

Documento de información sobre el producto de seguro

Empresa: Seguros Bilbao, Compañía Anónima de Seguros y Reaseguros

Producto: Órbita más salud

Registrada en: España. N.º Autorización entidad aseguradora: C0026

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 del contrato de seguro.

¿En qué consiste este tipo de seguro? Producto que garantiza prestaciones al asegurado en caso de precisar de asistencia médica (intervenciones quirúrgicas, hospitalización, etc.) a consecuencia de un accidente o enfermedad.



¿Qué se asegura?

Este producto de seguro permite confeccionar una oferta a medida de cada contratante. Resumen de las principales coberturas y riesgos asegurados si se contratan expresamente:

Cirugía, tratamientos especiales, procedimientos diagnósticos y ayuda para gastos de farmacia

- ✓ Garantizamos el pago de las indemnizaciones previstas, en caso de enfermedad, maternidad o accidente del asegurado, en las condiciones estipuladas en el contrato, en función del capital contratado y de la tabla de valoración de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y tratamientos especiales

Ampliación de los gastos farmacéuticos

- ✓ Reembolso de los gastos farmacéuticos extra-hospitalarios de productos genéricos dispensables con receta médica en oficinas de farmacia cuyo gasto no esté cubierto por la Seguridad Social.

Ayuda para la rehabilitación y fisioterapia

- ✓ Reembolso de los gastos de rehabilitación y fisioterapia que tenga el asegurado como consecuencia de una incapacidad garantizado por la cobertura de cirugía.

Garantía de hospitalización y convalecencia domiciliaria

- ✓ Indemnización fijada en contrato por cada día de internamiento en un centro clínico u hospitalizado en el domicilio.
- ✓ En caso de internamiento en la UCI o UVI, ataque cardíaco, cáncer u hospitalización de ambos cónyuges asegurados, se abonará una indemnización igual al garantizado en hospitalización por cada día que se permanezca ingresado.
- ✓ Convalecencia domiciliaria; abono de una indemnización igual a la mitad de la prestación básica abonada por la garantía de hospitalización.
- ✓ Hospitalización sin pernocta para intervención quirúrgica; garantizamos el 50% del capital



¿Qué no está asegurado?

Principales riesgos excluidos

- ✗ Los daños provocados por el asegurado intencionadamente, o con su complicidad o imprudencia constitutiva de delito.
- ✗ Los accidentes que sobrevengan en estado de embriaguez, en desafío o riña, en suicidio o tentativa del mismo, o bajo los efectos de estupefacientes no prescritos médicamente.
- ✗ Todos los accidentes y/o enfermedades que se hayan manifestado y/o ocurrido con anterioridad a la entrada en vigor del contrato, aun cuando no exista un diagnóstico concreto, así como sus consecuencias y/o secuelas.
- ✗ Los accidentes que pudieran producirse por la práctica como deportista profesional de cualquier deporte, o con motivo de la participación en competiciones deportivas, tanto como profesional como aficionado federado o sin federar.
- ✗ Los accidentes que puedan producirse por la participación como aficionado en deportes de elevado riesgo, salvo pacto expreso en contrario.
- ✗ Tratamientos dentales, salvo los señalados en el capítulo de Cirugía Maxilofacial de la tabla de valoración, salvo que sea necesario tras un accidente cubierto por el contrato.
- ✗ Cirugía plástica y reparadora con fines estéticos, salvo que sea a consecuencia de un accidente cubierto por el contrato.



¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

Principales restricciones a las coberturas relacionadas con accidentes o enfermedad:

Período en el que todavía no se puede disfrutar de la cobertura: 90 días para enfermedad (salvo urgencia vital), 240 días para obstetricia.

señalado en el contrato, exclusivamente para la realización de una intervención quirúrgica.

Garantía de gastos de desplazamiento

- ✓ Reembolso de los gastos farmacéuticos extra-hospitalarios de productos genéricos dispensables con receta médica en oficinas de farmacia cuyo gasto no esté cubierto por la Seguridad Social.

Ayuda para gastos de salud

- ✓ Reembolso de los honorarios facturados por un ginecólogo o pediatra al asegurado, o a los hijos de éste menores de 14 años.

Tarjeta Bienestar (posibilidad 5 beneficiarios)

- ✓ Línea orientación médica telefónica, segundo diagnóstico, servicios de bienestar, servicios dentales, servicios ópticos y auditivos.

Garantías de cirugía, tratamientos especiales, procedimientos diagnósticos y ayuda para los gastos de farmacia

- ! Periodo de 720 días en el que no se puede disfrutar de la cobertura en el caso de las siguientes patologías: esclerosis terapéuticas de varices, extracción dentaria no incluida, periodoncia, ligadura de trompas por laparotomía o laparoscopia, vasectomía bilateral y fecundación in Vitro.
- ! Periodo de 375 días en el que no se cubriría la extracción de cordales o de otra pieza dentaria incluida simple o complicada.



¿Dónde estoy cubierto?

- ✓ Las garantías de este contrato se extienden a cualquier parte del mundo, siempre que el domicilio habitual del asegurado se encuentre en España, y durante las veinticuatro horas del día, salvo pacto en contrario indicado expresamente en las Condiciones Particulares del contrato o la delimitación geográfica específica que dispongan algunas de las coberturas o servicios contratados.



¿Cuáles son mis obligaciones?

- Facilitar información veraz y precisa al contratar el seguro y comunicar, a lo largo del contrato, las variaciones que ocurran sobre el riesgo, tan pronto como sea posible (cambios de profesión, práctica de deportes, o cualquier otro dato recogido en el cuestionario del seguro, salvo las variaciones relativas al estado de salud del asegurado).
- Atender el pago del recibo del seguro en el momento en el que le sea presentado al cobro.
- Comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro (hecho que determina la solicitud de cobertura) dentro del plazo máximo de siete días, contados a partir de la fecha en que fue conocido, facilitando toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del hecho que determina la solicitud de cobertura.
- Una vez producido el siniestro (hecho que determina la solicitud de la cobertura), y en el plazo de cinco días, a partir de la notificación del mismo, el asegurado o el tomador deberá comunicar por escrito al Asegurador la estimación de los daños causados.
- Comunicar anticipadamente al Asegurador la existencia de otros contratos suscritos con distintos Aseguradores, cubriendo los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre el mismo interés asegurado.



¿Cuándo y cómo tengo que efectuar los pagos?

En el momento de la contratación y según forma de pago señalada en el contrato. Si el contrato se prorroga, en la fecha de inicio de la renovación. Podrá efectuarse el pago mediante domiciliación bancaria o, tarjeta de crédito o débito.



¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

Abonado el primer pago, la cobertura comienza y finaliza a las horas y fechas indicadas en el contrato.



¿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.

