

Sete conselhos para escolher melhor apólice de saúde

A "MELHOR" APÓLICE É UM MITO. Cada seguro deve ser analisado segundo as necessidades. Saiba o que é preciso ter em conta antes de subscrever o contrato.

Alexandra Brito
alexandra.brito@economico.pt

O número de portugueses que subscrevem um seguro de saúde continua a aumentar. Até porque novas seguradoras estão a entrar no mercado nacional, com ofertas distintas.

1 Defina a melhor modalidade

Existem seguros de saúde com diversas modalidades: de reembolso, de assistência, ou mistos. Os primeiros referem-se aos casos em que os clientes podem escolher livremente os serviços médicos a que querem recorrer. Neste caso, os segurados pagam e enviam depois os comprovativos de pagamento para a seguradora, que reembolsará o cliente numa determinada percentagem do valor gasto. Em termos médios, os reembolsos das seguradoras variam entre os 80% a 90%. A segunda modalidade de apólice de saúde que existe é a de assistência. Neste caso, a própria seguradora fornece uma rede de serviços médicos à qual os clientes poderão recorrer. O cliente faz apenas o co-pagamento, ficando o resto da factura a cargo da seguradora. A desvantagem deste tipo de apólice tem a ver com o facto de o cliente não ter a totalidade liberdade de escolha sobre onde quer ser atendido. Já a terceira modalidade de seguro de saúde tenta unir o "melhor dos dois mundos", ou seja: a seguradora tem uma rede própria de cuidados médicos mas também permite aos clientes recorrerem a médicos e clínicas fora da rede.

2 Avalie as coberturas básicas

Ao contrário do que acontecia há uns anos, em que o cliente poderia construir uma apólice à medida do seu perfil, actualmente, a generalidade das seguradoras apresenta já pacotes pré-definidos, com apólices desde as mais básicas até às mais completas. São duas as coberturas básicas que as apólices costumam prever: a cobertura de internamento (obrigatória para todos os seguros de saúde) e a de ambulatório (referente às consultas médicas). A especialista da Deco, Mónica Dias, aconselha os consumidores a terem em conta as apólices que prevejam um capital mínimo de internamento de 25.000 euros.

3 Defina as suas prioridades

Quanto maior for o capital segurado e quanto mais coberturas contratar, mais caro será o prémio a pagar pela apólice. Desta forma, terá de encontrar um seguro adequado não só às suas necessidades, em termos de cuidados de saúde, como também ao tamanho da sua carteira. E os preços destas apólices são muito variados. Uma mulher com 30 anos que queira subscrever um seguro de saúde intermédio terá de pagar mensalmente entre os 20 euros e os 44 euros, segundo uma análise feita pelo Diário Económico.

4 Evite coberturas que não lhe serão úteis

Embora a generalidade das apólices seja apresentada aos clientes em pacotes pré-definidos existem algumas coberturas que são opcionais. Mas convém analisá-las com atenção antes de as subscrever, caso contrário elas poderão apenas servir para encarecer a apólice. Não faz sentido uma mulher com 50 anos de idade subscrever a cobertura de parto. Também quem não necessita de óculos e/ou lentes de contacto deverá pensar duas vezes antes de contratar a cobertura de ortoses. Mónica Dias também desaconselha a contratação de coberturas mais



A terceira modalidade de seguro de saúde joga com o "melhor dos dois mundos": pode usufruir da rede própria da seguradora ou recorrer médicos e clínicas fora da rede.

pequenas como a de medicamentos e a de subsídio diário em caso de internamento.

5 Cuidado com as exclusões e os períodos de carência

O vasto rol de doenças que os seguros de saúde excluem é uma das grandes desvantagens destes produtos. A generalidade das apólices em Portugal não paga tratamentos relacionados com psiquiatria, fisioterapia, estética, obesidade, transplante de órgãos, hemodiálise, sida e hérnias, só para dar alguns exemplos. Além disso, as apólices excluem também os tratamentos de doenças que já tenham sido diagnosticadas antes da contratação do seguro. Outro ponto ao qual deverá prestar atenção tem a ver com os períodos de carência. Trata-se de um período-regra geral de 90 dias - durante o qual o segurado não pode acionar a apólice de saúde. Em certas coberturas, como é o caso de parto ou do tratamento de varizes, o período de carência é mais longo.

6 Seja rigoroso na altura de responder ao questionário médico

Ao contratar um seguro de saúde terá que res-

ponder a um extenso questionário clínico, no qual lhe será pedido que identifique todas as doenças que já teve. Deve responder com total honestidade e rigor a este inquérito, porque caso a seguradora apure que o problema de saúde já tinha sido diagnosticado antes da contratação do seguros, a empresa pode não pagar os tratamentos. Mais: se houver prova que houve uma omissão deliberada por parte do cliente, a seguradora pode mesmo cancelar o seguro e ficar com o prémio que já tinha sido pago.

7 Tem 30 dias para renunciar ao seguro

"Os contratos de seguros de saúde são grandes, complexos e têm uma linguagem técnica", afirma Mónica Dias. Por isso mesmo - e porque a generalidade das seguradoras não facultam o contrato antes da assinatura da apólice - a especialista aconselha os consumidores a lerem em casa com atenção as condições do contrato. E lembra que as pessoas dispõem de um período de 30 dias para o analisarem, podendo invocar durante esse período o direito de renúncia que a seguradora terá de cancelar a apólice e devolver o dinheiro. ■