

Nota informativa previa a la contratación.

Seguro de Asistencia Sanitaria Antares

Producto 2 – Selección de Riesgo

Anualidad 2013

1. DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA EMPRESA CONTRATANTE Y DIRECCIÓN DEL DOMICILIO DE LA ENTIDAD

Seguros de Vida y Pensiones, ANTARES S.A., tiene su domicilio social en España, sito en Distrito C, C/ Ronda de la Comunicación, s/n 28050 MADRID, y tiene como número de identificación fiscal A78586344. Está sometida al control de la Dirección General de Seguros y se encuentra autorizada para el ejercicio de su actividad con la clave C619. Y ANTARES está inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 8.072, General 7.003, Sección 3ª del libro de sociedades, Folio 197, hoja número 77.630/1, Inscripción 1ª.

2. NOMBRE DEL PRODUCTO

Seguro de Asistencia Sanitaria Individual – PRODUCTO 2
Producto con Selección de Riesgo.

3. TIPO DE SEGURO

Este seguro es de la modalidad de ASISTENCIA SANITARIA.

Los seguros de Asistencia Sanitaria proporcionan a las personas aseguradas asistencia médica, hospitalaria y quirúrgica, a través de un cuadro concertado de facultativos, dispuesto por el Asegurador, en todos aquellos riesgos de enfermedad cubiertos por la póliza.

La modalidad de Asistencia Sanitaria difiere de la modalidad de REEMBOLSO DE GASTOS en que, para este caso, el Asegurado podrá acudir libremente al facultativo y centro médico que desee dentro del ámbito geográfico asegurado, solicitando a posteriori el reintegro de los gastos médicos, que serán reembolsados en la cuantía y porcentaje estipulado en póliza.

Los seguros de Reembolso de gastos de Antares son de modalidad MIXTA, es decir, al Asegurado se le otorga cobertura de forma complementaria mediante sendas modalidades, Asistencia y Reembolso.

4. CUESTIONARIO DE SALUD

Para formalizar el seguro, el Tomador deberá cumplimentar dos documentos confeccionados por la entidad aseguradora:

1. Una Solicitud mediante la que se manifiesta el deseo de obtener la cobertura del seguro.
2. Un Cuestionario de Salud por el que el tomador cumple con el deber de declarar las circunstancias por él conocidas que pueden influir en la valoración del riesgo.

El cuestionario permite a la Entidad apreciar si le interesa aceptar el riesgo o rechazarlo por estar fuera de sus normas de contratación. Si la compañía tiene conocimiento de la no veracidad o inexactitud de los datos proporcionados por el tomador, podrá rescindir el contrato comunicando a éste dicha cancelación.

Tanto la solicitud como el cuestionario deben ser fechados y firmados por el solicitante.

5. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS

Esta modalidad de seguro no incorpora opciones de contratación complementarias ya que se trata de un PRODUCTO CERRADO en el que no se puede añadir ni eliminar ninguna de las garantías que lo componen.

En este seguro el Asegurador, en los términos y con los límites que se expresan en las Condiciones Generales, Especiales y en las Particulares, cubre la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran en la descripción de los servicios de la póliza, previo cobro de la prima correspondiente.

Como referencia de la cobertura médico-quirúrgica y hospitalaria se toma la que es práctica habitual en el sistema público de salud. En ningún caso quedan incluidos aquellos servicios que sean prestados de forma singular por alguna, o algunas, de las CCAA.

COBERTURA DEL SEGUROS:

Sin perjuicio de las limitaciones y exclusiones previstas en las Condiciones Particulares, el Asegurador se obliga a prestar los servicios que se deriven de tratamiento médico o quirúrgico que correspondan a las siguientes especialidades y servicios:

A. Medicina Primaria

1. Medicina General. Incluye atención en consultorio mediante el cuadro medico concertado.
2. Enfermería. La cobertura de la presente póliza incluye los servicios ambulatorios de ATS/DUE

B. Especialidades médicas

1. Alergología e inmunología
La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de enfermedades alérgicas.
No incluye los gastos correspondientes a las vacunas, que serán por cuenta del Asegurado.
2. Anestesiología y reanimación
La cobertura de la presente póliza incluye las consultas y toda clase de anestésicos prescritos por un facultativo.
3. Angiología y cirugía vascular
La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas en el corazón y vasos sanguíneos.
4. Aparato digestivo
La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamientos relacionados con el aparato digestivo.
5. Cardiología
La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamientos derivados de las enfermedades del corazón.
6. Cirugía cardiovascular
La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas que afecten al corazón y/o los grandes vasos.
7. Cirugía general y digestiva
La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas del aparato digestivo (incluida la cirugía realizada con técnica laparoscópica), así como todas aquellas intervenciones quirúrgicas no comprendidas en otras cirugías.
8. Cirugía máxilo-facial
La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas máxilo-faciales. Se cubrirá la extracción de cordales y de otras piezas incluidas. No se incluyen las extracciones simples.
No incluye la asistencia y los tratamientos incluidos en las especialidades de estomatología y de odontología.
9. Cirugía pediátrica
La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de los menores.
10. Cirugía plástica y reparadora
La cobertura de la presente póliza incluye las consultas e intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica y reparadora para restablecer lesiones y siempre que las mismas sean causadas por accidentes o enfermedades sufridos por el Asegurado durante el periodo de vigencia del contrato. Asimismo, se cubrirá la reconstrucción cuando sea consecuencia de un carcinoma de mama.
No incluye en ningún caso la cirugía estética, aún cuando se alegasen razones psicológicas o traumatológicas.
11. Cirugía torácica
La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de la cavidad torácica.
12. Dermatología
La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades de la piel.
No se incluye la dermatología cosmética, los tratamientos del cuero cabelludo, y de lesiones actínicas de la piel ni cualquier tipo de tratamiento de láser.
13. Endocrinología
La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades de las glándulas endocrinas y del metabolismo. Excluye los tratamientos dietéticos, así como los test de intolerancia alimentaria, salvo prescripción de un especialista en Aparato Digestivo por cuadro de alergia alimentaria que produce patología gastrointestinal importante.
14. Geriátrica
La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades propias de la vejez.
No se incluyen los gastos generados durante la estancia en residencias.
15. Hematología y hemoterapia
La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades de la sangre.
16. Medicina interna

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades generales de los órganos internos.

17. Nefrología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades del aparato renal.

18. Neonatología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y el tratamiento de las enfermedades del recién nacido durante su estancia en el centro hospitalario, con un máximo de quince días desde su nacimiento hasta su inclusión en la póliza.

19. Neumología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y el tratamiento de las enfermedades del aparato respiratorio.

20. Neurocirugía

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas del sistema nervioso.

21. Neurología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y el tratamiento de las enfermedades del sistema nervioso.

22. Obstetricia y ginecología

La cobertura de la presente póliza incluye:

1. La asistencia al parto normal o por cesárea, incluyendo la anestesia epidural.
2. Los servicios necesarios para la vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por éste a los partos, siempre que éstos sean objeto de cobertura en la presente póliza, así como los servicios asistenciales de matrona en el sanatorio o clínica.
3. Las enfermedades de los órganos genitales femeninos.
4. La planificación familiar incluyendo el control del tratamiento con anovulatorios, la ligadura de trompas así como, la colocación de DIU y su vigilancia, siendo de cuenta de la Asegurada el coste de éste y los medicamentos.
5. La amniocentesis y el triple screening.

Quedan excluidos los tratamientos de reproducción asistida en cualquiera de sus formas, como por ejemplo, la inducción ovular, la inseminación artificial, fertilización "in vitro" o técnicas de microcirugía para tratamiento de la esterilidad, aunque se incluye el tratamiento de las patologías que son causa de esterilidad.

23. Oftalmología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento e intervenciones quirúrgicas de las enfermedades de los ojos, así como una consulta anual para la graduación visual.

No se incluye el tratamiento ni las consultas para la adaptación de lentes o lentillas, ni el tratamiento con láser excímer, lásik o cualquier otro tratamiento corrector del defecto visual que pudiera existir.

24. Oncología médica

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de enfermedades tumorales. Se incluye la quimioterapia asumiendo los gastos de los medicamentos correspondientes a los productos farmacéuticos, específicamente citostáticos, y la medicación coadyuvante de los mismos, que se expendan en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

25. Oncología radioterápica

La cobertura de la presente póliza incluye el tratamiento de enfermedades tumorales mediante radioterapia.

26. Otorrinolaringología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de las enfermedades del oído, laringe y conducto nasal. Se excluyen las prótesis auditivas tanto externas como internas (p.e. audífonos o prótesis cocleares), así como su implante.

27. Pediatría y puericultura

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de enfermedades de los niños hasta cumplir los 14 años de edad.

28. Proctología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de las enfermedades relativas al recto.

29. Psiquiatría

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de enfermedades mentales y nerviosas bajo prescripción facultativa. El número máximo de consultas anuales será de 12. Se excluyen las curas de desintoxicación y las curas de sueño. Quedarán excluidos los tratamientos de psicoterapia y psicoanálisis.

30. Reumatología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, análisis y tratamiento de las enfermedades reumáticas.

31. Traumatología y cirugía ortopédica

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de los traumatismos y alteraciones osteoarticulares.

32. Urología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de las enfermedades del aparato urinario. Incluye la vasectomía pero no se incluye la recanalización de la misma.

C. Hospitalización

La hospitalización se realizará en los centros concertados por la Aseguradora en habitación individual con cama de acompañante, excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en UVI o UCI y por estancia del recién nacido en incubadora.

La hospitalización no quirúrgica tendrá un máximo de 60 días por Asegurado y año.

Quedan excluidos los gastos correspondientes a uso de teléfono, televisión, cafetería, manutención del acompañante o cualquier otro no directamente relacionado con el tratamiento de la enfermedad o accidente.

D. Medios de diagnóstico

1. Análisis clínicos, anatomopatológicos y biológicos.

Se incluyen los análisis previa prescripción por un facultativo del cuadro médico.

2. Radiodiagnóstico

La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de radiodiagnóstico:

1. Radiología general, digestiva y ortopantomografías.
2. Ecografía.
3. Mamografía.
4. Scanner (TAC).
5. Resonancia Magnética (RMN).
6. Angiografía.
7. Arteriografía digital.
8. Medicina nuclear.
9. PET.

La cobertura de la presente póliza incluye los medios de contraste que hayan sido suministrados por el Centro Médico concertado.

3. Pruebas de Cardiología

La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de diagnóstico en la especialidad de cardiología:

1. Electrocardiograma.
2. Holter T.A. y Holter ECG.
3. Prueba de esfuerzo.
4. Ecocardiograma y Eco-doppler.
5. Hemodinámica.
6. Estudios electrofisiológicos

4. Neurofisiología Clínica

La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de diagnóstico en la neurofisiología clínica:

1. Electroencefalograma.
2. Electromiograma.
3. Potenciales evocados.

5. Endoscopias

La cobertura de la presente póliza incluye los servicios de endoscopia.

6. Urodinámica

La cobertura de la presente póliza incluye los servicios de urodinámica.

7. Biopsia Asistida por Vacío (BAV). Únicamente se cubrirá esta prueba cuando la mamografía y la ecografía mamarias son negativas, pero se tienen factores de riesgo (Breca 1, 2 positivos).

E. Otros servicios

1. Ambulancias

La cobertura de la presente póliza incluye los traslados en ambulancia, siempre que se hayan prescrito por un médico perteneciente a la guía de servicios y realizado con ocasión de la hospitalización del Asegurado o en situaciones de urgencia.

Este servicio se limitará al prestado directamente por los servicios de ambulancia expresamente concertados por esta Entidad aseguradora, sin dar cobertura a cualquier otro no concertado, ya sea del sistema de sanidad público o del privado, incluso en situación de urgencia vital del asegurado.

2. Prótesis

La cobertura de la presente póliza incluye las siguientes prótesis internas implantadas en actos quirúrgicos:

- Válvulas cardíacas
- Marcapasos
- Vasculares
- Lente intraocular monofocal (LIO)
- Internas traumatológicas

Se excluyen el resto de prótesis tanto internas como externas.

F. Tratamientos especiales

Son objeto de la cobertura de la presente póliza, siempre que hayan sido prescritos por un facultativo perteneciente al Cuadro Médico de la Entidad, los gastos derivados de los siguientes tratamientos especiales:

1. Aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia

La cobertura de la presente póliza incluye los servicios de aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia a domicilio, siendo la medicación a cargo del Asegurado. No quedan incluidos los aparatos CPAP y BIPAP.

2. Diálisis y riñón artificial

La cobertura de la presente póliza incluye los tratamientos de diálisis y riñón artificial para fases agudas con un máximo de 6 sesiones.

3. Tratamientos de rehabilitación

La cobertura de la presente póliza incluye los tratamientos de rehabilitación destinados exclusivamente a recuperar en un periodo de tiempo limitado por patologías agudas una funcionalidad o habilidad disminuida o perdida, a consecuencia de traumatismo o

enfermedad cubiertos por la póliza. Carecen de cobertura los tratamientos de mantenimiento y la fisioterapia u otro tipo de terapias que no tengan por objeto restituir habilidades o funciones en un determinado periodo.
Se excluyen los tratamientos para aprendizaje, adquisición de habilidades o estimulación precoz, la rehabilitación pedagógica (p.e. dislexia) y terapias o tratamientos psicoterapéuticos (anorexia, fracaso escolar, etc.). “

4. Litotricia renal

La cobertura de la presente póliza incluye las operaciones de pulverización, dentro de las vías urinarias, el riñón o la vesícula biliar, de las piedras o cálculos que en dichos órganos haya.

5. Transfusiones de sangre o plasma

La cobertura de la presente póliza incluye las transfusiones de sangre o plasma derivadas de la hospitalización del Asegurado. Quedan cubiertos aquellos tratamientos en los que se prescribe infiltración de factores de crecimiento o infiltración de ácido hialurónico cuando se practican en intervenciones quirúrgicas y, de forma ambulatoria, cuando sean consecuencia de la citada intervención.

6. Tratamiento del dolor

La cobertura de la presente póliza incluye las técnicas diagnósticas y terapéuticas para el tratamiento sintomático paliativo del dolor.

7. Ondas de choque. Sólo se cubrirá en pacientes que hayan recibido previamente los tratamientos convencionales de rehabilitación física y éstos no hayan sido efectivos.

Se cubrirá sólo para el tratamiento de las siguientes patologías:

- Pseudoartrosis
- Necrosis avasculares
- Osteocondritis

8. Técnica percutánea. Se cubrirá en los siguientes casos:

- Lesiones deformantes y limitantes de la movilidad de articulaciones metatarsofalángicas (juanete).
- Lesiones deformantes y limitantes 1º dedo pie / (Metatarso aducto)
- Dedo en martillo.

G. Urgencias

La asistencia en caso de urgencia se prestará en los centros de urgencia que indique la guía de centros concertados.

El seguro incorpora dos garantías complementarias que NO son de facultativa contratación sino que estarán incorporadas al seguro en todos los casos:

1. Cobertura Dental Franquiciada.

Mediante esta garantía el Asegurado podrá recibir asistencia dental dentro del cuadro odontológico de Antares. Los actos odontológicos son en algunos casos gratuitos y en otros están sujetos al pago de una franquicia que asume el Asegurado y que debe abonar directamente al dentista, aunque se beneficia del bajo coste negociado por la compañía.

2. Garantía de Asistencia en Viaje en el Extranjero

Teniendo en cuenta los límites y exclusiones detallados en póliza, las Garantías Cubiertas son:

- 1 – Gasto médicos, farmacéuticos o de hospitalización en el extranjero
- 2 – Gastos odontológicos de urgencia en el viaje al extranjero
- 3 – Traslado sanitario o repatriación médica
- 4 – Envío de un médico especialista
- 5 – Envío de medicamentos
- 6 – consulta o asesoramiento médico a distancia
- 7 – Trámites administrativos para hospitalización
- 8 – Gastos de regreso de acompañantes
- 9 – Retorno de menores
- 10 – Regreso anticipado
- 11 – Traslado o repatriación de restos mortales
- 12 – Acompañante de restos mortales
- 13 – Gastos de estancia del acompañante de restos mortales
- 14 – Retorno de acompañante del fallecido
- 15 – Fianzas y gastos procesales
- 16 – Servicio de información al viajero
- 17 – Servicio de información asistencial
- 18 – Transmisión de mensajes urgentes
- 19 – Envío de objetos olvidados durante el viaje

Coberturas adiciones en vigor desde el 1 de enero de 2012

Mediante la modalidad de reembolso de gastos, el asegurado podrá acudir a cualquier médico o centro de su elección, no incluido en el cuadro médico de la Entidad, únicamente para las siguientes coberturas:

Podología: la Compañía reembolsará al 90% los tratamientos podológicos recibidos en consulta (exploraciones, lesiones de uñas, callosidades, papilomas, infecciones, tratamientos de quiropodia), con un límite por asegurado de 4 actos anuales y un reembolso máximo por consulta de 51€.

Psicología Clínica: la Compañía reembolsará los gastos de atención psicológica cuando el tratamiento esté prescrito por un médico psiquiatra, neurólogo o pediatra y el fin sea tratar una patología cubierta por la póliza. El reembolso se hará al 90% hasta un límite de 6 sesiones por asegurado y año y un máximo de 51 €por sesión.

Preparación al parto: Antares reembolsará los gastos de Preparación al Parto al 90% con un límite por proceso de 120 €. Además se podrá utilizar el cuadro médico concertado por Antares para esta prestación.

6. EXCLUSIONES

Quedan excluidos de la cobertura los siguientes conceptos:

- I Las enfermedades o lesiones, que se hayan manifestado antes de la entrada en vigor de la póliza, aún cuando no se hubiera establecido un diagnóstico concreto.
- II Los gastos de farmacia, así como el correspondiente a las vacunas, los tratamientos desensibilizantes y los tratamientos dietéticos, con excepción de los tratamientos farmacológicos en régimen de hospitalización.
- III La hospitalización de carácter socio-familiar.
- IV Los gastos de pruebas complementarias y tratamientos realizados por prescripción de facultativos ajenos al Cuadro Médico.
- V Los honorarios de facultativos o de otros profesionales ajenos al Cuadro Médico.
- VI Los gastos de estancias en clínicas no concertadas o por indicación de facultativos no pertenecientes al Cuadro Médico.
- VII La asistencia de urgencia en clínicas no concertadas para tal cometido, excepto supuestos de urgencia vital, en cuyo caso el Asegurador se hará responsable de los gastos médico-asistenciales ocasionados en centros privados, debiendo el Asegurado comunicarlo en el plazo de 72 horas con el fin de trasladarle a uno de los centros que tenga concertados, siempre que su situación clínica lo permita.
- VIII Los gastos por tratamientos odontológicos.
- IX Los gastos de desplazamiento para recibir asistencia en la misma o distinta provincia del Estado español o en el extranjero.
- X Los tratamientos de reproducción asistida en cualquiera de sus formas, como por ejemplo, inducción ovular, inseminación artificial, fertilización "in vitro" o técnicas de microcirugía para tratamiento de la esterilidad.
- XI El material ortoprotésico externo, las prótesis externas y los tratamientos podológicos correctores.
- XII La cirugía plástica y reparadora con fines estéticos, la implantación de prótesis peneanas y la cirugía de cambio de sexo, así como el tratamiento esclerosante de varices.
- XIII Los procedimientos diagnósticos no contrastados científicamente, los tratamientos de acupuntura, organometría y "otras terapias alternativas".
- XIV El tratamiento del alcoholismo crónico, drogadicción y el uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, así como enfermedades o accidentes que traigan causa de ellos.
- XV Las que correspondan a honorarios por tratamientos o diagnósticos en balnearios o curas de reposo, aun cuando hayan sido prescritas por un médico.
- XVI Los derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de las enfermedades que del mismo se deriven.
- XVII La tentativa de suicidio, la mutilación voluntaria, cualquier accidente causado por mala fe o intencionadamente por el Asegurado, su participación en riñas (siempre que no sea en legítima defensa) o en actividades delictivas.
- XVIII La que traiga causa en la práctica profesional de cualquier deporte o de la realización como aficionado de actividades, como el boxeo, las artes marciales, la hípica, el esgrima, el paracaidismo y los deportes aéreos, el submarinismo y la pesca submarina, el alpinismo y los deportes de montaña (quedan incluidos los accidentes derivados de la práctica como aficionado del esquí), la espeleología, las carreras automovilísticas o de motos, así como la participación en corridas o encierros de reses bravas.
- XIX Enfermedades o accidentes derivados de causa mayor: Guerra, actos de terrorismo o de carácter político y social, erupciones volcánicas, fenómenos sísmicos o meteorológicos de índole extraordinaria.
- XX Las enfermedades o accidentes como consecuencia directa de la transmutación del átomo o de radiaciones de partículas atómicas, y epidemias declaradas oficialmente.
- XXI Que correspondan a test genéticos que tengan por finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia a padecer ciertas enfermedades relacionadas con el mapa genético.
- XXII Todo lo relativo a la psicología y al psicoanálisis.
- XXIII Los gastos y prestaciones derivados de accidentes de circulación, accidentes de trabajo o enfermedad profesional, salvo, la asistencia sanitaria derivada de accidentes amparados por el seguro obligatorio de vehículos de motor, y siempre que, el asegurado facilite el derecho de subrogación a la Aseguradora en el ejercicio de los derechos y acciones que por razón del siniestro correspondan al asegurado
- XXIV Tratamientos de hemodiálisis por insuficiencia renal crónica.

- XXV Quedan excluidas las prótesis que no sean válvulas cardíacas, marcapasos, vasculares, lente intraocular monofocal (LIO) y las internas traumatológicas.
- XXVI Todos los gastos derivados por prescripciones médicas realizadas por médicos ajenos al Cuadro Concertado por la Entidad Aseguradora.
- XXVII Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo de médula ósea o de células progenitoras de sangre periférica por tumores de extirpe hematológica, y el de trasplante de córnea, no asumiendo la Entidad Aseguradora la gestión de la obtención del órgano a trasplantar.
- XXVIII El coste del aparato DIU independientemente de la función para la que se destine dicho dispositivo.

Limitaciones.

1. Estancias por hospitalización médica: 60 días
2. Estancias por hospitalización psiquiátrica: 30 días
3. Consultas psiquiátricas: 12 al año

En este seguro se contempla la exclusión de las enfermedades preexistentes y se fijan periodos de carencia:

1. Exclusiones por preexistencias: exclusión de las enfermedades o lesiones ya existentes antes de la fecha de efecto de la póliza.
2. Periodos de carencias: Periodo de tiempo computado individualmente a cada Asegurado desde la fecha de entrada en la póliza, durante el cual no son efectivas determinadas garantías. En esta póliza los servicios de seguimiento y asistencia del embarazo y parto tendrán una carencia de 10 meses. No será aplicable este plazo a los partos prematuros.

7. GESTIÓN DE REEMBOLSO DE GASTOS

Para la prestación de reembolso de gastos de podología, psicología y preparación al parto:

Para la correcta tramitación de los reembolsos de podología, psicología y preparación al parto será imprescindible que el Asegurado cumplimente la solicitud on line habilitada en la página web de Antares o la solicitud física que en su defecto le proporcionará la Compañía.

Así mismo el asegurado deberá presentar las facturas originales y toda aquella documentación que la Compañía requiera para analizar el siniestro y valorar si este se ajusta a la cobertura que otorga la póliza.

La solicitud de reembolso junto a la documentación requerida será remitida a la compañía antes de que trascurren 7 días desde la fecha de ocurrencia de la prestación médica.

8. FORMA DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

Este seguro incluye un sistema de **COPAGO** por la utilización de los servicios médicos, entendiéndose por este concepto el importe que el Titular debe satisfacer al Asegurador como participación del Asegurado en el coste de los servicios médicos cubiertos por la póliza

El importe de los copagos será facturado de forma trimestral, junto al recibo de prima del mes correspondiente. Cuando la forma de pago sea semestral o anual, se podrá emitir recibo independiente por el coste de los copagos cuando el importe acumulado así lo justifique.

COPAGOS POR SERVICIO:

Acto médico	Copago
Medicina Primaria (ATS, Medicina General y Pediatría)	Sin Copago
Resto de actos médicos; excepto los siguientes:	3 € / Acto
En Hospitalización e intervenciones quirúrgicas	Sin Copago
Estancia	
Material fungible	
Gastos uso de quirófano	
Prótesis	
Medicamentos	

9. CONDICIONES, PLAZOS Y VENCIMIENTOS DE LAS PRIMAS

9.1 Cuestiones Generales

Antares, para ofrecer mayor comodidad en el pago, permite que la prima anual del seguro se abone a la Compañía en periodos de pago semestrales, trimestrales o mensuales. Se incorporará un recargo por fraccionamiento que supondrá un porcentaje de incremento sobre la prima neta:

- Forma de pago semestral: 1,20%.
- Forma de pago trimestral: 1,80 %.
- Forma de pago mensual: 2,20 %.

Aunque la Compañía facilite el pago permitiendo el fraccionamiento de la prima, el contrato tiene vigencia anual y el Asegurado tiene la obligación contractual de abonar la prima por todo el periodo de vigencia de la póliza.

El coste del seguro será cargado en la cuenta corriente proporcionada por el Tomador de la póliza.

9.2 comunicación anual del vencimiento de la prima

El seguro tiene un periodo de vigencia anual, venciendo el 31 de diciembre de cada año y renovando tácitamente el 1 de enero. Las primas estarán en vigor y no podrán sufrir variación durante todo el periodo de vigencia del seguro. Dos meses antes del vencimiento, al Asegurado se le comunicarán las nuevas primas que entrarán en vigor desde el 1 de enero de la siguiente anualidad. La comunicación se hará mediante escrito remitido por correo ordinario a la dirección del domicilio del Asegurado que conste en poder de la Compañía.

El Asegurado será informado convenientemente del sistema que se ha seguido para determinar la prima de la siguiente anualidad, explicando los motivos de las posibles subidas ocasionadas por:

1. El incremento en el índice de precios de los servicios médicos (IPC médico).
2. La evolución de la siniestralidad del colectivo asegurado en el producto de referencia.

El incremento del precio del seguro podrá ser ajeno a las variaciones del IPC General.

Al Asegurado se le hace constar que la prima o precio del seguro es proporcional a la amplitud de la oferta de servicios, centros, medios de diagnóstico especializaciones y tratamientos ofrecidos.

9.3 evolución anual de la prima

El cálculo del importe de la prima tendrá en cuenta los siguientes componentes:

1. El coste que representa el valor técnico del riesgo, es decir, la probabilidad de ocurrencia del riesgo cubierto por el seguro, que determina la prima pura.
2. El coste de la prima pura se incrementará con los gastos de administración y otros gastos técnicos, lo que dará lugar a la prima neta o tarifa.
3. El coste de la prima neta se incrementará con recargos complementarios, impuestos y recargos por fraccionamiento, dando lugar a la prima total, que es lo que satisface el Tomador al hacer efectivo el recibo que le es pasado al cobro por el Asegurador.

Los factores de riesgo básicos en los seguros de salud son la edad y el sexo:

1. Edad: esta modalidad de seguro tiene en cuenta la edad natural del asegurado, es decir los años cumplidos. Antares establece grupos de edades para su tarificación utilizando un sistema con un número amplio de tramos a los que aplica la tarifa aunque este sistema se podrá modificar en el futuro con el fin de ajustar la tarifa.
2. No se incluye como factor de riesgo la actividad desempeñada por el asegurado.
3. No se incluye como factor de riesgo diferenciador el género del asegurado.

Antares no establece bonificaciones por el número de asegurados ni por la no siniestralidad durante un número determinado de ejercicios.

9.4. Renovación

El seguro tendrá una duración anual y renovará tácitamente el 1 de enero de cada año, siempre que alguna de las partes no se oponga a dicha renovación. La no renovación del seguro por parte del Asegurado o del Asegurador deberá comunicarse a la otra parte mediante comunicación escrita dos meses antes del vencimiento del seguro.

Para los asegurados no se fija una edad límite máxima de permanencia en la póliza.

9.5 Tributos repercutibles

La póliza incorpora recargo obligatorio a favor de la entidad de Derecho Publico del Consorcio de Compensación de Seguros. Este impuesto repercutible, que denominaremos CCS, incrementará la prima neta anual del seguro en un 0,15%.

Antares facturará este impuesto de legal aplicación una única vez al año:

1. En el primer recibo posterior a la emisión del seguro
2. En el mes de enero, en el primer recibo posterior a la renovación tácita del seguro.

10. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

Reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente de Antares:

El Departamento tramitará y resolverá las reclamaciones de los Tomadores, asegurados y beneficiarios y los derechohabientes de unos y otros, que excedan de 3.000 euros. También será competente para la resolución de las quejas que se formulen respecto a la actuación de Antares.

El procedimiento de reclamación será el siguiente:

1. El interesado presentará un escrito con expresión de nombre, apellidos y domicilio del interesado, hechos objeto de la queja o reclamación y firma.
2. El Departamento comprobará si la reclamación es de su competencia o del Defensor y, en este último caso, comunicará al interesado esta circunstancia y la remitirá al citado Defensor con sus alegaciones y la documentación que estime pertinente.
3. El Departamento recabará en el curso de la tramitación de la queja o reclamación, tanto del reclamante como de los distintos departamentos de la Entidad, cuantos datos, aclaraciones, informes o elementos de prueba para adoptar su decisión.

Reclamación ante el Defensor del Cliente:

ANTARES se ha acogido a la institución del Defensor del Cliente, mediante suscripción de un contrato con la sociedad "D. A. Defensor, Convenio Profesional, S.L.", con domicilio en la calle Marqués de Ensenada, 2, 28004 Madrid.

El referido Defensor tramitará y resolverá las reclamaciones de los Tomadores, asegurados y beneficiarios y los derechohabientes de unos y otros, que no excedan de 3.000 euros.

El procedimiento de reclamación será el siguiente:

1. El interesado presentará un escrito con expresión de nombre, apellidos y domicilio del interesado, hechos objeto de la queja o reclamación y firma.
2. El Defensor comprobará si la reclamación es de su competencia o del Departamento de Atención al Cliente y, en este último caso, se pondrá de manifiesto al interesado que la reclamación será tramitada por el citado Departamento, al que será remitido el escrito del reclamante.
3. El Defensor recabará en el curso de la tramitación de la reclamación, tanto del reclamante como de la Entidad, cuantos datos, aclaraciones, informes o elementos de prueba considere pertinentes para adoptar su decisión.

La decisión del Defensor del Cliente vinculará a la Entidad, si es favorable para el reclamante.

Reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Sin perjuicio de lo anterior los Tomadores, asegurados y beneficiarios y los derechohabientes de unos y otros se consideran interesados para poder formular reclamaciones ante el Comisionado para la Defensa del asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, debiéndose acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses sin resolución del Departamento de Atención al Cliente o del Defensor del Cliente o estar en desacuerdo con su resolución.

11. LEGISLACIÓN APLICABLE

La regulación del seguro en el ordenamiento jurídico español se fundamenta en tres Leyes que son de aplicación a la modalidad de seguro descrita en este documento:

1. *Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro:* incluye las normas relativas a la relación jurídica privada que genera el contrato de seguro, y su finalidad es de protección del Asegurado.
2. *Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados:* tiene por objeto establecer la ordenación básica del seguro privado y regular su control, para tutelar los derechos del Asegurado, facilitar la transparencia y el desarrollo del mercado de seguros y fomentar la actividad aseguradora privada.

12. REGIMEN FISCAL

Las primas por el pago de cualquier seguro de salud no son gastos deducibles ni dan lugar a deducciones en las cuotas estatales o autonómicas del IRPF.

La solicitud de alta deberá remitirse a la compañía por correo ordinario, ya que se necesita disponer del documento original. El domicilio de envío es:

Seguro de Vida y Pensiones Antares, S.A.
Distrito C
Edificio Oeste 1 – planta 9
Ronda de la comunicación s/n
28050 Madrid

13. PRIMAS

Edad	Tarifa
Hasta 25	25,23
26-35	37,91
36-45	44,57
46-55	58,55
56-65	74,08
MAS DE 65	114,01

Primas netas mensuales a las que hay que añadir el impuesto del 0,15% correspondiente al Consorcio de Compensación de Seguros

Antares

Seguros de Vida y Pensiones Antares, S.A.
Distrito Telefónica
Ronda de la Comunicación, s/n
28050 Madrid
www.antares.com.es
www.segurosyfondos.com