

masalud

Antares

NOTA INFORMATIVA PREVIA A LA ADHESIÓN. SEGURO MASALUD ANTARES.

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, Distrito T, C/ Ronda de la Comunicación, s/n 28050 MADRID, siendo su número de identificación fiscal A78586344.

2. NOMBRE DEL PRODUCTO.

Masalud Antares

3. TIPO DE SEGURO.

Modalidad de ASISTENCIA SANITARIA.

Producto de asistencia sanitaria con acceso a especialidades médicas a través del cuadro de profesionales médicos de Antares

El Asegurador pone a disposición de los asegurados un cuadro médico para que éstos puedan elegir libremente el centro o facultativo que le preste asistencia sanitaria. Los gastos de estos proveedores sanitarios serán por cuenta del Asegurador.

En esta modalidad se contempla el reembolso de gastos en los servicios de psicología clínica, podología, preparación al parto y farmacia.

No podrán contratar los menores de 14 años, aunque podrán ser beneficiarios del seguro, ni los que tengan 60 o más años.

4. CUESTIONARIO DE SALUD.

Antares precisa que se presente, junto a la solicitud de alta, un Cuestionario de Salud cumplimentado por cada uno de los beneficiarios que solicita el alta en el seguro. No será necesario cuando el alta se solicite con continuidad respecto a otro seguro de salud de Antares en el que el titular y/o beneficiarios hayan estado previamente asegurados.

El cuestionario de salud, es una declaración firmada donde se contesta a una serie de preguntas de naturaleza médica sobre el estado de salud de las personas a asegurar.

El tomador está obligado a ser veraz en las respuestas que proporciona, lo que permitirá que Antares haga una valoración correcta del riesgo. La omisión o falsedad en la información del cuestionario podrá suponer la rescisión de la póliza por parte de la compañía.

5. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS.

5.1. Garantías

La garantía del seguro abarca el diagnóstico, seguimiento en consulta y el tratamiento de enfermedades y lesiones cubiertas por el seguro en las especialidades y servicios que a continuación se detallan y siempre que éstos no sean dispensados mediante hospitalización y hospital de día, ni impliquen intervención quirúrgica:

A. Medicina Primaria:

1. Medicina General.

2. Enfermería.
3. Atención especial en domicilio

B. Especialidades médicas:

1. Alergología e inmunología.
2. Anestesiología y reanimación.
3. Angiología y cirugía vascular.
4. Aparato digestivo.
5. Cardiología.
6. Cirugía cardiovascular.
7. Cirugía general y digestiva.
8. Cirugía máxilo-facial. 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.
10. Cirugía plástica y reparadora. No incluye la cirugía estética, aún cuando existan razones psicológicas o traumatológicas.
11. Cirugía torácica.
12. Dermatología. 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. 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.
15. Hematología y hemoterapia.
16. Medicina interna.
17. Nefrología.
18. Neonatología. Con un máximo de quince días desde su nacimiento hasta su inclusión en la póliza.
19. Neumología
20. Neurocirugía.
21. Neurología.
22. Obstetricia y ginecología. Incluye la colocación de DIU, pero no su coste. 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. 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. No se incluyen los tratamientos aún cuando se presten en régimen ambulatorio.
25. Otorrinolaringología. Se excluyen las prótesis auditivas tanto externas como internas (p.e. audífonos o prótesis cocleares), así como su implante.
26. Pediatría y puericultura.
27. Proctología.
28. Psiquiatría. Se incluye las consultas psiquiátricas con un límite de 12 consultas al año por asegurado. Se excluyen las curas de desintoxicación, las curas de sueño y los tratamientos de psicoterapia y psicoanálisis.
29. Reumatología.
30. Traumatología y cirugía ortopédica.
31. Urología. Se excluye la vasectomía.

C. Medios de diagnóstico:

1. Análisis clínicos, anatomopatológicos y biológicos,

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

- Radiología general, digestiva y ortopantomografías
- Ecografía
- Mamografía
- Scanner (TAC)
- Resonancia Magnética (RMN)

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:

- Electrocardiograma
- Holter T.A. y Holter ECG
- Prueba de esfuerzo
- Ecocardiograma y Eco-doppler
- Estudios electrofisiológicos

4. Neurofisiología Clínica. La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de diagnóstico en la neurofisiología clínica:

- Electroencefalograma
- Electromiograma
- Potenciales evocados

5. Urodinámica.

D. Tratamientos especiales:

Son objeto de la cobertura de la presente póliza 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. 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.). "

3. Ondas de choque. Sólo se cubrirá en pacientes que hayan recibido previamente los tratamientos convencionales de rehabilitación física y éstos no hayan sido efectivos y sólo para el tratamiento de las siguientes patologías:

- Pseudoartrosis
- Necrosis avasculares
- Osteocondritis

E. Urgencias ambulatorias:

La asistencia en caso de urgencia ambulatoria se prestará exclusivamente en los centros de urgencia no hospitalarios que indique en el cuadro médico de la Compañía.

F. Asistencia en Viaje en el Extranjero:

Conforme a la cobertura que se detalla en Anexo específico.

G. Cobertura Dental Franquiciado:

Antares pone a su disposición su cuadro "Odontológico Concertado" a nivel nacional. Dispondrá de información sobre los concertos médicos actualizada en la página web.

Si opta por su utilización, dispondrá de determinados servicios gratuitos y tarifas especiales en el resto de servicios.

H. Coberturas adicionales:

Mediante la modalidad de reembolso de gastos se da cobertura a los gastos de:

- **Farmacia:** el 80% del importe de los medicamentos extra hospitalarios prescritos bajo receta médica, siempre que estos no sean de libre dispensación y la patología para la cual se aplican esté cubierta por este seguro. El límite de reembolso anual será de 251 € por asegurado.
- **Psicología Clínica:** el 90% de 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. Tiene el límite de 6 sesiones por asegurado y año y un máximo de 51 €por sesión.
- **Podología:** el 90% del importe de la sesión con un límite de 51 euros y con 4 sesiones al año en tratamientos podológicos recibidos en consulta: exploraciones, lesiones de uñas, callosidades, papilomas, infecciones y tratamientos de quiropodia.

5.2. Garantías accesorias opcionales

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.

6. EXCLUSIONES DE COBERTURA

Quedan excluidos de la cobertura los siguientes conceptos:

1. 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.
2. Los gastos de farmacia, así como el correspondiente a las vacunas, los tratamientos desensibilizantes y los tratamientos dietéticos-
3. La hospitalización tanto la ordinaria como la de carácter socio-familiar.
4. Los honorarios de facultativos o de otros profesionales ajenos al Cuadro Médico.
5. La asistencia de urgencia ambulatoria en centros no concertados.
6. Los gastos por tratamientos odontológicos.
7. Los gastos de desplazamiento para recibir asistencia en la misma o distinta provincia del Estado español o en el extranjero.
8. 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.
9. Quedan excluidas las prótesis.
10. La cirugía plástica y reparadora con fines estéticos, así como el tratamiento esclerosante de varices.
11. Los procedimientos diagnósticos no contrastados científicamente, los tratamientos de acupuntura, organometría y "otras terapias alternativas".
12. El tratamiento del alcoholismo crónico, drogadicción y el uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, así como enfermedades o accidentes que traigan causa de ellos.
13. Las que correspondan a honorarios por tratamientos o diagnósticos en balnearios o curas de reposo, aun cuando hayan sido prescritas por un médico.
14. Los derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de las enfermedades que del mismo se deriven.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Las enfermedades o accidentes como consecuencia directa de la transmutación del átomo o de radiaciones de partículas atómicas, y epidemias declaradas oficialmente.
19. 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.
20. Todo lo relativo a la psicología y al psicoanálisis.
21. 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.
22. Tratamientos de hemodiálisis.
23. El coste del aparato DIU independientemente de la función para la que se destine dicho dispositivo.

PLAZOS DE CARENCIA:

Se tendrá acceso a las prestaciones garantizadas por el seguro desde el momento de entrada en vigor de la póliza, salvo las consultas, pruebas diagnósticas y tratamientos motivados por el seguimiento del embarazo que tendrán una carencia de 8 meses. **En ningún caso estará cubierto el parto.**

7. FORMA DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

Este seguro incluye un sistema de **COPAGO** por la utilización de los servicios médicos. El importe de los copagos será facturado de forma trimestral, junto al recibo de prima o con recibo independiente cuando la forma de pago sea semestral o anual.

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: <i>Estancia</i> <i>Material fungible</i> <i>Gastos uso de quirófano</i> <i>Prótesis</i> <i>Medicamentos</i>	Sin Copago

Para los **REEMBOLSOS** de podología, psicología, preparación al parto y farmacia será imprescindible que el Asegurado cumplimente la solicitud on-line habilitada en la página web de Antares adjuntando las facturas originales y toda aquella documentación requerida por Antares para analizar el siniestro y valorar si éste se ajusta a la cobertura pactada. Esta documentación ha de remitirse en el plazo de 7 días desde la fecha de ocurrencia de la prestación médica.

SERVICIOS CUBIERTOS MEDIANTE PRESTACION DE REEMBOLSO	
Podología	4 sesiones asegurado/año. 90%, con límite de 51 € por sesión
Psicología	6 sesiones asegurado/año. 90% con límite de 51 € por sesión
Preparación al parto	90% con límite de 120 € por proceso
Farmacia	80% con límite de 251 € por asegurado/año

8. CONDICIONES, PLAZOS Y VENCIMIENTOS DE LAS PRIMAS

8.1 Cuestiones Generales

La prima anual del seguro se podrá pactar en periodos de pago semestral, trimestral o mensual, con la aplicación de un recargo por fraccionamiento sobre la prima neta:

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

Aunque se fraccione la prima, el contrato tiene vigencia anual y el Asegurado tiene la obligación 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.

8.2 Comunicación anual del vencimiento de la prima y actualizaciones

El seguro tiene un periodo de vigencia anual, venciendo el 31 de diciembre de cada año y se renovará tácitamente el 1 de enero. Dos meses antes del vencimiento se le comunicarán las nuevas primas que entrarán en vigor desde el 1 de enero de la siguiente anualidad conforme a lo dispuesto en el punto siguiente.

Asimismo, la compañía comunicará en cada renovación las actualizaciones de capitales asegurados y prestaciones.

La actualización del cuadro médico, al ser un proceso dinámico que se produce a lo largo de todo el año, no se comunicará expresamente al vencimiento, sino en el momento de la actualización y a través de la consulta online disponible en la página web de la compañía – www.antares.es / www.segurosylfondos.com

8.3 Tarifas de prima e identificación de los factores de riesgo a considerar en el cálculo de la prima

La prima vendrá determinada en función del IPC sanitario, la experiencia técnica de esta cobertura, así como la inclusión en la póliza de nuevas garantías. Dado que el factor de riesgo básico en los seguros de salud es la edad, las primas a satisfacer por el tomador al vencimiento del seguro vendrá determinada también en función de la edad alcanzada por cada uno de los asegurados conforme al siguiente detalle, en el que se recogen los tramos y la tarifa de prima vigente a la fecha de emisión de esta nota. El género del asegurado no diferenciará la prima.

PAGO ANUAL	
Edad	Tarifa
Hasta 25	232,02 €
26-35	348,65 €
36-45	409,94 €
46-55	538,45 €
56-58	681,30 €
59-61	681,30 €
62-65	681,30 €
>65	1.048,52 €

PAGO MENSUAL	
Edad	Tarifa
Hasta 25	19,76 €
26-35	29,69 €
36-45	34,91 €
46-55	45,86 €
56-58	58,02 €
59-61	58,02 €
62-65	58,02 €
>65	89,30 €

Primas netas en vigor hasta 31 de diciembre de 2018 a las que hay que añadir el impuesto del 0,15% correspondiente al Consorcio de Compensación de Seguros

El asegurado podrá consultar las primas en vigor accediendo a la página web de la compañía donde está actualizada esta información – www.antares.es / www.segurosyfondos.com

Las tarifas referidas serán tarifas estándar de contratación sin aplicación de bonificaciones, descuentos o recargos especiales.

La Entidad comunicará al Tomador la modificación de la estructura de tramos de edad existente en el momento de la contratación

8.4 Condiciones de resolución y oposición a la prórroga

El seguro tendrá una duración anual y se renovará tácitamente el 1 de enero de cada año, salvo que alguna de las partes se oponga a dicha renovación, mediante comunicación escrita dos meses antes del vencimiento del seguro si es la aseguradora la que se opone y un mes si es el tomador.

No obstante, la compañía no se opondrá a la prórroga del contrato en los siguientes supuestos y bajo estas condiciones:

1. No se opondrá a la prórroga de contratos de seguro que tengan asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en la póliza. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato de las que se enumeran a continuación:
 - Procesos oncológicos activos.
 - Enfermedades cardíacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
 - Trasplante de órganos.
 - Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
 - Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
 - Insuficiencia renal aguda.
 - Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
 - Hepatopatías crónicas (excluidas las de origen alcohólico).
 - Infarto Agudo de Miocardio con insuficiencia cardíaca.
 - Degeneración macular.

2. No ejercerá oposición a la prórroga respecto de contratos de seguro que tengan asegurados mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la entidad, sin impagos, alcanzara una antigüedad continuada de 5 o más años.
3. Estos compromisos no serán de aplicación o quedarán sin efecto en aquellos supuestos en los que:
 - El asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.
 - Se produjese impago de la prima o negativa a aceptar su actualización por parte del tomador.
4. La renuncia por parte de Antares a su derecho de oponerse a la continuidad de la póliza requiere de forma inexcusable que el tomador acepte la prima y la participación en el coste de los servicios que le correspondan, y que Antares podrá actualizar periódicamente para adecuarlos a la evolución de los costes del seguro, siempre conforme a criterios actuariales y dentro de los límites de la ley y del contrato.

No se contempla el derecho de los asegurados de rehabilitación de la póliza.

8.5 Derecho de rehabilitación

El tomador no tendrá derecho de rehabilitación de la póliza.

8.6 Límites y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador

Dentro del cuadro médico de este producto, el asegurado podrá elegir libremente el prestador de la asistencia sanitaria entre los concertados para cada especialidad, prueba o acto médico, y acceder a sus servicios con los límites y condiciones establecidos en la póliza y con la autorización previa de la aseguradora en los casos en los que ésta sea requerida. A tal efecto, estará disponible en www.antares.es / www.segurosylfondos.com el cuadro médico actualizado.

9. TRIBUTOS REPERCUTIBLES

La póliza incorpora recargo obligatorio a favor del Consorcio de Compensación de Seguros (CCS) de 0,15% de la prima neta anual del seguro. Se aplica en el primer recibo de cada anualidad.

10. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

Se podrán formular quejas y reclamaciones mediante escrito con su nombre, apellidos, domicilio, firma y fotocopia del DNI o escaneado, hechos objeto de la queja o reclamación y, pudiendo aportar, además, si lo desea, las pruebas documentales que obren en su poder en que se fundamente su queja o reclamación.

El Reglamento para la Defensa del Cliente de Antares está disponible en nuestro domicilio social y en la página Web de Antares <http://www.antares.es>

El Servicio de Reclamaciones de Antares atenderá todas las que excedan de 3.000.- euros. Para reclamar ante este Servicio se deberá dirigir escrito a: Distrito Telefónica Edificio Oeste 2 planta 2ª Ronda de la Comunicación, s/n 28050 Madrid reclamacionesantares@telefonica.com

El Defensor del Cliente es una Entidad independiente encargada de las reclamaciones que no excedan de 3.000.- euros siendo su resolución vinculante para Antares. - Para reclamar ante el Defensor se deberá dirigir un escrito a: "D. A. Defensor, S.L." c/ Velázquez 80, 1ª planta D, 28001 Madrid. reclamaciones@da-defensor.org

Tanto el Servicio de Reclamaciones como el Defensor del Cliente han de resolver en el plazo de 1 mes a contar desde su presentación.

Los interesados podrán formular reclamación ante la Dirección General de Seguros, acreditando que ha transcurrido el citado plazo o estar en desacuerdo con su resolución. En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

11. LEGISLACIÓN APLICABLE

1. Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro:
2. Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
3. En caso de contratación on line, será aplicable la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

12. RÉGIMEN 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.

Las prestaciones de servicios sanitarios obtenidas no se consideran renta en el IRPF del beneficiario/a.

Seguros de Vida y Pensiones ANTARES, S.A

Distrito Telefónica - Edificio Oeste 2 planta 2 Ronda de la Comunicación s/n
28050 Madrid

www.antares.es / www.segurosyfondos.com

clientesantares@telefonica.com

Tel. 91 523 63 45

Antares
■ ■ ■ ■ ■

Antares
■ ■ ■ ■ ■

Seguro de Vida y Pensiones Antares, S.A.

Distrito Telefónica

Ronda de la Comunicación, s/n

28050 Madrid

www.antares.es / www.segurosyfondos.com