

CON DUMMIES ES MÁS FÁCIL



El seguro de salud

para
dummies[®]



Descubre las
opciones de pólizas
disponibles

Conoce los diferentes tipos
de servicios y prestaciones

Elige el seguro que más
te conviene

DKV

Salud y bienestar

Josep Santacreu

Seguro de salud para **dummies**[®]



Seguro de salud

para
dummies[®]

Josep Santacreu

para
dummies[®]

Edición publicada mediante acuerdo con Wiley Publishing, Inc.
...For Dummies, el señor Dummy y los logos de Wiley Publishing, Inc. son
marcas registradas utilizadas con licencia exclusiva de Wiley Publishing, Inc.

© DKV Salud y seguros médicos, 2017
Textos: Josep Santacreu

© Centro Libros PAFP, SLU, 2017
Grupo Planeta
Avda. Diagonal, 662-664
08034 - Barcelona

No se permite la reproducción total o parcial de este libro,
ni su incorporación a un sistema informático ni su transmisión
en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico,
mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos,
sin el permiso previo y por escrito del editor.

La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito
contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita
fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com
o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

Depósito legal: B. 23.284-2017

Primera edición: octubre de 2017

Impresión: Huertas, Industrias Gráficas, SA

Impreso en España - Printed in Spain
www.paradummies.es
www.planetadelibros.com



¡La fórmula del éxito!

- » Un tema de actualidad
- » Un autor de prestigio
- » Contenido útil
- » Lenguaje sencillo
- » Un diseño agradable, ágil y práctico
- » Un toque de informalidad
- » Una pizca de humor cuando viene al caso
- » Respuestas que satisfacen la curiosidad del lector

¡Este es un libro *...para Dummies!*

Los libros de la colección *...para Dummies* están dirigidos a lectores de todas las edades y niveles de conocimiento interesados en encontrar una manera profesional, directa y a la vez entretenida de aproximarse a la información que necesitan.

Millones de lectores satisfechos en todo el mundo coinciden en afirmar que la colección *...para Dummies* ha revolucionado la forma de aproximarse al conocimiento mediante libros que ofrecen contenido serio y profundo con un toque de informalidad y en lenguaje sencillo.



www.dummies.es

¡Entra a formar parte de la comunidad Dummies!

El sitio web de la colección *...para Dummies* es un recurso divertido, diseñado para que tengas a mano toda la información que necesitas sobre los libros publicados en esta colección. Desde este sitio web podrás comunicarte directamente con Wiley Publishing, Inc., la editorial que publica en Estados Unidos los libros que nuestra editorial traduce y adapta al español y publica en España.

En www.dummies.es podrás intercambiar ideas con otros lectores de la serie en todo el mundo, conversar con los autores, ¡y divertirte! En www.dummies.es podrás ver qué Dummies han sido traducidos al español y qué Dummies de autores españoles hemos publicado, ¡y comprarlos!

10 cosas divertidas que puedes hacer en www.dummies.es:

1. Descubrir la lista completa de libros *...para Dummies* y leer información detallada sobre cada uno de ellos.
2. Leer artículos relacionados con los temas que tratan los libros.
3. Solicitar eTips con información útil sobre muchos temas de interés.
4. Conocer otros productos que llevan la marca *...para Dummies*.
5. Descubrir Dummies en otros idiomas, publicados con los editores de la colección en todo el mundo.
6. Participar en concursos y ganar premios.
7. Intercambiar información con otros lectores de la colección *...para Dummies*.
8. Hablar con Wiley Publishing. Hacer comentarios y preguntas y recibir respuestas.
9. Conocer a tus autores favoritos en los chats que organiza Wiley Publishing.
10. Descargar software gratuito.

Visítanos y entra a formar parte de la comunidad Dummies en www.dummies.es

Sumario

INTRODUCCIÓN	1
Por un seguro de salud más transparente y cercano.	1
Cómo está organizado este libro.	3
Iconos empleados en este libro.	5
Cómo utilizar este libro.	6
CAPÍTULO 1. Un seguro de salud... ¿qué es y para qué sirve?	7
Quien tiene un seguro tiene un tesoro	8
El seguro de salud, ¿para qué?	13
Inmediatez.	16
Personalización	18
Innovación y digitalización	19
Coberturas especiales.	22
Siguiendo el rastro del dinero	22
CAPÍTULO 2. Un mismo objetivo, diversos seguros	24
Póliza de cuadro médico.	24
Póliza de reembolso	25
Tipos de cobertura.	27
Prevención	27
Curación o restauración	27
Tipos de atención médica.	28
La póliza.	29
CAPÍTULO 3. ¿Cómo elijo el seguro que me conviene?	31
El precio.	31
La opción del copago.	34
Sin copago.	35
Cuadro médico más reembolso	35

La confianza	36
El compromiso de no anulación	36
Cálculo de la siniestralidad	37
Servicios incluidos	40
La edad	41
Cómo darse de baja del seguro	42
CAPÍTULO 4. La responsabilidad de las aseguradoras	46
CAPÍTULO 5. Desmontando tópicos	48
No me hace falta un seguro de salud privado, porque los mejores profesionales trabajan en la sanidad pública	49
¿Para qué voy a contratar un seguro de salud si casi nunca voy al médico?	49
Los seguros de salud no cubren enfermedades preexistentes	50
Las compañías de salud privadas suelen hacer cargos adicionales a sus usuarios	50
Puedo contratar un seguro a cualquier edad	51
CAPÍTULO 6. ¿Dónde contrato mi seguro de salud?	52
Sucursal o delegación	53
Web	53
Mediadores	54
CAPÍTULO 7. Test para conocerte mejor	56
Primer test. ¿Necesito un seguro de salud?	57
Segundo test. ¿Qué debe incluir mi seguro?	58
CAPÍTULO 8. El ABC de los seguros	60
CAPÍTULO 9. Las diez ventajas de un seguro de salud	75

Introducción

Por un seguro de salud más transparente y cercano

Gozar de buena salud es primordial en nuestra vida y por eso es tan importante saber cuidarse y conocer al detalle las coberturas, servicios y herramientas que el seguro de salud privado pone a nuestro alcance para gestionar nuestro estado de salud de la manera más óptima.

A la hora de decidimos a contratar un seguro médico es importante tener una visión clara de lo que el sector nos ofrece. Sin embargo, cuando revisamos nuestra póliza nos encontramos, muy a menudo, con cláusulas llenas de palabras técnicas, expresiones complicadas y mucha “letra pequeña” que confunde.

Aunque el sector ha hecho esfuerzos en los últimos años para mejorar la claridad de su comunicación, los clientes continúan teniendo dificultades para entender lo que las aseguradoras médicas les ofrecen. Todo esto constituye una barrera que dificulta el correcto acceso a los servicios, la contratación de este tipo de seguros, y crea desconfianza y pérdida de reputación.

En DKV apostamos desde hace años por la claridad y la transparencia en el Seguro poniendo en marcha la iniciativa “Lenguaje Claro”, que nos ha llevado a revisar a fondo el lenguaje empleado, la documentación e incluso algunos procesos internos, trabajando con organizaciones de consumidores, expertos en comunicación y usuarios.

Ahora, como un paso más, hemos editado este libro para aclarar los diferentes aspectos y términos que se utilizan en el campo de los seguros médicos privados. Por eso incluye, además, un extenso diccionario en el que encontrarás todas esas palabras que aparecen siempre en este tipo de contratos y que, en muchas ocasiones, no conseguimos comprender.

Este manual también pone de manifiesto la importancia que el sector sanitario privado tiene en nuestra economía y en el empleo, así como su gran papel en el desarrollo de nuevas tecnologías aplicadas a la gestión de la salud.

Espero pues que este manual se convierta en una herramienta muy útil para aportar transparencia en el sector asegurador y establecer una mayor confianza con nuestros clientes y con la sociedad.

Josep Santacreu

Consejero delegado de DKV Seguros.

Cómo está organizado este libro

Este libro está estructurado de una forma clara y sencilla. Tiene nueve capítulos divididos en varios apartados para que tengas perfectamente localizada la información que necesites en cada momento. Si le has echado una ojeada al índice, ya lo habrás visto. No dudes en consultarlo de nuevo cuando precises de una respuesta rápida.

En el capítulo 1 empezamos definiendo exactamente qué es un seguro de salud y enumeramos las razones por las cuales te puede resultar útil o incluso necesario. Aquí destacamos algunas ventajas evidentes de un seguro privado, entre ellas, la rapidez en la atención o el trato personalizado, pero también algunos beneficios que la contratación de seguros de salud privados revierte en toda la sociedad.

Como es lógico, un producto que se ajusta tanto al usuario como un seguro de salud debe ofrecer diferentes tipos de servicios y prestaciones, adaptadas al perfil de cada persona. Los encontrarás expuestos de manera sintética en el capítulo 2.

Una vez hemos detallado qué es un seguro de salud y qué modalidades se pueden encontrar en el mercado, llegará el momento de fijarnos en ti. El capítulo 3 está pensado para que puedas decidir cuál de todos los seguros existentes es el más indicado para tu caso concreto (y el de tu familia, por supuesto), atendiendo a factores tan diversos como la edad o el lugar de residencia. Además, verás si te conviene acogerte a un seguro con copago.

Del mismo modo que en este capítulo ponemos ante ti un espejo, en el siguiente, el capítulo 4, haremos lo propio con las empresas aseguradoras, exponiendo de qué manera han ido modernizando su actividad de acuerdo con las innovaciones crecientes en la sociedad. Es una cuestión de comodidad en la relación con los clientes, pero también de responsabilidad social.

En el capítulo 5 vamos a repasar algunos de los argumentos más habituales de quienes no ven necesario un seguro privado de salud, aquellos tópicos que se van transmitiendo popularmente y que, a menudo, no tienen ni pizca de verdad. En definitiva, este capítulo es tu mejor defensa ante cuñados, compañeros de trabajo y otras personas amantes de dar consejos sobre cualquier tema, a veces sin conocer exactamente aquello de lo que hablan.

Como los cinco primeros capítulos te habrán convencido de lo útil que resulta un seguro de salud, en el capítulo 6 te comento las tres vías principales con las que puedes contratar el que se ajuste mejor a tus prioridades, después de comparar las ofertas existentes en el mercado.

Acabamos con dos apartados de tipo práctico: el capítulo 7 incluye dos test muy visuales, en los que, de manera rápida, podrás responderte dos cuestiones clave: si necesitas un seguro de salud y qué prestaciones debería incluir para cubrir tu situación personal.

El capítulo 8 es un breve diccionario de términos más o menos técnicos que se suelen utilizar en los contratos de seguros, para que puedas recurrir a él en todo momento. Son palabras que habrás oído a menudo, pero de las que quizás no conozcas la definición exacta. Ten siempre a mano este glosario cuando estés recopilando información para escoger tu seguro de salud.

Por último, en el capítulo 9 encontrarás enumeradas las diez ventajas de tener un seguro de salud.

Iconos empleados en este libro

A lo largo del camino no vamos a estar solos tú y yo.

Quizás conozcas de otros libros *Para dummies* que el texto se acompaña al margen de diversos iconos que sirven para llamar tu atención, indicando a la vez qué tipo de información vas a encontrar en el párrafo en cuestión. En algunos casos son datos complementarios, pero siempre importantes. Queríamos incluir luces de neón para hacerlo más llamativo, pero de momento nos conformamos con estos cuatro iconos...



INFORMACIÓN
TÉCNICA

Este icono se refiere a aquellas partes del texto que incluyen términos poco comunes para el público general, específicos del sector de los seguros.



ADVERTENCIA

No te asustes cuando veas este signo de exclamación. No hay motivo para la alarma. Encontrarás este icono cuando te comente aspectos que debes tener especialmente en cuenta en tu relación con las empresas de seguros.



CONSEJO

Cuando veas esta bombilla, sabrás que te voy a dar alguna recomendación sobre cómo actuar en el proceso de elección de tu seguro.



RECUERDA

Este último icono nos sirve para destacar datos que son clave y necesitarás tener presentes. Así te ahorramos tener que anudar veinte lazos alrededor del dedo (que sería algo incómodo).

Cómo utilizar este libro

Este libro está pensado para ser leído de diferentes maneras, según te convenga. Puedes ir directamente al capítulo o al subapartado que te interese según los títulos que has encontrado detallados en el índice, puesto que cada uno está pensado de manera independiente.

Esto es especialmente evidente en el diccionario final: puedes leerlo de cabo a rabo o consultarlo cuando te surja una duda concreta, incluso días o semanas después de haber terminado el libro. En algún caso, un tema apuntado en un capítulo se desarrolla en otro anterior o posterior, lo que te indicaré cuando sea el momento. También puedes saltar párrafos a la búsqueda de los diferentes iconos, que marcan información especialmente relevante.

De todos modos, no estaría de más que hagas una primera lectura ordenada, en la que irás aprendiendo los diferentes conceptos clave de manera gradual. Sea cual sea tu estrategia de lectura, en las siguientes páginas vas a encontrar todo lo que necesitas saber sobre los seguros de salud y quizás no te atrevías a preguntar. Así que no te entretengo más. Pasen y lean...

Capítulo 1

Un seguro de salud... ¿qué es y para qué sirve?

La salud es uno de los temas preferidos de conversación junto con el tiempo. No hace falta ser muy mayor para comparar enfermedades, operaciones o dolencias varias (¡si incluso hay quien parece presumir de ellas!). En todo caso, la conclusión comúnmente aceptada la habrás oído un montón de veces: “Lo importante es tener salud”.

Es uno de los aspectos de nuestra vida más comentados en los horóscopos (no disimules, que seguro que los has consultado más de un día en tu vida) y una pata imprescindible de aquella famosa trilogía de deseos de cualquier ser humano. Ya sabes, salud, dinero y amor. Si la mencionamos en primer lugar, por algo será. Además, ya que nadie te puede asegurar que siempre vas a tener dinero (del amor mejor hablamos otro día), mejor que te concentres en velar por tu salud. Y ahí es donde entra en juego el seguro.

Quien tiene un seguro tiene un tesoro

Un seguro de salud es un contrato, como cualquier otro que suscribas a lo largo de tu vida. En este caso, lo que queda contratado no es tu vivienda, tu coche o tus piernas (a no ser que seas Madonna o Cristiano Ronaldo, algo bastante improbable), sino tu salud. Es un contrato entre dos partes muy claras.

Por un lado, la compañía de seguros te ofrece una red de médicos, profesionales de la salud y clínicas para que te puedan atender y, a su vez, abona los costes de esa asistencia. Por otro, el asegurado (deberías conocerle bien, puesto que eres tú mismo) es quien decide qué tipo de seguro quiere contratar, qué características quiere que tenga y los límites económicos que tendrá.

Ahora sí: te presento formalmente al seguro de asistencia sanitaria, “seguro de salud” para los amigos. Atrévete a tutearle, porque se puede convertir en uno de tus mejores amigos. El seguro de asistencia sanitaria te proporciona servicios médicos quirúrgicos, psicológicos u odontológicos cuando te pongas enfermo o sufras una lesión. Los servicios incluidos y las condiciones para acceder a ellos aparecen descritos en el propio contrato del seguro.

La asistencia sanitaria es un concepto amplio, en el que se incluye la prevención, el tratamiento y el manejo de la enfermedad. Vaya, aquello que decían nuestros parientes lejanos de *mens sana in corpore sano*. Como no es un objetivo menor, a él contribuye el esfuerzo conjunto de muchos profesionales de la sanidad: médicos, farmacéuticos, odontólogos, obstetras, enfermeros, psicólogos... La lista no sería interminable, pero casi.

Como ya sabes, vivimos en un estado de bienestar en el que, en general, la atención sanitaria no depende de un contrato como el que te estoy contando. En España, a diferencia de otros países, la cobertura sanitaria pública tenía un carácter universal, independientemente de la condición de cada uno o su nivel de ingresos, hasta que, en 2012, el Real Decreto de Medidas Urgentes para la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud estableció algunos límites a este derecho (por ejemplo, para estudiantes mayores de 26 años que todavía no han tenido un primer trabajo). Por el número de personas a las que da cobertura, la prestación sanitaria que reciben los ciudadanos a través del sistema de salud pública, gestionado directamente por las diferentes comunidades autónomas, es una de las acciones protectoras más importantes del Estado. Claro que hay alguna excepción, como la de los funcionarios, que pueden optar por que su asistencia sanitaria esté cubierta por algunas de las aseguradoras de salud con las que la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) tenga un convenio.

Aunque el sistema sanitario público español está considerado uno de los mejores del mundo, la crisis de los últimos años (esa que sabemos más o menos cuándo empieza, pero no tanto cuándo acaba) ha comportado ciertas complicaciones. Habrás visto los titulares en los medios de comunicación y habrás notado sus efectos en los consultorios médicos y salas de espera: recortes de presupuesto, necesidad de reducir el gasto en medicamentos, sobreutilización de los medios humanos y tecnológicos...

El sistema sanitario está saturado; tal como denuncian los propios trabajadores del sector, no hay suficientes profesionales contratados para atender a todos los pacientes. Los usuarios han notado pérdida de agilidad y rapidez en la atención sanitaria.

Si has tenido que ir a un servicio de urgencias o has pedido hora para visitar ciertos especialistas, por no hablar del tiempo de espera antes de una operación, sin duda sabrás de qué te estoy hablando.



ADVERTENCIA

Cada vez más personas complementan la cobertura a la que tienen derecho en la sanidad pública con una póliza de salud privada. Actualmente existe un gran número de entidades, con un abanico amplio de prestaciones para escoger.

El seguro de salud es una opción a tener muy en cuenta por parte de aquellas personas que quieren ofrecer a su familia y a sí mismas una atención sanitaria de calidad. Seguro que tú eres una de esas personas y por eso me estás leyendo con atención sin saltarte ni siquiera el primer capítulo. Las largas esperas para obtener una cita, una prueba diagnóstica o un servicio de urgencias no solo pueden ser muy molestas, sino que incluso pueden suponer un perjuicio para la salud. Contratar un seguro médico privado te aporta, a ti y a los tuyos, una protección y unas garantías adicionales. Que nunca vienen mal, oye.



INFORMACIÓN
TÉCNICA

Todos solemos clasificar a nuestras amistades según el tipo de relación que establecemos con ellas, las aficiones compartidas... Sabemos que a Julia la podemos llamar para salir a correr a las ocho de la mañana, algo que nunca le pediremos a Roberto, el holgazán del grupo, si queremos que siga siendo nuestro amigo. Con él, en cambio, podremos contar siempre que queramos salir a bailar hasta altas horas de la madrugada, porque sus “prestaciones nocturnas” no tienen rival. Del mismo modo, según el tipo de servicios que incluya tu póliza, podemos identificar tres grupos de seguros de salud:

- » **Servicios completos:** estos seguros incluyen medicina general, enfermeros, pediatría, analíticas y radiologías simples, así como ambulancias y urgencias. También es posible acceder a médicos espe-

cialistas en consultorio, matrona, podología y todos los medios de diagnóstico necesarios que hayan sido prescritos por el médico, además de la hospitalización médica, quirúrgica y psiquiátrica en clínicas.

También comprenden otro tipo de tratamientos más especiales (foniatría, tratamiento del dolor, planificación familiar...), una segunda opinión médica en casos de enfermedad grave, prótesis... Es el amigo todoterreno, siempre dispuesto a acompañarte o echarte una mano.

» **Servicios limitados:** ofrece solo las coberturas de alguno de los módulos descritos anteriormente, es decir, ambulatorio, especialistas u hospitalización.

Tanto en los seguros completos como en los limitados puedes contratar de manera opcional la cobertura de **salud dental**. Normalmente puedes elegir el dentista con el que quieres hacer tus revisiones anuales, las higienes y cualquier tipo de intervención que le haga falta a tu boca, siempre que dicho dentista (o el centro para el que trabaja) esté en el listado de médicos con los que trabaja la compañía aseguradora.

Los tratamientos dentales más habituales suelen estar incluidos en el seguro dental. O sea, que si quieres que tu sonrisa sea lo más radiante posible, no tienes excusas...

Es posible que estés leyendo estas líneas pensando que a ti no te hace falta un seguro privado de salud, por muchas limitaciones que hayas detectado en la sanidad pública. Si es así, quizás te encuentres en una de estas tres situaciones:

» Eres joven, nunca has tenido problemas de salud importantes ni obligaciones familiares. ¡Felicidades, aprovéchalo! Ya sabes aquello de "juventud, divino tesoro...". Pero no olvides que un seguro de salud resulta útil en las lesiones o accidentes por deporte.

Además, con los años puede que veas la conveniencia de disponer de un seguro de salud privado. Cuando sea el momento, lo notarás. Y más vale ser precavido...

- » Actualmente prefieres no destinar dinero a un seguro de salud porque crees que son caros. En todo caso, las compañías también ofrecen modalidades de seguros a coste reducido pensando en estas familias.
- » Eres un valiente y estás dispuesto a tolerar las limitaciones de la sanidad pública, sobre todo porque no quieres rascarte el bolsillo para pagar un seguro privado. Si esa es tu opinión y aun así me estás leyendo, seguiré informándote sobre las ventajas de estar asegurado... que haberlas haylas.

En cambio, en el siguiente cuadro te detallo los motivos que llevan a personas de muy diferente condición laboral y familiar a contratar un seguro. Cada uno encuentra su motivo.

Persona sola 	No tiene obligación familiar alguna.	Desea tener cubiertos sus problemas de salud para evitar preocupaciones al saber que recibirá una atención personalizada si cae enferma o sufre un accidente.
Persona con obligaciones familiares 	Tiene pareja y/o hijos pequeños.	Busca la tranquilidad de que tanto él como los suyos serán atendidos de inmediato si sufren una enfermedad, sobre todo si comporta una intervención quirúrgica o requiere hospitalización.

<p>Trabajador autónomo</p> 	<p>Sus ingresos dependen exclusivamente de su capacidad para trabajar.</p>	<p>Si tiene un problema de salud que le impida trabajar, busca una rápida recuperación. Tiene la posibilidad, asimismo, de cobrar una cantidad fija por hospitalización y, además, los autónomos en estimación directa tienen ventajas fiscales.</p>
<p>Extranjero residente</p> 	<p>Se ha trasladado a vivir a España temporal o definitivamente, con su familia o sin ella.</p>	<p>Desconoce o tiene poca confianza en la Seguridad Social. Es posible, además, que en su país ya contara con un seguro privado.</p>

El seguro de salud, ¿para qué?

Aunque nos gustaría que la realidad de la sanidad pública fuera otra bien distinta, y pese a la alta calidad contrastada de sus profesionales, los usuarios han ido notando en los últimos años afectaciones diversas en las prestaciones o la agilidad asistencial: hospitales masificados, plantas de hospitalización cerradas, largas listas de espera sin fecha concreta, falta de intimidad en los ingresos de urgencias... La lista es larga y cada uno conoce alguna experiencia que la ratifica.

Los pacientes más veteranos recuerdan con nostalgia los tiempos en que el médico de cabecera conocía su historial y el de toda su familia al dedillo, siempre dispuesto a pasar por su domicilio para visitarle. Es-

tarás de acuerdo en que te mereces una atención personalizada, sin colas molestas. Y cuando te toca hacer una prueba diagnóstica o pedir la opinión de un médico especialista, tres cuartos de lo mismo.

Hace unos años todavía era común la idea de que las patologías más graves debían ser tratadas en un hospital público. Ahora sabemos que los hospitales privados no tienen nada que envidiar a los primeros en capacitación técnica y humana. Y además añaden un plus de intimidad y comodidad, exigibles y necesarias para una mejor evolución clínica del enfermo. No hace falta ser una *celebrity* para tener una habitación individual en un postoperatorio...

Así pues, ¿qué ventajas ofrece un seguro privado de salud respecto al recurso a la sanidad pública?

- » Mayor agilidad: olvídate de las listas de espera.
- » Calidad: gozarás de un trato amable y te dedicarán todo el tiempo que haga falta en cada visita.
- » Comodidad: instalaciones inmejorables, habitaciones individuales con una cama para acompañantes...
- » Flexibilidad: dispondrás de los horarios más amplios posibles.
- » Facilidad: podrás realizar gestiones en línea y por teléfono como peticiones de cita, autorizaciones, atención al cliente...
- » Profesionalidad: los profesionales de la sanidad más prestigiosos suelen trabajar en la sanidad privada pero con más comodidades para el paciente y más libertad para gestionar la asistencia médica. Podrás ser atendido por los **mejores médicos** en las **mejores clínicas**, profesionales y centros de reconocido prestigio.

- » Innovación: los equipos de los centros privados de salud cuentan con las más modernas tecnologías. No tienen el instrumental del futuro porque todavía no se ha inventado la máquina del tiempo, que si no...
- » Libertad: libertad de elección para elegir el facultativo o el centro donde nos van a visitar o donde nos van a realizar una prueba, el que nos dé más confianza... o sencillamente el que nos quede más cerca.
- » Posibilidad de pedir una **segunda opinión** médica en caso de enfermedad grave, para estar seguro de que recibes el mejor tratamiento conocido. ¡Con la salud no se juega!
- » Disponibilidad: serás atendido los **365 días** del año y las **24 horas** del día en los centros médicos con servicio de urgencias.
- » Globalidad: cuando tengas una urgencia por enfermedad o accidente en un viaje al extranjero, también serás atendido.
- » Alcance: gozarás de algunos tratamientos no cubiertos por la sanidad pública.
- » Prevención: los seguros de salud privados incluyen variados programas preventivos.



CONSEJO

En la sociedad actual asegurar el bienestar de nuestra familia es una de las prioridades. Los **motivos para contratar un seguro de salud** son diversos, pero estos son los más destacables. Seguro que te sientes identificado con alguno de ellos, ya lo verás:

- » Tener un seguro médico te permite acudir a consultas de asistencia primaria o a especialistas, acceder a pruebas diagnósticas o a garantías de medicina preventiva, entre otras coberturas, con listas de espera reducidas y una atención cercana y personalizada.

¿Quieres que te visiten hoy mismo o mañana como muy tarde? Estate tranquilo, porque gracias a tu seguro de salud este deseo dejará de ser una quimera...

- » Puedes elegir entre una gran variedad de profesionales, centros de salud y hospitales concertados, en función de si dispones de un seguro de salud de cuadro médico o de reembolso (no te preocupes si ahora mismo estos dos términos no te suenan de nada; en el capítulo 2 te los voy a explicar con calma).
- » Ya no será necesario pasar en primer lugar por el médico de cabecera para que te derive a un especialista. ¡Imagínate el tiempo que te vas a ahorrar y la comodidad del proceso!

A continuación vamos a detallar algunas de estas ventajas que te estoy comentando.

Inmediatez

Acostumbrados como estamos a hacer cola y a esperar para tantos trámites, al beneficiario de un seguro de salud se le abre el cielo al comprobar que puede ser atendido de manera ágil. Al poder elegir entre muchos médicos, clínicas y centros de exploraciones, siempre hay disponibilidad y el tiempo de espera es mucho menor que en los centros exclusivos de la Seguridad Social. Eres atendido cuando y también donde quieres. Estas pólizas extienden su cobertura a todo el país y en muchos casos al extranjero.

Contratar una póliza de salud también es algo bastante inmediato, pues requiere muy pocos trámites. Normalmente, rellenando un cuestionario de salud y, según lo que decida la compañía, superando una revisión médica, pasas a estar asegurado. A partir de la fecha en que la póliza entre en vigor, el único requisito necesario para acceder libremente a todos los servicios incluidos es presentar tu tarjeta individual en el consultorio. ¡Sobre todo, tenla siempre a mano!



ADVERTENCIA

Eso sí, debes tener en cuenta que para algunos tipos de asistencia, como el ingreso en clínica o algunas exploraciones complejas, las compañías suelen exigir un período de carencia, es decir, que debe transcurrir un tiempo entre la firma del contrato y la fecha en la que puedes utilizar algunos servicios en concreto. En el capítulo 3 volveremos a hablar de este tema.



INFORMACIÓN
TÉCNICA

El cuestionario de salud es un trámite obligatorio y necesario para que la aseguradora conozca al detalle tu estado de salud, los posibles riesgos asociados a tu actividad, tu estilo de vida o tus antecedentes. La confianza, básica en la relación entre cliente y aseguradora, empieza a construirse en ese momento. ¿Verdad que en las primeras citas con una nueva pareja os acabáis contando vuestra vida, las respectivas historias familiares y amorosas? Pues eso.

Es especialmente importante que declares tu historial de enfermedades, así como las veces que hayas pasado por un quirófano. Si estás en tratamiento por alguna enfermedad en curso, o por ejemplo padeces algún tipo de alergia, también deberás especificarlo. Piensa que una aseguradora no va a cubrirte en una situación preexistente a la firma del contrato (te hablaré de ello en el capítulo 3). Incluso vas a tener que detallar tus hábitos de salud, si eres fumador o consumes alcohol de manera habitual... No se trata de un examen, sino de un trámite que a la larga será beneficioso para ambas partes. Eso sí, prepárate para cumplimentar un montón de datos, porque suelen ser cuestionarios muy extensos. Y si tienes alguna duda, consúltalo con la compañía, porque, si omites algún dato o directamente decides ocultarlo, la aseguradora podría dejar sin efecto algunas prestaciones, reservándose la opción de llegar a cancelar la póliza en el plazo de un mes.

Personalización

Como te comentaba, el beneficiario de un seguro de salud tiene libertad para elegir el médico o centro asistencial que desee, dentro de la red concertada de la aseguradora en todo el Estado. No vas al hospital “que te toca” por lugar de residencia. Afortunadamente, la competencia entre aseguradores ha estimulado la oferta, de manera que cada vez los cuadros médicos de las diferentes compañías son mucho más amplios.

Si has tenido en tus manos alguno de los libros en que cada compañía recoge la lista de facultativos y centros incluidos en su póliza (o sea, el cuadro médico), te habrás dado cuenta de que han ido ganando en peso, en páginas y en volumen. A mayor tamaño de ese catálogo, mayor libertad de elección.

Eso sí, actualmente es mucho mejor consultar el cuadro médico en la página web de cada aseguradora, o descargando su aplicación para móviles. Eso te permite ahorrar papel, tener constantemente el listado de médicos actualizado y adoptar una posición respetuosa con el medio ambiente. Además, al filtrar únicamente la información que te interesa, la consulta resulta mucho más ágil. Como ves, ganamos todos: el planeta Tierra y tú mismo. Más adelante te voy a contar otros beneficios de la nueva era digital.

La atención individualizada se hace muy evidente en la reserva de horas para cita, pero todavía más cuando necesitas ser hospitalizado. La mayoría de las compañías te garantizan el uso de una habitación individual para disponer de la máxima intimidad con tu familia. Además, recuerda que todas las aseguradoras, sin coste alguno o bien pagando un pequeño suplemento, cubren determinadas incidencias de salud que puedan darse cuando el asegurado viaja al extranjero. No permitas que una pequeña lesión o algún catarro inoportuno te estropeen unas vacaciones...

Innovación y digitalización

La salud está en permanente proceso de transformación. Como en tantos ámbitos de la sociedad, el paso al mundo digital es la clave. Igual ya has oído hablar alguna vez de la eSalud (o *e-Health*, para los amigos de la lengua de Shakespeare). Con este término nos referimos a las tecnologías de la información y la comunicación aplicadas a mejorar la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento médico.

Vaya, no es lo mismo que la enfermera tenga que buscar nuestra ficha de paciente en un archivador metálico que en un programa informático. La era digital ha cambiado nuestra forma de ver la vida y, por supuesto, de gestionar la sanidad. Precisamente, las empresas más innovadoras actualmente se sitúan en el campo de la biomedicina.



Actualmente Internet le permite al médico enviarnos un informe, o a nosotros contratar un seguro de salud. En los próximos años, los pacientes podrán solicitar medicamentos directamente a través de un reloj inteligente, recibir una receta en su correo electrónico o incluso obtener una lectura en tiempo real de la tensión arterial, si se encuentra en niveles demasiado altos. No es ciencia ficción, lo tienes a la vuelta de la esquina.

Tan cerca como, por ejemplo, que un dispositivo conectado a un móvil permita realizar pruebas con resultados inmediatos o que, a través de un programa informático, un centro hospitalario pueda dar instrucciones a un paciente sobre un tratamiento o informar sobre el tiempo de espera previsto para ser atendido.

A esto hay que sumar la colaboración entre profesionales que permiten las nuevas tecnologías y que mejora la eficiencia de los tratamientos.

Hoy ya es posible monitorizar una cirugía a través de dispositivos de control remoto, sin estar físicamente en el quirófano. El avance de la tecnología nos hace la vida más fácil, también en el campo sanitario, donde aporta una mayor eficacia y eficiencia en diagnósticos, pruebas e intervenciones. Como decían en *La verbena de la Paloma*, hoy las ciencias adelantan que es una barbaridad... El sector sanitario privado ha jugado un papel decisivo en el desarrollo de estas innovaciones y ha sido pionero en su aplicación. La mayoría de las nuevas tecnologías médicas se han incorporado en España, en primer lugar, a través de la sanidad privada: tacs, resonancia magnética, cirugía robótica, oncología radioterápica... De hecho, las aseguradoras punteras llevan años haciendo importantes esfuerzos para añadir a sus coberturas los últimos avances en materia de salud. Estas mejoras ya no se refieren tan solo al diagnóstico o el tratamiento, sino también a la prevención y el bienestar general.



RECUERDA

Esta idea es muy importante. El seguro médico deja de ser una protección ante una eventual enfermedad para convertirse en un aliado en la prevención y el mantenimiento de la salud. En pocas palabras, para cuidarse. Cada vez más las compañías de seguros promueven programas de hábitos saludables y revisiones periódicas, que cubren todo nuestro ciclo de vida, de la infancia a la vejez, teniendo en cuenta el perfil y las características de cada asegurado. **Un seguro de salud no es únicamente para cuando te encuentres mal; resulta igual de útil para seguir estando sano.**

Las aseguradoras también han sabido incorporar las tecnologías de la información en su relación con los pacientes. A través de Internet, acceder a los diferentes productos y coberturas ofrecidas, contratar una póliza, pedir cita o consultar resultados es rápido y sencillo. En la mayoría de los casos, basta con un

par de clics. Del mismo modo, la digitalización de los historiales permite dar un mejor servicio a los pacientes, de los que se tiene en todo momento una visión global, personalizada y actualizada. De nuevo, piensa en los ficheros de otros tiempos y alégrate de estar viviendo en plena revolución digital...

El consumidor (ya no te llamamos cliente o paciente, pero no te despistes: sigo hablando de ti) a lo largo del día utiliza diversos dispositivos según dónde se encuentre, el tiempo del que dispone, su estado más o menos relajado, su objetivo en cada momento... El uso del móvil en especial exige que las aseguradoras desarrollen herramientas de autoservicio, para que tanto el agente de seguros como el cliente puedan consultar por su cuenta los datos, solicitudes, uso del servicio o valoraciones del mismo.

Una compañía que aspira a estar a disposición del cliente tiene que ir mucho más allá de cuidar al personal que le pueda atender físicamente en sus oficinas. Así, la experiencia del cliente se transforma, ofreciendo una experiencia que cumpla con sus expectativas, independientemente del contexto en que se encuentre.

Y no disimules, que tú también lo haces. Seguro que alguna vez has buscado información comercial en tu teléfono durante un viaje en autobús y al llegar a casa, ese mismo día, has proseguido tu consulta en el ordenador portátil, cómodamente apoltronado en el sofá de casa. Pues eso. Las aseguradoras quieren que tengas un acceso fluido a sus productos y servicios, donde y cuando quieras, y por ello diseñan sus experiencias para que encajen en tus hábitos naturales y cotidianos.

Coberturas especiales

Un seguro de salud privado puede ser tan completo y ofrecer tantas garantías como lo desees. La salud y el bienestar tienen muchos frentes posibles y algunos de ellos se tienen que contratar de manera complementaria al servicio básico. En el momento de contratar tu póliza, podrás elegir entre acudir a uno de los médicos o centros concertados por tu compañía de seguros, sin coste alguno, o visitar libremente cualquier centro o médico del mundo y recuperar el importe de las facturas, que previamente habrás tenido que adelantar. Además, existe la posibilidad de incluir algunos tratamientos especiales.



ADVERTENCIA

Siempre que contrates pólizas con coberturas más amplias, lógicamente, el coste será mayor. Antes de decidirte por un tipo de póliza, debes saber escoger en un mercado tan amplio de ofertas como el actual cuál es la que se adapta mejor a tus necesidades y a tu economía. No siempre la póliza que lo incluya todo es la más aconsejable para tu caso y tu familia.

Siguiendo el rastro del dinero

“¿Y adónde va a parar el dinero que pago por mi seguro?”, te puedes estar preguntando. Pues además de las partidas básicas (y lógicas) —como son los pagos de los servicios médicos a los que acudes, al que el sector destina cerca del 80% del dinero que ingresa—, los salarios de los empleados de las aseguradoras —que suponen un 5%— o los impuestos —que ascienden a un 5,2% de sus ingresos—, hay otra que nos vuelve a dar una muestra de la importancia de este sector en cualquier economía: las inversiones.

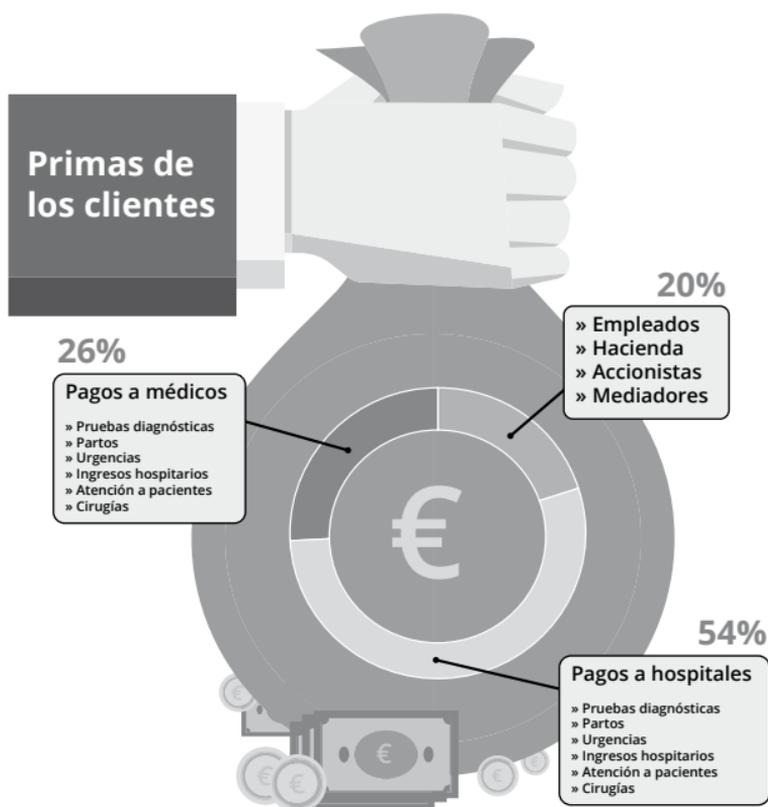
El sector asegurador ingresó en la Hacienda pública 7.087 millones de euros en 2016 en concepto de impuestos, lo que equivale a 19 millones de euros dia-

rios. Dentro de los tributos pagados destaca, por su cuantía, el impuesto de sociedades, que representó el 6% de todo lo recaudado por este concepto ese año.

Otro aspecto importante, como comentábamos más arriba, es el de las inversiones, pues contribuyen a dinamizar la economía en general. ¿Cómo? El sector asegurador invierte, sobre todo, en deuda pública y en títulos emitidos por empresas españolas, generando un efecto mariposa que hace que esas empresas en las que invierte puedan crecer y contratar a más personas.

Y en parte te lo debemos a ti, que decides contratar un seguro. Gracias en nombre de todos.

¿A qué va destinado el dinero de tu seguro?



Capítulo 2

Un mismo objetivo, diversos seguros

Ahora que conoces al **seguro** de salud como la palma de tu mano (o casi), vamos a conocer más a fondo los diversos tipos de seguro entre los que podrás elegir.

Póliza de cuadro médico

Si contratas este tipo de póliza tendrás a tu disposición **una amplia lista predefinida de centros y facultativos**, es decir, podrás ser atendido por cualquiera de los profesionales de medicina general y los especialistas que aparezcan en el cuadro médico de cada compañía, así como los centros propios y concertados que suelen tener las aseguradoras. Este cuadro médico, que en su versión física cada vez es más voluminoso, debe poder ser consultado en línea

o bien telefónicamente para tener siempre a tu alcance la versión actualizada.



ADVERTENCIA

Normalmente esta libertad de elección no supondrá ningún coste añadido, a no ser que hayas contratado una modalidad de copago. No te preocupes si esto del **copago** te suena un poco a chino, porque en el capítulo 3 te lo voy a explicar con todo detalle.

Póliza de reembolso

Este seguro te permite acceder a todo el cuadro médico concertado de la compañía, sin tener que abonar nada previamente, u optar por cualquier médico, especialista o centro que desees del país o del extranjero, incluso cuando no forme parte del cuadro médico. En este segundo caso, tendrás que pagar directamente la visita o los tratamientos en el momento de beneficiarte de ellos y después la aseguradora te reembolsa una parte de lo que has abonado, o todo, según el tipo de póliza contratada y el servicio concreto que hayas utilizado (honorarios médicos, operaciones quirúrgicas, estancias en clínicas...). Cada póliza marca un límite máximo de desembolso por cada tipo de acto médico. Puede haber un límite diario y anual.



CONSEJO

Para decidir por cuál de los dos tipos te inclinas, piensa que el seguro de cuadro médico es más general, mientras que el seguro de reembolso está orientado a aquellas personas que quieren acudir a profesionales específicos, porque los conocen y quieren escogerlos como primera opción.



Tipos de cobertura

La salud y el bienestar son campos muy amplios. Conviene determinar en tu póliza qué aspectos de tu salud y la de los tuyos van a quedar protegidos por ella. Como verás, hay dos tipos principales de cobertura.

Prevención

Es la prestación que tiene como principal objetivo prevenir las enfermedades, dentro de lo posible, o bien atenuar su impacto. Para ello se contemplan todas estas actuaciones:

- » Detección temprana de algunas enfermedades.
- » Promoción de la salud.
- » Medidas para eliminar o disminuir riesgos de salud.
- » Seguimiento del estado de salud.
- » Prevención de las enfermedades que puedan surgir.
- » Evitar las complicaciones de las enfermedades ya existentes.
- » Fomentar la vida saludable.

Curación o restauración

Es la prestación que se fija como misión principal recuperar la salud del asegurado, devolver la salud a la persona enferma. En este caso los campos de actuación son diferentes a los anteriores:

- » Acciones terapéuticas y de rehabilitación.
- » Tratamiento de accidentes.
- » Curación de enfermedades.

- » Hospitalización quirúrgica y no quirúrgica.
- » Maternidad (estar embarazada no es una enfermedad, pero conlleva una serie de riesgos sanitarios).

Tipos de atención médica



INFORMACIÓN
TÉCNICA

Los seguros médicos suelen clasificar la asistencia médica en varios tipos. Esta clasificación es importante para ti porque te ayudará a decidir cuál de ellos deseas contratar. Obviamente, cada tipo de asistencia tiene un precio diferente y depende de la edad del cliente.

Asistencia primaria

Medicina general, urgencias, pediatría, ambulancias, chequeos, análisis, etc.

Especialistas

Especialidades médicas o quirúrgicas, los medios de diagnóstico y los tratamientos que se realizan en consulta.

Hospitalización

Tratamientos oncológicos, cirugías, uvi, parto, prótesis.

Además, algunas otras prestaciones van incluidas según los tipos de asistencia contratada:

- » Asistencia mundial en caso de urgencia.
- » Farmacia.
- » Reembolso de tus facturas en el extranjero por enfermedad grave.

- » Servicios de asistencia familiar, en caso de dependencia por un accidente.
- » Segunda opinión médica y bioética por enfermedad grave.
- » Servicios e-Salud.
- » Psicología.
- » Programas de medicina preventiva gratuitos.
- » Técnicas de planificación familiar.
- » Reconstrucción de la mama tras cirugía radical oncológica.
- » Trasplantes de médula, hígado, riñón, córnea y corazón.
- » Asistencia en Urgencias, con ingreso si es necesario.

La póliza



La póliza es el contrato que especifica los derechos y obligaciones de ambas partes (cliente y aseguradora) en el momento de suscribir un seguro de salud. Dicho contrato se divide en dos partes claramente diferenciadas:

- » **Condiciones generales:** siguen un texto estándar, aplicable a cualquier asegurado que haya contratado ese seguro. En ellas se fijan los tipos de cobertura, las exclusiones, el método de pago de la prima, la manera de proceder cuando se produzca un siniestro o las condiciones en que se puede extinguir el contrato. Vaya, todas aquellas cláusulas comunes a cualquier seguro de salud suscrito por la compañía en cuestión.
- » **Condiciones particulares:** en esta parte es en la que tu seguro de salud va a adquirir su carácter sin-

gular, único e intransferible. Matizan lo dispuesto en las condiciones generales y permiten que la asistencia sea lo más individualizada y personalizada posible. Pueden especificarse los requisitos y los límites para cada cobertura, distinguir entre contratante, asegurado y beneficiario del seguro, algo importante en el caso de los seguros colectivos...

En algunos casos una póliza puede incluir un suplemento en forma de **apéndice**, en el que el asegurador contempla posibles variaciones en la prestación del servicio si se produce una alteración del riesgo cubierto inicialmente.

Cuando te das de alta en un seguro de salud, la documentación básica que vas a recibir será esta póliza, dejando muy claro las condiciones generales y particulares de cara a cualquier incidencia que se pueda producir, y la tarjeta que te identifica como asegurado y que te permite acceder a toda la cartera de prestaciones de la compañía elegida.

Capítulo 3

¿Cómo elijo el seguro que me conviene?

Basta de hablar en general; sabes que no me he olvidado de tu caso particular. Déjame guiarte a la hora de escoger el seguro de salud que se adapta a tu situación personal y familiar. Voy a destacar los elementos clave que hay que tener en cuenta, subrayando los aciertos y evitando los errores que se suelen cometer en el momento de informarse y elegir una compañía o un producto concreto.

El precio

Empecemos desglosando uno de los factores, no el único, que acaba por decantar las principales decisiones de compra de un producto, bien o servicio, por muy útil o necesario que sepamos que es. El coste de un seguro se determina a partir de elementos intrín-

secos y elementos extrínsecos. ¿Qué quiero decir con eso? Pues que algunos forman parte de ti como cliente y como persona, mientras que otros son externos a ti. Unos y otros influyen en el precio final de tu póliza. Ahora lo entenderás.

Elementos intrínsecos

- » **Edad:** la edad es una realidad que no puedes cambiar por mucho que lo intentes (ay, ¿te dije ya lo de “juventud, divino tesoro”?). Los años que tienes determinan tu probabilidad de enfermarse. Aunque se puede ser paciente en todas las etapas de la vida, cuanto mayor seas, más deberás pagar por un seguro. Incluso puede ocurrir que una compañía no acepte clientes a partir de cierta edad.
- » Por eso es tan importante suscribir un seguro de salud cuanto antes mejor, aunque seamos jóvenes vigorosos y con ganas de comernos el mundo. Al fin y al cabo, no vas a esperar a impermeabilizar el tejado de tu casa hasta el momento que se ponga a llover, ¿verdad?
- » **Género:** el sexo del cliente es un factor que condiciona el coste en algunos seguros de salud, debido a que en las mujeres cubre las coberturas por embarazo y parto. Desde hace unos años y en algunos tipos de seguro, estas coberturas no deben afectar al precio.
- » **Zona geográfica:** los precios pueden variar según la zona geográfica donde vivas, por lo que pueden ser diferentes según la provincia de residencia habitual.

Elementos extrínsecos

- » **Copago:** es una pequeña cantidad de dinero que abonas cada vez que usas tu seguro. Puedes optar por contratar un seguro con copago o sin él. Aco-

giéndote a esta opción, la cuota fija que pagues, mensual o anualmente, será más reducida, a cambio de que abones esa pequeña cantidad por cada servicio cuando hagas uso de él. En el siguiente apartado te lo explicamos con más detalle.

- » **Grupos:** los grupos y colectivos, al aportar una entrada numerosa de asegurados, reducen sensiblemente el importe que paga cada integrante de ese grupo. Ya lo sabes: ¡la unión hace la fuerza!
- » **Limitación de coberturas:** ya has visto que la amplitud de la asistencia puede ser elegible al contratar la póliza. A cuantas menos coberturas te acojas, menor será la cantidad que debes abonar. Limitar los servicios es limitar el gasto, reducir el coste del seguro. Ahora bien, antes de renunciar a ciertos servicios, debes analizar a fondo si los podrías requerir en caso de que enfermaras. Evidentemente, cuando se está sano no se necesita nada, pero hay que tener en cuenta qué necesitas si debes ingresar, consultar muchos especialistas o conseguir las exploraciones que necesitas rápidamente.

La contratación de un seguro de salud requiere cumplimentar un extenso cuestionario de salud, bien individualmente, bien para toda la familia o para un colectivo que suscriba una póliza en grupo aun no siendo familia. Es importante no ocultar ningún dato médico del que tengas constancia, pues, en caso de que lo descubrieran, tu compañía de seguros puede cancelar el contrato legalmente, justo cuando más lo puedes necesitar. Además, recuerda que cuantas más personas se incluyan en el seguro, más descuentos recibiréis en el precio. Ya sabes, ha llegado el momento de hablarlo con tus amigos, tus compañeros de trabajo... o los colegas del equipo de fútbol.

La opción del copago



RECUERDA

Permíteme que me detenga en este punto para recordar los aspectos más importantes del copago en los actuales seguros de salud. Como te decía, un seguro médico con copago es aquel en que los clientes pagan una cuota fija por su seguro, ya sea de manera mensual o anual, y un importe variable, que depende de las veces que haya utilizado el seguro durante el mes. Por hacer una comparación muy sencilla, ocurre lo mismo cuando te alojas en un hotel: el precio de la habitación es fijo pero, si has consumido algo del minibar, te cargarán también el precio de la bebida.

Evidentemente, no pagarás lo mismo por una visita de un especialista en medicina general que por una resonancia magnética, lo mismo que —volviendo al ejemplo del minibar— no cuesta lo mismo un botellín de agua que uno de Jack Daniel's.

Además, dependiendo de las condiciones de la póliza, abonaremos el dinero por separado, cada vez que vayamos al médico, o bien será la compañía quien nos cargará la cantidad suplementaria en nuestro recibo mensual.

¿Qué beneficios obtienes con el copago? Sencillamente: el importe anual del seguro es más económico. Si tienes la suerte de gozar de una salud de hierro e ir muy poco al médico, el desembolso final será muy inferior al del seguro médico sin copagos. Y tampoco te vayas a pensar que el día que solicitas una visita tendrás que pagar mucho, todo lo contrario: lo más habitual es que estén entre 1 y 20 euros, y que por muchos de ellos no tengas que pagar nada.

Bien administrado, el copago beneficia a todos: el asegurado sano puede ahorrar bastante y estadísticamente se fomenta un uso responsable y lógico de los servicios médicos, evitando que el sistema se sa-

ture y haya listas de espera, como ocurre con la sanidad pública.



ADVERTENCIA

Ten en cuenta que la calidad de las coberturas y los médicos son las mismas de las que se benefician los asegurados sin copago. Antes de suscribir una póliza has de estar muy atento. Asegúrate de que el cuadro médico es el mismo para unos y otros. Del mismo modo, valora bien si piensas que vas a tener que ir al médico con mucha frecuencia, haciendo que el pago final sea mucho más elevado que el de la modalidad sin copago. O si vas a dejar de ir cuando lo necesites por miedo de gastar demasiado. Como ves, no hay sistemas mejores ni peores: todo depende de las circunstancias, las necesidades y los deseos de cada persona.

Sin copago

En este tipo de seguro médico se abona un importe fijo por disponer de los servicios de la aseguradora incluidos en la póliza, sin un incremento del precio por cada visita que realicemos. Es una tarifa plana en versión sanitaria, con algunas limitaciones anuales que pueden figurar en la póliza y que debes conocer (es posible que el gasto en gasas, férulas, fármacos o pomadas no esté incluido).

Cuadro médico más reembolso

Una fórmula en cierto modo híbrida, que ya te he contado, es la que resulta de la póliza en que tienes libre elección de médicos y clínicas, más allá de los que tenga convenidos la aseguradora. Los servicios médicos ajenos a la aseguradora se pagan por adelantado y, posteriormente, la compañía se encarga de reembolsar al asegurado la cantidad abonada por

la atención médica externa, cubriendo una parte o todo el tratamiento, según lo acordado en el contrato entre cliente y aseguradora.

Puedes imaginarte que son seguros algo más caros que los concertados, precisamente porque ofrecen una cobertura más costosa, pues los precios de los servicios médicos privados son libres.

La confianza

Pasamos a un valor intangible, pero igualmente determinante. Antes de suscribir una póliza, debes estar seguro de que tienes plena confianza en la entidad escogida; no tanto en los profesionales incluidos en su cuadro médico, puesto que estos servicios suelen ser comunes con otros seguros similares, sino en la propia entidad aseguradora. Es importante que la empresa en cuestión goce de estabilidad económica y haya mantenido su reputación a lo largo del tiempo, sin protagonizar escándalos económicos que se hayan visto reflejados en los medios. Si te diriges a una entidad sólida y estable (tienes muchas donde escoger en el sector) podrás estar tranquilo respecto a la seguridad jurídica de los contratos.

El compromiso de no anulación

Algunas aseguradoras de salud cancelan la póliza de sus clientes cuando llegan a una determinada edad o sufren enfermedades especialmente graves, ya que no les resultan rentables. Cuando busques y compares las diversas ofertas, asegúrate de que encuentras una compañía comprometida con tu bienestar, que aspire a protegerte incluso en los peores momentos, si es que llegan. Puedes suscribir lo que se conoce

como un contrato de no anulación: el seguro de salud seguirá siendo vigente, con independencia de tu edad o el gasto sanitario que le supongas a la compañía, a no ser que seas tú quien decida finalizar el contrato.



ADVERTENCIA

¡Ojo! Algunas empresas del sector convencen a sus clientes asegurando que tienen cláusulas de no anulación. En su lugar, lo que hacen es incrementar el precio del seguro alegando que has gastado mucho. De esta forma lo que consiguen es que no puedas pagarlo y acabes anulando el seguro, pero sin que puedas decir que te han echado de la compañía. Lo ideal es encontrar un proveedor de salud comprometido en no anular la póliza y que al mismo tiempo no suba el precio pactado, más allá de los incrementos habituales que puede suponer cambiar de tramo de edad.

Cálculo de la siniestralidad

Todas las compañías, antes de suscribir la póliza con un nuevo cliente, querrán estar al día de tu estado de salud, para poder calcular hasta qué punto vas a recurrir a sus servicios a corto y medio plazo. No hay ningún adivino que trabaje para las compañías de seguros y que pueda predecir lo que te puede pasar dentro de veinte años... bueno, seamos sinceros, aunque tuvieran un adivino, dudo mucho que lo pudiera prever. Este cálculo de la tendencia a sufrir un siniestro (en el caso de los seguros de salud, un siniestro no es tan solo un accidente, sino también una enfermedad) se relaciona con estos dos factores:

Antecedentes y preexistencias



INFORMACIÓN
TÉCNICA

Igual que tú no conoces a la compañía, ella no te conoce a ti. Necesita saber qué problemas de salud has tenido en el pasado. Esa es la función del cuestionario que te pasan en un primer momento. ¿Y eso de las

preexistencias? Son aquellas situaciones que presenta el cliente y que han afectado o pueden alterar su estado normal de salud. Se consideran preexistencias las secuelas de lesiones y las enfermedades crónicas o hereditarias anteriores a la contratación de la póliza.

Exclusiones

Son todas aquellas enfermedades y tratamientos que la aseguradora no cubrirá en ningún caso y que, por tanto, no formarán parte de su cartera de prestaciones a ese asegurado. Es importante informarte bien de cuáles son para que no te pille desprevenido (o desprevenida). Las compañías están obligadas legalmente a informar con detalle a los futuros clientes de estas limitaciones, asegurándose de que estos las han leído y aprobado.

¿Cuáles son las dolencias susceptibles de quedar excluidas de un seguro de salud? Pueden variar en función de cada compañía, pero normalmente las pólizas de salud no incluyen los tratamientos por alcoholismo y otros tipos de adicciones, ni por infección por el VIH. Los daños sufridos en actos criminales, actividades o deportes de riesgo o desastres naturales suelen quedar también fuera de un seguro de este tipo. Algunas aseguradoras, además, excluyen los accidentes laborales.

Tampoco quedan cubiertas las interrupciones voluntarias del embarazo o las operaciones estéticas. Si quieres tener la nariz de Cleopatra, te la tendrías que pagar tú (o localizar su momia y apañarte con lo que te encuentres...).



CONSEJO

Toda compañía se reserva siempre el derecho a valorar las enfermedades que padeces a la hora de contratar el seguro para decidir si quedan todas cubiertas por la póliza que vas a suscribir. Por eso es

importante que respondas todas las preguntas que te formulen y comuniques tu historial médico sin ocultar ningún dato para que la aseguradora pueda realizar el estudio necesario. Si lo considera la entidad, debes aceptar pasar consulta con un médico evaluador. Todo aquello de lo que no informes desde el principio podría suponer una limitación de la póliza posteriormente o incluso, como hemos comentado hace poco en el libro, que legalmente puedan cancelarla.

Carencia

Te lo adelanté en el primer capítulo. En las pólizas de salud existe un período de tiempo conocido como “carencia”, que es el que pasa desde que entra en vigor la póliza hasta que puedes utilizar algunos de sus servicios. No puedes contratar un seguro y al día siguiente ser ingresada o bien iniciar un tratamiento o cualquier operación de envergadura, salvo casos de urgencia vital. Normalmente, este período de carencia hace referencia a pruebas diagnósticas con alta tecnología, intervenciones quirúrgicas u otras cuestiones, digámoslo así, más sofisticadas. Sin embargo, habrá muchos servicios, como la visita a un médico especialista o una limpieza dental, de los que podrás disfrutar desde el primer día.



ADVERTENCIA

Es importante saber que una carencia no implica que no puedas utilizar un determinado servicio médico, sino que tendrás que esperar un tiempo hasta poder hacerlo. Aunque cada aseguradora tiene sus normas, por supuesto, estos son algunos casos de carencia habituales en los seguros de salud:

- » Intervención quirúrgica que requiera hospitalización: entre 6 y 10 meses.
- » Intervención quirúrgica que no requiera hospitalización: entre 3 y 6 meses.

- » Pruebas diagnósticas con alta tecnología: unos 3 meses.
- » Servicios de planificación familiar: unos 6 meses.
- » Tratamientos especiales: entre 3 y 10 meses, según sea el tratamiento.
- » Rehabilitación: unos 6 meses.
- » Embarazo, parto y posparto: entre 6 y 10 meses.
- » Trasplantes: 12 meses.
- » Reproducción asistida: 2 años.

Hay otras situaciones en las que se aplica carencia que no están incluidas en esta lista. Asegúrate bien de las condiciones de cada aseguradora, tanto por lo que respecta a las exclusiones como a las carencias, antes de firmar el contrato. En el caso de las carencias, como los plazos que te he dado son aproximados, pregunta bien cuánto tiempo vas a tener que esperar.

Servicios incluidos

Aunque la cobertura de un seguro de salud suele ser bastante amplia, y eso también determina cuál te conviene más, debes tener en cuenta algunos condicionantes.

Autorizaciones

La mayor parte de los servicios y las prestaciones incluidas en una póliza de cuadro médico son de libre acceso. No necesitas una autorización previa por parte de la compañía. Por suerte cada vez son más los servicios que no precisan autorización.

Es evidente que a las consultas de atención primaria, de médicos especialistas y de urgencias puedes acudir directamente, sin tener que hacer ningún otro

trámite, pero es que actualmente tampoco necesitas autorización para la mayoría de las pruebas diagnósticas: ecografías, mamografías... En aquellos casos puntuales en que sí la necesites, la puedes pedir de manera sencilla, normalmente por teléfono o Internet.

Asistencia domiciliaria

En un seguro de salud puede estar incluida la asistencia domiciliaria, sobre todo en los casos en que la situación del asegurado desaconseja desde el punto de vista médico su desplazamiento a una consulta o a un hospital. En estos casos, el profesional visita al paciente en su domicilio. No siempre hay cobertura en todas las zonas ni las veinticuatro horas. Infórmate de la existencia o no del servicio de médico a domicilio o de ambulancia en la zona geográfica donde está tu domicilio para no llevarte sorpresas el día que lo necesites.

La edad

Te habrás dado cuenta de que a la hora de definir un seguro de salud y el precio que va a tener intervienen muchos factores. Todos ellos se estudian en el departamento de selección de riesgos de las aseguradoras, que evalúan los riesgos de cada futuro cliente aplicando una serie de fórmulas matemáticas y estadísticas. De estos cálculos debe salir el precio que deberás pagar por estar asegurado.



CONSEJO

Si estos cálculos que te cuento fueran una ecuación, uno de los factores decisivos sería la edad, que como ya sabes suele ir directamente ligada a tu estado de salud y de la que ya hemos hablado como factor intrínseco para fijar el precio. La probabilidad de contraer más enfermedades es mayor a medida que tú también te vas haciendo mayor.

Así que, por una cuestión de lógica aritmética, la póliza de salud de una persona joven suele ser más barata que la de una persona anciana... pero también que la de un bebé, más frágil ante posibles riesgos de salud. Así que antes de escoger tu seguro de salud comprueba qué primas están pagando los asegurados que tienen tu misma edad.

Cómo darse de baja del seguro

No hace falta que venga yo ahora a recordarte que nada es eterno y que en un mercado libre siempre estás a tiempo de elegir otras opciones de cualquier producto que te resulten más beneficiosas. Por supuesto, esto también es así en lo referido a los seguros de salud. Tan solo debes tener en cuenta que al suscribir una póliza con cualquier compañía, estás asumiendo una serie de condiciones y procedimientos que deberás respetar a la hora de cancelar dicho contrato. Así pues, antes de iniciar los pasos requeridos para darte de baja de un seguro de salud, asegúrate bien de que el nuevo seguro que has escogido realmente es el que os conviene más a ti y a tu familia.

En general los seguros de salud se prorrogan de manera automática cada 31 de diciembre, a no ser que una de las dos partes manifieste su intención en sentido contrario. Así pues, la duración de un contrato de seguro se calcula en períodos de doce meses, por años naturales (ya sé que te puedes estar preguntando si existen los años artificiales, pero eso ahora no viene al caso).

A lo largo de este capítulo te he ido desgranando los factores que tienen en cuenta las compañías a la hora de decidir si varía al alza el precio de un seguro de salud cada vez que toca renovarlo. En líneas generales depende de los cambios en la situación del asegu-

rado y del mercado: la edad, el estado de salud, los riesgos concretos de un colectivo, el IPC sanitario... A la práctica, debes hacerte a la idea que cada 12 meses vuelves a contratar un nuevo seguro de salud.

Veamos ahora con detenimiento cuáles son las condiciones que deben respetar ambas partes si quieren modificar o cancelar un contrato de seguro de salud.

» **La compañía aseguradora** está capacitada para revisar la prima del seguro en cada renovación anual, atendiendo básicamente a la edad del asegurado, el índice de siniestralidad y el aumento del coste de los servicios asociados a la atención sanitaria. En función de cada compañía los incrementos se pueden aplicar a medida que cumplas años, de manera puntual cada 12 meses, o bien se establecen tramos de edad concretos para concentrar los aumentos.

Respecto a la siniestralidad, cuantas más veces hayas necesitado atención médica en un año concreto es probable que la compañía repercuta esos costes añadidos aumentando la prima para el siguiente ejercicio. Ten esto especialmente en cuenta si tu seguro forma parte de un colectivo, porque el uso que hayan hecho de las prestaciones otras personas incluidas en el contrato también influirá en lo que vayas a pagar al año siguiente.

En tercer lugar, te hablaba del coste de las prestaciones, que suben su precio exactamente igual que el resto de los bienes y servicios, desde la barra de pan a tu vivienda habitual. En los últimos años el aumento del IPC sanitario registra una media anual del 2%.



ADVERTENCIA

Lo más importante que debes saber es que la aseguradora tiene la obligación legal de comunicarte cualquier modificación de la prima, así como la eventual rescisión del seguro, dos meses antes de la prórroga automática (normalmente dos meses antes de fin de año). Si la compañía incumple dicho

plazo tú debes seguir respetando la norma, pero tienes argumentos a tu favor para reclamar el aumento de precio de los recibos.

Antes de que te lo preguntes, debo decirte que nadie es capaz de determinar en qué proporción puede subir el precio de una póliza. Ninguna compañía te puede garantizar lo que vas a pagar por tu seguro en los años sucesivos, porque el mercado siempre es imprevisible. Si conoces a alguien que te lo pueda asegurar, aconséjale que monte un gabinete futuroológico...

- » **El asegurado** (o sea, tú mismo) no tiene la capacidad para fijar el nuevo precio de una póliza, pero es libre de cancelarla. En tu caso el plazo para comunicarlo es de un mes antes de concluir el actual período de vigencia. Deberás hacerlo por escrito, siempre mucho mejor mediante algún canal que implique un registro documental (correo certificado, burofax...). Si formas parte de una póliza colectiva, a quien le debes hacer llegar tu decisión no es a la compañía, sino al tomador del seguro.



Por lo general no vas a poder solicitar la baja de un seguro en cualquier momento que a ti te convenga. Aun así, existen tres situaciones que te permiten cancelar un seguro de manera inmediata:

1. Si la aseguradora modifica el precio o el alcance de las coberturas antes de que se haya cumplido el período de vigencia del contrato, incluso cuando faltan menos de dos meses para prorrogar la póliza. Las compañías tienen la opción de incrementar sus costes en mitad de un ejercicio por cualquier cambio en las condiciones económicas del sector, pero por supuesto deben notificártelo al instante. Dispones de quince días para mostrar tu disconformidad y pedir la baja. En caso de que no digas nada en esos quince días, se considera que aceptas las nuevas condiciones.

2. Si se reducen tus condiciones de riesgo objetivo, ya sea por haber superado una enfermedad de tratamiento especialmente costoso, o porque has cambiado de trabajo y el puesto actual resulta más seguro...
3. Si cambias de opinión justo después de haber suscrito una póliza dispones del llamado "derecho de desistimiento". Pero deberás ser el más rápido al este del Pecos. Una vez formalizado un contrato, tienes catorce días naturales para anularlo, haciéndoselo saber a la compañía a través de una carta o una llamada telefónica. En todo caso, asegúrate antes de que la compañía en cuestión acepta dicha posibilidad.

Capítulo 4

La responsabilidad de las aseguradoras

INFORMACIÓN
TÉCNICA

Una compañía de seguros, como cualquier otra empresa, no puede desarrollar su actividad sin tener en cuenta la sociedad a la que pertenece. Estamos en una era de grandes cambios, algunos tan positivos como la evolución acelerada de nuevas tecnologías, pero otros muy negativos.

Algunos recursos naturales se están agotando por su excesiva explotación, el medio ambiente se ve amenazado por diversos frentes (digan lo que digan algunos primos, el cambio climático es una realidad) y la desigualdad económica aumenta día a día. Ante esta realidad, las empresas deben atender ciertas demandas de la sociedad y buscar nuevas soluciones para los problemas de siempre o para problemas que han surgido en los últimos años.



CONSEJO

Por cierto, no pienses que todo depende de los demás. Un buen sistema de salud se basa en la prevención que te comentaba, pero también en la implicación de los pacientes en el control de su estado de salud. Es aquello que seguramente te decía alguna persona mayor, quizás una abuela: “No esperes a estar enfermo para ir al médico”.

Si tú cumples, será el momento de exigir una buena comunicación de los posibles problemas por parte de los profesionales que te visiten y una coordinación eficaz entre los distintos consultorios y hospitales por los que vayas pasando. Pero primero es necesario que pases por ellos. Y que tú también comuniques aquello que te preocupa. Tradicionalmente los médicos tenían dificultades para acceder al historial que hubieras podido acumular antes de llegar a ellos. Así que su recuerdo de casos similares al tuyo era una de las claves para el tratamiento. Esto, por suerte, está cambiando.

Estamos en la era de la información y cada vez los diagnósticos son más personalizados, en función de los muchos datos disponibles telemáticamente, y se pueden coordinar las asistencias médicas entre diferentes especialistas que comparten la información del mismo paciente.

Capítulo 5

Desmontando tópicos

Estamos en la era de la información (y de los cuñados presuntamente informados). Seguro que a la hora de contratar un seguro de salud oirás todo tipo de opiniones sobre sus posibles inconvenientes. Incluso en algunos casos tú mismo te habrás formado ciertas opiniones que pueden ser inexactas. Algunas de ellas son ideas preconcebidas, tópicos que se han extendido en la creencia popular. Vamos a ver qué tienen de cierto.

No me hace falta un seguro de salud privado, porque los mejores profesionales trabajan en la sanidad pública

No te voy a negar que en la sanidad pública trabajan grandes profesionales, pero en los últimos años su accesibilidad se ha visto puesta a prueba por la masificación de la que ya te he hablado, las largas listas de espera, el límite de tiempo en las visitas, la falta de inversión y mantenimiento en ambulatorios y algunos hospitales...

De hecho, muchos de estos profesionales del sector público compaginan su actividad en la sanidad pública con una consulta privada que les permite atender de manera mucho más personalizada. Recuerda también que un seguro de salud te da derecho a tener habitación individual en caso de hospitalización.

¿Para qué voy a contratar un seguro de salud si casi nunca voy al médico?

Si has pensado esto en alguna ocasión, en primer lugar permíteme que te felicite. Gozar de un estado de salud como el tuyo es motivo de satisfacción. Pero, sin querer ser agorero, un seguro se suscribe pensando en las eventualidades del futuro (¿o es que no contratas tu seguro de coche cuando el vehículo está todavía intacto?). Ya hemos comentado la importancia creciente de la prevención o del control del estado

de salud por parte del propio paciente en las coberturas sanitarias.

La mayoría de las personas que contratan uno de estos seguros están sanas. Precisamente el hecho de ser personas sanas permite que el precio no aumente. Si lo que quieres es seguir yendo poco al médico, recuerda que los nuevos servicios de algunas compañías de seguros ofrecen asistencia médica telefónica las veinticuatro horas.

Los seguros de salud no cubren enfermedades preexistentes

En algunos casos puede que la compañía valore si ha transcurrido suficiente tiempo desde el último efecto o síntoma de una enfermedad preexistente para que tenga importancia en el riesgo asegurador. Por eso es tan importante, como te decía en el punto anterior, contratar el seguro de salud cuando estás sano.

Las compañías de salud privadas suelen hacer cargos adicionales a sus usuarios

Una vez más, esto depende también de ti y de lo que aceptes en el momento de firmar el contrato. Si eliges un tipo de seguro con copago (por si te has saltado algún capítulo, te he hablado a fondo de él, también en el capítulo 3), debes analizar con profundidad lo que te tocará pagar por determinados servicios. Algunos de ellos pueden ser altos; por eso es tan im-

portante la fase de recogida de información, en la que te encuentras ahora.

Siempre puedes pactar previamente con la compañía los costes adicionales, para que no te cojan por sorpresa. A cambio de tener una póliza más económica que la de un cuadro médico fijo, debes estar dispuesto a pagar algunos de los servicios que vayas a utilizar. En el mejor de los casos, suponiendo que te mantengas sano y fuerte como un roble, también te puede suponer un ahorro. Por cierto... ¿te has preguntado alguna vez porque destacamos la fortaleza de los robles y no, por ejemplo, la de los abedules? No me haga mucho caso, que me estoy desviando del tema...

Puedo contratar un seguro a cualquier edad

Si tienes más de 70 años, y quieres contratar un seguro de salud, debes prestar atención a la edad máxima de contratación que ofrece cada compañía.

Algunas aseguradoras marcan la edad máxima de contratación en 65 o 70 años, aunque hay otras que la fijan en los 75 años. En algún caso puedes encontrar pólizas que no tengan edad máxima de contratación, por lo que es importante que revises las opciones disponibles.

Presta atención también a la edad a partir de la cual la compañía puede no renovarte la póliza de salud. Infórmate en profundidad antes de decidirte, pues hay aseguradoras que se comprometen a no cancelar el contrato a partir de un período determinado de vigencia.

Capítulo 6

¿Dónde contrato mi seguro de salud?

Ahora que te he explicado todas las ventajas que comporta, puede que te estés planteando seriamente contratar un seguro de salud o cambiar el que ya tienes suscrito. Si es así, enhorabuena, estás en el lugar indicado (bueno, un libro no es un lugar físico, pero ya me entiendes; después de tanto rato contigo, te siento como si estuvieras a mi lado). Empieza la fase de buscar y comparar los distintos productos que te ofrece cada aseguradora para elegir la que más te convenga, atendiendo a los factores que hemos desglosado en el capítulo 3.



ADVERTENCIA

Aunque te estoy intentando aportar toda la información necesaria antes de tomar la decisión definitiva, es obvio que estas páginas tienen un límite y que en pocos meses las ofertas que te pudiera comentar aquí serían sustituidas por otras. Por tanto, déjame que te hable de los diversos canales a través de los

cuales te puedes informar sobre todos los seguros de salud existentes. Tienes varias opciones, según si eres un romántico o si eres un romántico pero estás todo el día conectado a las redes.

Sucursal o delegación

Todas las compañías de seguros tienen oficinas en las que atenderán todas tus dudas y consultas y te aconsejarán el tipo de póliza que mejor se adapte a tus necesidades individuales o familiares. Ya sé que probablemente te hayas acostumbrado a hacer las principales gestiones por teléfono o por web, lo que resulta muy cómodo, pero el trato personal también tiene sus ventajas. Eso sí, ten en cuenta que en cada oficina recibirás únicamente la información de la compañía de seguros a la que pertenece, como es natural. Si quieres comparar productos y precios, deberás hacer unas cuantas visitas. O leerte el siguiente apartado.

Web

De acuerdo, entiendo que no siempre tienes el tiempo o las ganas de salir a la calle para conocer todas las ofertas de seguros del mercado. Existen diversas páginas web que puedes consultar desde tu casa y que te permiten no solo informarte sobre todos los productos, sino también contratarlos en línea. Seguro que en los últimos años has utilizado Internet para comprar un billete de avión, un disco o los víveres de la semana.

Contratar un seguro de salud a través de una web te permite consultar fácilmente todas las condiciones

de tu seguro y aclarar tus dudas al disponer de muchísima información, casi como si acudieras a la sucursal. Muchas compañías ofrecen pólizas más baratas si se contratan a través de Internet, trasladando al cliente el ahorro en este modo de contratación. Además de contactar directamente con la compañía que te interese, en Internet vas a encontrar diferentes comparadores de seguros para afinar mucho más tu búsqueda.

Mediadores

Los seguros (de salud, de coche o de lo que sea) son un producto más del mercado, como una camisa o un libro. Del mismo modo que normalmente no le compras dicho producto a su fabricante, sino que pasas por una tienda que funciona como intermediaria, también hay vendedores de seguros.



Hay dos tipos de mediadores, en función de si trabajan representando a una o a diversas compañías.

- » **Corredores:** persona física o jurídica que trabaja para varias compañías, tienen un título y una autorización previa de la Dirección General de Seguros y están obligados por ley a ofrecer productos de un mínimo de tres compañías distintas.
- » **Agentes exclusivos:** como su propio nombre indica, trabajan en exclusiva para una sola compañía.

Ambos se comprometen a ofrecer información veraz y suficiente y siguen siendo una de las opciones preferidas por los futuros clientes en el proceso de escoger el seguro ideal, por mucho que estemos todo el día rodeados de pantallitas. Si tienes tiempo y posibilidades, animate a salir a la calle y a buscar atención personalizada.

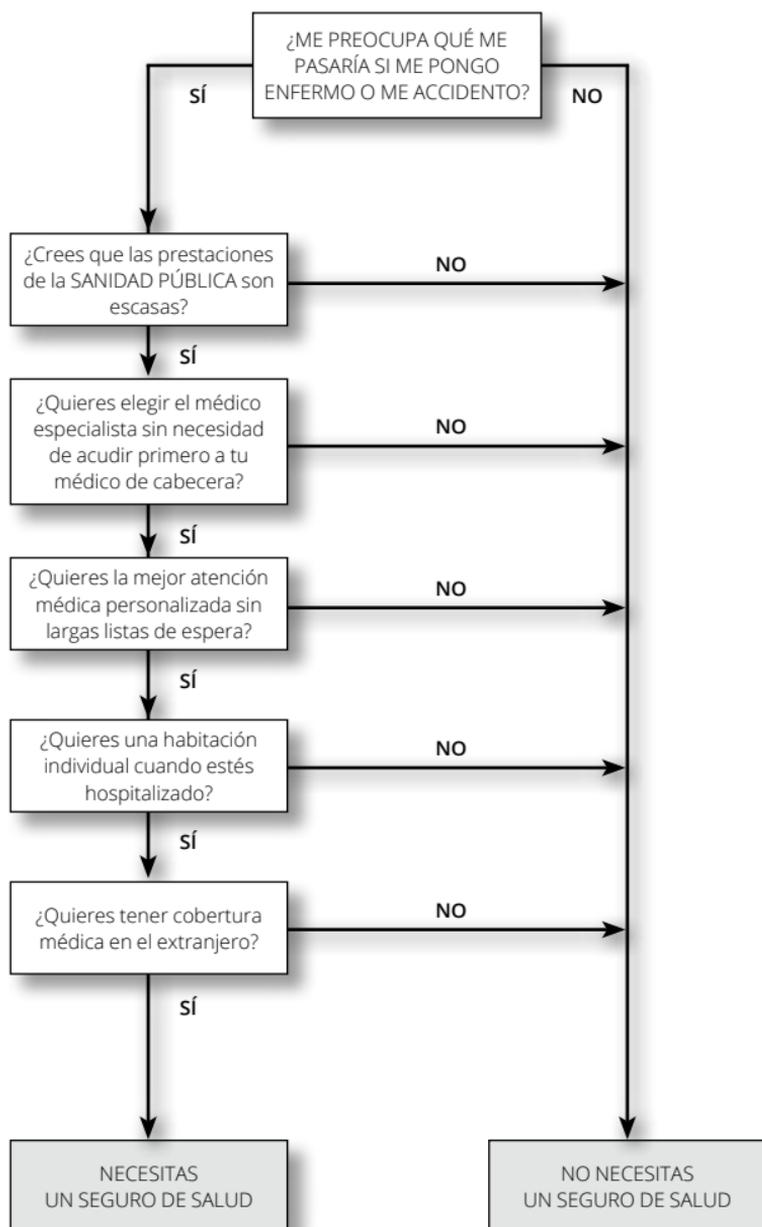
También puedes asegurarte (de eso se trata, ¿no?, de estar seguros) de que la compañía que te interesa está adherida a las guías de buenas prácticas que elabora UNESPA, la Unión Española de Empresas Aseguradoras y Reaseguradoras. Puedes encontrar estas guías en Internet, en la siguiente dirección: <http://www.unespa.es/que-hacemos/autorregulacion>. Venga, que tampoco es tan difícil... ¡No te estoy pidiendo que seas Indiana Jones en busca del seguro perdido!

Capítulo 7

Test para conocerte mejor

No te preocupes. Esta no es una revista adolescente y no te vamos a hacer ningún test del tipo “¿Eres una persona fiel?”. Cada momento tiene su tipo de cuestionario. En el siguiente diagrama vas a poder analizar de un solo vistazo muchas de las razones que ya te he comentado para suscribir un seguro de salud y te va a resultar muy fácil responderte a dos preguntas clave. Verás que el segundo test resume muchas de las ideas expuestas en el capítulo 3. Es lo más parecido a mirarse a un espejo mágico: “Espejito, espejito... ¿necesito un seguro de salud?”. Allá vamos.

Primer test. ¿Necesito un seguro de salud?



Segundo test. ¿Qué debe incluir mi seguro?

A grandes rasgos puedes escoger un seguro de cuadro médico concertado, con copago o sin copago, o bien un seguro de reembolso de gastos, por el cual deberás pagar al profesional no incluido en el cuadro para que después la aseguradora te devuelva el importe total o parcial. De todos modos, las ofertas de las diversas aseguradoras son tan variadas que es conveniente analizar exactamente las coberturas que se adaptan mejor a tu situación y a la de tu familia. En el siguiente cuadro te resumo algunas de las principales cuestiones a tener en cuenta.

Situación personal o familiar	¿En qué te debes fijar del seguro?
Vas a tener un bebé o a adoptar	<ul style="list-style-type: none">» Inclusión de los niños en la póliza desde el primer día, sin preexistencias» Preparación al parto» Reproducción asistida
En tu familia hay niños pequeños	<ul style="list-style-type: none">» Línea de atención telefónica pediátrica 24 horas» Pediatría y logopedia» Cobertura dental» Asistencia en domicilio
Tus hijos ya son mayores	<ul style="list-style-type: none">» Cobertura dental» Psicología» Amplios planes de prevención
Viajas a menudo al extranjero	<ul style="list-style-type: none">» Asistencia sanitaria en viaje» Cobertura de reembolso en el extranjero

Utilizas los recursos digitales	<ul style="list-style-type: none"> » Contratación en línea (<i>on line</i>) » Realización de trámites en línea » Posibilidad de tener tu tarjeta digital
Te preocupa tu salud	<ul style="list-style-type: none"> » Planes de prevención » Cobertura en el extranjero en caso de enfermedad grave » Asistencia médica en accidentes de tráfico y laborales
En todos los casos	<ul style="list-style-type: none"> » Períodos de carencia aplicados » Posibles exclusiones o restricciones en las coberturas » Compromiso de no anulación de la póliza según el uso de la misma » Cobertura completa según tus necesidades

Capítulo 8

El ABC de los seguros

Para finalizar, aquí tienes un breve diccionario con algunos de los conceptos que han ido desfilando por estas páginas y algunos otros que no lo han hecho pero te vas a encontrar seguro cuando te informes sobre los diferentes tipos de seguros de salud. De nada. Para eso estamos.

- » **Accidente:** percance ajeno a la voluntad o intención del asegurado en que este sufre algún tipo de lesión por un hecho repentino y fortuito. Se entiende que este accidente tiene lugar estando vigente la póliza.
- » **Aceptación:** mediante este acto la entidad aseguradora asume la cobertura de un riesgo.
- » **Actuario:** perito que trabaja en las compañías para asesorarlas mediante cálculos matemáticos y conocimientos estadísticos, jurídicos y financieros sobre los riesgos de enfermar y sus costes.
- » **Adhesión:** mediante este acto el asegurado se compromete a acatar las normas fijadas en el contrato.

- » **Agente de seguros:** persona física o jurídica que media en una operación de seguros. Hablamos de **agente afecto** cuando está vinculado a una entidad concreta.
- » **Agravación de un riesgo:** cuando aumenta un riesgo cubierto por una póliza, por circunstancias ajenas al asegurado. Este debe comunicar dicho cambio a la compañía, para que decida si modifica las condiciones del contrato o lo da por finalizado.
- » **Alta médica:** situación en que el médico le certifica a un paciente que puede volver a sus actividades cotidianas.
- » **Anexo:** suplemento que se añade a un contrato de seguro para modificar o perfeccionar alguna de sus condiciones.
- » **Anticipo:** importe mínimo de la indemnización que el asegurador abona al asegurado en un plazo de cuarenta días desde que recibe la declaración de siniestro, a cuenta del importe final.
- » **Anualidad:** período de doce meses naturales en los que es vigente una póliza, con posibilidad de prorrogarla automáticamente.
- » **Anulación:** rescisión de una póliza, atendiendo a alguna condición fijada en el contrato, a un acuerdo bilateral entre las partes o a una decisión unilateral, siempre que haya habido un preaviso.
- » **Asegurado:** persona o personas físicas (en este caso, tú o toda tu familia) cubiertas por un seguro. En defecto del tomador, asume las obligaciones y los derechos contemplados por el contrato. El tomador es la persona que firma la póliza, pero te lo explicaré mejor cuando lleguemos a la letra T. Que se note que esto es un diccionario...

- » **Asegurador:** persona jurídica (o sea, una empresa) que asume la cobertura de un riesgo ajeno a través de un contrato de seguro que establece determinadas indemnizaciones y servicios en caso de siniestro.
- » **Asistencia:** acción de prestar ayuda, en el caso de los seguros de salud, a través de un profesional sanitario legalmente habilitado para ello.
- » **Aviso de rescisión:** cuando una de las partes contratantes le comunica a la otra su decisión de dejar la póliza sin efecto, dentro de un plazo establecido.
- » **Aviso de siniestro:** notificación mediante la cual el asegurado informa a su compañía de que uno de los percances cubierto por la póliza ha tenido lugar. La comunicación también debe hacerse en un plazo determinado, de forma fehaciente y por el canal establecido.
- » **Bases técnicas:** es el estudio realizado por el actuario a partir de estadísticas para determinar el coste de la prima que debe pagar el asegurado.
- » **Beneficiario:** persona designada en la póliza por el contratante como el titular del derecho a percibir las prestaciones y beneficiarse de los servicios especificados en la misma en caso de riesgo o percance. **Asegurado, tomador y beneficiario** pueden ser la misma persona, o bien personas distintas.
- » **Bonificación:** descuento en la prima de un seguro que se suele otorgar cuando se reduce el riesgo cubierto por una póliza concreta.
- » **Capital asegurado:** valor que el tomador de un seguro atribuye a los bienes que asegura. Determina la cantidad máxima que la compañía abonará en caso de siniestro.

- » **Carencia:** período fijado desde la fecha de entrada en efecto de la póliza, durante el cual el asegurado no quedará cubierto por algunas de las garantías incluidas en el contrato, de manera total o parcial. Se suele estipular en seguros de vida, enfermedad o salud de una dolencia que haya sido ocultada por el asegurado.
- » **Caso fortuito:** cualquier percance que ocurre sin posibilidad alguna de ser previsto con antelación, ajeno a la voluntad de la persona que lo sufre.
- » **Cesión de cartera:** cuando una entidad aseguradora le cede a otra una parte de sus pólizas. La nueva compañía (cesionaria) asume los derechos y obligaciones que la anterior compañía (cedente) tenía suscritas.
- » **Cláusula:** pacto que figura en el listado de condiciones de un contrato de seguros, fijando alguna norma o condición en la relación entre asegurador y asegurado. Modifica y añade información a lo establecido en la póliza.
- » **Coaseguro:** seguro en el que participan dos o más compañías aseguradoras, que cubren un mismo riesgo. Como suelen pactarse en casos en los que el riesgo a cubrir es muy grande y no puede ser asumido por una sola entidad, no te preocupes que no lo vas a necesitar...
- » **Coberturas:** todos los servicios y prestaciones sanitarias a los que tiene derecho el beneficiario o tomador del seguro.
- » **Comisión:** remuneración que recibe el agente de seguros de manos de una compañía para la cual ha conseguido suscribir una nueva póliza. Suele ser un porcentaje sobre la cantidad pactada.

- » **Comisión liquidadora:** organismo público creado en 1986 que estudia los casos de entidades de seguros intervenidas por el Estado que deben ser liquidadas.
- » **Compañía de seguros:** entidad dedicada al seguro privado de determinados bienes (al final, la salud es el bien máspreciado). Como empresa se diferencia de la mutualidad porque está obligada a repartir dividendos entre sus accionistas y por el grado de responsabilidad que asumen los contratantes de las pólizas.
- » **Condiciones especiales:** son aquellas que matizan o completan las condiciones generales o particulares, que te voy a explicar ahora.
- » **Condiciones generales:** principios establecidos entre las dos partes de una póliza, determinando su extensión, el objeto asegurado, los riesgos que no quedan cubiertos, la forma de pago cuando haya un percance...
- » **Condiciones particulares:** aquellas que se refieren a cada situación individual, según las circunstancias concretas de cada asegurado. No olvides nunca que estamos hablando de ti.
- » **Consentimiento:** cuando las partes aseguran actuar libre y voluntariamente a la hora de suscribir una póliza. Si no, o si se ha firmado mediante algún engaño o por error, esta no tiene validez.
- » **Consorcio de aseguradoras:** conjunto de entidades aseguradoras que han establecido un convenio de coaseguros, para poder asumir riesgos que les sería imposible asumir por separado. Ya sabes, la unión hace la fuerza.

- » **Consortio de compensación:** entidad aseguradora dependiente de la Dirección General de Seguros, actualmente integrada en el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (aunque seguro que te suena más cuando era de Economía y Hacienda). Se dedica a cubrir riesgos extraordinarios, como por ejemplo los derivados de actos de terrorismo.
- » **Contenido:** en una póliza de hogar multirriesgo se refiere al mobiliario y enseres que se encuentran dentro de una vivienda.
- » **Continente:** en esa misma póliza de hogar multirriesgo, se refiere al inmueble destinado a vivienda que queda cubierto por el seguro.
- » **Contrato de seguro:** contrato formalizado mediante un documento, la póliza, que establece las condiciones de la relación entre asegurador y asegurado. La entidad aseguradora, a cambio del cobro de una prima, se compromete a indemnizar y cubrir determinados daños que pueda sufrir el asegurado dentro de unos límites económicos y temporales.

Para ser válido, el derecho civil establece que un contrato de seguro debe ser suscrito libremente entre contratantes con capacidad legal, debe asegurar un objeto cierto (que exista o vaya a existir en el futuro, como sería el caso de una cosecha o un bebé) y la causa de su obligación debe ser lícita (¿se te ocurre algo más lícito que asegurar la cobertura de salud de tu familia?).

- » **Corredor de seguros:** persona física o jurídica que interviene como mediador en la contratación de seguros privados, independiente de una entidad concreta del sector. Al no vincularse a ninguna, se compromete a ofrecer información imparcial y asesoramiento sobre las diferentes ofertas en el mercado.

- » **Daño:** perjuicio sufrido en la propia persona o en los bienes de dicha persona a causa de un siniestro.
- » **Declaración de siniestro:** el documento que cumplimenta un asegurado y que notifica al asegurador que ha tenido lugar un percance cubierto por el seguro.
- » **Dirección General de Seguros:** organismo que actualmente depende del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. Se encarga del fomento y el control del sector asegurador en España.
- » **Dolo:** es un término del derecho civil que se aplica cuando alguien actúa de manera fraudulenta o engañosa para conseguir suscribir un contrato o la cobertura de una prestación asegurada a la que no tendría derecho (es decir, si una de las partes oculta una información importante). En derecho penal se utiliza cuando ha habido voluntad de cometer un delito.
- » **Duración del seguro:** plazo de vigencia de la cobertura de una póliza, entre la fecha de efecto inicial y la fecha de vencimiento. Suele ser de un año prorrogable por otros períodos anuales hasta el 31 de diciembre, si no se indica lo contrario.
- » **Edad actuarial:** es la edad de la persona asegurada. Como referencia se suele elegir la edad del cumpleaños más próximo a la suscripción de la póliza, ya sea el anterior o el próximo. Si te falta un mes para cumplir los 30, esa es la edad que vas a tener para la compañía. No la vas a poder esconder...
- » **Efecto del seguro:** momento en que se inicia la cobertura de una póliza y todas sus garantías son efectivas. Normalmente coincide con la fecha de suscripción, aunque en algunos casos se establece un efecto diferido (en una fecha posterior a la firma, como pasa en las carencias) o incluso retroactivo (en una fecha anterior).

- » **Emisión:** acto mediante el cual se suscribe una póliza o contrato de seguro.
- » **Enfermedad profesional:** enfermedad contraída a causa de determinados trabajos, por las condiciones de la actividad o del lugar donde se desarrolla.
- » **Extinción del seguro:** finalización de los efectos del seguro.
- » **Extorno de prima:** cantidad abonada por el asegurado en concepto de prima que debe ser devuelta por la aseguradora porque alguna circunstancia externa obliga a rescindir el contrato.
- » **Fraccionamiento de prima:** cuando la compañía aseguradora le ofrece al asegurado la posibilidad de pagar la prima anual a plazos, normalmente mensuales o trimestrales. Es más habitual en seguros de salud que en otros seguros (de coche, de vida) que se suelen abonar una vez al año.
- » **Franquicia:** parte del daño que debe cubrir el asegurado por su cuenta. Es una cantidad o un porcentaje del total que queda establecida en la póliza a cambio de un descuento en la prima. Si el coste de un siniestro es inferior a la cantidad pactada en la franquicia, el asegurado pagará todos los gastos.
- » **Fuerza mayor:** suceso imprevisto o inevitable que ocasiona unos daños que no pueden quedar cubiertos por una póliza.
- » **Garantía:** compromiso de la aseguradora de asumir el coste de un siniestro, según el límite máximo fijado en la póliza. Garantía y cobertura vienen a ser lo mismo.

» **Imprudencia:** cuando el asegurado actúa de manera negligente, o incluso delictiva, la compañía no está obligada a indemnizarle por el siniestro que dicha actuación haya provocado (por ejemplo, conducir borracho).

» **Incapacidad:** limitación para trabajar provocada por algún defecto físico permanente que ha sido consecuencia de un siniestro cubierto en el seguro.

Distinguimos entre la incapacidad permanente para todo trabajo, la incapacidad permanente parcial para la profesión habitual (se pueden seguir desarrollando otras tareas en el mismo lugar de trabajo) o la incapacidad permanente absoluta para la profesión habitual (si es posible dedicarse a otras profesiones).

» **Incapacidad temporal:** situación de un asegurado que ha sufrido una lesión en un accidente cubierto por la póliza y que se mantiene únicamente durante un período de tiempo limitado.

» **Indemnización:** compensación o prestación económica mediante la cual una compañía de seguros intenta reparar un daño sufrido por el asegurado, según los límites fijados en la póliza. Supone la contraprestación al pago de las primas por parte del asegurado. Puede concretarse de dos maneras: un abono de dinero o la sustitución de los bienes dañados por otros de un valor que no puede ser superior al que tenían aquellos inicialmente.

» **Indisputabilidad:** cuando se determina que los datos omitidos por el asegurado durante la formalización de una póliza no le impedirán recibir la indemnización que le corresponda, a no ser que el asegurado actúe de mala fe.

- » **Inexactitud:** cuando el asegurado o tomador no ha sido veraz en la comunicación de su situación ni en las condiciones reales del riesgo cubierto. Si se demuestra, la aseguradora puede rescindir el contrato de forma unilateral.
- » **Infraseguro:** se produce cuando el valor del objeto declarado por el asegurado en la póliza es inferior a su valor real. Es importante tenerlo en cuenta, porque esto influye en la indemnización correspondiente.
- » **Invalidez:** incapacidad de un trabajador por enfermedad o accidente.
- » **Liquidación de siniestro:** mediante este acto se calculan las consecuencias económicas de un percance y se abonan las cantidades que correspondan según la póliza suscrita.
- » **Mala fe:** conducta fraudulenta o engañosa de una de las partes, para restar derechos a la otra o esquivar una obligación. Puede ser causa de rescisión del contrato.
- » **Negligencia:** actuación descuidada de una persona que puede causar perjuicios a sí misma o bien a terceros.
- » **Notificación:** también llamada “parte”, es la comunicación del asegurado a su aseguradora de cualquier siniestro que pueda ocurrir y que esté cubierto por la póliza.

Es una obligación del asegurado ponerlo en conocimiento después de ser consciente del mismo. El máximo legal es de siete días desde que ocurre el percance, un límite que puede ser ampliado en la póliza y que si no se cumple conlleva la pérdida de derechos.

- » **Pago de indemnización:** el asegurador está obligado a resarcir al asegurado de los efectos de un siniestro. Para ello, abona la cantidad que valore el perito, siempre dentro de los límites fijados en la póliza.
- » **Pago de primas:** el asegurado está obligado a abonar la prima para que el contrato sea efectivo. Si hay un impago en la primera prima, la entidad aseguradora puede rescindir el contrato o exigirla, sin cubrir los siniestros que tengan lugar antes de que sea abonada.

Si hay un impago en la segunda prima o posteriores, se suele conceder un mes de margen desde la fecha de vencimiento. Si pasado ese período de gracia el asegurado sigue sin pagar, la compañía puede suspender la cobertura o reclamar el pago.

Si la vigencia de una póliza es por anualidades prorrogables, como es habitual, el asegurado debe comunicar a la aseguradora que quiere rescindir el contrato dos meses antes del vencimiento. Si no, tendrá que pagar las primas de la siguiente anualidad. O sea, que no puedes despistarte...

- » **Perfección del contrato:** momento en que la póliza ha sido suscrita por ambas partes, asumiendo las condiciones generales y particulares, se ha firmado y han sido abonadas las primeras primas.
- » **Póliza:** documento formalizado entre dos partes para fijar las condiciones de un contrato de seguro.
- » **Prescripción:** cuando se agota la posibilidad de ejercer o reclamar nuestros derechos al cabo de un período de tiempo determinado (por ejemplo, si no estamos de acuerdo con la indemnización abonada).

Según la Ley de Contratos de Seguros, las acciones derivadas de un contrato de seguro tienen un plazo de prescripción de dos años para los seguros de daños a cosas y de cinco años para los de daños a personas.

- » **Prima:** cantidad que debe pagar el asegurado a cambio de quedar cubierto ante determinados riesgos. Esta cantidad depende de cuestiones como lo probable que sea ese riesgo o la duración del seguro. En la prima, además de la parte destinada a cubrir siniestros, se incluye una cantidad destinada a los gastos de administración de la empresa (prima comercial) y una parte correspondiente a los impuestos.
- » **Proposición:** es un documento elaborado por la aseguradora a partir de la solicitud del asegurado en el que se especifican las condiciones que tendría la cobertura. Es el equivalente a un presupuesto o al borrador del contrato.
- » **Ramo:** cada uno de los grupos de seguros que comprenden un tipo de riesgos similares (de salud, de automóvil, del hogar...).
- » **Reaseguro:** una entidad cede a otra, que será la reaseguradora, la cobertura de uno o varios riesgos asumidos previamente por la primera compañía. Es una práctica habitual para nivelar y estabilizar las carteras de las diferentes empresas.
- » **Recibo de prima:** documento en el que se detalla uno de los pagos del asegurado, normalmente correspondiente a una mensualidad.
- » **Rescate:** en algunos seguros de vida el tomador puede denunciar el contrato de manera unilateral para que se extinga antes del plazo previsto en la póliza o de que ocurra un siniestro. El derecho de rescate se aplica sobre las cantidades abonadas, no sobre la suma asegurada.

- » **Rescisión:** anulación del contrato en aquellos casos en que alguno de los contratantes cree que no se han respetado sus derechos.

En las condiciones generales se establece cómo se puede rescindir el contrato, tanto si quien lo anula es el asegurador como el asegurado. Después de un siniestro la compañía puede rescindir el seguro, abonando al asegurado la parte de primas no consumidas. Si hablamos de seguros de salud, está claro que un siniestro no es motivo para cancelar una póliza.

- » **Riesgo:** probabilidad de que ocurra un daño y que pasa a quedar cubierto en un seguro por una indemnización en caso de que finalmente tenga lugar.
- » **Seguro:** contrato por el cual una entidad aseguradora se compromete, a cambio del pago de una prima, a abonar una indemnización a la persona asegurada o beneficiaria después de haber sufrido daños en su persona o en su patrimonio por un percance.
- » **Seguro de accidentes:** cubre al asegurado en caso de muerte o incapacidad por un siniestro.
- » **Seguro de asistencia:** cubre al asegurado por servicios médicos o quirúrgicos en caso de enfermedad o lesiones, según las especialidades y límites previstos. En un seguro asistencial no se contemplan indemnizaciones económicas en sustitución de los servicios que se deban prestar.
- » **Seguro de decesos:** cubre los gastos del entierro del asegurado o de los familiares incluidos en la póliza.
- » **Siniestralidad:** conjunto de siniestros que han tenido lugar a lo largo de un tiempo determinado en un grupo de pólizas.

- » **Siniestro:** es el riesgo previsto y cubierto por las condiciones de una póliza de seguro que acaba haciéndose realidad y da lugar a una serie de obligaciones por parte del asegurador, ya sea mediante el pago de una indemnización o una sustitución de bienes dañados.
- » **Solicitud del seguro:** documento en que el futuro cliente le pide a una aseguradora la contratación de un seguro, especificando el riesgo que quiere dejar cubierto con todos los datos necesarios para que la compañía calcule el precio y las condiciones.
- » **Suplemento de póliza:** como decía unas cuantas letras más arriba, en la A de “anexo” concretamente, es un documento complementario a una póliza que contiene detalles específicos o modificaciones de las condiciones generales.
- » **Supraseguro:** cuando el asegurado, al suscribir la póliza, valora el objeto asegurado por encima de su valor real. En caso de siniestro, la aseguradora solo pagará la cantidad equivalente a ese valor real antes del percance, aunque el capital asegurado sea superior. Por tanto, hay que calcular muy bien antes de firmar.
- » **Suspensión de garantía:** situación en que dejan de ser efectivas las garantías contratadas en la póliza, ya sean todas o solo algunas. Normalmente tiene que ver con el impago de la prima. Es una suspensión temporal, puesto que si fuera definitiva implicaría la extinción del contrato.
- » **Tomador del seguro:** persona que suscribe el contrato de seguro con la compañía. Firma la póliza y, mientras no se indique un beneficiario o asegurado que sea otra persona, adquiere los derechos y obligaciones derivados de ella.

- » **UNESPA:** asociación que agrupa a los aseguradores españoles y que defiende los intereses del sector.
- » **Vencimiento del seguro:** finalización de la vigencia del contrato de seguro en aplicación de algunas de las condiciones fijadas en el mismo, normalmente porque se cumple el plazo establecido.
- » **Vigencia del seguro:** período durante el que es aplicable el contrato de seguro y las condiciones estipuladas. Tan solo en algunas circunstancias especiales, como el impago, un contrato puede quedar temporalmente en suspenso.

Capítulo 9

Las diez ventajas de un seguro de salud

- 1.** Especialización: puedes acudir directamente a los médicos especialistas. De esta manera, tienes cubierto cualquier problema de salud y te evitas preocupaciones.
- 2.** Agilidad: se acabaron las listas de espera. Vas a gozar de atención personalizada y sin perder tiempo.
- 3.** Flexibilidad: tendrás libertad de elección de médico. Con un seguro de salud dispones de flexibilidad para elegir al profesional que te merezca más confianza.
- 4.** Innovación: en los centros privados encontrarás las más modernas tecnologías al servicio de tu salud.
- 5.** Prevención: un seguro de salud también es la mejor alternativa para prevenir posibles males mientras estamos sanos, no solo para curarnos cuando estamos enfermos.

- 6.** Facilidad: podrás realizar cómodamente todo tipo de gestiones (peticiones de cita, autorizaciones de pruebas, consultas al servicio de atención al cliente...), en línea, en las sucursales de la aseguradora o por teléfono.
- 7.** Profesionalidad: sin desmerecer a los profesionales de la sanidad pública, los más prestigiosos suelen trabajar también (o únicamente) en la sanidad privada. Serás atendido por los mejores médicos.
- 8.** Podrás solicitar una segunda opinión médica siempre que lo consideres conveniente. Ya lo sabes: ¡con la salud no se juega!
- 9.** Globalidad: serás atendido en tu propio idioma cuando estés de viaje en cualquier lugar del mundo y además todas las gestiones necesarias (hotel, gastos de repatriación...) quedarán cubiertas.
- 10.** Confianza: podrás confiar plenamente en una aseguradora que estará a tu lado en los momentos más difíciles.

¡Comprende el mundo de los seguros de salud!

Si quieres conocer al detalle las coberturas, servicios y herramientas que un seguro de salud privado ofrece, necesitas este libro. Te lo contamos de la forma más sencilla y transparente.

Abre el libro y encontrarás...

- El ABC de los seguros de salud
- Una visión clara de qué ofrece el sector
- Claves para contratar el seguro que más se ajuste a tus necesidades

www.dummies.es

www.dkvseguros.com

@ParaDummies



para
dummies