

Seguros complementarios

Cobertura ante diversas eventualidades

La diferencia de los gastos de salud entre el sistema de previsión y lo que una persona debe financiar son cubiertos por estas pólizas que son contratadas de forma individual o colectiva.

Por: Germán Kreisel

En Chile, poco más de seis millones de personas cuentan con acceso a reembolsos por gastos médicos en caso de tratamiento, accidente o enfermedad a través de los seguros complementarios

de salud, que en su mayoría son contratados por los empleadores y también por particulares.

Estos seguros comienzan a funcionar luego de los reembolsos de los seguros regulares como Fonasa e Isapre, y cuentan con coberturas como consultas médicas, cirugías, procedimientos, salud dental y óptica, entre otros. En esa línea, Patricia Esparza, académica de la Facultad de Ingeniería y Negocios de la **Universidad de Las Américas**, indica que al incorporarse un seguro complementario en el lugar de trabajo o de forma individual, un dato relevante es saber la cobertura y el

tope del seguro contratado.

“Para contratarlo uno se debe fijar en los porcentajes y también en las exclusiones, como, por ejemplo, enfermedades preexistentes y también algunas enfermedades que no están cubiertas por los seguros, o alguna enfermedad que tenga que ver con el sistema de Garantías Explicitas de Salud (GES)”, dice Esparza.

A su vez, conocer los períodos y plazos para gestionar la documentación y presentarla a la compañía de seguros. Pero también, existen otros elementos, como “las vías y canales existentes para el envío de todos los detalles solicitados, que hoy en día, en su mayoría son digitales, por lo tanto, no va a perjudicar el tiempo o costo de oportunidad de una persona”, recomienda la académica de la **UDLA**.

En el caso de que una persona no cuente con este convenio en su empresa u organización donde desempeña su trabajo, también puede contratar una póliza individual. Patricia Esparza de la **UDLA**, señala que “es recomendable contratar un seguro idealmente en los tiempos en que existe mayores ingresos médicos y también, sobre todo si no está trabajando, o está trabajando a honorarios, para poder bajar los costos de salud en caso de requerirlo”.

“Para contratarlo uno se debe fijar en los porcentajes y también en las exclusiones, como, por ejemplo, enfermedades preexistentes y también algunas enfermedades que no están cubiertas por los seguros, o alguna enfermedad que tenga que ver con el sistema de Garantías Explicitas de Salud (GES)”. Patricia Esparza, académica de la Facultad de Ingeniería y Negocios de la **UDLA**.

Principales características

Los seguros complementarios de salud son contratados de forma voluntaria, no sustituyen las coberturas del sistema público o privado de salud ni tampoco cubre las mismas prestaciones necesariamente. Los contratantes deben saber que las pólizas tienen una vigencia definida en el contrato que podrá ser renovado según los requerimientos de la compañía aseguradora.

Otro de los factores importantes es que normalmente la compañía solicitará una declaración de salud previa a la incorporación al seguro. Además, generalmente establece una edad máxima del asegurado para la incorporación y coberturas.

EXCLUSIÓN DE GASTOS MÉDICOS

La Comisión para el Mercado Financiero en su portal de educación, entrega un dato fundamental que todo asegurado debe considerar: normalmente se excluyen gastos médicos a:

- Las actividades o deportes riesgosos, como por ejemplo los deportes extremos, el manejo de

explosivos, los trabajos en altura, etc.; o bien podrían ser aceptados por la compañía aseguradora con un incremento en la prima

- Las enfermedades y condiciones de salud pre-existentes
- Hospitalización para reposo
- Cirugías o tratamientos

estéticos, cosméticos, plásticos o en general con fines de embellecimiento

- Tratamientos por adicciones (droga, tabaquismo, alcoholismo)
- Lesiones o enfermedades causadas por guerra, rebelión, revolución, etc.
- Tratamientos no alópáticos (por ejemplo, homeopatía, irriología, etc.)

