



CONCLUSIONES OBTENIDAS DE LAS RESPUESTAS AL CUESTIONARIO SOBRE DETERMINADOS ASPECTOS TÉCNICOS Y DE GESTIÓN DE CLIENTES EN LOS SEGUROS DE SALUD

La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones ha considerado conveniente conocer en mayor profundidad, determinados aspectos del mercado en el ramo de asistencia sanitaria, pues son los riesgos relacionados con la salud, los que en mayor grado pueden verse afectados en los próximos años, por importantes presiones motivadas por el envejecimiento de la población, el aumento de esperanza de vida, la aplicación de nuevas técnicas de diagnóstico o la generalización de la medicina preventiva.

Se trasladaron a un grupo de 25 entidades aseguradoras, seleccionadas con el objetivo de cubrir todos los ámbitos del mercado, una serie de preguntas para conocer tanto las decisiones que han adoptado, como su opinión sobre posibles nuevos entornos de gestión de los productos y coberturas; de ellas han contestado 18, cuyo detalle se adjunta en anexo final, obteniéndose las siguientes conclusiones.

A.- Modalidades, productos:

1. A- Tipos de coberturas.

La totalidad de las entidades que han contestado al cuestionario, asumen la modalidad de prestación del servicio.

La mitad, además, admiten la contratación de la modalidad de reembolso de gastos.

Ocho dan subsidios temporales o indemnización en caso de hospitalización.

Dos incluyen como coberturas complementarias opcionales las de accidentes y decesos.

Ocho dan cobertura de asistencia buco-dental.

C.01., C.04., C.10., C.16., C.15., C.07. y C.09., son las entidades con mayor número de modalidades ofertadas; C.03., C.05., C.14., C.02., C.06. y C.13. solamente permiten contratación de la modalidad prestación de servicio.



2. A- Modalidades, productos y coberturas.

El máximo abanico de productos y coberturas son ofrecidos por C.10., C.01., C.04., C.16. y C.15., que incluyen:

- Medicina primaria.
- Medicina especializada.
- Intervenciones quirúrgicas.
- Estancia en U.C.I.
- Servicio a domicilio
- Urgencias.
- Medios de diagnóstico.
- Tratamientos especiales.(laserterapia o diálisis)
- Hospitalización.
- Prótesis.
- Otros servicios, como pólizas dentales.
- Servicios complementarios, como ambulancias.

Destaca determinados servicios ofrecidos por una entidad, con once programas de medicina preventiva (planificación familiar, preparación al parto, diagnóstico precoz de enfermedades ginecológicas, diabetes, coronarias,...o rehabilitación cardiaca), de reproducción asistida o de trasplante de órganos. Igualmente es la entidad que mayor número de productos especializados ofrece, hasta ocho, entre ellos uno específico para trabajadores autónomos, va unido a un seguro de incapacidad laboral temporal y garantía de protección de pagos.

En el lado opuesto nos encontramos con C.03., C.05., C.11. o C.17., que limitan las prestaciones a medicina especializada, general, pequeñas intervenciones quirúrgicas y estancias hospitalarias limitadas.

Una entidad ha creado productos específicos para segmentos de clientes que prevén un uso reducido del seguro, como es el caso de los jóvenes; en estos casos la prima es más económica que la póliza normal para igual cantidad y calidad de servicios, pero los copagos a los que está obligado el asegurado por la prestación de servicios son mayores.



En algunas modalidades se incluyen la cobertura de subsidios diarios durante el tiempo de hospitalización, indemnizaciones en caso de accidente, y prestación de servicios funerarios. Por ejemplo, C.04. ofrece indemnización diaria durante la hospitalización entre los 6 y los 90 euros, en función del capital asegurado.

En la modalidad de reembolso de gastos, ofrecida por nueve de las entidades: C.10., C.04., C.01., C.16., C.08., C.17., C.07., C.09. y C.15., los límites habituales oscilan entre el 80-90% del gasto, con un límite anual por siniestro, año y asegurado desde los 160.000 euros de C.10., hasta el millón de euros de C.01. y C.15.; la C.09., por el contrario, establece límites para cada acto médico, sin límites globales.

3. A- Coberturas opcionales.

La cobertura opcional más ofrecida es la buco-dental, que en ocasiones amplía la cobertura ya incorporada en la póliza básica.

La segunda opinión médica solamente la ofrecen C.05. y C.09. como opción, sin embargo C.12. la incluye en su póliza cerrada.

Asistencia en el extranjero es ofrecida como opción por una entidad.

Repatriación del asegurado fallecido es ofrecida por otra.

Subsidio por hospitalización es ofrecido como opción por dos entidades, y una de ellas también ofrece como opción seguro de accidentes.

El resto de las entidades ofrecen pólizas cerradas, sin opciones, sin embargo, en ocasiones incluyen prestaciones que en otras entidades son optativas.

4. A.- Pólizas dirigidas a la unidad familiar.

Existe una clara respuesta mayoritaria en el sentido de que prácticamente todas las pólizas están pensadas para la contratación por el *módulo familiar*, aunque la prima sea individual por asegurado, con aplicación de descuentos en función del número de asegurados. Solamente una entidad tiene una póliza especial familias.

5. A.- Seguros colectivos.

Una entidad con 832.432 asegurados, otras dos con 811.073 y 239.545 asegurados y otra con 162.357 pólizas, son las entidades con mayor cartera en pólizas colectivas.



El resto, con la excepción de tres con 103.247 asegurados, algo más de 32.120 asegurados y con 40.346 asegurados, tiene un número de pólizas y asegurados poco representativo, como los 190 asegurados de una de las entidades.

Una entidad no contrata seguros colectivos.

Otra entidad incorpora a 70 colectivos distintos en sus pólizas, destacando Administraciones Públicas, Asociaciones, Autónomos y grandes almacenes. El resto de las entidades suelen tener a Administraciones Públicas como primer colectivo, salvo el caso de una de ellas que incorpora a miembros de órdenes religiosas exclusivamente.

Respecto a los tramos de edad de los asegurados en seguros colectivos, entre el 40 y el 60%, dependiendo de la entidad, corresponde a menores de 40 años.

Entre el 3,8 y el 9% corresponde a mayores de 65 años y menores de 75.

Entre el 1,7 y el 8% corresponde a mayores de 75 años.

B.- Canales de Comercialización:

1. B.- Canales de distribución y cartera al cierre de 2006.

La venta directa a través de la red propia, es el canal de distribución mayoritariamente empleado por las entidades, seguida de la comercialización por agentes de seguros y en menor medida por corredores de seguros.

Bancaseguros solamente es utilizado por tres entidades; para dos de ellas supone en torno al 65% de sus ventas, y a la tercera le aporta el 17% de su nueva producción anual.

La venta electrónica a través de Internet continúa siendo una fórmula residual, empleada por 5 de las entidades analizadas, aunque solamente tres de ellas, consiguen unas mínimas cifras de distribución entre el 1 y 2% de su cartera global.

CB.1.Canales de distribución.

Entidad	Venta Directa	Agentes	Corredores	Bancaseguros	Internet
C.16.	-	83%	-	17%	-
C.11.	36%	49%	15%	-	-
C.12.	73%	26%	1%	-	-
C.01.	55%	29%	13%	0.5%	1.5%



C.02.	82%	16%	1%	-	-
C.13.	57%	25%	18%	-	-
C.15.	88.6%*	7%	3%		1.4%
C.10.	19%	10%	6%	65%	-
C.05.	22%	8%	3%	66%	-
C.04.	88%	9%	2%	1%	-

* Incluye call center, oficinas, redes alternativas y red propia.

C.- Selección de riesgos en la contratación

1. C.- Cuestionarios de salud.

Salvo dos entidades, todas utilizan cuestionario de salud; la mayoría de ellas tiene un único cuestionario, solamente cuatro disponen de varias modalidades, variable unas veces en función de las coberturas solicitadas por el tomador y otras en función del canal de contratación, escrito o por grabación de voz en contratación telefónica, así como un modelo específico para la contratación online.

De las dos que no disponen de cuestionario, en un caso el motivo es ser una entidad que solo admite a componentes de órdenes religiosas, siendo esta pertenencia el único requisito para ser asegurado; en el segundo caso, exclusivamente se pregunta si padece alguna afección. No obstante esta última entidad manifiesta que está elaborando un cuestionario que pedirá en un futuro inmediato.

2. C.- Mecanismos de control interno para garantizar un adecuado asesoramiento sobre la importancia de una correcta cumplimentación del cuestionario de salud.

Solamente C.15. expresamente afirma tener mecanismos de control interno dedicados a controlar que durante la cumplimentación del cuestionario de salud se destaca su importancia y las consecuencias de su inexactitud o falsedad, así como una completa formación de sus agentes en este apartado y la incidencia en el mismo de los análisis realizados por Auditoría Interna.

La respuesta mayoritaria se remite a los párrafos de información recogidos en el propio cuestionario, los cuales no siempre cubren todas las advertencias necesarias. Cinco de las entidades señalan que sus agentes destacan verbalmente estos apartados durante el proceso de contratación del seguro.

La mayoría de las entidades exige obligatoriamente la firma del cuestionario de salud.



Una entidad, sin contestar directamente a las cuestiones planteadas, se limita a destacar que cumplen la norma AENOR 90001-2000.

3. C.- Cuestionario único consensuado.

Ligera ventaja a favor de los partidarios de un cuestionario único consensuado, elaborado con la participación de UNESPA y con el respaldo de la DGSyFP; 8 entidades de las 17 que lo tienen, lo apoyan decididamente. Siete se oponen en base a la necesaria libertad para que cada compañía diseñe sus estrategias y modelo, otra entidad, sin una oposición frontal, considera difícil la unificación y otra no contesta este apartado.

4.C.- Chequeos y análisis médicos en el momento de la contratación. Diferentes categorías de chequeos y análisis médicos.

Ninguna de las entidades realiza chequeos o pruebas médicas en el momento de la contratación. Cinco entidades, en función de las respuestas del cuestionario de salud, deciden pedir informes médicos previos sobre una dolencia determinada o piden pruebas específicas sobre la misma.

Una entidad, afirma que solo los realiza si lo pide el asegurado.

D.- Gestión técnica del factor edad.

1. D.- Productos específicos en función de la edad-sexo del asegurado.

Tres entidades declaran tener pólizas específicas para determinados tramos de edad, una de ellas comercializa una póliza, con dos submodalidades, para personas entre 66 y 75 años y para mayores de 75.

El resto de las entidades manifiestan no diferenciar en sus pólizas ni por edad ni por sexo respecto a las coberturas ofrecidas.

Prácticamente todas utilizan como factores determinantes de la prima la edad y el sexo del asegurado.



2. D.- Incidencia del factor edad en las tasas de prima. Criterios técnicos en la contratación individual y en la de colectivos.

Solo tres entidades manifiestan no modificar la prima en función de la edad de los asegurados.

El resto de entidades, 15, sí diferencian primas en función de la edad y del sexo.

Siete entidades tienen tramos de edad con primas diferenciadas; por ejemplo, una entidad utiliza tres tramos de tarificación, de 0 a 39 años, de 40 a 59 y a partir de 60; Para nueva contratación se ofertan primas únicas para cada modalidad, con independencia del factor edad y estableciéndose una edad límite para la contratación de 60 años. Para las Pólizas ya contratadas se aplican tipos de recargo en función de la edad: de 60 a 69 años, el recargo es del 45% y para mayores de 69 años del 90%.

C.14. diferencia menores de 60 años, de 61 a 65 y mayores de 65 años.

C.06. incrementa de cinco en cinco años a partir de 55, momento en el que recarga un 50% la prima, hasta llegar a los mayores de 74 donde aplica un recargo del 200%, pero sólo en nueva contratación.

Esta diferenciación la realizan varias entidades, no aplicando iguales criterios a la cartera que a la nueva contratación. C.15., además de diferenciar por edad y sexo, también incorpora el factor zona geográfica.

En otros casos no dividen en tramos de edad, sino que en función de la siniestralidad de cada año aplican una tarifa diferenciada por edad y sexo.

Los seguros colectivos casi siempre siguen otros criterios, realizándose una nivelación de tarifa para todos los asegurados independientemente de su edad; considerando además, que en estos seguros colectivos la edad máxima de los asegurados normalmente no supera los 65 años, pues tras la jubilación, dejan de ser asegurados (con alguna excepción como es el colectivo de Mugeju). La excepción la encontramos en C.10., que para los seguros individuales aplica 16 tramos de edad, y para los colectivos, aunque reduce los tramos, también aplica este criterio de diferenciación tarifaria.

3. D.- Sistemas de información del incremento que van a tener las tasas de prima como consecuencia de la incidencia del factor edad.

La información más completa, basada en tablas de incremento de primas durante las diferentes edades del asegurado, dicen ofrecerla C.03., C.14., C.11., C.15., C.13. y C.09.; además cada una de ellas preavisa con dos meses de antelación en cada vencimiento de la nueva prima que corresponde.



Por su parte C.05., C.16., C.17. y C.12. manifiestan que el condicionado de la póliza indica la futura evolución de la prima en función de diversos factores, como la edad o el coste de los servicios a prestar al asegurado.

El resto de entidades solamente informa con dos meses de anticipación al vencimiento sobre las nuevas prima para la siguiente anualidad.

4. D.- Producto diseñado para mayores de 60 años, diferencias de coberturas respecto a los productos que comercializa para los tramos de edad inferiores a 55 años.

Solamente tres entidades declararon tener pólizas específicas para mayores de edad, sin embargo una de ellas, C.17., manifiesta en este apartado que no existe ninguna diferencia en las coberturas para los mayores de 65 años con el resto de pólizas.

C.01. tiene dos pólizas para mayores, con dos modalidades, cuadro médico y reembolso de gastos. Las coberturas son similares pero adaptada a los riesgos de los mayores, en consecuencia no cubren puericultura y sí incorporan coberturas que en las pólizas normales no tienen, como lentes intraoculares.

Por último C.13., excluye en las pólizas específicas para personas mayores determinados servicios, como poliquimioterapia o prótesis.

5. D.- Estrategia de fidelización para compensar incrementos de primas a personas de edad.

C.01., C.15., C.13. y C.07., ofrecen productos alternativos, con menores coberturas y menores primas. Entre ellas, solamente C.01. afirma tener programas específicos para la fidelización de estos clientes.

El resto de las entidades manifiesta no tener ninguna estrategia de fidelización, ni tampoco iniciar acciones individualizadas para evitar la baja del cliente cuando es comunicada a la entidad.

6. D.- Mecanismos de control interno para garantizar una información adecuada de la evolución de las primas en función de la edad del asegurado.

Ninguna de las entidades manifiesta poseer sistemas de control interno para verificar la idoneidad de la información. La inmensa mayoría indican al respecto que dos meses antes del vencimiento, sus clientes son informados de las nuevas primas para el siguiente



periodo de cobertura; dos entidades indican que están sometidas a los protocolos de control de calidad y de gestión AENOR 90001-2000.

E.- Gestión Continuada del Riesgo

E.1. Diseño de una nueva generación de productos de salud que pretendería incentivar a sus asegurados a seguir las recomendaciones y protocolos, internacionalmente admitidos, de medicina preventiva.

Todas las entidades son partidarias del diseño de estos nuevos productos. Muchas de ellas, nueve, manifiestan tener entre sus garantías actuales productos de medicina preventiva y protocolos que invitan al asegurado a chequeos preventivos en función de su perfil personal.

Dos de las entidades manifiestan sus temores del encaje técnico actuarial que dichas garantías conllevarían, así como recelos por el coste que supondría para las entidades. C.04. afirma que sería partidaria, siempre y cuando se tuviese en cuenta las obligaciones de las mutuas patronales, a efectos de doble cobertura.

E.2.- Disposición de las entidades a valorar las actuaciones de medicina preventiva del asegurado, a la hora de determinar la prima a aplicar en la renovación.

Seis entidades se oponen a esta propuesta con un escueto no.

C.04. manifiesta que carece de datos para justificar una variación en la prima como consecuencia de actuaciones de medicina preventiva.

C.06. y C.15. prevén complicaciones en su implantación y C.01. la considera prematura.

C.09. ya lo valora y repercute sobre la prima.

C.16., C.14., C.08., C.17. y C.07. apoyan plenamente la propuesta sin condiciones; de forma similar, pero previo respaldo legal, es apoyado por C.02..

E.3 Diseño producto mixto de seguros – servicios médicos, en el que las acciones de medicina preventiva fuesen abonadas por sus asegurados a precios concertados con posible incidencia en la prima.

Cinco entidades se oponen a esta posibilidad; no lo descartan en el futuro, pero consideran que las entidades deben pasar por fases previas, ampliando progresivamente garantías enfocadas a la prevención.



Nueve lo apoyan abiertamente o, como una de ellas, indican que ya tienen en práctica este sistema. Una entidad manifiesta que actualmente sus pólizas ya incluyen la medicina preventiva, aunque no de forma directa; aprecia dificultades para diferenciar las prestaciones de medicina preventiva y las del seguro.

F.- Datos sobre la evolución del perfil de clientes.

F.1.- Composición de su cartera al cierre de los ejercicios 2004, 2005 y 2006 desglosada en diversos parámetros:

La venta directa y el canal agentes de seguros copan la mayor parte de las comercializaciones de este ramo. Tres entidades tienen una significativa cuota de comercialización a través de bancaseguros; alguna entidad, incorpora en los años del estudio una media de 8.000 nuevos clientes anuales a través de Internet.

Según se aprecia en el cuadro resumen de la entidad C.01., la prima media mensual de las altas durante 2006 para menores de 40 años fue de 52 euros, frente a los 54 euros de las bajas para igual tramo de edad y periodo.

Para los mayores de 75 años, la prima media de las altas anuales fue de 150 euros, frente a los 232 euros para el mismo grupo de asegurados que se dieron de baja.

Dos años antes, las cuantías medias de las nuevas altas para menores de 40 años fueron 49 euros, y para los mayores de 75 años eran 117 euros, de donde se desprende un incremento en el precio del seguro del 6% en dos años para menores de 40 años, frente a un incremento del 28% para mayores de 75 años, en el mismo periodo de tiempo.

Por sexos, a finales de 2006 el 47% de los asegurados eran hombres, frente al 53% de mujeres.

C.08. indica la composición media de las pólizas familiares, el 51% tienen un solo asegurado (pólizas individuales), 18,4% con 2, 14,2% tiene 3, 12,2% tiene 4, el 3% tiene 5 asegurados y el 1,3% tiene más de 5 asegurados.

A continuación se incluyen cuadros de diversas compañías referidos a asegurados por distintos tramos de edad, mostrándose el porcentaje que cada tramo supone para la entidad y comparándolo con el volumen de población en España según datos de Instituto Nacional de Estadística para el mismo tramo de edad.

CF.1.1. C.04.. Actividad comercial 2006 por tramos de edad.



Individuales. ----- Tramo edad	I.N.E. % sobre población total	% para la entidad, sobre asegurados totales	Pólizas 06	Altas 06	Bajas 06
Menos 40	54	49	172.273	30.980	24.304
41-60	28	33	113.727	9.840	8.881
61-75	13	14	47.951	1.634	2.019
Mas 75	5	4	16.402	439	1.268

I.N.E.: Instituto Nacional de Estadística. Datos sobre población española.

CF.1.2. C.02.. Actividad comercial 2006 por tramos de edad.

Individuales. ----- Tramo edad	I.N.E.% sobre población total.	% para la entidad, sobre asegurados totales	Pólizas 06	Altas 06	Bajas 06	Prima Media mens. Euros
Menos 40	54	52	2.635	4	23	51
41-60	28	12	626	142	94	59
61-75	13	13	653	45	47	49
Mas 75	5	23	1.138	1	39	60

CF.1.3. C.01.. Actividad comercial 2006 por tramos de edad.

Pólizas Individuales ----- Tramo edad	I.N.E.% sobre población total	% para la entidad, sobre asegurados totales	Pólizas 06	Altas 06	Bajas 06	Prima Media Altas mens. Euros	Prima Media Bajas mens. Euros
Menos 40	54	49,0	84.449	30.494	16.824	52	54
41-60	28	31,0	53.169	8.756	5.943	45	66
61-75	13	12,3	21.465	1.943	1.341	88	115
Mas 75	5	8,5	14.838	194	1.311	150	232

CF.1.4. C.05.. Individuales. Actividad comercial 2006 por edad.



Tramo edad	I.N.E.% sobre población total	% para la entidad, sobre asegurados totales	Pólizas 06	Altas 06	Bajas 06
Menos 40	54	50,0	19.571	285	3.847
41-60	28	43,7	17.253	10.149	2.205
61-75	13	6,0	2.561	81	328
Mas 75	5	0,3	122	0	7

CF.1.5. C.05.. Colectivos. Actividad comercial 2006 por de edad.

Tramo edad	I.N.E.% sobre población total	% para la entidad, sobre asegurados totales	Pólizas 06	Altas 06	Bajas 06
Menos 40 años	54	38	47.683	16.500	7.807
41-60	28	46	57.322	0	3.465
61-75	13	10	12.921	25.003	818
Mas 75	5	6	7.451	2.362	1.095

De los cuadros anteriores se desprende que los grupos de asegurados por tramos de edad, suelen llevar una equivalencia generalizada en función del volumen de población en dicho tramo, con excepciones como C.05. en seguros individuales para mayores de 75 años, o en el lado inverso C.02. para el mismo tramo de edad.

F.2.- Nivel de actividad comercial durante los ejercicios 2004,2005 y 2006 desglosada en diversos parámetros.

El elevado volumen de altas y bajas anuales muestra una patente inestabilidad de la cartera y escasa fidelización de la clientela, como puede observarse en el cuadro resumen de altas y bajas durante el ejercicio 2006 referido a nueve de las entidades participantes.

CF.2.1. 1. Actividad comercial durante 2006. Pólizas individuales y familiares.



Entidad.	Pólizas 2005	Bajas Pólizas 2006	Rotación 2006 % bajas sobre cartera 2005	Altas Pólizas 2006	Pólizas 2006
C.10.	129.816	18.947	14,59	51.481	162.350
C.13.	5.415	621	11,46	580	5.374
C.01.	270.649	38.411	14,19	52.918	285.156
C.11.	15.242	1.198	7,85	1.024	15.068
C.08.	69.678	8.165	11,71	13.678	75.191
C.17.	315.456	4.935	1,56	732	311.253
C.05.	35.379	6.387	18,05	10.515	39.507

CF.2.2. Actividad comercial durante 2006 Asegurados en pólizas individuales y familiares.

Entidad	Asegurados 2005	Bajas Asegurados 2006	Rotación 2006 % bajas sobre cartera 2005	Altas Asegurados 2006	Asegurados 2006
C.09.	221.350	43.212	19,52	67.061	245.199
C.04.	345.377	50.937	14,74	55.913	350.353

CF.2.2. C.10.. Actividad comercial colectivos- individuales.

Tipo de póliza	Cartera 2006	Altas 06	Bajas 06
Muface	50.951	11.766	3.522
Isfas	18.337	9.630	4.013
Mugeju	4.162	801	390
Privadas Individuales	36.726	9.881	6.041
Privadas Colectivas	52.181	19.403	4.981
Total	162.357	51.481	18.947

CF.2.3.1. Actividad comercial durante 2006 Pólizas colectivas.



Pólizas Colectivas. Entidad.	Pólizas 2006	Altas 06	Bajas 06
C.10.	125.631	41.600	12.906
C.13.	63	14	4
C.08.	641	202	224
C.17.	1.198	1.150	221

CF.2.3.2. Actividad comercial durante 2006. Pólizas colectivas. **Asegurados**

Pólizas Colectivas. Entidad.	Asegurados 2006	Altas 06	Bajas 06
C.01.	811.073	219.150	120.501
C.05.	122.885	41.061	12.873
C.15.	565.116	142.849	78.262
C.04.	588.631	69.131	97.586

CF.2.4. C.09.. Prima media pólizas individuales.

C.09. Prima Media Cartera	Prima media por póliza- año	Prima media por asegurado- año
2004	886,71 €	425,38 €
2005	939,81 €	456,67 €
2006	1.003,81 €	465,17 €
Prima Media Altas	Prima media por póliza	Prima media por asegurado
2004	805,48 €	433,74 €
2005	909,87 €	488,04 €
2006	1.072,83 €	309,00 €
Prima Media Bajas	Prima media por póliza	Prima media por asegurado
2004	1.003,65 €	405,27 €
2005	933,37 €	441,69 €
2006	1.047,76 €	341,62 €

F.3.-Para las pólizas Individuales y Familiares: Motivos de las anulaciones (bajas) acaecidas durante los ejercicios 2004, 2005 y 2006 desglosadas por diversos parámetros:



Algunas entidades no responden este apartado por no disponer de datos.

Una de las que responde afirma que según las condiciones contractuales incorporadas en la póliza, esta después del tercer vencimiento no puede darse de baja por iniciativa de la entidad. Durante los últimos tres años se han dado de baja el siguiente número de personas en pólizas, cuya antigüedad no superaba los dos años. La mayor parte de las bajas fueron motivadas por petición o a causa del asegurado (por motivos económicos o por morosidad).

CF.3.1. C.09.. Número de asegurados dados de baja.

Año	NO ACEPTACIÓN NUEVAS CONDICIONES CONTRACTUALES	DECISIÓN DE NO RENOVACIÓN DE LA COMPAÑÍA	DECISIÓN DE NO RENOVACIÓN POR ASEGURADO	BAJAS TOTALES
2004	634 (6.5%)	7 (0.07%)	9.139 (93.43%)	9.780
2005	648 (5.3%)	25 (0.20%)	11.645 (94.50%)	12.318
2006	519 (3.7%)	11 (0.07%)	13.559 (96.23%)	14.089

En el caso de C.13. se observa que la modificación de las condiciones contractuales no aceptadas por el asegurado, ocupa una posición significativa entre los distintos motivos de no renovación de pólizas.

CF.3.2.C.13.. Número de asegurados dados de baja y motivos.

Año	NO ACEPTACIÓN NUEVAS CONDICIONES CONTRACTUALES	DECISIÓN DE NO RENOVACIÓN DE LA COMPAÑÍA	DECISIÓN DE NO RENOVACIÓN POR ASEGURADO	BAJAS TOTALES
2004	103 (17.6%)	11 (1.8%)	473 (80.8 %)	585
2005	247 (36.3%)	5 (0.7%)	431 (63.4%)	680
2006	225 (36.2%)	5 (0.8%)	393 (63.0%)	621

C.15. manifiesta que no existen anulaciones o bajas de contrato decididas por la Compañía. La revisión de la prima es responsable de entre un 10 y un 15% de las bajas efectivamente producidas. La libre decisión del asegurado es la causa más influyente en



la producción de bajas, ya que le corresponde la práctica totalidad de las que resultan ajenas a la revisión de la prima.

Para una entidad la totalidad de las no renovaciones son motivadas por decisión del asegurado.

Otra entidad afirma que el principal motivo es la falta de pago-dificultades económicas, que supone el 55% de las anulaciones. El 15% de las anulaciones durante el 2006 fueron motivadas por encarecimiento de las primas; este motivo se duplicó respecto al año anterior y se quintuplicó respecto al año 2004. Sólo el 0.6% son anuladas por no aceptar las nuevas condiciones de la póliza, y un 0.3% lo fueron en 2006 por haber falseado datos el tomador en las respuestas al cuestionario de salud.

CF.3.3. C.01.. Motivos de Baja.

Motivos de baja	2004	%	2005	%	2006	%
Falta de pago	16.487	46,53	16.556	38,95	17.087	37,59
Cambio de residencia	4.338	12,23	4.550	10,69	4.922	10,81
Dificultades económicas	6.770	19,08	8.278	19,45	8.201	18,01
Empleada de hogar	524	1,47	590	1,38	371	0,81
Fallecimiento	3.880	10,94	4.022	9,45	3.779	8,30
No utiliza los servicios	1.423	4,01	3.234	7,60	2.171	4,76
Contratan con la competencia	353	0,99	1.125	2,64	1.678	3,68
Prima alta	1.183	3,33	3.753	8,82	6.870	15,09
No aceptación de condiciones	216	0,60	264	0,62	285	0,62
Falseamiento de datos	292	0,82	171	0,40	152	0,33
TOTAL BAJAS	35.466	100,00	42.543	100,00	45.516	100,00

C.04. decidió la no renovación por falsedad en los datos del cuestionario de salud o por mal uso de los servicios en 43 ocasiones en 2006, 27 en 2005 y 23 en 2004. Sobre el resto de los motivos manifiesta no tener datos.

En una entidad, el 65% de las no renovaciones las decide la compañía en 2006, frente a un 25% de los casos que los decide el asegurado, habiéndose producido un vuelco si apreciamos los datos del año 2004 para ambos motivos de no renovación.

CF.3.4. C.16.. Porcentaje sobre total anulaciones.

	PÓLIZAS INDIVIDUALES.	PÓLIZAS FAMILIARES.
--	-----------------------	---------------------



DECISIÓN DE NO RENOVACIÓN DE LA COMPAÑÍA		
2004	24,22%	4,94%
2005	78,37%	3,44%
2006	65,08%	7,37%
NO ACEPTACIÓN NUEVAS CONDICIONES CONTRACTUALES		
2004	2,35%	45,95%
2005	4,44%	21,10%
2006	9,74%	28,69%
DECISIÓN DEL ASEGURADO SIN VARIACIÓN DE CONDICIONES		
2004	73,43%	49,11%
2005	17,19%	75,46%
2006	25,18%	63,94%

F.4.-Siniestros rechazados en los ejercicios 2004, 2005 y 2006 en base a aspectos relativos a posibles inexactitudes, falsedades o errores cometidos por el asegurado en la cumplimentación de los cuestionarios de salud.

Once de las entidades manifiestan no tener el dato solicitado, pues los siniestros rechazados no recogen el motivo de la negación de la cobertura.

C.16., entre las tres entidades que suministran este dato, es la que más siniestros ha rechazado, 62, 72 y 44 es los años solicitados, lo que supone el 0.34%, 0.39% y el 0.26% de los siniestros totales.

CF.4.1.C.16.. Seguro de Subsidio.

Año	Siniestros Totales	Aceptados o en proceso	Rechazados	Rechazados por no cobertura	Rechazados por falsedades-inexactitudes declaración
2004	17.942	16.036	1.906	296	62
2005	18.061	16.294	1.767	234	72
2006	16.849	15.177	1.672	216	44

CF.4.2. C.16.. Seguro de Asistencia y Reembolso.

	Aceptados	
--	------------------	--



Año	Siniestros Totales	o en proceso	Rechazados
2005	397.118	391.866	5.252
2006	374.161	368.887	5.274
2007	75.790	74.899	891

C.13. rechazó 9, 5 y 8 en los mismos años.

C.07. e C.06. indican que tuvieron cero rechazos por dicho motivo. Y C.09., que no aporta datos, considera que dicho motivo es prácticamente inexistente en su entidad.

C.15. no tiene el dato exacto, pero informa que en 2006 registraron 332 incidencias por desacuerdos en el proceso de pago del siniestro, de las cuales 194 se resolvieron satisfactoriamente para el cliente.

-----0000000000000-----



CUESTIONARIO PROPUESTOS POR LAS COMPAÑÍAS PREVIO A LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS DE SALUD.

Ordenamiento Jurídico.

Ley de Contrato de Seguro

Artículo 10. Valoración del riesgo.

*El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, **de acuerdo con el cuestionario que éste le someta**, todas las circunstancias por él conocidas que puedan **influir en la valoración del riesgo**. **Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.**^(*)*

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

^(*)Inciso último párrafo primero añadido por art. 3 Ley 21/1990 de 19 diciembre, para adaptar el Derecho Español a la Directiva 88/357/CEE, sobre Libertad de servicios en seguros distintos al de Vida, y de actualización de la Legislación de Seguros Privados

Interpretación del artículo por Sánchez Calero-Editorial Aranzadi. Ley de Contrato de Seguro

No existe un deber de declaración espontánea por parte del tomador, sino un deber de contestación o respuesta del tomador de lo que se le pregunta por el asegurador, pues es este quien debe preguntar al contratante aquellos datos que estime oportunos. Esta interpretación ha quedado especialmente reforzada tras la introducción del último



apartado del párrafo primero (Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.).

En consecuencia si el asegurador o su agente no le presentan cuestionario, el tomador queda liberado del deber de declarar; al igual que en el supuesto de que el asegurador omita en el cuestionario circunstancias importantes que podían influir en la valoración del riesgo, el tomador queda exonerado de la obligación de declarar sobre esas circunstancias.

En consecuencia el asegurador debe cuidar la redacción del cuestionario, debiendo procurar incluir en él todas las cuestiones que considere relevantes a los efectos de la valoración del riesgo.

La jurisprudencia apoya las tesis indicadas, entendiendo que el deber de declaración del tomador es un deber de contestar a un cuestionario preparado por el asegurador.

La infracción del deber de declaración por parte del tomador se produciría cuando el riesgo que ha sido descrito y que se ha tenido en cuenta a la hora de la conclusión del contrato es diferente del riesgo real. No obstante, esta infracción no se produciría si el cuestionario contiene preguntas ambiguas o equivocadas.

En el caso de incumplimiento del deber de declaración del tomador, el asegurador tiene derecho en el plazo de un mes desde que conoce la reserva o inexactitud en la declaración, a la rescisión del contrato, pero no a la anulación (la rescisión se aplica a los contratos válidamente celebrados, pero que tienen consecuencias lesivas para una de las partes).

Si sobreviene el siniestro antes de la declaración de denuncia del contrato por el asegurador, podemos encontrarnos en dos supuestos:

- a) Que el asegurador conozca la reserva o inexactitud y antes de que transcurra un mes de este conocimiento, sobrevenga el siniestro.
- b) Que el asegurador advierte la discordancia en el momento de producirse el siniestro.

En ambos casos las consecuencias serán distintas según haya existido o no dolo o mala fe por parte del tomador en la ocultación o distorsión de la realidad:

1. No hubo dolo o mala fe: el asegurador reducirá la prestación proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.
2. Si hubo dolo o culpa grave, el asegurador quedará exonerado del pago de la prestación.

Modelos de las entidades participantes en el estudio de seguros de salud.



De las 18 entidades que han contestado al estudio propuesto, solamente ocho de ellas han remitido el cuestionario de salud que exigen a sus asegurados.

En la mayoría de los cuestionarios, las respuestas positivas provocan una solicitud de detalle sobre la enfermedad, accidente, secuelas o tratamientos a los que fue sometido.

Podemos clasificar las distintas cuestiones que plantean en los siguientes apartados:

A. Preguntas comunes en la mayor parte de los cuestionarios.

A.1. Perfil del asegurado.

- Sexo, edad, peso, estatura.

A.2. Historial de enfermedades-accidentes-embarazos.

- Como definiría su estado de salud actual?(muy bueno...+3...muy malo). Según su más leal saber o entender ¿padece actualmente alguna enfermedad médica y/o psicológica?
- Padece o ha padecido alguna enfermedad en los último 5-10 años? Padece alguna enfermedad crónica o recurrente?
- Le ha dejado alguna lesión o secuela las enfermedades que ha padecido?
- Fecha y motivo por el que acudió al médico/psicólogo la última vez-las últimas tres veces-en el último año. Está o ha estado durante el último año bajo tratamiento médico, farmacéutico o radioterapéutico?
- Esta o ha estado bajo tratamiento por alcoholismo o drogadicción?
- Ha sufrido algún traumatismo o accidente?
- Padece o ha padecido alguno de los siguientes procesos médicos o enfermedades: Diabetes, Hipertensión, tumor, Litiasis, insuficiencia renal, cólicos, enfermedades infecciosas, portador del virus V.I.H.,...+23, +otras.
- Por motivos de enfermedad o accidente ha causado baja en su trabajo?
- Padece alguna anomalía congénita, limitación funcional, deformidad, incapacidad, limitación psíquica, lesión congénita o defecto físico?
- Sigue alguna medicación.



Sólo para mujeres:

- Ha tenido algún embarazo o se encuentra embarazada actualmente? Ha tenido algún aborto?
- Ha sufrido trastornos ginecológicos?

A.3. Historial de hospitalizaciones- intervenciones quirúrgicas.

- Ha ingresado en hospital, clínica o sanatorio por enfermedad o accidente?
- Ha sido intervenido quirúrgicamente?
- Le han aconsejado alguna intervención quirúrgica o ingreso en algún centro médico?

A.4. Medicina preventiva.

- Se ha realizado revisiones de próstata? Ginecológicas?.
- Se realiza chequeos médicos de empresa? De forma particular?
- Tiene alguna indicación médica o intención de hacerse algún estudio o tratamiento concreto?
- Ha realizado alguna prueba de diagnóstico médico últimamente?

A.5. Hábitos.

- Fuma o ha fumado, cuantos al día.
- Bebe o ha bebido habitualmente bebidas alcohólicas? Cantidad diaria. Tipo de bebida.
- Consume o ha consumido drogas o estupefacientes.
- Hace deporte. Como aficionado o como profesional. Detalle.
- Visita al dentista.



B. Preguntas puntuales realizadas por alguna entidad.

- Tiene algún motivo por el cual no desea que se le administren transfusiones sanguíneas?
 - Le han efectuado o recomendado alguna vez el test del SIDA?
 - Padece alguno de sus familiares directos alguna enfermedad hereditaria?
 - Le ha sido realizado algún estudio y/o se ha sometido a algún tratamiento para la esterilidad?
- Tiene Seguridad Social? Si su médico pertenece a la ENTIDAD nos podría decir su nombre?
- Es usted zurdo (sólo para contrato adicional seguro de accidentes).
 - Hace régimen.
 - Conduce usted motocicletas?
- Ha estado asegurado en otra compañía de asistencia sanitaria anteriormente?. Indique cual, el motivo y la fecha de la baja.
 - Indique nombres de medicamentos que toma actualmente.

Sólo para mujeres:

- Le han realizado alguna cesárea? Indique número de embarazos. Conoce alguna circunstancia que pueda afectar desfavorablemente el curso de su embarazo y/o parto? Se ha detectado alguna anomalía/malformación/enfermedad al feto?

C. Advertencias finales en los cuestionarios de salud.

Todos los cuestionarios analizados terminan con unos párrafos de información y advertencias que pueden clasificarse en tres grupos generales:

- a. Veracidad de las respuestas y consecuencias de su ausencia.

El tomador, con su firma, declara la veracidad de las respuestas aportadas y conocer las consecuencias de las ocultaciones, desfiguraciones de la verdad, inexactitudes o reservas, que serán la reducción de la indemnización o la pérdida total de las prestaciones garantizadas.

- b. Autorización expresa a la entidad para recabar mayor información o comprobar las afirmaciones del tomador.



Lo que incluye requerir a los médicos o instituciones las informaciones precisas para valorar el riesgo, para la gestión de siniestros y para la autorización de prestaciones futuras; igualmente podrá la entidad comprobar la trascendencia, existencia, evolución, antecedentes médicos y tratamientos seguidos por el tomador.

c. Autorización a la entidad para el tratamiento de la información en base a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Lo que incluye la posibilidad de ceder dicha información a otras entidades/colaboradores para facilitar la prestación de los servicios o por motivos de coaseguro/reaseguro.

-----00000000000000-----



CONCLUSIONES:

Datos globales del ramo.

Con un volumen de primas brutas devengadas en 2006 de 4.762 millones de euros, es el tercer ramo no vida, por detrás de autos y multirriesgos, con el que prácticamente está igualado.

La tasa de variación 2005-2006 fue de +10,06%, medio punto superior a la conseguida un año antes.

El índice de siniestralidad es elevado, el mayor de los ramos no vida, el 81,16% el pasado ejercicio; aunque año tras año consigue leves disminuciones (82,62% en 2004); la media de los ramos no vida tiene una siniestralidad del 69,71%.

Resumen del cuestionario.

Entre las modalidades, el 85% de las primas corresponden a asistencia sanitaria, el 10% a reembolso de gastos y el 5% restante a subsidios e indemnizaciones. Todas las entidades cubren asistencia sanitaria, la mitad tienen la modalidad de reembolso de gastos y aproximadamente la misma proporción dan la opción de contratar subsidios temporales o indemnización por hospitalización.

La cobertura opcional más ofrecida es la buco-dental. Todas las pólizas admiten contratación familiar.

Canales.- La venta directa es el canal de distribución mayoritariamente empleado por las entidades en asistencia sanitaria, seguida de la comercialización por agentes de seguros y en menor medida por corredores de seguros. Bancaseguros solamente es utilizado puntualmente por determinadas empresas. Internet solo tiene una presencia testimonial en la contratación de alguna de las entidades.

Cuestionario de salud.- Es exigido al asegurado por la práctica totalidad de las entidades. La mayoría tiene un único cuestionario, solamente cuatro disponen de varias modalidades.



Sobre la propuesta de contenido mínimo en el cuestionario de salud, ligera ventaja a favor de los partidarios de su implantación, elaborado con la participación de UNESPA y con el respaldo de la DGSyFP; Sin embargo, un número importante, en torno al 40%, se oponen en base a la necesaria libertad para que cada compañía diseñe sus estrategias y modelo.

Ninguna de las entidades realiza chequeos o pruebas médicas en el momento de la contratación.

En general, los cuestionarios recogen las advertencias sobre su trascendencia y consecuencias de la falsedad o tergiversación de datos. La amplitud de la forma de plantear las cuestiones en muchas ocasiones por las entidades, permitiría a estas poner en duda la procedencia de asumir una gran parte de los siniestros que puedan sobrevenir, en base a la preexistencia de la dolencia o a la falta de sinceridad en las respuestas dadas. En algún caso la pregunta resulta improcedente para evaluar el riesgo, buscando otras finalidades, como por ejemplo: ¿tiene Seguridad Social? Si su médico de Seguridad Social pertenece a la ENTIDAD, nos podría decir su nombre?

Existen una serie de cuestiones, especialmente las referidas al embarazo de la mujer que deben desaparecer a raíz de la publicación de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Control interno.- No existen mecanismos de control interno dedicados a garantizar que durante la cumplimentación del cuestionario de salud se destaca su trascendencia y las consecuencias de su inexactitud o falsedad. No obstante, todos alegan que los comercializadores están formados para destacarlo en el proceso de venta y el propio cuestionario contiene advertencias respecto a la importancia de la veracidad de las declaraciones manifestadas.

También se pone de manifiesto una carencia de control interno en la respuesta dada por once de las entidades a la pregunta F.4., relativa al número de siniestros rechazados por la entidad en base a inexactitudes, falsedades o errores cometidos por el tomador en la cumplimentación del cuestionario de salud.

Ninguna de las entidades manifiesta poseer sistemas de control interno para verificar la idoneidad de la información suministrada en el momento de la contratación sobre la futura evolución de las primas.

Pólizas personalizadas.- Aunque no es una práctica generalizada, sí existen entidades con una marcada tendencia a la individualización de los productos de salud. Así, existen compañías con pólizas específicas para jóvenes o para trabajadores autónomos. También han sido diseñadas pólizas específicas para personas mayores, aunque solo 3 entidades declaran tenerlas. Los mayores de 75 años pueden sufrir recargos en sus pólizas



individuales de hasta el 200%. No ocurre lo mismo en seguros colectivos donde se aplica una nivelación de tarifa para todos los asegurados independientemente de su edad.

Información sobre la evolución futura de las primas.- La información sobre la futura evolución de la prima no está generalizada, solamente siete entidades dicen ofrecer en el momento de asegurar un cuadro con la evolución futura en función de la edad del asegurado. La mayoría se limita a preavisar dos meses antes del vencimiento anual de la subida de prima para el siguiente ejercicio.

Cuatro entidades ofrecen productos alternativos, con menores coberturas y menores primas, lo que permite compensar el encarecimiento de la prima para los mayores.

Lo habitual es no tener programas específicos para la fidelización de los clientes de mayor edad.

Medicina preventiva.- Todas las entidades son partidarias del diseño de nuevos productos que incentiven la medicina preventiva. Muchas de ellas, nueve, manifiestan tener entre sus garantías actuales productos de medicina preventiva y/o protocolos que invitan al asegurado a chequeos preventivos en función de su perfil personal. Una entidad ya dispone de once programas de medicina preventiva.

No existe una respuesta unánime a la hora de tomar en consideración las actuaciones de medicina preventiva del asegurado para establecer la prima, con seis entidades que se oponen radicalmente a esta propuesta y solo cinco muestran su disposición sin condiciones; sin embargo, el 70% de las entidades que han participado sí comparten la idea de diseñar productos mixtos seguros-servicio médicos, en los que las acciones de medicina preventiva fuesen abonadas por los asegurados previo concierto de precios por la entidad y con repercusión en futuras primas.

Edad y sexo de los asegurados.- La esperanza de vida en España es la más alta de Europa, situándose para hombres en 77,2 años y para mujeres en 83,7, cuando la media de la Europa de los 15 es 75,8 y 81,6 años, respectivamente.

La pirámide poblacional española ha tenido un significativo incremento entre los 20 y 45 años como consecuencia de la inmigración, que supone más de tres millones de la población española. El 27% de la población española tiene más de 55 años. Curiosamente existe una paridad generalizada entre el porcentaje de asegurados por tramos de edad en cada aseguradora y el volumen de población correspondiente a dicho tramo sobre el total de la población española. No obstante existen excepciones.



Según se aprecia en el cuadro resumen de la entidad C.01., la prima media mensual de las altas durante 2006 para menores de 40 años fue de 52 euros, frente a los 54 euros de las bajas para igual tramo de edad y periodo.

Para los mayores de 75 años, la prima media de las altas anuales fue de 150 euros, frente a los 232 euros para el mismo grupo de asegurados que se dieron de baja, lo que supone en términos anuales un gasto en seguro privado de 2.784 euros como media para este tramo de edad, que actualmente supone el 5% de la población total.

Dos años antes, las cuantías medias de las nuevas altas para menores de 40 años fueron 49 euros, y para los mayores de 75 años eran 117 euros, de donde se desprende un incremento del 6% en dos años para menores de 40 años, frente a un incremento del 28% para mayores de 75 años, en el mismo periodo de tiempo.

Por sexos, a finales de 2006 el 47% de los asegurados eran hombres, frente al 53% de mujeres.

Motivos de no renovación.- Sobre los motivos de las no renovaciones y de los siniestros rechazados, la mayoría de las entidades no aporta datos alegando no tenerlos. De las que sí lo aportan, se desprende que la mayoría de las no renovaciones, entre el 80 y el 90%, las decide el asegurado. La excepción la marca una entidad, que decide la no renovación en el 65% de las anulaciones en 2006 y del 78% en 2005.

Madrid, julio 2007



ANEXO

Entidades participantes:

Entidades que han contestado

C0027	LA BOREAL MEDICA, S.A. DE SEGUROS.
C0031	CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)
C0032	IPRESA IGUALATORIO DE PREVISION SANITARIA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.
C0215	VITAL SEGURO, S.A.
C0222	ATLANTIDA MEDICA DE ESPECIALIDADES, S.A. DE SEGUROS.
C0315	HERCULES SALUD SEGUROS, S.A.
C0320	SANITAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.
C0353	COMPAÑIA DE SEGUROS PREVISION MEDICA, S.A.
C0368	LA UNION MADRILEÑA DE SEGUROS, S.A.
C0384	IGUALATORIO MEDICO QUIRURGICO COLEGIAL, S.A. DE SEGUROS.
C0391	IGUALATORIO MEDICO QUIRURGICO DE ESPECIALIDADES DE ASTURIAS, S.A. DE S.
C0401	COMPAÑIA DE SEGUROS ADESLAS, S.A.
C0461	ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.
C0684	MAPFRE CAJA SALUD DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0711	AXA WINTERTHUR, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
C0716	CISNE ASEGURADORA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
M0083	MUTUA MADRILEÑA, SOCIEDAD DE SEGUROS
M0353	SERAS, MUTUALIDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA

Entidades que no han contestado



C0161	DKV SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA ESPAÑOLA
C0225	CLINICUM SEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA
C0281	EL PERPETUO SOCORRO, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS.
C0294	ASOCIACION MEDICO QUIRURGICA VALENCIANA DE SEGUROS, S.A.
C0437	AGRUPACION SANITARIA DE SEGUROS, S.A.
C0465	COMPAÑIA DE SEGUROS IGUALATORIO MEDICO QUIRURGICO Y DE ESPECIALIDADES DE NAVARRA, SOCIEDAD ANONIMA
C0648	SEGUROS LATINA, S.A.