

¿QUE SON LOS SEGUROS PRIVADOS DE SALUD?

Los seguros privados de salud son **contratos** firmados entre las compañías aseguradoras y los ciudadanos cuyo objeto es proporcionar **asistencia médica sanitaria** a cambio de una **prima** o cuota.

CARACTERISTICAS

Los contratos privados destinados a la asistencia médica contienen una **póliza** mediante la que se recogen las coberturas médicas contratadas. Sus principales características son:

- **Flexibilidad** para elegir al profesional sanitario dentro de sus cuadros médicos, destacando la posibilidad de acudir al médico especialista sin acudir previamente al médico de cabecera.
- La **rapidez** que proporciona en la atención, con consultas más inmediatas y tiempos de espera reducidos en salas de urgencia dada la menor afluencia.
- La disposición de centros y hospitales privados que proporcionan una mayor **privacidad** a sus asegurados.
- La cobertura de servicios excluidos de la sanidad pública como el **dentista**.
- Cobertura en el **extranjero**, que incluyen la mayoría de seguros.

INFORMACU ARAGON



Lasierra Purroy 8-10, 1º
50007 Zaragoza



976 25 49 98



informacu@gmail.com

SEGUROS PRIVADOS DE SALUD





MODALIDADES

SEGUROS DE ASISTENCIA SANITARIA O DE CUADROS MÉDICOS:

Esta modalidad es la más contratada en España y puede realizarse con o sin copago. El asegurado podrá acceder en estos casos a todos los servicios contratados dentro del cuadro médico de la aseguradora tanto primaria como especializada, incluyendo cirugías, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas, hospitalizaciones, consultas en los centros de la aseguradora.

SEGUROS DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS:

En esta modalidad el asegurado puede elegir al médico u hospital que prefiera, anticipando de su bolsillo los gastos. Posteriormente remite la factura a la compañía, la que reembolsa el gasto total o parcialmente dependiendo de la póliza establecida. Puede contratarse de forma mixta, es decir, con el cuadro médico de la compañía y de reembolso o puramente de reembolso.

SEGUROS DE INDEMNIZACIÓN O SUBSIDIO:

El asegurado en este caso recibe una compensación económica, indemnización o subsidio en caso de estar ingresado en el hospital, de causar baja laboral

FACTORES Y RIESGOS A TENER EN CUENTA ANTES DE CONTRATAR

- Las **preexistencias**: son las enfermedades o patologías que el asegurado tenga previamente a la contratación del seguro. Las aseguradoras suelen solicitar exámenes médicos y en caso de existir determinados tipos de enfermedades pueden no causar cobertura sobre las mismas o incrementar la prima del seguro.

- Las **carencias**: es el tiempo en el que el asegurado, una vez contratado el seguro, no puede utilizar los servicios contratados. La finalidad de este periodo es que no se contraten seguros para hacerse pruebas médicas u operaciones y luego

-El **copago**: las compañías de seguro ofrecen esta modalidad mediante la que el asegurado paga una cantidad pequeña cada vez que utilice el seguro médico y a cambio la prima mensual que paga es mucho menor.

- La **franquicia**: al igual que en el copago, el asegurado se tiene que hacer cargo de una cantidad ante un tratamiento, por ejemplo el asegurado paga los primeros 50 euros y del resto se hace cargo la aseguradora. Los seguros dentales suelen contar con esta modalidad.

- El **cuadro médico**: es muy importante conocer cuáles son los profesionales que ofrecen las compañías, así como sus centros hospitalarios.

- La **prima y las coberturas**: así mismo es necesario comparar los precios con las diferentes compañías, teniendo en cuenta que siempre varía dependiendo de las coberturas contratadas.



VIAS DE RECLAMACION

ATENCION AL CLIENTE Y DEFENSOR DEL ASEGURADO

Todas las aseguradoras tienen la obligación de tener a disposición del asegurado un servicio de atención al cliente y deben de responder en el plazo de dos meses.

SERVICIO DE RECLAMACIONES DE LA DIRECCION GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES

Su misión es resolver conflictos derivados de la actuación de las compañías aseguradoras mediante procedimientos extrajudiciales de protección de los derechos de los ciudadanos de carácter gratuito. Su plazo de resolución para los consumidores es de 90 días y sus decisiones no poseen carácter vinculante.

ASOCIACIONES DE CONSUMIDORES

Las asociaciones de consumidores se encargarán de informarte, ayudarte en la mediación con la entidad aseguradora, asesorándote y presentando tus reclamaciones o arbitrajes.

ARBITRAJE

El arbitraje es una vía gratuita, rápida y eficaz. En caso de que la compañía acepte el arbitraje o esté adherida al sistema arbitral de consumo, la decisión de la Junta Arbitral (laudo arbitral) es de obligado cumplimiento. Pudiendo solicitar su ejecución ante los Juzgados de Primera Instancia.

VIA JUDICIAL

En este caso resolverán los Jueces y Tribunales del domicilio del asegurado, quién deberá presentar la demanda correspondiente. Este procedimiento es más lento y costoso.