

SEGURO MÉDICO EN LOS PAÍSES BAJOS

Las prestaciones incluidas en el **contrato estándar** las decide el gobierno (por lo tanto, no hay diferencias entre las diferentes compañías aseguradoras) e incluyen **las consultas con el médico de cabecera, los tratamientos en el hospital y las recetas de medicamentos**.

Las empresas de seguros están obligadas a aceptar como clientes a todas las personas que soliciten el contrato estándar. Como éste no incluye a todos los especialistas, **se puede contratar un seguro complementario** para cubrir, por ejemplo, la fisioterapia o el dentista. Este segundo seguro no es obligatorio y se puede contratar con una compañía diferente, pero, en este caso, la compañía de seguros puede rechazar las solicitudes que sólo deseen un seguro complementario.

Los padres y tutores deben asegurar a los niños y los jóvenes hasta los 18 años bien a través de su propio seguro (deben registrarlos) o bien en otra compañía.

Y, ¿qué ocurre con los **estudiantes universitarios**? Existen dos opciones:

1. Algunas aseguradoras neerlandesas ofrecen planes específicos para ellos. Si se opta por uno de ellos, es mejor ponerse en contacto con la compañía para recibir toda la información necesaria.
2. Si el seguro médico del país de origen cubre la asistencia sanitaria en los Países Bajos, los gastos serán reembolsados. Normalmente las universidades organizan sesiones informativas porque la tarjeta sanitaria europea sólo cubre la asistencia médica en hospitales.

En caso de duda, el *Sociale Verzekeringsbank* (1) puede responder sus preguntas.

A la hora de hablar del precio del seguro médico, no podemos ignorar la franquicia **«eigen risico»**, es decir, **la cantidad que corre a cargo de cada asegurado**. Este año la cifra se ha quedado congelada en **358 euros**. La compañía aseguradora empieza a reembolsar los costes sanitarios cuando se supera esta cifra. Aunque las empresas de seguros comunican a sus clientes el importe correspondiente a cada año, el cliente puede aumentarlo. La “ventaja” es que automáticamente se reduce la prima mensual ya que la aseguradora empieza a reembolsar al cliente más tarde. Esta opción puede ser interesante para aquellas personas que normalmente tienen pocos gastos médicos.

La prima mensual es fija, no varía a lo largo del año, y en los seguros estándar se empieza a pagar a partir de los 18 años. **Las personas que tienen ingresos bajos pueden solicitar un subsidio (*Zorgtoeslag*)** para pagar el seguro médico (2). **En caso de estar pasando por dificultades económicas, es importantísimo ponerse en contacto con la compañía aseguradora y negociar un plan de pagos**. Esto evitará muchos problemas a ambas partes. Si la deuda supera los seis meses, la aseguradora informará a la *Centraal Administratie*

Kantoor (CAK) que aumentará la prima al 120% («prima administrativa») y descontará dicho importe del sueldo (o de la prestación que se esté recibiendo). Esta prima no cancela la deuda con la compañía aseguradora, que sigue en pie y hay que pagarla. Mientras exista la deuda, la aseguradora está obligada a garantizar las prestaciones del seguro estándar pero puede anular el complementario. El cliente, por su parte, no podrá rescindir el seguro o cambiar de compañía. Cuando se cancela la deuda, desaparece la prima administrativa y el asegurado es libre de elegir la opción que más le convenga.

A finales de cada año se pueden actualizar las condiciones del seguro médico. Hay que prestar atención a las fechas porque los cambios sólo se pueden hacer una vez al año dentro de los plazos establecidos. En estos meses se puede:

- Actualizar las cláusulas de la póliza.
- Cambiar de compañía,
- Cancelar el seguro viejo (antes del 1 de enero) y contratar uno nuevo (antes del 1 de febrero; con efecto retroactivo).
- Transferir el seguro de una compañía a otra (siempre que el nuevo servicio se contrate antes del 31 de diciembre).

Es obligatorio estar asegurados. El gobierno, a través de la CAK, controla que todas las personas cuenten con un seguro. En caso contrario, enviará avisos, sancionará con multas y en último término, asegurará a la/s persona/s interesada/s por defecto (en la compañía que la CAK elija) y descontará el importe de la prima del sueldo o prestación que esté recibiendo. Si no se cuenta con ingresos regulares, todos los meses la CAK solicitará el pago por medio de un giro. **En el caso de que una persona no asegurada necesite atención médica, todos los gastos correrán por su cuenta** y no hace falta decir que las facturas pueden ser muy elevadas.

Las compañías aseguradoras neerlandesas proporcionan la **tarjeta sanitaria europea** a los ciudadanos comunitarios por defecto. Hay que recordar que no cubre:

- los tratamientos planificados (es decir, cuando desplazarse al extranjero para recibir un tratamiento concreto),
- los costes de clínicas privadas,
- la asistencia médica en cruceros y
- la repatriación.

Dos casos poco frecuentes:

Las personas encarceladas o que se encuentren en un centro de detención tienen que informar lo antes posible a su seguro médico.

Los objetores de conciencia al seguro médico pueden solicitar la exención en el *Sociale Verzekeringsbank* (3).

Los enlaces al Sociale Verzekeringsbank (1 y 3), Zorgtoeslag (2) y Zorgverzekeringslijn los puede encontrar en nuestra sección de la página web Recursos > Salud y Seguro Médico.