

Comunicado

SEGURO MEDICO CON ANTARES (3)

Madrid, 17 de noviembre de 2010

Tal y como informó **UGT**, la Empresa ha comunicado a la plantilla la posibilidad ya abierta de suscribir un seguro médico con Antares (Empresa del Grupo Telefónica) a título particular. Para ello tendrá que ponerse en contacto con la citada empresa en el número 914831607.

UGT, a pesar de que la Empresa no haga ninguna aportación por trabajador, considera importante el que se ponga a disposición de los trabajadores y trabajadoras de Telyco, la posibilidad que antes no existía de poder acceder al seguro médico con Antares.

UGT, valorará y estudiará en el futuro la viabilidad de que la Empresa pueda realizar alguna aportación por empleado por tener suscrita la póliza del seguro médico con Antares sin que vaya en detrimento de otras partidas del convenio colectivo.

Podéis consultar las condiciones del seguro a continuación.

UGT-COMUNICACIONES
ACCION SINDICAL -TELYCO

Madrid, 16 de noviembre de 2010



COLECTIVO DE EMPLEADOS DE TELYCO

NOTA INFORMATIVA PARA LOS SEGUROS DE SALUD DE CONTRATACION INDIVIDUAL

Muy Sr/a. Nuestro/a:

Antares, en colaboración con Telyco, pone a su disposición la posibilidad de contratar de forma particular su seguro de salud, dándole la opción de suscribir la modalidad que más se adapte a sus necesidades:

- Seguro de Asistencia Sanitaria – **PRODUCTO 2**
- Seguro de Asistencia Sanitaria con Reembolso de Gastos Médicos – **PRODUCTO 15**

En este documento encontrará información sobre las características de cada producto, el coste del seguro y las normas de suscripción, así como la solicitud y el cuestionario que deberá cumplimentar para solicitar la emisión de la póliza.

Por otro lado, es importante que tenga en cuenta que la vigencia de la póliza es anual, renovando automáticamente el 1 de enero de cada año. Si Usted decide anular la póliza o si desea cambiar el producto que inicialmente ha elegido, deberá esperar a esta fecha, aunque es conveniente que nos lo comunique con dos meses de antelación.

En caso de tener alguna duda puede ponerse en contacto con nosotros a través del teléfono **91.483.16.07** o a través de la dirección de correo electrónico salud@antar.es

Atentamente

NOTA INFORMATIVA ESTANDARIZADA PARA LOS SEGUROS DE SALUD Pólizas Individuales y/o familiares

Seguro de Asistencia Sanitaria Individual - PRODUCTO 2

Versión 002

1 - Denominación social de la empresa contratante y forma jurídica. Dirección del domicilio social de la entidad y/o sucursal.

Seguros de Vida y Pensiones, ANTARES S.A., tiene su domicilio social en España, sito en distrito C, Edf. Oeste I, 9ª pta, C/ Ronda de la Comunicación, 28050 MADRID, y tiene como número de identificación fiscal A78586344.

2 - Nombre del producto

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

3 - Tipo de seguro

Este seguro – PRODUCTO 2 - 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 y opciones ofrecidas

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:

- La asistencia al parto normal o por cesárea, incluyendo la anestesia epidural.
- 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.
- Las enfermedades de los órganos genitales femeninos.
- 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.
- 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:

- Radiología general, digestiva y ortopantomografías.
- Ecografía.
- Mamografía.
- Scanner (TAC).
- Resonancia Magnética (RMN).
- Angiografía.
- Arteriografía digital.
- Medicina nuclear.
- 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:

- Electrocardiograma.
- Holter T.A. y Holter ECG.
- Prueba de esfuerzo.
- Ecocardiograma y Eco-doppler.
- Hemodinámica.
- 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. 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. Fisioterapia y tratamientos de rehabilitación

La cobertura de la presente póliza incluye los tratamientos de rehabilitación y fisioterapia siempre que deriven de enfermedad o accidente cubiertos por el presente contrato.

Se excluye la rehabilitación pedagógica (p.e. dislexia) y 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.

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

6 - Exclusiones de cobertura

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

- XV accidentes que traigan causa de ellos.
- XVI Las que correspondan a honorarios por tratamientos o diagnósticos en balnearios o curas de reposo, aun cuando hayan sido prescritas por un médico.
- XVII Los derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de las enfermedades que del mismo se deriven.
- XVIII 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.
- XIX 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.
- XX 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.
- XXI Las enfermedades o accidentes como consecuencia directa de la transmutación del átomo o de radiaciones de partículas atómicas, y epidemias declaradas oficialmente.
- XXII 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.
- XXIII Todo lo relativo a la psicología y al psicoanálisis.
- XXIV 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
- XXV Tratamientos de hemodiálisis por insuficiencia renal crónica.
- XXVI Quedan excluidas las prótesis que no sean válvulas cardiacas, marcapasos, vasculares, lente intraocular monofocal (LIO) y las internas traumatológicas.
- XXVII **Todos los gastos derivados por prescripciones médicas realizadas por médicos ajenos al Cuadro Concertado por la Entidad Aseguradora.**
- XXVIII 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.
- XXIX 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 - 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	COPAGOS
Medicina Primaria (ATS, Medicina General y Pediatría)	Sin Copago
En hospitalización e intervenciones quirúrgicas:	Sin Copago
- Estancia	
- Material Fungible	
- Gastos uso de quirófano	
- Prótesis	
- Medicamentos	
Resto de actos médicos (a excepción de los incluidos en los puntos anteriores)	3 €/ acto

8 - Condiciones, plazos y vencimientos de las primas

8.1 – 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.

8.2 – Comunicación anual del vencimiento de las primas

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.

8.3 – Evolución anual de la prima

El calculo 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. En cuanto a la 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. En cuanto al sexo, las primas se diferencian debido a que el coste sanitario a igual edad podrá ser diferente en función del sexo.
3. No se incluye como factor de riesgo la actividad desempeñada por el asegurado.

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

8.4 - 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.

8.5 – 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.

9 - Instancias de Reclamación

El tomador, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes podrán formular quejas y reclamaciones frente a la actuación de Antares, requiriéndose escrito con su nombre, apellidos, hechos y objeto de la queja o reclamación y su firma. Podrán aportar las pruebas documentales en que fundamente su queja o reclamación.

Existe un Reglamento para la Defensa del Cliente de Antares regulador del funcionamiento interno de las quejas y reclamaciones y de los dos órganos encargados de su tramitación y resolución: el Departamento de Atención al Cliente y del Defensor del Cliente. Este Reglamento está disponible en nuestro domicilio social y en la página Web de Antares <http://www.antares.com.es/>

El Departamento de Atención al Cliente de Antares atenderá todas las quejas y las reclamaciones que excedan de **3.000.- euros**. Para reclamar ante este Departamento se deberá dirigir un escrito a:

Distrito C Edificio Oeste 1 planta 9º Ronda de la Comunicación, s/n 28050 Madrid
reclamacionesantares@antar.es

El Defensor del Cliente es una Entidad independiente encargada de la resolución de todas aquellas reclamaciones que no excedan de 3.000, siendo su resolución vinculante para Antares. Para reclamar ante el Defensor se deberá dirigir un escrito a:

“D. A. Defensor, Convenio Profesional, S.L.”
c/ Marqués de la Ensenada, 16 planta 3ª oficina 23, 28004 Madrid.
reclamaciones@da-defensor.org

Tanto el Departamento de Atención al Cliente como el Defensor del Cliente han de dictar resolución motivada en el plazo máximo de 2 meses a contar desde su presentación.

Sin perjuicio de lo anterior, los interesados podrán iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante la Dirección General de Seguros, debiendo acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación o estar en desacuerdo con su resolución.

En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

10 - 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. *Ley 30/1995 de 8 de noviembre 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.
3. *Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reasegurados privados*: su objeto es regular las condiciones de la actividad mercantil de mediación en seguros privados.

11 - 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.

12 - Condiciones de Contratación y Permanencia

1 - NORMAS DE CONTRATACION:

Punto 1: Podrán contratar esta póliza:

- a) Cónyuges, parejas de hecho legalmente reconocidas e hijos de empleados del Grupo Telefónica que no tengan seguro médico de empresa: Podrán solicitar la contratación en el mismo producto que tenga el empleado de Telefónica, no pudiendo contratar un producto con garantías inferiores ni superiores.
- b) Cónyuges, parejas de hecho legalmente reconocidas e hijos de Titulares de pólizas individuales de Continuidad que no puedan ser dados de alta como beneficiarios en esta póliza al tener que superar un proceso de selección de riesgo. No serán posibles altas bajo las condiciones excluyentes recogidas en los *puntos b y c del Punto 2* de estas normas de contratación. Podrán solicitar la contratación en el mismo producto que tenga el titular de la póliza individual de continuidad, no pudiendo contratar un producto con garantías inferiores ni superiores.
- c) Personas prejubiladas y jubiladas que no hayan solicitado en su día la continuidad, siempre que hayan estado previamente aseguradas en Antares y no hayan superado la edad límite de contratación. Sólo podrás solicitar la contratación en un producto de Asistencia Sanitaria.

Punto 2: No podrán contratar póliza con Antares los siguientes colectivos:

- a) Padres y hermanos de empleados de Telefónica que tengan póliza de empresa con Antares o que tengan un seguro con esta Entidad por existir alguno de los vínculos recogidos en este documento.
- b) Cónyuges de hijos de empleados de Telefónica asegurados en pólizas individuales: En el caso de que el hijo de un empleado de Telefónica esté asegurado como tomador de su propia póliza, habiendo sido su progenitor quien le ha habilitado el derecho, este no podrá dar de alta a su cónyuge.
- c) Nietos de empleados de Telefónica cuyo hijo está asegurado en una póliza individual. En el caso de que el hijo de un empleado de Telefónica esté asegurado como tomador de su propia póliza, habiendo sido su progenitor quien le ha habilitado el derecho, este solo podrá dar de alta a sus hijos si es la madre quien está asegurada en la póliza y los hijos nacen amparados por la misma.
- d) Empleados o ex empleados del Grupo que no hayan estado previamente asegurados en Antares o que no tengan a su padre/madre asegurado en la compañía.
- e) Aquellos clientes que previamente hayan estado de alta en una póliza individual y que hayan sido baja por petición propia o por petición de la compañía aseguradora, salvo aquellos casos en los que el asegurado haya sido baja en la póliza individual inicial

por haber pasado a tener acceso a una póliza de empresa de la que posteriormente ha sido baja por dejar de cumplir las condiciones de permanencia.

- f) Empleados del Grupo Telefónica que no tengan seguro médico como beneficio social a través de su empresa, salvo que desde dicha empresa se propicie la creación de un colectivo abierto al que podrán acceder sus empleados bajo las normas específicas que se negocien entre la Empresa y Antares.

Punto 3: Respecto a la edad límite de contratación de una póliza individual de Selección de Riesgo:

- a) Podrán solicitar el alta en una póliza individual de Asistencia Sanitaria con Selección de Riesgo las personas que no hayan cumplido 60 años.

2 – NORMAS DE PERMANENCIA

Punto 1: Anulación de la póliza:

- a) El seguro tiene un periodo de vigencia anual por lo que la anulación de la póliza solo se podrá hacer efectiva a fecha 31 de diciembre, siempre y cuando el Asegurado lo comunique por escrito a la compañía aseguradora con dos meses de antelación respecto a esta fecha.
- b) La baja de la póliza del titular implicará la anulación del seguro para todo el grupo familiar asegurado a su cargo, no siendo posible que ninguno de sus beneficiarios continúe asegurado a través de otra póliza individual de la que él sea titular. Esta norma no será de aplicación ante situaciones excepcionales como fallecimiento del titular o divorcio, supuestos en los que será necesaria justificación documental.

Punto 2: Baja de beneficiarios:

- c) No se podrá dar de baja a ningún beneficiario dependiente del titular e integrante del grupo familiar asegurado, salvo en los siguientes supuestos:
1. Fallecimiento de alguno de los beneficiarios
 2. Divorcio entre el titular y el cónyuge asegurado en la póliza
 3. Desvinculación del beneficiario respecto a la cartilla de la Seguridad Social del titular.

En cualquiera de los tres casos, el nuevo estado tendrá que justificarse por escrito previa presentación de la documentación pertinente

13 - Solicitud de emisión de póliza

Para que Antares pueda formalizar la póliza, el Asegurado deberá cumplimentar los dos documentos descritos en el apartado 4 de este mismo documento:

1. Solicitud de seguro
2. Cuestionario de salud.

Mediante estos documentos el tomador manifiesta frente a la compañía su deseo de obtener la cobertura del seguro. La solicitud no vincula a ninguna de las partes, la entidad puede rehusar la cobertura del riesgo que se le solicita garantizar y el tomador puede rechazar la formalización de la póliza que se haya emitido.

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

ANUALIDAD 2011

NOTA INFORMATIVA ESTANDARIZADA PARA LOS SEGUROS DE SALUD Pólizas Individuales y/o familiares

Seguro Individual de Asistencia Sanitaria con Reembolso de Gastos -

PRODUCTO 15

Versión 002

1 - Denominación social de la empresa contratante y forma jurídica. Dirección del domicilio social de la entidad y/o sucursal.

Seguros de Vida y Pensiones, ANTARES S.A., tiene su domicilio social en España, sito en distrito C, Edf. Oeste I, 9ª pta, C/ Ronda de la Comunicación, 28050 MADRID, y tiene como número de identificación fiscal A78586344.

2 - Nombre del producto

Seguro Mixto de Reembolso – PRODUCTO 15
Producto de Selección de Riesgo

3 - Tipo de seguro

Este seguro – PRODUCTO 15 - es de la modalidad MIXTA DE REEMBOLSO.

En la modalidad de REEMBOLSO el Asegurado podrá acudir libremente al facultativo y centro medico 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.

Al tratarse de una modalidad MIXTA, además, se proporciona 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 póliza.

Esta modalidad de seguro difiere de las de Asistencia Sanitaria en que, para estos casos, la cobertura solo se otorga acudiendo al cuadro concertado de facultativos.

4 - Cuestionario de Salud

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

3. Una Solicitud mediante la que se manifiesta el deseo de obtener la cobertura del seguro.
4. 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 y opciones ofrecidas

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, la prestación de servicios, así como, el reembolso de gastos que constituyen el objeto del presente contrato, se referirán a la cobertura y servicios que a continuación se describen

A. Medicina Primaria.

1. Medicina General

Incluye atención en consultorio y a domicilio cuando a causa de la enfermedad el Asegurado no pueda desplazarse.

2. Enfermería.

La cobertura de la presente póliza incluye los servicios ambulatorios de A.T.S./D.U.E.

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 (salvo que se contrate y especifique en condiciones particulares y especiales el complemento dental).

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.

Se excluyen 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. Geriatria.

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:

- La asistencia al parto normal o por cesárea, incluyendo la anestesia epidural.
- 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.
- Las enfermedades de los órganos genitales femeninos.
- 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.
- La amniocentesis y el triple screening.

Quedan cubiertos exclusivamente, dos intentos de Inseminación Artificial y uno de Fecundación in Vitro bajo las siguientes circunstancias:

- La esterilidad de la pareja debe ser patológica e involuntaria.
- El derecho a la prestación solo alcanzará a la persona asegurada.
- Ninguno de los miembros de la pareja debe haber sido sometido a ningún tratamiento o procedimiento anticonceptivo.
- La prescripción y elección del tratamiento deberá realizarla un especialista en dichas técnicas designado por la Compañía Aseguradora y deberá llevarse a cabo en centros concertados de la misma.

Quedan excluidas las técnicas ICSY (microinyección), la congelación de embriones y otras técnicas no relacionadas en el párrafo anterior.

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 30. Se excluyen las curas de desintoxicación y las curas de sueño. Quedarán excluidos los tratamientos relativos al 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 habitación individual con cama de acompañante, excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en UVI o UCI y por estancia del recién nacido en incubadora.

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.

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).
- Angiografía.
- Arteriografía digital.
- Medicina nuclear.
- 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:

- Electrocardiograma.
- Holter T.A. y Holter ECG.
- Prueba de esfuerzo.
- Ecocardiograma y Eco-doppler.
- Hemodinámica.
- 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. 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 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, 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. Fisioterapia y tratamientos de rehabilitación.

La cobertura de la presente póliza incluye los tratamientos de rehabilitación y fisioterapia siempre que deriven de enfermedad o accidente cubiertos por el presente contrato. Por reembolso solo se cubrirán 60 sesiones Asegurado año con los límites económicos determinados en las condiciones especiales. Se excluye la rehabilitación pedagógica (p.e. dislexia) y 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.

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.

H. 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

I. Cobertura dental franquiciada:

Los servicios y condiciones incluidos en esta cobertura dental complementaria, son los referenciados en el cuadro médico dental adjunto a esta documentación.

K. Cobertura Farmacia:

Mediante esta cobertura, el Asegurador se compromete a reembolsar los gastos de farmacia en los que incurra el asegurado, conforme a los términos recogidos en las Condiciones Especiales de la Póliza.

L. Cobertura Psicología Clínica:

Por esta cobertura el Asegurador se compromete a reembolsar los gastos de atención psicológica de forma individual y temporal, conforme a los términos recogidos en las Condiciones Especiales de la Póliza..

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. Solamente tiene esta condición la cobertura dental de reembolso que solo se podrá contratar bajo las condiciones descritas en el punto J.

6 - Exclusiones de cobertura

Quedan excluidos de la cobertura los siguientes conceptos:

- XXIX 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.
- XXX 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. Salvo lo indicado en la cobertura de farmacia, punto K.
- XXXI La hospitalización de carácter socio-familiar.
- XXXII Los gastos por tratamientos odontológicos.
- XXXIII Los gastos de desplazamiento para recibir asistencia en la misma o distinta provincia del Estado español o en el extranjero.
- XXXIV Los tratamientos de reproducción asistida en cualquiera de sus formas, a excepción, de la Fecundación in Vitro y la Inseminación Artificial bajo las circunstancias descritas en el punto 5.B.22
- XXXV El material ortoprotésico externo, las prótesis externas y los tratamientos podológicos correctores.
- XXXVI 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.
- XXXVII Los procedimientos diagnósticos no contrastados científicamente, los tratamientos de acupuntura, organometría y "otras terapias alternativas".
- XXXVIII El tratamiento del alcoholismo crónico, drogadicción y el uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, así como enfermedades o accidentes que traigan causa de ellos.
- XXXIX Las que correspondan a honorarios por tratamientos o diagnósticos en balnearios o curas de reposo, aun cuando hayan sido prescritas por un médico.
- XL 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.
- XLI 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, la espeleología, las carreras automovilísticas o de motos, así como la participación en corridas o encierros de reses bravas y demás prácticas y deportes con alto riesgo.
- XLII 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.
- XLIII Las enfermedades o accidentes como consecuencia directa de la transmutación del átomo o de radiaciones de partículas atómicas, y epidemias declaradas oficialmente.
- XLIV 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.
- XLV Todo lo relativo a la psicología y al psicoanálisis. Salvo lo indicado en la cobertura de Psicología Clínica, Punto L.
- XLVI Los gastos y prestaciones derivados de accidentes de trabajo o enfermedad profesional y accidentes de circulación, 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
- XLVII Tratamientos de hemodiálisis por insuficiencia renal crónica.
- XLVIII Quedan excluidas las prótesis que no sean válvulas cardíacas, marcapasos, vasculares, lente intraocular monofocal (LIO) y las internas traumatológicas.
- XLIX 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.
- L En la MODALIDAD DE REEMBOLSO DE GASTOS, en ningún caso el Asegurador reembolsará al Asegurado el coste de las facturas emitidas por facultativos y/o centros incluidos en el Cuadro Médico de la Entidad.
- LI El coste del aparato DIU, independientemente de la función para la que se destine dicho dispositivo.

1. Limitaciones.

- Estancias por hospitalización psiquiátrica: 60 días
- Consultas psiquiátricas: 30 al año

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

- Exclusiones por preexistencias: exclusión de las enfermedades o lesiones ya existentes antes de la fecha de efecto de la póliza.
- 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 - Forma de cobro de la prestación

Límites y porcentajes de **REEMBOLSO**:
Ver documento ANEXO 1.

Este seguro incluye un sistema de **COPAGO** por la utilización de los servicios médicos, entendiendo 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	COPAGOS
Medicina Primaria (ATS, Medicina General y Pediatría)	Sin Copago
En hospitalización e intervenciones quirúrgicas:	Sin Copago
- Estancia	
- Material Fungible	
- Gastos uso de quirófano	
- Prótesis	
- Medicamentos	
Resto de actos médicos (a excepción de los incluidos en los puntos anteriores)	3 €/ acto

8 - Condiciones, plazos y vencimientos de las primas

8.1 – 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.

8.2 – Comunicación anual del vencimiento de las primas

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:

3. El incremento en el índice de precios de los servicios médicos (IPC médico).
4. 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.

8.3 – Evolución anual de la prima

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

4. 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.
5. 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.
6. 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:

4. En cuanto a la 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.
5. En cuanto al sexo, las primas se diferencian debido a que el coste sanitario a igual edad podrá ser diferente en función del sexo.
6. No se incluye como factor de riesgo la actividad desempeñada por el asegurado.

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

8.4 - 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.

8.5 – 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:

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

9 - Instancias de Reclamación

El tomador, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes podrán formular quejas y reclamaciones frente a la actuación de Antares, requiriéndose escrito con su nombre, apellidos, hechos y objeto de la queja o reclamación y su firma. Podrán aportar las pruebas documentales en que fundamente su queja o reclamación.

Existe un Reglamento para la Defensa del Cliente de Antares regulador del funcionamiento interno de las quejas y reclamaciones y de los dos órganos encargados de su tramitación y resolución: el Departamento de Atención al Cliente y del Defensor del Cliente. Este Reglamento está disponible en nuestro domicilio social y en la página Web de Antares <http://www.antares.com.es/>

El Departamento de Atención al Cliente de Antares atenderá todas las quejas y las reclamaciones que excedan de **3.000.- euros**. Para reclamar ante este Departamento se deberá dirigir un escrito a:

Distrito C Edificio Oeste 1 planta 9º Ronda de la Comunicación, s/n 28050 Madrid
reclamacionesantares@antar.es

El Defensor del Cliente es una Entidad independiente encargada de la resolución de todas aquellas reclamaciones que no excedan de 3.000, siendo su resolución vinculante para Antares. Para reclamar ante el Defensor se deberá dirigir un escrito a:

“D. A. Defensor, Convenio Profesional, S.L.”
c/ Marqués de la Ensenada, 16 planta 3ª oficina 23, 28004 Madrid.
reclamaciones@da-defensor.org

Tanto el Departamento de Atención al Cliente como el Defensor del Cliente han de dictar resolución motivada en el plazo máximo de 2 meses a contar desde su presentación.

Sin perjuicio de lo anterior, los interesados podrán iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante la Dirección General de Seguros, debiendo acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación o estar en desacuerdo con su resolución.

En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

10 - 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:

4. *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.
5. *Ley 30/1995 de 8 de noviembre 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.
6. *Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reasegurados privados:* su objeto es regular las condiciones de la actividad mercantil de mediación en seguros privados.

11 - 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.

12 - Condiciones de Contratación y Permanencia

1 - NORMAS DE CONTRATACION:

Punto 1: Podrán contratar esta póliza:

- d) Cónyuges, parejas de hecho legalmente reconocidas e hijos de empleados del Grupo Telefónica que no tengan seguro médico de empresa: Podrán solicitar la contratación en el mismo producto que tenga el empleado de Telefónica, no pudiendo contratar un producto con garantías inferiores ni superiores.
- e) Cónyuges, parejas de hecho legalmente reconocidas e hijos de Titulares de pólizas individuales de Continuidad que no puedan ser dados de alta como beneficiarios en esta póliza al tener que superar un proceso de selección de riesgo. No serán posibles altas bajo las condiciones excluyentes recogidas en los *puntos b y c del Punto 2* de estas normas de contratación. Podrán solicitar la contratación en el mismo producto que tenga el titular de la póliza individual de continuidad, no pudiendo contratar un producto con garantías inferiores ni superiores.
- f) Personas prejubiladas y jubiladas que no hayan solicitado en su día la continuidad, siempre que hayan estado previamente aseguradas en Antares y no hayan superado la edad límite de contratación. Sólo podrán solicitar la contratación en un producto de Asistencia Sanitaria.

Punto 2: No podrán contratar póliza con Antares los siguientes colectivos:

- g) Padres y hermanos de empleados de Telefónica que tengan póliza de empresa con Antares o que tengan un seguro con esta

- Entidad por existir alguno de los vínculos recogidos en este documento.
- h) Cónyuges de hijos de empleados de Telefónica asegurados en pólizas individuales: En el caso de que el hijo de un empleado de Telefónica esté asegurado como tomador de su propia póliza, habiendo sido su progenitor quien le ha habilitado el derecho, este no podrá dar de alta a su cónyuge.
 - i) Nietos de empleados de Telefónica cuyo hijo está asegurado en una póliza individual. En el caso de que el hijo de un empleado de Telefónica esté asegurado como tomador de su propia póliza, habiendo sido su progenitor quien le ha habilitado el derecho, este solo podrá dar de alta a sus hijos si es la madre quien está asegurada en la póliza y los hijos nacen amparados por la misma.
 - j) Empleados o ex empleados del Grupo que no hayan estado previamente asegurados en Antares o que no tengan a su padre/madre asegurado en la compañía.
 - k) Aquellos clientes que previamente hayan estado de alta en una póliza individual y que hayan sido baja por petición propia o por petición de la compañía aseguradora, salvo aquellos casos en los que el asegurado haya sido baja en la póliza individual inicial por haber pasado a tener acceso a una póliza de empresa de la que posteriormente ha sido baja por dejar de cumplir las condiciones de permanencia.
 - l) Empleados del Grupo Telefónica que no tengan seguro médico como beneficio social a través de su empresa, salvo que desde dicha empresa se propicie la creación de un colectivo abierto al que podrán acceder sus empleados bajo las normas específicas que se negocien entre la Empresa y Antares.

Punto 3: Respecto a la edad límite de contratación de una póliza individual de Selección de Riesgo:

- b) Podrán solicitar el alta en una póliza individual de Asistencia Sanitaria con Selección de Riesgo las personas que no hayan cumplido 60 años.

2 – NORMAS DE PERMANENCIA

Punto 1: Anulación de la póliza:

- d) El seguro tiene un periodo de vigencia anual por lo que la anulación de la póliza solo se podrá hacer efectiva a fecha 31 de diciembre, siempre y cuando el Asegurado lo comunique por escrito a la compañía aseguradora con dos meses de antelación respecto a esta fecha.
- e) La baja de la póliza del titular implicará la anulación del seguro para todo el grupo familiar asegurado a su cargo, no siendo posible que ninguno de sus beneficiarios continúe asegurado a través de otra póliza individual de la que él sea titular. Esta norma no será de aplicación ante situaciones excepcionales como fallecimiento del titular o divorcio, supuestos en los que será necesaria justificación documental.

Punto 2: Baja de beneficiarios:

- f) No se podrá dar de baja a ningún beneficiario dependiente del titular e integrante del grupo familiar asegurado, salvo en los siguientes supuestos:
 - 4. Fallecimiento de alguno de los beneficiarios
 - 5. Divorcio entre el titular y el cónyuge asegurado en la póliza
 - 6. Desvinculación del beneficiario respecto a la cartilla de la Seguridad Social del titular.

En cualquiera de los tres casos, el nuevo estado tendrá que justificarse por escrito previa presentación de la documentación pertinente

13 - Solicitud de emisión de póliza

Para que Antares pueda formalizar la póliza, el Asegurado deberá cumplimentar los dos documentos descritos en el apartado 4 de este mismo documento:

- 3. Solicitud de seguro
- 4. Cuestionario de salud.

Mediante estos documentos el tomador manifiesta frente a la compañía su deseo de obtener la cobertura del seguro. La solicitud no vincula a ninguna de las partes, la entidad puede rehusar la cobertura del riesgo que se le solicita garantizar y el tomador puede rechazar la formalización de la póliza que se haya emitido.

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

ANEXO 1 LÍMITES DE REEMBOLSO PRODUCTO DE ASISTENCIA CON REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS – PRODUCTO 15

Límites Globales			
Límite global por asegurado/año			125.000,00 €
Reembolso España			90%
Reembolso España	Gastos Hospitalización		100%
Reembolso Extranjero	Consultas y Pruebas Diagnósticas		80%
Reembolso Extranjero	Hospitalización		80%
Reembolso Urgencias			100%
Atención Primaria			
Medicina general	Consulta/actos por visita		51,00 €
Pediatría	Consulta/actos por visita		51,00 €
ATS	Consulta/actos por visita		51,00 €
Especialidades			
Todas las especialidades	Consulta/actos por visita		113,00 €
Psiquiatría	30 sesiones/asegurado/año		113,00 €
Hospitalización (todos los conceptos excepto honorarios médicos)			
Estancia normal (solo habitación)	Límite por día		201,00 €
UVI/UCI	Límite por día		332,00 €
Psiquiátrica	Límite anual		60 días
Parto y Gastos de Maternidad			
	Límite por proceso		2.900,00 €
Intervenciones Quirúrgicas (Hospitalarias y Ambulatorias):			
		Grupos OMC.	Límite de Reembolso
		0 (cirugía menor)	750,00 €
		1 (cirugía menor)	750,00 €
		2 (cirugía menor)	1.850,00 €
		3 (cirugía media)	4.507,59 €
		4 (cirugía media)	4.507,59 €
		5 (cirugía mayor)	5.859,87 €
		6 (cirugía mayor)	7.212,15 €
		7 (cirugía mayor)	8.564,42 €
		8 (cirugía mayor)	18.030,36 €
Honorarios Médicos (incluidos cirujano, anestesista, ayudante, etc.) Costes de la intervención (derechos de quirófano, instrumental y aparatología utilizada, material fungible, medicamentos, etc.)	Límite por proceso		
Pruebas diagnósticas			
Analítica	Límite anual		Sin Límite
Radiodiagnóstico			
Tratamientos Especiales			
SIDA	Límite por proceso		6.000,00 €
Preparación al parto	Límite por proceso		120,00 €
Rehabilitación	Límite NO Cuadro Médico	60 sesiones/asegurado/año/51 €sesión	
Reproducción Asistida	Solo dentro del Cuadro Médico	1 FIV+2 Inseminaciones	
Prótesis			
	Límite anual		Sin Límite
Otros			
Ambulancia	Límite anual		900,00 €
Podología	4 actos/asegurado/año		51 €sesión
Psicología reembolso 90% (1)			
	6 sesiones año		51 €sesión
Farmacia no hospitalaria reembolso 80% (2)			
	Límite anual		251,00 €

(1) La atención psicológica deberá estar prescrita por un psiquiatra, pediatra o neurólogo y hasta lograr que la patología susceptible de tratamiento alcance su máximo grado de recuperación.

(2) Se reembolsarán los gastos de medicamentos prescritos bajo receta médica que no sean de libre dispensación y la patología para la cual se aplican, esté cubierta por este seguro.

Quedan cubiertos los medicamentos prescritos por el Sistema Nacional de Salud, que no sean de libre dispensación, y se reembolsará la parte no asumida por el mismo.

ANEXO 2 COSTE DEL SEGURO

PRIMAS PARA LA ANUALIDAD 2011 (01-01-2011 / 31-12-2011)

Primas del Seguro de Asistencia Sanitaria Individual – PRODUCTO 2

EDAD	HOMBRE	MUJER
Hasta 25	21,34 €	27,32 €
26 – 35	25,05 €	61,80 €
36 – 45	34,86 €	52,59 €
46 – 55	47,68 €	61,04 €
56 – 65	73,55 €	69,16 €
Más de 65	121,42 €	92,68 €

Primas netas mensuales en vigor hasta el 31 de diciembre de 2011.
Impuesto a añadir 0,15% (CCS)

Primas del Seguro de Asistencia Sanitaria con Reembolso de Gastos Médicos – PRODUCTO 15

EDAD	HOMBRE	MUJER
Hasta 25	24,35 €	30,72 €
26 – 35	28,30 €	67,44 €
36 – 45	38,75 €	57,62 €
46 – 55	52,39 €	66,63 €
56 – 65	79,95 €	75,27 €
MÁS DE 65	130,92 €	100,31 €

Primas netas mensuales en vigor hasta el 31 de diciembre de 2011.
Impuesto a añadir 0,15% (CCS)

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE SALUD

EMPRESA Y PRODUCTO:

Empresa del Grupo Telefónica..... **TELYCO**.....

Empleado del Grupo que habilita el derecho

Parentesco con el Empleado que habilita derecho.....

Denominación y N° del Producto a contratar

Fecha de efecto del alta

ASEGURADO TITULAR:

Nombre y Apellidos: N° Matrícula:

NIF..... Fecha Nacimiento..... Sexo:

Domicilio familiar: N° Tfno.:.....

Correo electrónico:.....

Localidad:..... Código Postal:..... Provincia:

FORMA DE PAGO:

Periodicidad del Pago: Recargo por fraccionamiento semestral (1,20%), trimestral (1,80%) y mensual (2,20%)

BANCO	SUCURSAL	DC	NUMERO DE CUENTA

ASEGURADOS ADICIONALES:

Nombre y Apellidos	Parentesco	NIF	Estado Civil	F. Nacimiento	Sexo

OBSERVACIONES:

.....

A efectos de dar cumplimiento a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y a su normativa de desarrollo, se pone en conocimiento del abajo firmante, quien expresamente consiente:

- Que los datos personales que se recogen en este documento así como los que se puedan generar durante la vigencia de la relación contractual, incluidos datos relativos a la salud, serán incorporados para su tratamiento a un fichero automatizado de "Seguros de Vida y Pensiones Antares S.A.", y son de obligado suministro al ser elementos indispensables para la valoración del riesgo y para el mantenimiento y cumplimiento del presente contrato. Antares garantiza el tratamiento confidencial de los datos así como la adopción de las medidas de seguridad que prevé la normativa vigente en la materia.
- Que los datos salud derivados de la solicitud o de la prestación de servicios sanitarios garantizados por el contrato de seguro serán comunicados a "Seguros de Vida y Pensiones Antares S.A." por los médicos, centros o servicios concertados por la aseguradora para la prestación de la asistencia sanitaria contratada y serán los pertinentes para el cumplimiento de contrato.
- Que los datos podrán ser cedidos por "Seguros de Vida y Pensiones Antares S.A." a otras compañías aseguradoras con las que colabore para el eventual reparto y gestión del riesgo objeto del contrato de seguro.
- Que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de tales datos mediante comunicación escrita a "Seguros de Vida y Pensiones Antares S.A.", con dirección en distrito C Edificio Oeste 1 planta 9 Ronda de la Comunicación s/n 28050 Madrid.
- Que en el caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del firmante, éste deberá, con carácter previo a su suministro, a informales de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.
- Que adicionalmente los datos personales podrán ser utilizados para informarles de otros productos propios de nuestra Entidad. Si no desea obtener esta información podrá oponerse en cualquier momento mediante escrito dirigido a Antares en la dirección anteriormente indicada

Fecha y firma:

En,.....a,..... de..... de 201.....

Firma del Solicitante

Cuestionario de salud

**SE RUEGA RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON LA MAYOR PRECISION.
LA INEXACTITUD EN LA RESPUESTA PODRIA DAR LUGAR A LA DENEGACION DE LA PRESTACION**

SOLICITANTE D. _____ EDAD: _____ SEXO: _____

DECLARANTE D. _____ EDAD: _____ SEXO: _____

Nº Matricula/Solicitud: _____

	SI	NO
1. ¿Padece alguna anomalía congénita, limitación funcional, psíquica, o defecto físico? En caso afirmativo indicar cuál:		
2. ¿Padece alguna enfermedad crónica o recurrente? En caso afirmativo indicar cuál:		
3. ¿Ha estado ingresado alguna vez en Hospital, Clínica o Sanatorio? En caso afirmativo, indicar motivo de hospitalización:		
4. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? En caso afirmativo indicar fecha y motivo de la intervención.		
5. ¿Padece alguno de sus familiares directos alguna enfermedad hereditaria? En caso afirmativo indicar cuál:		
6. ¿Está o ha estado durante el último año bajo tratamiento médico, farmacéutico o radioterapéutico? En caso afirmativo indicar tipo de tratamiento y médico bajo cuyo control se efectúa.		
7. ¿Tiene indicado hacerse alguna intervención quirúrgica o ingresar en algún Centro Médico? En caso afirmativo indicar médico y motivo del ingreso.		
8. ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?		
	SI	NO
Cardíacas vasculares		
Aparato Respiratorio, (Bronquitis crónica, Asma, etc.)		
Enfermedades Hematológicas (Anemia, Hemofilia, etc.)		
Enfermedades Infecciosas (Meningitis, Hepatitis, etc.)		
Enfermedades Urológicas y/o de Riñón		
Enfermedades o alteraciones ginecológicas		
En caso afirmativo indicar cuáles:		

El Solicitante/Declarante afirma que todas las respuestas y datos aportados a este Cuestionario de Salud son verdaderos y completos. Igualmente el Solicitante/Declarante, autoriza a cualquier Médico que tenga conocimientos y antecedentes del estado de salud, a informar a la Compañía, si así lo requiere, de todos los datos patológicos que pudiera tener o haber adquirido al prestar sus servicios. El Solicitante/Declarante reconoce que no serán cubiertas aquellas enfermedades de las que se tenga conocimiento con anterioridad al primer día de vigencia de la Póliza.

El abajo firmante declara la veracidad y exactitud de los datos aquí consignados asumiendo, en su caso, las consecuencias que por la falta de autenticidad de los mismos pudieran derivarse.

A efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y resto de legislación aplicable, se pone en conocimiento del firmante:

- Que los datos personales facilitados se incorporarán a un fichero automatizado.
- Que la finalidad de estos datos es la formalización del futuro contrato de seguro, la realización de estadísticas y análisis de siniestralidad y la remisión de información sobre los productos y servicios de ANTARES.
- Que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita a SEGUROS DE VIDA Y PENSIONES ANTARES, S.A. con dirección en distrito C Edificio Oeste 1 planta 9 Ronda de la Comunicación s/n 28050 MADRID.
- Que el fichero al que se incorporaran estos datos está bajo la supervisión y control de SEGUROS DE VIDA Y PENSIONES ANTARES, S.A. con dirección en el distrito C Edificio Oeste 1 planta 9 Ronda de la Comunicación s/n 28050 MADRID, quien se compromete a adoptar las medidas de seguridad tanto organizativas como técnicas, para la protección de la confidencialidad e integridad de los datos.
- Que en caso que se formalizara el contrato de seguro, los datos salud derivados de la solicitud o la prestación de servicios sanitarios garantizados por el contrato de seguro serán comunicados a "Seguros de Vida y Pensiones Antares S.A." por los médicos, centros o servicios concertados por la aseguradora para la prestación de asistencia sanitaria garantizada y serán los pertinentes para el cumplimiento de contrato.
- Que adicionalmente los datos personales podrán ser utilizados para informarles de otros productos propios de nuestra Entidad. Si no desea obtener esta información podrá oponerse en cualquier momento mediante escrito dirigido a Antares en la dirección anteriormente indicada.

El Firmante da su consentimiento para que los datos recogidos en este documento, puedan ser cedidos, exclusivamente para las finalidades anteriormente indicadas, a otras personas físicas o jurídicas con las que Antares concluya acuerdos de colaboración, todo ello tanto si se formalizase o no operación alguna. Asimismo, se compromete a que, en el caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del titular, éste deberá, con carácter previo a facilitar los mismos, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.

En, _____, a _____ de _____ de 200__

El Solicitante/Declarante.