

Documento de información sobre el producto de seguro

Empresa: Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal

Producto: Masalud combi

Registrada en: España. Nº Autorización Entidad aseguradora: C0517

La información precontractual y contractual completa relativa al producto de seguro se facilita en otros documentos tales como la nota informativa, así como las condiciones generales, particulares y en su caso, especiales de la póliza de seguros.

¿En qué consiste este tipo de seguro? Asistencia sanitaria completa, con acceso a hospitales, centros médicos y una red de más de 20.000 profesionales para cualquier especialidad médico-quirúrgica. Se facilita también el acceso a medios diagnósticos y terapéuticos, análisis, pruebas médicas y tratamientos de rehabilitación. Sin copagos en medicina primaria (ATS, medicina general y pediatría) El resto de especialidades y pruebas diagnósticas copago de 3€ por servicio. Reembolso de gastos hasta el límite anual de 125.000€, con libertad absoluta para escoger médico u hospital en cualquier lugar del mundo, excepto para aquellos que se relacionan en el cuadro médico.



¿Qué se asegura?

- ✓ Medicina primaria: medicina general, pediatría y puericultura.
- ✓ Asistencia sanitaria de urgencia.
- ✓ Especialidades médicas: dermatología, ginecología, traumatología, oftalmología, etc.
- ✓ Pruebas diagnósticas: análisis clínicos, diagnóstico por imagen, técnicas especiales, etc.
- ✓ Hospitalización: médica, pediátrica, psiquiátrica, etc.
- ✓ Intervenciones quirúrgicas, hospitalarias o extrahospitalarias.
- ✓ Tratamientos especiales: oxigenoterapia, quimioterapia, radioterapia, diálisis, etc.
- ✓ Rehabilitación y fisioterapia.
- ✓ Asistencia obstétrica y al neonato.
- ✓ Clases de preparación al parto.
- ✓ Reembolso del 90% de los gastos en territorio nacional.
- ✓ Reembolso del 80% de los gastos en el extranjero.
- ✓ Salud dental: cobertura odontoestomatológica que comprende actos gratuitos y franquiciados.
- ✓ Servicio de crioconservación de células madre del cordón umbilical.
- ✓ Asistencia en viaje en el extranjero.



¿Qué no está asegurado?

- ✗ Las enfermedades o accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada asegurado, así como la asistencia sanitaria derivada de las enfermedades congénitas.
- ✗ Las pruebas diagnósticas o tratamientos a realizar durante los periodos de carencia establecidos en las condiciones generales.
- ✗ Las enfermedades y accidentes derivados de la práctica profesional de cualquier deporte o de la realización como aficionado de actividades, como el boxeo, las artes marciales, la hípica, la 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.
- ✗ Los abortos voluntarios.
- ✗ Las prótesis externas y aparatos auxiliares, tales como gafas y lentillas.
- ✗ Los análisis de tipo genético.
- ✗ La asistencia sanitaria relacionada con cuestiones meramente estéticas.
- ✗ Los tratamientos de rehabilitación, diálisis y hemodiálisis en procesos crónicos.
- ✗ Los tratamientos de mantenimiento ocupacional.
- ✗ El reembolso por aquellas asistencias prestadas en hospitales o por facultativos que se relacionan en el cuadro médico.



¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

- Reembolso máximo por asegurado y año de 125.000€.
- Reembolso de la factura por gastos hospitalarios al 100% en el territorio nacional y 80% en el extranjero, hasta los límites indicados en las condiciones especiales. Los casos de intervención quirúrgica estarán limitados en función del grupo de intervención (del 0 al VIII) según lo indicado en las condiciones especiales.
- Reembolso de la factura por gastos extrahospitalarios al 90% en el territorio nacional y 80% en el extranjero, hasta los límites indicados en las condiciones especiales.
- 2 intentos de inseminación artificial y 1 de fecundación in vitro según lo estipulado en las condiciones generales.
- Hospitalización psiquiátrica hasta 60 días por año.
- Consultas psiquiátricas 30 al año.
- Tratamientos de psicología clínica: reembolso del 90%, hasta un máximo de 8 sesiones por asegurado y año. Máximo 51€ por sesión.
- Tratamientos de podología: reembolso del 90% hasta un máximo de 4 sesiones por asegurado y año. Máximo 51€ por consulta.
- Preparación al parto: reembolso del 90% con un límite máximo de 120€ por proceso.
- Psiquiatría hasta un máximo de 12 sesiones anuales.
- Tratamientos de cuidado personal con cargo al asegurado.
- Participación del asegurado en el coste de los servicios sanitarios con el copago indicado en la nota informativa del producto.



¿Dónde estoy cubierto?

- ✓ La asistencia sanitaria será prestada por parte del cuadro médico que el asegurador pone a disposición del asegurado, conforme a las coberturas contratadas, exclusivamente en España y en las localidades donde existan servicios médicos concertados.
- ✓ El reembolso de gastos por servicios médicos y/u hospitalarios no incluidos en el cuadro facultativo del asegurador, será válido en España y en el extranjero. Para que tenga vigencia esta cobertura el asegurado tiene que tener su domicilio y residir habitualmente en España y su tiempo de desplazamiento o viaje fuera del territorio nacional no puede exceder de 90 días consecutivos por año.



¿Cuáles son mis obligaciones?

- Contestar verazmente al cuestionario de salud de la solicitud del seguro.
- Pagar los recibos estipulados en el contrato.
- Comunicar al asegurador cualquier cambio de domicilio.



¿Cuándo y cómo tengo que efectuar los pagos?

En el momento de la contratación y según forma de pago señalada en el contrato.

Los recibos de prima deberán hacerse efectivos por el tomador del seguro en los correspondientes vencimientos pactados, por anualidades completas anticipadas, mientras la póliza se encuentre en vigor.

Aunque la prima es anual, el pago de la misma podrá establecerse y ser satisfecho por semestres, trimestres o meses, igualmente por periodos anticipados. El fraccionamiento de la prima anual comportará el correspondiente recargo.



¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

La duración del contrato es de un año. Sin embargo, si el tomador del seguro no manifiesta lo contrario, la póliza se renueva automáticamente por periodos anuales en cada aniversario de la fecha de efecto del seguro, y mediante el pago de la prima de tarifa que corresponda según edad alcanzado por el asegurado.



¿Cómo puedo rescindir el contrato?

Mediante notificación escrita dirigida a la entidad aseguradora y efectuada con, al menos, un mes de antelación a la conclusión del periodo del seguro en curso.
