

SEGURO DE SALUD

1.- Definiciones:

Mediante la contratación de un seguro de salud, se garantiza al asegurado el acceso a la sanidad privada en los límites establecidos en la póliza. Estas pólizas suelen ser colectivas e incluir a más de un asegurado, ya sea porque son pólizas de empresa en las que se incluyen a todos los trabajadores, ya sea porque son pólizas privadas que incluyen a la unidad familiar al completo.

2.- Tipos básicos de póliza:



- Modalidad “de reembolso”:

En este tipo de pólizas, el asegurador se compromete a reembolsar los gastos en los que incurra el asegurado al recurrir a la sanidad privada, hasta un tope máximo anual. El asegurado tiene libertad absoluta de elección de médico y centro sanitario. Esta modalidad tiene carácter indemnizatorio, y requiere pues el pago previo del asegurado. Suele incluir una franquicia porcentual a cargo del asegurado entre el 10 y el 20%.

- Modalidad de “prestación de servicios:

En este tipo de pólizas no tienen carácter indemnizatorio, y a lo que se compromete el asegurador es a poner a disposición del asegurado una serie de servicios sanitarios (médicos, clínicas, etc.), dentro de los cuales el asegurado no tiene necesidad de pagar nada, y no tiene tope anual de gastos. En esta modalidad el asegurado tiene obligación de acudir a los médicos y clínicas concertados por la compañía.

- Modalidad “mixta”:

En este tipo de pólizas, el asegurado tiene facultad para elegir en cada momento si quiere acudir a un servicio concertado, o bien si prefiere acudir a un servicio de libre elección. La peculiaridad es que si acude al servicio concertado, no consume el capital establecido en póliza como tope anual, y no tiene necesidad de pagar previamente ni lleva franquicia.

3.- Algunos puntos importantes:

- Las preexistencias:

Este suele ser el punto más controvertido en este tipo de pólizas. Cuando se hace una póliza de salud, las compañías excluyen las enfermedades o lesiones que el asegurado tuviera con anterioridad a la contratación de la misma. Para que la preexistencia esté excluida

correctamente, debe tratarse de una dolencia conocida por el asegurado, y estar expresamente excluida en el texto de la póliza.

- Las carencias:

Son los periodos de tiempo que transcurren tras la contratación de la póliza, y durante los cuales no se puede utilizar alguna de las garantías contratadas. El ejemplo más típico es el embarazo: hasta que no han transcurrido 10 meses desde la contratación de la póliza, no se puede hacer uso de la misma para las cuestiones relativas al embarazo. Es importante analizar bien las carencias de la póliza antes de contratar, ya que pueden existir diferencias significativas entre compañías. Normalmente, cuando se cambia de una póliza de salud a otra, la nueva compañía elimina las carencias.

- El copago

Mediante el sistema de copago, el asegurado debe abonar una cantidad fija cada vez que usa los servicios sanitarios concertados. Esta cantidad oscila alrededor de los 3 €, aunque hay aseguradoras que no tienen copago. Es importante tener en cuenta este dato, ya que puede hacer subir significativamente la mensualidad que se abona.

- La Cobertura Vitalicia

Mediante esta cobertura la aseguradora se compromete a no anular nunca la póliza por su iniciativa, aunque deja libertad para ello al asegurado. Hay que tener en cuenta que las pólizas de salud son contratos anuales que se prorrogan cada año si las dos partes están de acuerdo. Cuando el asegurado se enfrenta a una enfermedad de larga duración, o bien con un coste de tratamiento muy elevado, las aseguradoras tienen, con más o menos restricciones según los casos, libertad para anular el contrato al vencimiento anual, hecho que dejaría al asegurado desprotegido, ya que, como vimos en el apartado de "Preexistencias", es probable que ninguna compañía quiera asegurarlo. Esta cobertura elimina este problema y genera tranquilidad, aunque, evidentemente, encarece el seguro.

- La asistencia dental:

Esta garantía suele ser complementaria a la póliza de salud. No se trata en realidad de un seguro, y esa es la razón por la que sí están cubiertas las preexistencias en todo caso. La compañía lo que hace es pactar unos precios especiales para sus clientes con determinados odontólogos, en base al volumen de clientes que puede aportar al profesional concreto.

- En las pólizas de salud no está todo cubierto

Conviene tener en cuenta que las coberturas que ofrecen las pólizas de salud, no son totales y absolutas para todos los casos.