado.
- ✗ Odontología (salvo lo expresamente incluido en el contrato).
- ✗ Prótesis (salvo las incluidas en el contrato).
- ✗ Trasplante de órganos, tejidos, células, etc. salvo lo expresamente incluido en el contrato).
- ✗ Medicamentos y productos químicos o farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización.
- ✗ Corrección de la miopía, el astigmatismo, la hipermetropía y otras alteraciones de la refracción.
- ✗ Procedimientos que no sean práctica general y aceptada en el Sistema Nacional de Salud.
- ✗ Otras exclusiones recogidas en las condiciones generales del seguro.



¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

- ! Las coberturas solo tendrán validez si el domicilio habitual de residencia del asegurado se encuentra en España y éste no pase más de 9 meses fuera de España.
- ! No cabe la modalidad de reembolso cuando la asistencia se presta a través del Cuadro Médico y Centros concertados de IMQ. El uso combinado de ambas modalidades (reembolso y asunción directa) para un mismo proceso está sujeto a las condiciones recogidas en el contrato.
- ! El reembolso de los gastos está sujeto a los límites cualitativos y cuantitativos recogidos en el contrato.
- ! Periodos de Carencia: para disfrutar de algunos servicios sanitarios tienen que transcurrir 6, 8, 12 o 18 meses desde que usted contrata el seguro en caso de estar sujeto a ellos.
- ! Copagos y franquicias: si su póliza está sujeta a copago o franquicia, para utilizar determinados servicios sanitarios cubiertos en el contrato usted tiene que participar en el coste del servicio a través del pago de un precio adicional a la prima que paga por el seguro.
- ! La hospitalización psiquiátrica está limitada a 60 días por anualidad.
- ! La logofoniatría está limitada a 90 sesiones por anualidad.
- ! La podología está limitada a 2 sesiones por anualidad.
- ! La psicoterapia, está limitada a 20 sesiones por anualidad.
- ! Fisioterapia y rehabilitación: el drenaje linfático post linfadenectomía que se precise dentro de los 18 meses siguientes a la realización de la intervención y la fisioterapia respiratoria, exclusivamente asociada a cirugía torácica y cardiaca, con un límite de 20 sesiones por proceso.
- ! Reproducción asistida: está sujeta a franquicia y para que sea cobertura el tratamiento de la esterilidad o infertilidad de la pareja es necesario que ambos miembros sean asegurados bajo esta modalidad de póliza, que ninguno se haya sometido a cirugía anticonceptiva y que la mujer no haya cumplido los 42 años. Además, está limitada a 3 intentos para la inseminación artificial y a dos intentos para la fecundación in vitro.



¿Dónde estoy cubierto?

- ✓ En España: tanto bajo la modalidad de reembolso como bajo la de asunción directa del coste, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Sanitaria en vigor.
- ✓ En el extranjero: bajo la modalidad de reembolso en cualquier lugar del mundo. Bajo la modalidad de asunción directa del coste sólo está cubierta la asistencia urgente en viaje en el extranjero y según términos y condiciones establecidos en el certificado de cobertura.



¿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

- Comunicar a IMQ la necesidad de recibir asistencia sanitaria inmediatamente, y en la modalidad de reembolso, en todo caso dentro del plazo máximo de 7 días desde el conocimiento de ésta necesidad.
- En la modalidad de reembolso, en caso de intervención quirúrgica u hospitalización deberá comunicarlo 7 días antes del ingreso.
- Facilitar a IMQ la solicitud de reembolso, documentación e información médica, facturas y demás documentación indicada en el contrato necesaria para que IMQ valore su solicitud de cobertura o, en su caso, el reembolso.
- Minimizar las consecuencias del daño.
- Presentar siempre la tarjeta de asegurado, que es personal e intransferible, y en aquellos servicios que lo requieran, solicitar a IMQ el documento autorizante de asistencia que deberá entregar cuando se le preste algún servicio sanitario de este tipo.
- Pagar los importes adicionales fijados en el contrato si usted utiliza los servicios sujetos a un pago adicional (copagos y franquicias).



¿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.

El pago de los copagos se realiza tras la utilización del servicio sujeto a copago.

El pago de las franquicias se realiza antes de tramitar la autorización y de la realización de la prestación sujeta a franquicia.



¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

La cobertura se inicia desde que usted firma el 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.



¿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.