

<p>¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública?</p>	<p>Distribuidores (Agencia Administrativa Comercializadora de Seguros)</p>
<p>Nombre completo (del particular o de la institución representada)</p>	<p>[CONFIDENCIAL]</p>
<p>¿Desea hacer público su nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?</p>	<p>Confidencial</p>
<p>1. Identifique y valore los factores que, a su juicio, son determinantes para los consumidores para elegir un seguro de asistencia sanitaria (precio, coberturas y copagos, especialidades médicas, instalaciones y centros sanitarios, cuadro médico, calidad del servicio, etc.) (máximo 500 palabras).</p>	<p>Por norma general, los Consumidores en la zona de Marbella suelen tener en cuenta los Centros Concertados con la Aseguradora a la hora de contratar un seguro de salud. A la gran mayoría les interesan coberturas amplias sin copagos, a un precio relativamente asequible para digamos personas con un poder adquisitivo medio-alto.</p>

2. Valore la claridad y comparabilidad entre distintas ofertas de seguros de la información precontractual (alcance, duración, cuadro médico, etc.) contenida en las pólizas de seguro de asistencia sanitaria (máximo 500 palabras).

Con relación a la oferta de Generali Seguros, pensamos que la información precontractual es bastante clara e informativa. El documento que se genera incluye los límites de reembolso aplicables (si lo fueran) para cada prestación. Se informa al cliente potencial de la duración y condiciones del contrato, así como del alcance de las prestaciones (en el caso del producto más popular: "Salud Total", alcance en Centros Concertados de ámbito Nacional y reembolso internacional).

En cuanto a la comparabilidad entre distintas ofertas, es cierto que cuando presentan proyectos de la competencia, no siempre es fácil comparar las prestaciones incluidas ni los límites establecidos para ellas. La mayoría, tampoco incluye un listado de Centros Concertados, por lo que se ha de dirigir al cliente a las webs comerciales de la Aseguradora en caso de que quieran consultar el cuadro médico más detenidamente.

3. Valore la claridad y comparabilidad entre distintas ofertas de seguros de la información contractual (coste, alcance, duración, cuadro médico, cobertura de servicios sanitarios, etc.) contenida en las pólizas de seguro de asistencia sanitaria (máximo 500 palabras).

Igual que la pregunta anterior, en el caso de Generali Seguros, la póliza y el proyecto son prácticamente iguales.

Se repite el hecho de que el contrato en sí no incluye listado de los centros concertados ni del cuadro médico, dirigiendo al Asegurado a las webs comerciales o a la App de Generali Seguros.

4. Valore el efecto que la comercialización cruzada (venta del seguro de asistencia sanitaria junto con otras pólizas de seguro u otros productos) del seguro de asistencia sanitaria con otros ramos de seguro tiene sobre la claridad y comparabilidad del coste efectivo y las condiciones de las pólizas de seguros sanitarios (máximo 500 palabras).

No realizamos comercialización cruzada del seguro de asistencia sanitaria con otros ramos.
El seguro de salud se suele contratar por necesidades del Asegurado o por recomendación de externos.

5. Valore si existen restricciones injustificadas o desproporcionadas en la normativa aplicable en cuanto a la contratación del seguro de asistencia sanitaria y, además, indique si a su juicio existen aspectos a mejorar en dicha normativa, en particular en lo que respecta a la protección del asegurado (máximo 500 palabras).

Por lo general, la contratación con Generali funciona bien. Si es cierto que se pueden dar casos en los cuales tras realizar el cuestionario de salud, se apliquen exclusiones - aunque estas siempre están claramente indicadas en el proyecto y el Asegurado informado de las mismas antes de la contratación.
Por otra parte, para pólizas existentes, parece haber un problema de comunicación entre Hospitales y Aseguradora a la hora de dar de alta en póliza a un recién nacido. Entendemos que cuando un bebé nace "dentro de póliza" y ha sido atendido por un Centro Concertado, se debería facilitar a la Madre del recién nacido la información necesaria para realizar el alta del nuevo asegurado. Pensamos que esto debería ser una norma general para los Centros Sanitarios Concertados.

6. Valore la aplicación del rechazo (decisión que, en base a las normas de la póliza, adopta la compañía aseguradora, en virtud de la cual no acepta el pago de un siniestro) de siniestros o enfermedades por parte de las compañías de seguros (máximo 500 palabras).

En nuestra experiencia, la mayor parte de los rechuses están justificados. La gran mayoría de ellos son por preexistencia o por falta de informes médicos.

Si bien, hay ocasiones en las cuales una intervención es realizada que puede cruzarse con la medicina estética, que suele ser rehusada automáticamente. Sin embargo, hay ocasiones en las cuales una intervención de este tipo, es necesaria. Ejemplo es un caso que se nos presentó, en el cual el Asegurado recibe un golpe fuerte en la cara, con ruptura de tabique nasal, a lo que el médico que le atiende recomienda una rinoplastia. Al tratarse de una intervención que suele ser exclusivamente por estética, la Aseguradora lo rehusa.

Pensamos que en casos de este tipo, se debe tener en cuenta que pueda haber cruces.

Por norma general, la aplicación del rechazo de siniestros es correcta.

7. Valore el efecto sobre pólizas de asistencia sanitaria en vigor de la incorporación por parte de las compañías aseguradoras de nuevos tratamientos, técnicas o especialidades de práctica habitual, que no estuvieran disponibles en la fecha de firma de la póliza en cuestión (máximo 500 palabras).

La incorporación de nuevas prestaciones suele estar conectada a la creación de un producto nuevo de Seguro de Salud.

Tenemos Asegurados con contratos "históricos" (entiéndase de hace 20 años), que por ejemplo no tienen incluidas como prestaciones la diálisis o las prótesis, y estas prestaciones sí se incluyen en los contratos más actuales.

En este sentido, la actualización de las pólizas debería ser más fácil y clara, pudiendo realizar nuevas contrataciones a antiguos asegurados sin que fuera una traba o un proceso largo que puede perjudicar el acceso de las prestaciones del asegurado.

8. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).

9. Valore el grado de competencia existente entre las compañías de seguros de asistencia sanitaria en España y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).

En la actualidad, la fusión "Generali" - "Sanitas" ha causado problemas logísticos a los proveedores de servicios, dificultando la asistencia y la accesibilidad a información importante a la hora de prestar el servicio al cliente.

10. Valore si existen barreras de entrada (obstáculos desproporcionados o injustificados) en la regulación actual para aquellos operadores nuevos que quieran entrar en el mercado asegurador de asistencia sanitaria, y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).

Lo desconocemos, no es de nuestra competencia.

11. Valore el coste, limitaciones y dificultad de cambiar de un seguro de asistencia sanitaria a otro seguro de otra compañía (máximo 500 palabras).

Cambiar de una compañía a otra no suele ser de gran dificultad, siempre y cuando el Cliente facilite la información correcta (póliza anterior, recibo pagado) y realice el cuestionario médico. Se ha de tener en cuenta la fecha de efecto de los contratos para que no haya un período sin coberturas.

12. Valore si existen diferencias significativas entre las tarifas de los seguros de asistencia sanitaria de las distintas compañías aseguradoras. En caso de existir diferencias significativas, explique, a su juicio, a qué se podrían deber (máximo 500 palabras).

Sí existen diferencias significativas entre las tarifas. Antes de la fusión "Generali - Sanitas", el producto de Salud Total era muy competitivo, considerado de gama alta en cuanto a seguros de salud, ya que incluye reembolsos internacionales y no tiene copago. El coste algo más elevado en las primas era fácilmente justificable debido al servicio adicional que no tienen todas las compañías aseguradoras. Los seguros más asequibles entendemos pueden tener copagos o un cuadro médico más reducido.

13. Valore si, a su juicio, existen diferencias significativas para los consumidores entre las condiciones del servicio (cobertura, instalaciones sanitarias, servicios sanitarios, etc.) ofrecidos por las distintas compañías aseguradoras en sus seguros de asistencia sanitaria (máximo 500 palabras).

No, entendemos que la mayor parte del mercado de seguros en la Costa del Sol tiene los mismos proveedores de servicios de asistencia sanitaria.

14. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).

15. Valore el grado de competencia existente entre los distintos centros de salud y grupos hospitalarios que prestan servicios de asistencia sanitaria a pacientes con un seguro de asistencia sanitaria en España, y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).

Varios Asegurados han destapado una práctica de los Centros de Salud y Hospitales Concertados que a nuestro parecer no debería realizarse. Concieme a las citas médicas; si un Asegurado presenta su tarjeta de salud de seguro privado para solicitar una cita, la disponibilidad es menor (con 2-3 meses de espera en algunos casos) que si solicitara la misma cita sin presentar su tarjeta de seguro privado, es decir, si acude como usuario particular.

Desconocemos si esta práctica por parte de los Centros de Salud Concertados se ha extendido por España, pero en la zona de Marbella, nos hemos dado cuenta que se está haciendo de forma continuada y en general. Esto está causando un desagrado por parte de los Asegurados que llegan incluso a comparar la espera con la de la Seguridad Social, cuestionándose si les merece la pena pagar un seguro privado cuando la disponibilidad de citas es prácticamente igual.

16. Valore si existen barreras de entrada (obstáculos desproporcionados o injustificados) para aquellos operadores nuevos que quieran entrar en el mercado de provisión de servicios de asistencia sanitaria para pacientes asegurados a través de centros sanitarios y hospitales privados, y justifique su respuesta (máximo 500 palabras).

No es de nuestra competencia.

17. Indique y valore cuáles son, a su juicio, los factores más importantes para determinar la calidad de los servicios sanitarios, e indique y valore la información necesaria para evaluar dicha calidad. Justifique su respuesta (máximo 500 palabras).

Disponibilidad de citas y la facilidad de comunicación entre el Centro, el Paciente y la Compañía a la hora de solicitar autorizaciones.
Con relación a la disponibilidad de citas, se podría comprobar haciendo un estudio de mercado independiente en el cual se comprueba que no se está perjudicando a los Clientes de las Aseguradoras.

18. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).

19. Valore si a su juicio las relaciones verticales entre compañías aseguradoras y centros de salud/grupos hospitalarios afectan al acceso al mercado de nuevos proveedores de servicios sanitarios (clínicas, hospitales, centro de salud, etc.). Razone su respuesta (máximo 500 palabras).

No es de nuestra competencia.

20. Valore el efecto que tienen las relaciones verticales (integración vertical, contratos de exclusividad, etc.) entre compañías aseguradoras y centros de salud/grupos hospitalarios sobre el cliente final y la prestación de servicios de salud a través de seguros de asistencia sanitaria, respecto a cuestiones tales como la calidad, eficiencia, nivel de competencia, etc. Razone su respuesta (máximo 500 palabras).

No es de nuestra competencia.

21. Describa y valore el funcionamiento de las negociaciones (tarifas, condiciones de prestación del servicio, etc.) entre profesionales sanitarios con las empresas aseguradoras o centros sanitarios/grupos hospitalarios (máximo 500 palabras).

No es de nuestra competencia.

22. Valore el efecto sobre el mercado y los consumidores que tienen las negociaciones entre profesionales sanitarios con las empresas aseguradoras o centros sanitarios/grupos hospitalarios sobre la provisión de servicios de asistencia sanitaria privados incluidos en los seguros de asistencia sanitaria. Justifique su respuesta (máximo 500 palabras).

El mantener a los prestadores de servicios al margen de las negociaciones o de los resultados de las mismas, nos perjudica puesto que no podemos dar un buen servicio si cambian el cuadro médico por ejemplo, y no nos informan.

23. Si lo desea, puede proveer comentarios adicionales a sus respuestas anteriores (máximo 250 palabras).