

# GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS DE SALUD

7 de julio 2016

## **GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN MATERIA DE CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS DE SALUD**

---

### **1. Objeto y alcance de la presente Guía de Buenas Prácticas.**

La presente Guía de Buenas Prácticas en materia de contratación de los seguros de salud se aprobó por los órganos directivos de UNESPA en febrero de 2015, adaptándose su contenido en junio de 2016 a la Ley 20/2015 y Real Decreto 1060/2015, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (RDOSSEAR).

La Guía consta de dos partes. Una primera (Anexo I) que tiene como finalidad principal facilitar a los consumidores la comparación entre las distintas modalidades de los seguros de salud en la fase previa a la contratación (información precontractual). Para la consecución del anterior objetivo, se ha considerado que una medida que permitiría mejorar notablemente la comparabilidad entre estos productos consistiría precisamente en lograr un cierto grado de estandarización, tanto en estructura y formato como en contenidos, en la información que se suministra al potencial cliente con carácter previo a la contratación del producto (nota informativa previa).

En consecuencia, todas aquellas Entidades Aseguradoras que se adhieran a esta Guía de Buenas Prácticas se comprometen a suministrar al potencial tomador, con carácter previo a la contratación del seguro de salud, la nota informativa previa estandarizada que se recoge en el Anexo I de este documento, con la misma estructura, orden y epígrafes. En cuanto al contenido de los epígrafes, se permite una cierta flexibilidad por lo que se refiere a la redacción concreta de cada uno de ellos, siempre y cuando se sigan todos los principios y directrices que en relación a la información mínima a suministrar en cada epígrafe se recogen en la mencionada nota informativa previa estandarizada (todo ello sin perjuicio de que el contenido de alguno o de todos los epígrafes pueda ser todavía más amplio en función de la política de cada Entidad).

La nota informativa previa estandarizada suministrará información sobre todos aquellos aspectos recogidos en el artículo 122 del RDOSSEAR (deber general de información al tomador) y en el artículo 126 del mismo (deber particular de información en los seguros de enfermedad), así como sobre algunos otros aspectos adicionales que sin duda se considera que contribuirán a una mejor comprensión por parte del potencial cliente de las características principales del seguro, contribuyendo así a agilizar la comparabilidad entre los distintos seguros y modalidades.

La segunda parte (Anexo II), es una autorregulación del sector asegurador de salud que se compromete a no oponerse a la prórroga del contrato de seguro con particulares en la modalidad de prestación de asistencia sanitaria con cuadro médico en casos de edad avanzada o enfermedades graves, de acuerdo con las condiciones que se recogen en el citado anexo.

**2. Publicación de las entidades adheridas a la presente Guía de Buenas Prácticas.**

La relación de entidades aseguradoras adheridas a la Guía de Buenas Prácticas en materia de contratación de los seguros de salud figurará permanente actualizada en la página web de UNESPA y será de acceso libre para todos los interesados que deseen consultarla.

**3. Plazo de adaptación a las obligaciones derivadas de la presente Guía de Buenas Prácticas.**

La presente actualización de la Guía de Buenas Prácticas entra en vigor el 7 de julio de 2016. Las Entidades Aseguradoras que voluntariamente se adhieran a la misma se comprometen a suministrar al potencial tomador, con carácter previo a la contratación del seguro de salud, la nota informativa previa estandarizada que se recoge en el Anexo I y el compromiso de no oposición a la prórroga del contrato en las condiciones recogidas en el Anexo II de este documento, a partir de la fecha de su adhesión.

Las entidades que se hubieran adherido a la Guía antes del 7 de julio de 2016 adaptarán el contenido de sus notas informativas estandarizadas lo antes posible y, en cualquier caso, antes del 31 de diciembre de 2016.

**ANEXO I**

<b>NOTA INFORMATIVA PREVIA ESTANDARIZADA PARA LOS SEGUROS DE SALUD (Pólizas individuales y/o familiares)</b>	
1.- Denominación social de la empresa contratante y forma jurídica. Dirección del domicilio social de la entidad y, en su caso, de la sucursal que tenga establecida en España.	
2.- Nombre del producto.	Se elaborará una nota informativa por cada tipo de producto (asistencia sanitaria, reembolso, etc.).
3.- Tipo de seguro	<ul style="list-style-type: none"> <li>· De asistencia sanitaria</li> <li>· De reembolso</li> <li>· Subsidios</li> <li>· Dental</li> </ul> <p>En cada uno de ellos, se informará de las líneas básicas del producto y sus diferencias con las otras modalidades de productos (por ejemplo, si se trata de un producto de reembolso se informará de las diferencias con los productos de asistencia sanitaria).</p>
4.- Cuestionario de Salud.	<p>Se explicará qué es el cuestionario de salud.</p> <p>Se informará de las razones por las que hay que cumplimentar el cuestionario de salud, indicando claramente la necesidad de veracidad en su contenido y de las consecuencias de incurrir en falsedades.</p>
5.- Descripción de las garantías ofrecidas:  5.1.- Garantías	Deberán explicarse detalladamente las garantías que se ofrecen, según la modalidad elegida

5.2.- Garantías accesorias opcionales	En el caso de que se incorporen garantías accesorias opcionales se indicará el importe de la prima correspondiente a cada una de ellas si correspondieran a otro ramo de seguro.
6.- Exclusiones de cobertura	<p>Relación detallada de todas las exclusiones, con independencia de que luego se reproduzcan en la póliza. Atención especial a las exclusiones por preexistencias que deben explicarse de forma clara y precisa.</p> <p>Información precisa de los períodos de carencia si los hubiera.</p>
7.- Forma de cobro de la prestación (sólo para la modalidad de reembolso)	<p>Explicar los porcentajes de prestación cubiertos por la póliza cuando se utilicen medios ajenos a la entidad y la forma y plazos de hacerlos efectivos).</p> <p>También se informará si hay algún tipo de franquicia, copago o limitación global.</p>
8.- Condiciones, plazos y vencimientos de las primas.	
8.1.- Cuestiones generales	Fraccionamiento o no de la prima anual. Recargos de fraccionamiento. Domiciliación de la prima.
8.2.-Comunicación anual del vencimiento de las primas y actualizaciones	<p>Se informará del sistema que se sigue para determinar la prima del año siguiente.</p> <p>Se advertirá de la posibilidad de que los incrementos de prima pueden ser ajenos al IPC general.</p> <p>Se indicará el sistema y plazos de comunicación de la nueva prima, comprometiéndose a dar información suficiente y a explicar los motivos de la subida.</p> <p>Asimismo se informará en su caso, en cada renovación, de las actualizaciones de capitales asegurados, prestaciones y cuadro médico.</p>

<p>8.3.- Tarifas de prima. Identificación de los factores de riesgo a considerar en el cálculo de la prima.</p>	<p>Se identificarán los factores de riesgo objetivos que se tendrán en cuenta para determinar la prima aplicable en las sucesivas renovaciones de la póliza.</p> <p>Para consultar la tarifa completa correspondiente a todos los tramos de edad puede acceder al siguiente enlace: <a href="http://www.entidad.es">www.entidad.es</a>; estando además a disposición del asegurado en las oficinas de la entidad.</p> <p>Las tarifas referidas serán tarifas estándar de contratación (sin aplicación de bonificaciones, descuentos o recargos especiales).</p> <p>La entidad comunicará al tomador la modificación de la estructura de tramos de edad existente en el momento de la contratación.</p>
<p>8.4.- Condiciones de resolución y oposición a la prórroga.</p>	<p>Informar sobre la duración del contrato y su posible renovación tácita, salvo oposición de algunas de las partes. (Para más información ver Anexo II).</p>
<p>8.5.-Derecho de rehabilitación</p>	<p>Existencia o no del derecho de rehabilitación de la póliza y, en su caso, condiciones para su aplicación.</p>
<p>8.6.- Límites y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador</p>	<p>Dentro del cuadro médico de este producto el asegurado podrá elegir libremente el prestador de la asistencia sanitaria entre los concertados para cada especialidad, prueba o acto médico, y acceder a sus servicios con los límites y condiciones establecidos en la póliza y con la autorización previa de la aseguradora en los casos en los que ésta sea requerida.</p> <p>A tal efecto, estará disponible en la web de la entidad el cuadro médico actualizado.</p>
<p>9.- Tributos repercutibles.</p>	<p>Se informará de los tributos que sean repercutibles en cada momento al asegurado (en la actualidad el recargo de liquidación para fines de liquidación del 1,5 por mil de la prima).</p>

10.- Instancias de reclamación.	Informar de la existencia del Defensor del Asegurado, si la Entidad lo tuviera, Departamento de reclamaciones y las posibles instancias para la resolución de conflictos.
11.- Legislación aplicable	Se informará de la legislación aplicable a la póliza (Ley de Contrato de Seguro).
12.- Régimen fiscal	<p>Se informará de la fiscalidad aplicable al asegurado en cada momento. Si las primas no tienen ningún beneficio fiscal en el IRPF se hará constar este extremo (no son gasto deducible ni dan lugar a deducciones en la cuota estatales o autonómicas).</p> <p>También se informará de la fiscalidad de las prestaciones en las modalidades de reembolso (no están sujetas al IRPF).</p>

**ANEXO II****LIMITACIONES A LA OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA POR PARTE DE LAS ENTIDADES  
ASEGURADORAS EN LOS CONTRATOS DE SEGURO CON PARTICULARES EN LA  
MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA CON CUADRO MEDICO EN  
CASOS DE EDAD AVANZADA O ENFERMEDADES GRAVES**

Los contratos de seguro de salud con particulares en la modalidad de prestación de servicios con cuadro médico suelen ser contratos de duración anual que se prorrogan automáticamente por otra anualidad si ninguna de las partes se opone a la misma. Esta posibilidad de oposición a la prórroga es una facultad que las entidades aseguradoras sólo ejercitan excepcionalmente en casos extremos y graves por mal uso de la póliza pero nunca por exceso de siniestralidad o edad. No obstante lo anterior, la entidad aseguradora adherida a la presente Guía no se opondrá a la prórroga del contrato en los supuestos recogidos en este anexo y siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. No oponerse a la prórroga de contratos de seguro que tengan asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en la póliza. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato de las que se enumeran a continuación:
  - Procesos oncológicos activos.
  - Enfermedades cardíacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
  - Trasplante de órganos.
  - Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
  - Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
  - Insuficiencia renal aguda.
  - Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
  - Hepatopatías crónicas (Excluidas las de origen alcohólico).
  - Infarto Agudo de Miocardio con insuficiencia cardíaca.
  - Degeneración macular.
2. No ejercitar oposición a la prórroga respecto de contratos de seguro que tengan asegurados mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la entidad, sin impagos, alcanzara una antigüedad continuada de 5 o más años.
3. Los compromisos anteriores no serán de aplicación o quedarán sin efecto en aquellos supuestos en los que:
  - El asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.
  - Se produjese impago de la prima o negativa a aceptar su actualización por parte del tomador.
4. La renuncia por parte de la compañía a su derecho de oponerse a la continuidad de la póliza requiere de forma inexcusable que el tomador acepte la prima y la participación en el coste de los servicios que le correspondan, y que la aseguradora podrá actualizar periódicamente para adecuarlos a la evolución de los costes del seguro, siempre conforme a criterios actuariales y dentro de los límites de la ley y del contrato.