



MOLINA LÓPEZ · Análisis y Optimización de Seguros

ML-GUIA-SAL-001 · Colección Particulares y Familias · v2.0

Guía del Seguro de Salud para Familias

Elegir bien el seguro de salud familiar es elegir bien la atención que recibirás



Mateo Molina · 2026

INTRODUCCIÓN

Por qué existe esta guía

El seguro de salud es la póliza que más se compara por precio y menos por contenido. Habitualmente las familias eligen entre varias opciones según la prima mensual y contratan sin haber verificado lo que realmente importará cuando el seguro se necesite: qué médicos hay disponibles en su ciudad, qué copagos se aplican, qué cubre para los niños, y si el especialista concreto que podrían necesitar está dentro del cuadro médico.

El valor real de un seguro de salud familiar no se descubre el día que se contrata: se descubre el día en que se necesita un especialista de urgencias, una prueba diagnóstica avanzada u oncología especializada. En ese momento, las diferencias entre pólizas que parecían similares pueden resultar enormes, dependiendo de la aseguradora, el cuadro médico contratado y las condiciones específicas de la póliza.

Esta guía existe para que cualquier familia pueda revisar con criterio propio si su seguro de salud responde a sus necesidades reales. Para profundizar en la protección económica global de la familia, la Biblioteca Molina López incluye también: Guía de Protección Económica para Familias, Guía de Seguros para Particulares y Guía del Seguro de Hogar.

Mateo Molina Molina López · Análisis y Optimización de Seguros

ANTES DE COMENZAR

La sanidad pública española es de alta calidad, pero puede presentar tiempos de espera que varían significativamente según la comunidad autónoma, la especialidad médica y la prioridad asistencial. Un seguro de salud bien elegido no sustituye a la sanidad pública: la complementa exactamente donde más falta hace.

La pregunta que esta guía ayuda a responder no es «¿necesito un seguro de salud?» sino «¿el seguro que tengo o estoy considerando responde a las necesidades reales de mi familia?»

RESUMEN EJECUTIVO

Lo esencial en tres minutos

Elegir un seguro de salud familiar no es elegir el más barato ni el más caro. Es elegir el que responde a las necesidades médicas reales de los miembros de la familia en el lugar donde viven, con los médicos que pueden necesitar y con las coberturas que realmente van a utilizar.

ERRORES HABITUALES AL CONTRATAR UN SEGURO DE SALUD

- *Elegir únicamente por precio sin revisar el cuadro médico local.*
- *No revisar los períodos de carencia antes de contratar.*
- *No comprobar que los hospitales y especialistas de interés están en el cuadro.*
- *No declarar enfermedades preexistentes en el cuestionario de salud.*
- *Contratar pensando que todo está cubierto sin revisar las exclusiones.*

Conclusión principal: el seguro de salud más barato puede ser el más caro cuando se necesita. El cuadro médico en tu ciudad, los copagos reales y las coberturas específicas para niños son criterios tan importantes como la prima mensual.

CAPÍTULO 1

Qué cubre un seguro de salud familiar

Un seguro de salud no es una única cobertura: es un conjunto de módulos que pueden estar incluidos, excluidos o con límites distintos según la póliza y la aseguradora. Conocer qué cubre exactamente la póliza antes de contratarla es la diferencia entre un seguro que funciona y uno que decepciona.

Las coberturas principales

Cobertura	Qué incluye habitualmente	Qué verificar
Medicina general	Consultas con médico de cabecera, diagnóstico inicial, derivaciones.	Disponibilidad de médico de guardia y atención de urgencias.
Especialistas	Acceso a especialidades médicas según el cuadro contratado.	No todos los especialistas pertenecen al cuadro de todas las compañías. Verificar disponibilidad específica en tu ciudad, no el número total del cuadro nacional.
Hospitalización	Ingreso, cirugía, anestesia y asistencia durante el ingreso, según condicionado.	Qué hospitales de referencia están incluidos. Si hay habitación individual.
Diagnóstico	Análisis, pruebas de imagen y diagnóstico avanzado según modalidad contratada.	Tecnología avanzada (resonancias, TAC) y si requieren autorización previa.
Urgencias	Atención urgente en centros propios o concertados, dependiendo de la póliza.	Si cubre urgencias en cualquier centro o solo concertados. Cobertura fuera de la comunidad.
Pediatría	Consultas, seguimiento del desarrollo y urgencias pediátricas.	Disponibilidad real de pediatras en cuadro local y urgencias pediátricas.
Maternidad	Seguimiento del embarazo, parto y postparto, según condicionado.	Verificar período de carencia específico antes de contratar con previsión de embarazo.
Salud mental	Consultas con psicólogo o psiquiatra, habitualmente con límite de sesiones.	Número de sesiones incluidas y disponibilidad de profesionales en cuadro local.

Cobertura dental: la gran ausente en muchas pólizas

La mayoría de los seguros de salud generales no incluyen tratamientos dentales o los limitan a revisiones básicas, dependiendo de la aseguradora y la modalidad contratada.

Para una familia con hijos, la cobertura dental es especialmente relevante: revisiones periódicas, tratamientos preventivos y empastes son gastos frecuentes y previsibles. Antes de contratar, conviene verificar exactamente qué tratamientos están cubiertos, cuáles tienen copago y cuáles quedan excluidos, ya que las condiciones varían significativamente entre aseguradoras.

Cobertura internacional: un aspecto que varía según la póliza

Muchos seguros de salud incluyen algún tipo de cobertura para asistencia sanitaria en viajes al extranjero, pero las condiciones cambian significativamente según la aseguradora. Habitualmente se contemplan urgencias en el extranjero, asistencia sanitaria durante el viaje y repatriación, con límites económicos y una duración máxima de cobertura por desplazamiento. Antes de viajar, conviene verificar qué cubre exactamente la póliza fuera de España y si es suficiente para el destino y la duración del viaje.

CRITERIO DEL ASESOR

Las coberturas de un seguro de salud no se valoran igual para todas las familias. Una familia con hijos pequeños priorizará pediatría y urgencias pediátricas. Una con historial cardiológico, cardiología de referencia. El análisis correcto parte de identificar cuáles son las necesidades previsibles de esa familia concreta, no de comparar folletos comerciales.

AVISO LEGAL — Las coberturas descritas corresponden a las más habituales en el mercado asegurador español. Las condiciones, exclusiones y límites varían según aseguradora y modalidad contratada. Esta guía no constituye asesoramiento individualizado ni oferta de contratación. Molina López · Análisis y Optimización de Seguros · segurosml.com

CAPÍTULO 2

El cuadro médico: el criterio que más importa y menos se revisa

Dos seguros de salud con prima similar pueden tener cuadros médicos completamente diferentes en tu ciudad. Un cuadro con miles de médicos en toda España puede tener pocos especialistas en tu provincia y ninguno de los hospitales de referencia que realmente necesitas. El tamaño del cuadro nacional no es el criterio relevante: lo relevante es qué hay disponible donde vives.

IMPORTANTE

No todos los hospitales ni todos los especialistas pertenecen al cuadro médico de todas las compañías. Antes de contratar, conviene comprobar específicamente que los centros y profesionales de interés para tu familia están incluidos en el cuadro de la aseguradora que estás considerando.

Qué verificar antes de contratar

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL CUADRO MÉDICO

Hospital de referencia	¿El hospital de referencia en tu ciudad está incluido? ¿Hay más de una opción disponible?
Especialistas clave	¿Los especialistas que tu familia puede necesitar están disponibles en tu zona, no solo en el cuadro nacional?
Centros de diagnóstico	¿Hay acceso a pruebas diagnósticas avanzadas? ¿Requieren autorización previa?
Urgencias locales	¿Hay un centro de urgencias concertado accesible desde tu domicilio? ¿Cubre urgencias en toda España?
Pediatría de guardia	¿Hay atención pediátrica disponible fuera del horario habitual en tu área?
Salud mental accesible	¿Hay psicólogos o psiquiatras en cuadro local con disponibilidad real?

CASO PRÁCTICO — Período de carencia desconocido

Un asegurado contrata un seguro de salud familiar en enero. En marzo, uno de los miembros de la familia necesita una intervención quirúrgica programada. Al solicitar la autorización, la aseguradora informa de que la cirugía programada está sujeta a un período de carencia que todavía no ha transcurrido. El problema no es la calidad del seguro ni la aseguradora: es que una condición esencial de la póliza no fue revisada antes de contratar. La intervención tuvo que realizarse de forma privada directa, con un coste que podría haberse evitado simplemente consultando el condicionado antes de firmar. Los períodos de carencia dependen de cada aseguradora y modalidad contratada. Revisarlos antes es una decisión que no cuesta nada y puede evitar situaciones como esta.

Un cuadro médico extenso en papel no es lo mismo que un cuadro médico útil en tu ciudad. La verificación específica del cuadro local es el criterio más importante y el menos revisado antes de contratar.

CAPÍTULO 3

Copagos, franquicias y el coste real del seguro

Una póliza de salud con prima baja y copagos elevados puede suponer en la práctica un coste total superior al de una póliza con prima más alta pero sin copagos. El coste real de un seguro de salud familiar no es solo la prima mensual: es la suma de la prima más los copagos que la familia abonará durante el año según su uso habitual de la sanidad privada.

Tipos de copago más habituales

Tipo	Cómo funciona	Consideración práctica
Copago por visita	Se paga una cantidad fija por cada consulta médica, que varía según la aseguradora.	Una familia con hijos puede acumular un número elevado de visitas anuales. Calcular el coste estimado antes de contratar.
Copago por prueba diagnóstica	Porcentaje o cantidad fija por cada análisis, prueba de imagen o técnica diagnóstica.	Las pruebas de imagen avanzada pueden tener un copago significativo dependiendo de la modalidad contratada.
Franquicia anual	El asegurado asume los primeros gastos del año hasta un importe determinado; el seguro cubre el resto.	Adecuada para quienes utilizan poco la sanidad privada. Puede generar costes inesperados en años de uso elevado.
Copago por hospitalización	Cantidad fija por día de ingreso o por tipo de intervención, según condicionado.	Verificar si aplica y en qué supuestos antes de necesitarlo.
Límite de reembolso	Algunas modalidades establecen un máximo anual de cobertura.	Si el límite es inferior a la necesidad real, el exceso corresponde al asegurado.

MATIZ IMPORTANTE SOBRE LOS COPAGOS

Un seguro con copago no siempre resulta más caro. Para quienes utilizan poco la sanidad privada, una póliza con prima reducida y copago por uso puede ser una alternativa económicamente más interesante que una póliza completa sin copagos. La elección óptima depende del perfil de uso habitual de cada familia.

CRITERIO DEL ASESOR

Antes de firmar, calcular el coste real estimado: prima anual más copagos según el uso habitual de la familia. En muchos casos, una póliza con prima algo más elevada pero sin copagos resulta más económica al final del año para una familia con hijos con uso frecuente de la sanidad privada.

CAPÍTULO 4

Preexistencias, carencias y exclusiones

Las preexistencias, los períodos de carencia y las exclusiones son los aspectos del condicionado que más decepcionan a los asegurados, precisamente porque se descubren cuando más se necesita el seguro. Conocerlos antes de contratar es una decisión que no cuesta nada y puede evitar situaciones muy difíciles.

Enfermedades preexistentes

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Las enfermedades preexistentes son patologías diagnosticadas o tratadas antes del inicio del contrato del seguro. Deben declararse en el cuestionario de salud que la aseguradora facilita al contratar. Ocultarlas puede provocar el rechazo de prestaciones relacionadas con esa patología o, en casos graves, la anulación de la póliza.

Cada compañía aplica criterios distintos ante las preexistencias:

- *Algunas las aceptan con exclusiones específicas para esa patología.*
- *Otras aplican una sobreprima para cubrir el mayor riesgo.*
- *Otras pueden rechazar la solicitud si la preexistencia es relevante.*

Conviene estudiar cada caso antes de contratar y, si hay dudas sobre cómo declarar una patología crónica o tratamiento previo, resolverlas con la aseguradora antes de firmar.

Períodos de carencia

Los períodos de carencia son los plazos durante los cuales determinadas coberturas no están disponibles tras la contratación del seguro. Las carencias dependen de cada aseguradora y modalidad contratada. Habitualmente afectan a intervenciones programadas, hospitalización, parto y determinadas pruebas diagnósticas. Es recomendable revisar específicamente los períodos de carencia antes de contratar la póliza, especialmente si existe alguna necesidad médica previsible a corto plazo.

Cobertura	¿Habitual con carencia?	Consideración práctica
Especialistas	Habitualmente sí, período variable	Verificar específicamente en la póliza a contratar.
Cirugía programada	Habitualmente sí, período variable	Una intervención necesaria en los primeros meses puede no estar cubierta.
Maternidad y parto	Habitualmente sí, período variable	Contratar con antelación suficiente si hay previsión de embarazo.
Salud mental	En muchos casos sí, período variable	Verificar antes de contratar si existe necesidad inmediata.
Enfermedades preexistentes	Exclusión permanente o sobreprima, según aseguradora	Declarar siempre. Cada compañía aplica criterios distintos.
Tratamientos dentales	En muchas pólizas que los incluyen, sí	Incluso con dental incluido, el acceso puede no ser inmediato.

Exclusiones frecuentes

Exclusión	Detalle relevante
Enfermedades preexistentes	Patologías diagnosticadas antes del inicio del contrato. Declaración obligatoria.
Tratamientos experimentales	Terapias no reconocidas por la medicina convencional o sin aprobación oficial.
Intervenciones estéticas	Cirugía sin indicación médica. En muchos casos, algunas reconstrucciones sí están cubiertas.
Lesiones por actividades de riesgo	Deportes de motor, alpinismo u actividades similares; verificar condicionado específico.
Tratamientos de fertilidad	Habitualmente no cubiertos o con límites, dependiendo de la aseguradora.

AUTORIZACIONES MÉDICAS: UN ASPECTO QUE CONVIENE CONOCER

Determinadas pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas y tratamientos requieren autorización previa de la aseguradora antes de poder realizarse con cargo a la póliza. El procedimiento de autorización y los plazos varían según la compañía y la cobertura. Desconocer este requisito puede generar expectativas incorrectas sobre la inmediatez de determinadas prestaciones. Antes de programar cualquier prueba o intervención, es recomendable verificar si requiere autorización previa y cuál es el procedimiento habitual de la aseguradora.

CAPÍTULO 5

Póliza familiar vs. pólizas individuales

Una de las decisiones más frecuentes al contratar un seguro de salud para una familia es si es más conveniente una póliza familiar o pólizas individuales para cada miembro. La respuesta depende de varios factores que conviene analizar antes de decidir, ya que no existe una opción universalmente mejor.

Criterio	Póliza familiar	Pólizas individuales
Precio por miembro	Habitualmente más económico cuando son tres o más miembros.	Puede ser más eficiente para uno o dos miembros o perfiles de riesgo muy diferentes.
Cobertura	Todos los miembros con las mismas coberturas y cuadro.	Cada miembro puede tener coberturas adaptadas a su perfil.
Nuevos miembros	Un recién nacido puede incorporarse automáticamente, según condicionado.	Requiere contratar una nueva póliza individual.
Gestión	Una sola póliza, una sola renovación.	Gestión más compleja con múltiples vencimientos.
Cuándo conviene más	Familias de tres o más miembros en la misma ciudad con necesidades similares.	Miembros con necesidades muy distintas, preexistencias diferenciadas o en ciudades distintas.

CRITERIO DEL ASESOR

En muchos casos, una familia de tres o más miembros en la misma ciudad obtiene mejor relación calidad-precio con una póliza familiar que con pólizas individuales. Sin embargo, hay situaciones donde la separación resulta más eficiente: preexistencias que encarezcan la prima, necesidades muy distintas entre miembros o residencias en ciudades diferentes. El análisis individualizado es la única forma de determinarlo con certeza.

CAPÍTULO 6

Cómo comparar seguros de salud con criterio real

El mercado de seguros de salud en España ofrece numerosas opciones con primas similares y cuadros médicos aparentemente equivalentes. Las diferencias que realmente importan a una familia no aparecen en el folleto comercial: aparecen cuando se necesitan, dependiendo de la aseguradora, la modalidad y la situación concreta.

Criterio	Comparador online	Directamente con aseguradora	Molina López
Verificación del cuadro local	No. Muestra cuadro nacional.	Parcial. Solo su cuadro.	Sí. Verificación específica en tu ciudad.
Análisis real de copagos	No. Muestra prima sin copagos estimados.	Parcial.	Sí. Coste real estimado según uso habitual.
Revisión de carencias y exclusiones	No.	No sistemática.	Sí. Revisión de condicionado antes de recomendar.
Acceso a varias aseguradoras	Sí, sin criterio técnico.	No. Solo su producto.	Sí. Acceso a más de 95 aseguradoras con criterio independiente.
Acompañamiento tras contratar	No.	Limitado.	Sí. Revisión ante cambio de situación familiar.

Esta comparativa no pretende que la única opción válida sea trabajar con un asesor independiente. Pretende que el lector entienda qué obtiene en cada caso y qué asume. En materia de salud, las diferencias se descubren cuando más importan.

CAPÍTULO 7

Cinco ideas erróneas sobre el seguro de salud familiar

Antes de revisar las preguntas frecuentes, conviene desmontar cinco creencias habituales que, en muchos casos, llevan a las familias a tomar decisiones que no se ajustan a su situación real.

Creencia habitual	La perspectiva más precisa
«La sanidad pública es suficiente.»	La sanidad pública es de alta calidad, pero los tiempos de espera varían significativamente según la comunidad autónoma, la especialidad y la prioridad asistencial. Un seguro privado no la sustituye: la complementa donde y cuando más se necesita.
«Todos los seguros cubren lo mismo.»	Dos pólizas con prima similar pueden tener diferencias importantes en cuadro médico local, copagos, cobertura dental, salud mental y acceso a tecnología diagnóstica. La prima mensual es el precio de entrada, no el indicador de calidad.
«El mejor seguro es el más barato.»	Dependiendo de la aseguradora, una póliza de precio reducido puede tener copagos que eleven el coste total, un cuadro débil en tu ciudad o exclusiones relevantes. El coste real incluye la prima más los copagos estimados según el uso habitual.
«Ya revisaré el cuadro cuando lo necesite.»	El momento de verificar el cuadro médico es antes de contratar, no cuando llega un diagnóstico. Una vez contratada la póliza, cambiar de aseguradora puede implicar nuevos períodos de carencia para patologías que ya existen.
«La póliza familiar es siempre más cara.»	Para familias de tres o más miembros, una póliza familiar suele ser más económica por asegurado que varias individuales, aunque esto depende de la aseguradora, los perfiles y las coberturas necesarias.

CAPÍTULO 8

Preguntas frecuentes

Pregunta	Respuesta
¿Cuándo es el mejor momento para contratar un seguro de salud?	Habitualmente, cuanto antes. La prima suele ser más baja cuando se es joven y no hay preexistencias relevantes que declarar. Contratar antes de necesitar un especialista concreto evita encontrarse con períodos de carencia en el momento menos oportuno.

Pregunta	Respuesta
¿Es obligatorio declarar enfermedades previas?	Sí. La declaración de salud es vinculante. Omitir una patología preexistente puede ser causa de rechazo de prestaciones relacionadas con esa condición o, en casos graves, de anulación de la póliza. Si hay dudas sobre cómo declarar una condición crónica, es fundamental resolverlas antes de firmar.
¿Puedo cambiar de aseguradora si estoy insatisfecho?	Sí, aunque conviene hacerlo con análisis previo. Al cambiar de aseguradora, habitualmente se aplican nuevos períodos de carencia. Si se desarrolló alguna patología durante la póliza anterior, puede quedar excluida como preexistencia en la nueva. Las condiciones varían según la aseguradora.
¿La prima sube cada año?	Habitualmente sí. Las primas de los seguros de salud se revisan periódicamente. El incremento suele vincularse al IPC médico y a la edad del asegurado. Algunas modalidades ofrecen condiciones especiales durante un período determinado.
¿Qué pasa si no puedo pagar la prima?	Las condiciones varían según la aseguradora y el contrato. En muchos casos existe un período de gracia antes de que la cobertura quede suspendida. Es recomendable comunicar la situación a la aseguradora antes de que se produzca el impago para explorar opciones disponibles.
¿Se puede incluir a los abuelos en una póliza familiar?	Depende de la aseguradora y del producto. Algunas pólizas permiten incluir a ascendientes, aunque habitualmente con condiciones específicas para mayores de cierta edad. En muchos casos puede ser más eficiente valorar una póliza individual específica, dependiendo del perfil y las necesidades.

CHECKLIST

15 preguntas antes de contratar o renovar un seguro de salud

Este checklist permite hacer una primera auditoría antes de tomar cualquier decisión. No requiere conocimientos técnicos: requiere tener las respuestas antes de firmar.

Sobre el cuadro médico

- ¿Has verificado qué especialistas hay disponibles en tu ciudad, no en el cuadro nacional?
- ¿El hospital de referencia de tu zona está incluido en el cuadro de la aseguradora?
- ¿Hay acceso a pruebas diagnósticas avanzadas? ¿Requieren autorización previa?
- ¿Hay atención pediátrica disponible fuera del horario habitual en tu área?
- ¿Hay psicólogos o psiquiatras accesibles en el cuadro local?

Sobre costes, carencias y coberturas

- ¿Sabes exactamente qué copagos aplica la póliza por visita, prueba y hospitalización?
- ¿Has estimado el coste real anual sumando prima más copagos según tu uso habitual?
- ¿La póliza incluye cobertura dental y con qué alcance real?
- ¿Has revisado los períodos de carencia para las coberturas que más necesitas?
- ¿Has revisado las exclusiones principales del condicionado?

Sobre preexistencias y situación familiar

- ¿Has declarado todas las patologías relevantes en el cuestionario de salud?
- ¿Has comparado póliza familiar frente a pólizas individuales para tu caso concreto?
- ¿Si hay previsión de embarazo, la carencia de maternidad permite el parto cubierto?
- ¿Has verificado la cobertura internacional si viajas con frecuencia?
- ¿Has revisado tu póliza actual en los últimos dos años ante posibles cambios?

Si has respondido 'no sé' o 'no' a tres o más preguntas de cualquier bloque, tienes motivos suficientes para solicitar una revisión de tu situación. Esta revisión no tiene coste con Molina López y no genera ninguna obligación de contratación. segurosml.com/analisis-gratuito-de-sus-seguros/

IDEAS CLAVE

Lo que esta guía debe haber dejado instalado

- El seguro de salud más barato puede resultar el más caro cuando se necesita. El coste real incluye la prima más los copagos estimados según el uso habitual de la familia.
- Un cuadro médico extenso en papel no es lo mismo que un cuadro médico útil en tu ciudad. La verificación específica del cuadro local es el criterio más importante y el menos revisado.
- Las preexistencias deben declararse siempre. Ocultarlas puede provocar el rechazo de prestaciones o la anulación de la póliza. Cada aseguradora aplica criterios distintos: conviene estudiar cada caso antes de contratar.
- Los períodos de carencia dependen de cada aseguradora y modalidad contratada. Revisarlos antes de firmar evita situaciones difíciles cuando se necesita el seguro.
- Determinadas pruebas e intervenciones requieren autorización previa de la aseguradora. Conocer este requisito antes de necesitarlo evita expectativas incorrectas.
- La cobertura dental no está incluida en muchas pólizas generales. Para una familia con hijos es una necesidad frecuente y previsible que conviene resolver explícitamente.
- El seguro de salud debe revisarse ante cualquier cambio familiar relevante: nacimiento, cambio de ciudad, nueva patología o pérdida de cobertura laboral.

CRITERIO DEL ASESOR

El mejor seguro de salud no siempre es el más barato ni el más conocido. Lo importante es que se adapte a las necesidades reales de la familia, incluya los centros médicos que realmente se utilizarán y ofrezca unas condiciones adecuadas para la situación personal y familiar concreta. Un análisis independiente no busca cambiar la póliza: busca saber si la que existe es realmente la más adecuada.

La sanidad privada no sustituye a la pública. La complementa exactamente donde más falta hace.

Un seguro de salud bien elegido no cambia lo que ocurre cuando una familia enfrenta un problema de salud. Cambia la velocidad con la que puede acceder al profesional correcto, la calidad de la atención que recibe y la tranquilidad con la que puede afrontar el proceso. La diferencia no se ve cuando todo va bien: se ve cuando algo falla y hay que actuar con rapidez.

Sobre Molina López

Molina López · Análisis y Optimización de Seguros es un despacho especializado en el análisis y optimización de coberturas aseguradoras para empresas, autónomos y particulares. Trabajamos con acceso a más de 95 aseguradoras para ofrecer un análisis independiente de la situación de riesgo de cada cliente y recomendar la solución que mejor se adapta a su realidad, no a nuestro catálogo. segurosml.com ML-GUIA-SAL-001 · v2.0 · 2026

