SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL



Fasecolda
Federación de Aseguradores Colombianos

Viva Seguro

Programa de Educación Financiera

Viva Seguro
Programa de Educación Financiera

ÍNDICE

Presentación 1
¿Qué es el riesgo? 2
¿Qué es una póliza de Vida Individual? 2
¿Por qué es importante adquirir un seguro de Vida Individual? 3
¿Quiénes pueden asegurarse bajo una póliza de Vida Individual? 4
¿Qué modalidades de pólizas de Vida Individual se consiguen en el mercado? 6
¿Qué modalidades de pago de Vida Individual se consiguen en el mercado? 10
¿Cuánto cuesta un seguro de Vida Individual? 11
¿Qué eventos están cubiertos bajo una póliza de Vida Individual? 13
¿Qué eventos NO están cubiertos bajo una póliza de Vida individual? 20
¿Cuándo se termina la cobertura de una póliza de Vida Individual? 21
¿Se puede reclamar por varias coberturas en forma simultánea? 22
¿Se pueden tomar varias pólizas de Vida Individual? 23
¿Quiénes pueden ser beneficiarios? 23
¿Qué ocurre con el seguro si el beneficiario designado no está, no puede ejercer el derecho o lo ha perdido? 24
¿Qué se debe hacer en caso de que ocurra un evento amparado? 26
¿Cómo se formaliza la reclamación? 27
¿Las compañias están obligadas al pago de cualquier reclamación? 28
¿Cuáles son los derechos que tiene el tomador, asegurado y/o beneficiario frente a una compañía de seguros? 29
¿Qué deberes tiene el tomador, asegurado y/o beneficiario frente a una compañía de seguros? 30

Viva Seguro
Programa de Educación Financiera

¿Cómo debe actuar el asegurado cuando considera que su compañia de seguros no está protegiendo sus derechos? 31
¿Quién es el Defensor del Consumidor Financiero? 31
¿Qué procedimiento se debe seguir para presentar una queja? 32
¿Dónde se puede ubicar al Defensor del Consumidor Financiero? 33
Glosario de términos 34

Presidente: Jorge Humberto Botero Angulo. Vicepresidente Técnico. Carlos A. Varela.
Directora de Responsabilidad Social: Alejandra Díaz Agudelo. Redacción: Jairo Alberto Pérez Muñoz. Revisión y Aprobación: Cámara Técnica de Vida y Personas. Diseño: Rep Grey. Diagramación e Ilustraciones: MS CREA y Silva Publicidad Cía. S.A.
Coordinación: Dirección de Comunicaciones y Mercadeo. Impreso por: Icolgraf Impresores S.A.S.
ISBN: 978-958-58322-7-5 E-ISBN: 978-958-58322-6-8, Federación de Aseguradores Colombianos - Fasecolda: Cra. 7 No. 26 - 20 piso 11. Conmutador: +57 1 3443080. Página Web: www.vivaseguro fasecolda.com.
Correo electrónico: vivaseguro@fasecolda.com. Edición 2014.

Una publicación de la Dirección de Responsabilidad y la Cámara Técnica de Vida y Personas de Fasecolda.
Derechos reservados de autor. Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización de los editores.

Viva Seguro
Programa de Educación Financiera

Presentación

Con el ánimo de propiciar un mayor entendimiento sobre el seguro entre la población, así como la adopción de decisiones más informadas a la hora de adquirir un seguro, y en general, administrar los riesgos, las Compañías de Seguros, a través de la Federación de Aseguradores Colombianos, FASECOLDA, vienen adelantando el Programa de Educación Financiera Viva Seguro.

Como parte del programa, FASECOLDA presenta la Guía de Aseguramiento de pólizas de Vida Individual. La guía se ha estructurado para explicar de manera sencilla los aspectos fundamentales del aseguramiento de los riesgos asociados a esta póliza y está dirigida a personas naturales, intermediarios de seguros y demás interesados en el tema. Adicionalmente, esta guía le permitirá al lector identificar cuáles son sus derechos y deberes como asegurado, así como los mecanismos dispuestos en la ley para su protección.

FASECOLDA advierte que lo consignado en el presente documento no reemplaza el proceso que las partes interesadas deben adelantar para su adecuada protección. Debe ser claro que comenzar en Los procesos de suscripción tienen particularidades que son únicas a cada persona y a cada compañía. Por esta razón, el contenido del presente documento es meramente ilustrativo.

De igual forma, FASECOLDA no se hace responsable por el uso que se realice de esta guía en el proceso de suscripción, ni por las consecuencias generadas por una inadecuada utilización. Esta guía no remplaza los clausulados de las pólizas de seguros que se comercializan en el país.

El presente documento está basado en los estándares técnicos y jurídicos vigentes al momento de su publicación y puede ser consultado y descargado de la página web del Programa de Educación Financiera de Fasecolda www.vivasegurofasecolda.com.

¿Qué es el riesgo?

En seguros el riesgo se define como la posibilidad que se presente una pérdida o un daño al objeto del seguro (llamado siniestro), entendiéndose que este objeto puede ser una persona, un bien o el patrimonio; es importante tener en cuenta que esta pérdida o daño debe ser cuantificable en dinero.

Para el caso específico del seguro de Vida Individual la pérdida o daño se refiere a las consecuencias que afrontan familias cuando se presenta la muerte repentina de un miembro del hogar, o cuando se presentan enfermedades graves, incapacidades o accidentes que deterioran la calidad de vida del mismo asegurado y/o de su grupo familiar.

¿Qué es una póliza de Vida Individual?

Es un contrato que se hace entre un cliente (tomador o asegurado) y una compañía de seguros, con el fin de proteger la estabilidad económica que debe afrontar una familia ante la muerte repentina, la incapacidad o la enfermedad grave de un miembro del núcleo familiar, usualmente el jefe o cabeza de hogar. Por medio de este, la Compañía de Seguros se compromete a pagar un dinero (llamado indemnización), convenido de antemano, a los beneficiarios del asegurado cuando éste muera o al asegurado cuando éste se incapacite o sufra una enfermedad grave, siempre y cuando estén contratados estos amparos.



Consulte más información acerca de la póliza de Vida Individual en la página web del Programa de Educación Financiera www.vivasegurofasecolda.com en el vínculo seguros para personas.



Viva Seguro
Programa de Educación Financiera

¿Por qué es importante adquirir un seguro de Vida Individual?

Los seguros se encargan de cubrir hechos inciertos, aun así, los seguros de vida cubren el evento de muerte, el único hecho cierto en la vida de un ser humano. Sin embargo, dado que el momento en el cual esta ocurre es incierto, el seguro se encarga de cubrir este riesgo.

Cuando sucede la muerte repentina de la persona que genera ingresos en una familia se genera un deterioro significativo en la calidad de vida de todos los miembros de este grupo familiar pues ya no hay ingresos a futuro.

El seguro de vida es una importante herramienta para garantizar la calidad de vida de la familia y evitar situaciones tales como:

- Recurrir a los ahorros que se tienen para asegurar un futuro, generando incertidumbre en el grupo familiar.
- Vender propiedades familiares
- Pedir dinero a otros familiares o amigos.
- Solicitar créditos al sistema financiero que son de difícil obtención al no tener ingresos o que pueden resultar bastante costosos por los intereses que hay que pagar.
- Recurrir a créditos no regulados por el sistema financiero que en la mayoría de los casos resultan siendo impagables.
- Reducir los gastos de la familia para ajustar el presupuesto a la nueva realidad de falta de ingresos.
- Buscar otras fuentes de ingresos.



Por esto, el seguro de Vida Individual resulta siendo un mecanismo económico y confiable para garantizar los ingresos familiares necesarios para sobrellevar los gastos del hogar y no ver deteriorada la calidad de vida de la familia en un plazo determinado.

En otras palabras el seguro de Vida Individual es un acto de amor del asegurado hacia sus seres querido, pues él no será el beneficiario de ese esfuerzo, sino que garantizará que "otros" sigan viviendo sin ver deteriorada su calidad de vida desde el punto de vista económico, de allí su denominación "Seguro de Vida", para que la "vida" continúe a pesar de la muerte del sustento económico de la familia.

¿Quiénes pueden asegurarse bajo una póliza de Vida Individual?

En general se pueden asegurar todas las personas sanas que quieran garantizar la estabilidad económica de sus familias ante la ocurrencia de la muerte inesperada o falta de ingresos causados por una incapacidad o una enfermedad que le impida desempeñar labores que le generen ingresos.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que cada compañía de seguros establece condiciones y requisitos de acuerdo a la edad, el valor asegurado, los amparos que se desean contratar, las actividades, profesiones y aficiones que se desempeñen en la vida cotidiana.

Es usual encontrar que las pólizas de seguro de Vida Individual no aseguran a personas que manifiesten algún tipo de discapacidad física o mental que por su condición los haga propensos a sufrir accidentes con mayor facilidad, comparados con una persona que no tiene esta discapacidad. Igualmente, estos seguros presentan limitaciones en el aseguramiento de actividades denominadas peligrosas o de alto riesgo como escoltas, toreros, quienes manejan explosivos, militares, entres otros. Para estas actividades especiales las compañías de seguros exigen requisitos adicionales y pueden establecer restricciones o primas más costosas.



También es importante destacar que existen edades mínimas y máximas de ingreso así como máximas de permanencia en el aseguramiento:

- La edad mínima de ingreso por lo general es de 18 años, pues se entiende que un menor de edad no tiene personas dependientes económicamente, sin embargo, se pueden encontrar pólizas en donde se da cobertura a menores de edad entre los 14 y los 17 años, y de acuerdo con la ley, con el previo consentimiento de los padres o acudientes.

- Por lo general, la edad máxima de ingreso está entre 60 y 65 años, y en algunos casos, las compañías otorgan la posibilidad de ingresar a las pólizas con una edad de 70 años. Las personas en estos rangos de edades no son aseguradas dado que, en la mayoría de los casos, estos ya no generan ingresos y no tienen obligaciones con sus dependientes, pues en principio, ya deben estar generando sus propios ingresos.

- La edad máxima de permanencia en las pólizas de Vida Individual está relacionada con el plan que se tome. Hay algunas pólizas que extienden su cobertura hasta los 70 u 80 años e incluso, algunas que la extienden hasta el final de la vida de la persona, más allá de los 80 o 90 años.

En este contexto el asegurado debe leer y comprender bien el tipo de plan que está comprando para tener claridad de hasta qué edad tiene cobertura en la póliza adquirida.

Para tener en cuenta

Se debe diferenciar entre edad de ingreso y edad de permanencia. En el primer caso, se trata de una limitación a la entrada a la póliza. En el segundo caso, es una limitación para quienes ya están amparados por la póliza.

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

¿Qué modalidades de pólizas de Vida Individual se consiguen en el mercado?

En el mercado se encuentran multiplicidad de planes de seguros que se adaptan a las diferentes necesidades y capacidad económica de las personas.

1. Por la duración del contrato se encuentran dos modalidades:

- Seguro vida entera u ordinario de vida
- Seguros temporales

2. Por el tipo de riesgo que cubren se clasifican en:

- Seguros por muerte (Vida)
- Seguros por sobrevivencia (Dotal)
- Los que combinan la protección por muerte y la sobrevivencia (Dotal Puro)

3. Por el número de vidas que se protegen se encuentran:

- Individuales
- Conjuntos

4. Por el comportamiento del valor asegurado:

- Valor asegurado fijo o constante en el tiempo
- Valor asegurado creciente
- Valor asegurado decreciente
- Valor asegurado expresado en moneda extranjera
- Valor asegurado indexado a indicadores de referencia tales como UVR o IPC.

5. Por el fin del seguro

- Libre destinación
- Destinación específica





A continuación se describe cada uno de estos tipos de pólizas de Vida Individual, es importante anotar que esta descripción se hace sobre el amparo básico de muerte, los amparos adicionales puede estar ligados al básico o comportarse de forma distinta.

Por la duración del contrato se encuentran dos modalidades:

Seguro de vida entera: Es un seguro para "Toda la Vida", es decir, la compañía de seguros inicia la vigencia del contrato al momento de aceptar al asegurado e indemnizará a los beneficiarios vigentes la suma asegurada contratada a causa de la muerte del asegurado, independientemente del momento en la que ocurra el evento. En estos seguros no hay límite de edad de permanencia.

Seguro temporal: En este tipo de pólizas, las compañías de seguros ofrecen cobertura durante el período determinado en la póliza, e indemnizarán a los beneficiarios si el fallecimiento ocurre durante este tiempo. Estos períodos van desde 1, 5, 10, 15, 20 o incluso más años y siempre hasta la edad máxima de permanencia, también la temporalidad se puede dar por la edad alcanzada, por ejemplo a edad 65, 70 u 80 años. Es importante revisar la vigencia y las edades de permanencia. En Colombia lo más usual es encontrar que las pólizas de Vida Individual son Temporales a edad 80.

Por el tipo de riesgo que cubren se clasifican en:

Seguros por muerte: Estas pólizas aseguran la "muerte" del asegurado durante la vigencia de la póliza.

Seguro dotal: Las pólizas dotales aseguran la "sobrevivencia" del asegurado al final del periodo pactado o fin de vigencia del contrato. Si se contrata un seguro dotal por 20 años, al finalizar este tiempo, la compañía de seguros indemniza la suma asegurada pactada en vida del asegurado. Es un seguro temporal con limitación de edad de ingreso y permanencia.



Seguro dotal puro: En este tipo de póliza la compañía de seguros cubre tanto el riesgo de muerte como la posibilidad de sobrevivencia del asegurado al finalizar el periodo pactado. Si el asegurado fallece antes de terminar el periodo pactado, la compañía indemniza a los beneficiarios el valor asegurado; si el asegurado no fallece al finalizar el periodo pactado, en vida recibirá la suma asegurada acordada en el contrato. Es importante tener claro, las sumas aseguradas por muerte y por sobrevivencia, las edades de ingreso y de permanencia y la duración del contrato. Es un seguro de vida temporal que tiene edad de ingreso y permanencia limitada.

Por el número de vidas que se protegen se encuentran:

Seguro de vida individual: En este contrato se asegura la vida de una sola persona.

Seguro de vida conjunto: En esta modalidad de contrato la ley permite que una o más personas se aseguren de manera conjunta y recíproca; En este caso, el contrato termina cuando ocurra la muerte de una de las personas aseguradas, puede ser en el primer o en el último fallecimiento, (lo más común es que se indemnice cuando ocurre el primer fallecimiento); Este es un seguro de vida temporal que tiene edad de ingreso y permanencia limitada.

Por el comportamiento del valor asegurado:

Seguros de vida con valor asegurado constante o fijo: En estos contratos, durante toda la vigencia del seguro, el valor asegurado inicial permanece igual siempre. Puede ser un vida entera, temporal o dotal.

Seguros de vida con valor asegurado creciente: En estos contratos, el valor asegurado crece en el porcentaje pactado al inicio de la vigencia, el cual puede ser fijo o ligado a una variable como el Índice de Precios al Consumidor (IPC) o el aumento del salario mínimo por ejemplo. El objetivo de pactar estos crecimientos de valor asegurado es garantizar la capacidad de compra y de poder adquisitivo del dinero.



Es importante entender y preguntar a la hora de tomar la póliza si el crecimiento se hace sobre el valor asegurado inicial o sobre el valor asegurado alcanzado durante el periodo de vigencia, ya que el comportamiento del crecimiento es diferente.

El asegurado debe tener muy claro qué tipo de crecimiento se contrata en el plan para evitar que por un crecimiento excesivo, se vea imposibilitado de pagar su seguro, o, por el contrario creer que su crecimiento es mayor y quedar decepcionado cuando vea que éste no llega a las expectativas esperadas.

Seguros de vida con valor asegurado decreciente: En estos contratos, el valor asegurado va disminuyendo a través del tiempo, este tipo de contrato se utiliza cuando se respalda un crédito o cuando se utiliza el seguro de Vida Individual como un instrumento de protección para la pensión de vejez, caso en que se tiene un ahorro programado y el seguro se utiliza para cubrir la diferencia entre el ahorro alcanzado y el valor necesario para garantizar una pensión vitalicia a los beneficiarios del asegurado.

Valor asegurado expresado en moneda extranjera: Esta modalidad existe dado que el peso Colombiano no es considerado una moneda fuerte, como si lo son el Dólar y el Euro. De esta forma, se procura mantener la capacidad de compra o de poder adquisitivo. En Colombia está prohibida la comercialización de seguros en moneda extranjera, no obstante, las compañías de seguros legalmente establecidas en el país ofrecen la alternativa de aseguramiento en el equivalente Dólar o Euro. Los pagos se realizan en pesos a la tasa representativa del mercado del día de la transacción, al igual que la indemnización.

Valor asegurado indexado: Otra forma de buscar que el valor asegurado mantenga constante su poder adquisitivo es la expresión en el indicador asociado, de tal forma que el asegurado paga el seguro al valor de la unidad del día de pago y a su vez la compañía de seguros indemniza a los beneficiarios al valor de la unidad el día del fallecimiento del asegurado. Como este indicador se incrementa diariamente, el valor entregado en pesos es mayor al valor inicial.



Por finalidad del seguro:

Seguros de libre destinación: El capital indemnizado por la compañía de seguros es utilizado libremente por los beneficiarios.

Seguros de destinación específica: Estos planes de seguros, tienen desde el momento del inicio del contrato un objetivo específico determinado por el asegurado y el producto. Existen seguros de destinación específica para pago de estudios, pago de gastos de hogar o canasta familiar, pago de impuestos de sucesión, entre otros.

Finalmente los diferentes tipos de seguros descritos anteriormente, pueden incluir una porción de ahorro. Desde el momento de inicio del contrato, el asegurado destina una parte de la prima a constituir un ahorro. Por tanto, se pueden encontrar en el mercado, seguros de Vida Individual con ahorro, tanto en planes vida entera, temporales y/o dotales, en planes de una vida o conjuntos, expresados en pesos o en monedas extranjeras, crecientes, decrecientes o constantes.

¿Qué modalidades de pago de la prima se consiguen en el mercado?

En seguros de Vida Individual las alternativas de pago más comunes son las siguientes:

- Pago único: en este caso, el tomador de la póliza opta por realizar el pago de la prima en un sólo monto o cuota sin importar si se trata de una póliza de vida entera o una póliza temporal con cobertura a 5 o más años

- Pagos limitados: En el caso de pólizas de cobertura temporal, es posible pactar el pago de la prima en períodos de tiempo diferentes al de cobertura. De esta manera, una póliza con cobertura a 20 años o a edad 80, puede ser pagado en un período de 5 años.



- Pagos permanentes: En esta modalidad de pago, durante toda la vigencia del seguro, independiente del plan, el asegurado paga anticipadamente la anualidad de su protección.

A su vez cada uno de estos pagos puede fraccionarse de forma semestral, trimestral o mensual. Este fraccionamiento normalmente se realiza mediante facilidades financieras que permiten a través de descuentos periódicos de cuentas de ahorro, cuentas corrientes o tarjetas de crédito, pagar oportunamente el seguro y garantizar la protección a los asegurados.

También es posible encontrar financiamiento de las primas de seguros en entidades financieras que tienen convenios con las compañías de seguros, lo que facilita la consecución del crédito.

Otro medio que actualmente es cada vez más frecuente es el pago del seguro a través de las empresas de servicios públicos, por medios electrónicos como cajeros automáticos, internet entre otros.

¿Cuánto cuesta un seguro de Vida Individual?

El costo de la prima de una póliza de un seguro de Vida Individual está determinado principalmente por:

- **La edad del asegurado:** Entre más años se tenga, más alto el riesgo de muerte y por lo tanto el costo.
- **El género:** Las mujeres tienen una mayor probabilidad de sobrevivencia por lo tanto pagan menos que los hombres.
- **Valor asegurado:** Que es el valor que será rembolsado a los beneficiarios de la póliza en caso de muerte del asegurado. De esta manera, a mayor valor asegurado, mayor será la prima de seguro.



- **Las coberturas contratadas:** Si además de la cobertura básica se contratan varias coberturas adicionales, cada cobertura tendrá un costo adicional. A mayor número de coberturas mayores costos.

- **La actividad principal y las aficiones:** Dependiendo de la actividad principal y las aficiones del asegurado se determina si hay mayor exposición a un accidente o a un atentado. Son más bajos los costos de profesiones de oficina que las profesiones a campo abierto o que exijan muchos viajes. Los políticos y personas públicamente expuestas también son más costosos y en algunos casos no son aceptados por las compañías de seguros. Los deportes o aficiones que se practiquen con regularidad también influyen en el costo del seguro. Los deportes denominados extremos o de alto riesgo generan sobrecostos o no asegurabilidad.

- **El estado de salud actual y los antecedentes médicos:** Las estadísticas médicas permiten establecer cuando se considera un estado de salud normal para una determinada edad. Cuando estos parámetros están por fuera de lo aceptable médicamente se generan recargos en el costo de seguro, por ejemplo, sobrepeso, hipertensión, colesterol alto, entre otros. Los antecedentes médicos también son un factor que influye en la determinación del costo del seguro o de la no asegurabilidad.

- **La zona geográfica de residencia y/o trabajo del asegurado:** Es más fácil y económico asegurar a personas residentes en ciudades capitales, que a personas que residen o trabajan en zonas de reconocida influencia de organizaciones al margen de la ley.



¿Qué eventos están cubiertos bajo una póliza de Vida Individual?

El objetivo principal y esencial de las pólizas de Vida Individual es cubrir las consecuencias que viven las familias afectadas por la muerte de la persona cabeza de hogar. Por esta razón, la cobertura de muerte es el amparo básico del seguro de Vida Individual.

1. Cobertura básica:

- Vida: Ofrece el reconocimiento de la suma asegurada a los beneficiarios en la póliza, cuando fallezca la persona asegurada, ya sea por accidente, por enfermedad, por vejez, suicidio u homicidio.

2. Coberturas adicionales:

- Incapacidad total y permanente: En el caso que el asegurado no pueda desarrollar una actividad remunerada a causa de una incapacidad o invalidez amparada, el asegurado recibe un beneficio monetario que ha sido pactado de antemano con la compañía de seguros. Este dinero puede ser recibido en un solo pago o en pagos mensuales durante un tiempo determinado que usualmente es de uno o dos años.

  La forma en que se establece a partir de qué grado de incapacidad se puede contar con la cobertura puede variar de compañía a compañía, por eso es necesario tener claridad en la forma cómo se determina en cada póliza esta incapacidad. Usualmente, se establece que la incapacidad está cubierta cuando la evaluación dada por las entidades autorizadas por la ley para emitir dichas evaluaciones determina que la persona tiene una Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) superior al 50%.

  Usualmente, la calificación de invalidez se hace por parte de entidades autorizadas para tal fin como la Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, las Administra-



doras de Riesgos Laborales (ARL), las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, las entidades promotoras de salud (EPS) y las Juntas Calificadoras de Invalidez de índole regional o nacional.

Por lo general, las aseguradoras reconocen como Incapacidad Total y Permanente de forma inmediata (sin que medie calificación de PCL) la pérdida total de la visión de los dos ojos, la pérdida física o funcional de las dos manos, la pérdida física o funcional de los dos pies, o la combinación de la pérdida total de la visión de un ojo y la pérdida física o funcional de una mano o un pie, así como la pérdida física o funcional de una mano y un pie.

- Exoneración de pago de primas por incapacidad total y permanente: En caso de diagnosticarse una incapacidad total y permanente o invalidez, este beneficio garantiza al asegurado que no vuelva a pagar primas y la aseguradora garantiza la protección por muerte del amparo básico. Algunas compañías de seguros lo tienen incluido como parte de la cobertura básica, otras lo incluyen como beneficio adicional.

Para tener en cuenta

El pago de la indemnización por incapacidad total y permanente no da por terminado el contrato de seguros. Los amparos adicionales se terminan pero el valor asegurado del amparo básico continúa.



- Indemnización adicional por muerte accidental: En el caso del fallecimiento de la persona asegurada a causa de un accidente cubierto por la póliza, los beneficiarios reciben una indemnización monetaria (beneficio) adicional a la suma asegurada del amparo básico. Por eso se denomina Indemnización Adicional. Normalmente la suma asegurada de este emparo es el mismo monto del amparo básico. En este caso, el beneficiario recibe el capital asegurado del amparo básico más el amparo de indemnización adicional por muerte accidental.

  Se debe comprender lo que define la póliza como Accidente. Una definición comúnmente aceptada es la siguiente: "Se entiende como accidente el evento, externo, súbito, imprevisto, repentino, violento y externo, que produce la muerte o lesiones corporales de una o varias partes del cuerpo y que pueden ser evidenciadas por un profesional de la medicina". Adicionalmente que no haya sido provocado deliberadamente por el asegurado.

  En el caso del homicidio hay que hacer la diferencia entre si éste es cometido con o sin intención por parte del homicida. Si es sin intención, éste se incluiría en la definición anterior. Un ejemplo seria el atropellamiento en accidente de tránsito, o el hurto callejero.

Para tener en cuenta

El pago de la indemnización adicional por muerte accidental termina la obligación de la compañía.

- **Desmembración accidental:** Esta cobertura aplica cuando, a causa de un accidente cubierto por la póliza, el asegurado sufra pérdida de sus miembros, órganos o facultades (Ejemplo: mano, ojo, visión, facultad mental). Igualmente, aplica en el caso en que, aunque no se haya perdido el miembro, éste no funcione correctamente, por ejemplo cuando la persona no puede caminar pero sus piernas no han sido amputadas.

  El valor de la indemnización monetaria (beneficio) en este caso depende del miembro, órgano o facultad pérdida y es establecido con antelación en cada póliza, la persona que recibe el beneficio es el asegurado salvo que no esté en capacidad de manejar el dinero.

Para tener en cuenta

El pago de la indemnización por desmembración reduce la suma asegurada de incapacidad total y permanente y de indemnización adicional por muerte accidental en el monto pagado.

- **Renta diaria por hospitalización:** En el evento en que el asegurado sea hospitalizado a causa de un evento cubierto por la póliza (enfermedad no preexistente o un accidente), la compañía de seguros pagará al asegurado un valor (beneficio) determinado con antelación por cada día que el asegurado permanezca hospitalizado, usualmente no se pagan el primer o los dos primeros días de hospitalización.

  Al ser un beneficio, el dinero entregado no requiere soporte de gastos y puede ser utilizado en lo que el asegurado considere pertinente. Al igual que el amparo de gastos médicos este amparo no remplaza la seguridad social, el seguro de salud o la medicina prepagada.



- Renta por incapacidad total temporal: Este amparo opera cuando el accidente deja incapacitado al asegurado y éste no puede trabajar temporalmente. Con este amparo la compañía de seguros indemniza (reemplaza) los ingresos dejados de ganar por la persona por no poder laborar.

- Exequias: Esta cobertura puede encontrarse como auxilio exequial o como reembolso de gastos funerarios. Es muy importante entender muy bien qué se contrata para evitar inconvenientes en la reclamación.

    1. Cuando se denomina Auxilio Exequial, al momento del fallecimiento de la persona asegurada, los beneficiarios reciben una indemnización monetaria (beneficio) adicional a la suma asegurada del amparo básico con el fin de cubrir todo o parte de los servicios funerarios.

    2. Cuando se denomina Rembolso de Gastos Funerarios, la compañía indemnizará los gastos que mediante facturas se comprueben se realizaron para las honras fúnebres del asegurado fallecido.

- Bono canasta familiar por muerte o invalidez del asegurado: Adicional a la suma asegurada del amparo básico indemnizado a los beneficiarios, con esta cobertura que se entrega por mensualidades durante uno o dos años, se busca que los gastos como mercado, servicios, tengan garantizado el pago. Se encuentra también que puede ser indemnizado a través de cheques o bonos de mercado para redimir en supermercados de cadena con estos convenios.

- Enfermedades graves: En el caso de ser diagnosticada por primera vez una enfermedad grave amparada a una persona asegurada en la póliza, y después de haberse cumplido el periodo de carencia y el periodo de sobrevivencia pactados, el asegurado recibe una indemnización monetaria (beneficio) para poder afrontar la nueva situación personal y familiar que conlleva la enfermedad.



La forma más común de contratar esta cobertura es como "anticipo del 50%" de la suma asegurada del amparo básico, lo que significa que al indemnizarse al asegurado, el valor pactado para la cobertura de vida se reduce en el monto anticipado. Igual ocurre con las coberturas de incapacidad total y permanente y de indemnización adicional por muerte accidental.

No obstante, también existe la modalidad de contratación de "capital adicional". En esta modalidad se indemniza el capital asegurado de la cobertura de Enfermedades Graves sin afectar la suma asegurada del amparo básico. Algunas compañías reducen el valor asegurado de incapacidad total y permanente y de indemnización adicional por muerte accidental, por tanto hay que informarse muy bien sobre las deducciones pactadas en la póliza.

Una última modalidad de cobertura de Enfermedades Graves, es la de "reembolso de gastos médicos" para el tratamiento de la enfermedad grave. Este es un amparo indemnizatorio y requiere de la demostración de los gastos realmente incurridos para el tratamiento para su reembolso, o mediante convenio con Clínicas u Hospitales la aseguradora autoriza el tratamiento hasta agotar la suma asegurada.

Las enfermedades que se encuentran cubiertas en la mayoría de los productos de Vida son:

- Infarto agudo al miocardio (Ataque al corazón)
- Cáncer
- Insuficiencia Renal Crónica
- Esclerosis Múltiple
- Accidente cerebro vascular (ACV) (Derrame cerebral)
- Cirugía de las arterias coronarias incluyendo Bypass
- Trasplante de órganos mayores



Es posible que se incluyan otras enfermedades graves, con cobro adicional de primas como son:

- Gran quemado
- Politraumatismo
- Cuadriplejia, paraplejia, hemiplejia
- Pérdida total de la visión
- Alzheimer

Para tener en cuenta

Entre más amparos adicionales se contraten, las primas son mayores por efecto de la mayor cobertura y sumas aseguradas que se indemnizan.

Es de anotar que el mercado es dinámico y se pueden encontrar otras coberturas diferentes a las explicadas anteriormente.



¿Qué eventos NO están cubiertos bajo una póliza de Vida Individual?

Dado que el objetivo principal del seguro de Vida Individual es la cobertura de muerte por cualquier causa, en general las compañías tienen muy pocas limitaciones o exclusiones, como son el suicidio durante el primer o los dos primeros años de vigencia del seguro. Algunas pueden excluir en este mismo periodo la muerte como consecuencia del SIDA e incluso el homicidio.

No obstante, existen exclusiones generales como son:

- Todas las consecuencias de actos ilegales cometidos por el asegurado.
- Todas las preexistencias no declaradas a la compañía de seguros al momento de ingresar por primera vez, o al momento de solicitar aumentos de sumas aseguradas.
- Todos los hechos que ocurran después de la edad máxima de permanencia.

En forma particular para la cobertura de incapacidad total y permanente no se cubren las consecuencias de los lesiones que así mismo se produzca el asegurado, todas las lesiones preexistentes y que se encuentren en proceso de calificación de invalidez.

En las coberturas de accidentes, no se reconocen las consecuencias del intento de suicidio, los actos delictivos, deportes de alto riesgo o competencias de velocidad o apuestas, del ejercicio de actividades propias del ejercicio militar o de policía, los accidentes durante procesos quirúrgicos, cuando el asegurado este bajo los efectos de drogas ilegales o de bebidas alcohólicas.

Para enfermedades graves se excluye todo padecimiento preexistente declarado o no por el asegurado así como las consecuencias de lesiones causadas a sí mismo por el asegurado.



No obstante, estas indicaciones de eventos no cubiertos algunas pólizas sí pueden cubrirlos o excluir otros, por eso es importante leer bien la póliza para conocer qué coberturas ofrece o no su seguro.

¿Cuándo se termina la cobertura de una póliza de Vida Individual?

Existen diversas causales para que se dé por terminada la vigencia de una póliza. Las más comunes son:

- Por decisión de Tomador y/o Asegurado de terminar la póliza.
- Por llegar a la edad máxima de permanencia del plan contratado. Esta causal no opera en los seguros vida entera.
- Por la indemnización de los amparos de muerte.
- Por final de vigencia según el plan contratado y no solicitar o no aceptar su renovación, en los seguros temporales y/o dotales.
- Por agotamiento de los ahorros en el plan contratado y el no pago de prima.



¿Se puede reclamar por varias coberturas en forma simultánea?

Dependiendo de las coberturas contratadas, sí es posible que se afecten y se reclame por varias coberturas de forma simultánea. Los casos en los cuales esto ocurre son:

- Muerte accidental que suma con la cobertura básica de muerte por cualquier causa, así como el auxilio funerario y los bonos tipo canasta familiar.
- Algunas enfermedades graves pueden generar simultáneamente la incapacidad total y permanente, y cuando se contrata la cobertura como capital adicional, se indemnizan los dos amparos. Si se tiene el bono canasta por incapacidad, también indemniza simultáneamente.
- Es posible sumar las indemnizaciones de renta por hospitalización y renta por incapacidad total temporal durante el tiempo en que se dé simultaneidad de los dos eventos.



SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

¿Se pueden tomar varias pólizas de Vida Individual?

A diferencia de los bienes materiales, a los cuales es posible asignarles un precio y por tanto determinar su máximo valor asegurado, no es posible asignarle un precio a la vida de las personas, razón por la cual las personas pueden estar aseguradas en tantos seguros de vida y/o accidentes personales como desee, siempre que los pueda pagar y la suma de todos los valores asegurados este acorde con su nivel de ingresos.

¿Quiénes pueden ser beneficiarios?

Beneficiarios de libre designación: En caso de fallecimiento del asegurado, son considerados como beneficiarios, la (las) persona(s) que expresamente hayan sido designadas como tales en la solicitud de seguro, normalmente los familiares que dependen económicamente del asegurado.

Beneficiarios supletivos: En caso de que no hayan sido desinados beneficiarios explícitamente, o a pesar de haberlo hecho estos no puedan ejercer el derecho, la ley determina que recibirán la indemnización los beneficiarios de ley que son el cónyuge en la mitad de los beneficios y los herederos en la otra mitad.

Es importante anotar que cuando se presenta el caso del párrafo anterior, es la autoridad competente quien determina quien tiene derecho a recibir la indemnización en calidad de cónyuge y quiénes son los herederos. Mientras no esté dado este fallo judicial, la compañía de seguros no puede indemnizar.

En los seguros de destinación específica, con el fin de cumplir con el objetivo del seguro, la indemnización puede ser girada directamente, por ejemplo, al plantel educativo donde estudia el beneficiario.



¿Qué ocurre con el seguro si el beneficiario designado no está, no puede ejercer el derecho o lo ha perdido?

Los seguros de vida contemplan diferentes figuras legales para garantizar que la compañía de seguros indemnice la suma asegurada de forma rápida y oportuna a quien legalmente le corresponda el derecho, como se describió anteriormente.

No obstante, es posible que un beneficiario designado fallezca con anterioridad al fallecimiento del asegurado, en este caso para que el valor de la indemnización de este beneficiario no se quede en procesos jurídicos, el asegurado puede desde el inicio del contrato establecer soluciones tales como:

Cláusula de acrecimiento: Con esta cláusula se autoriza a distribuir proporcionalmente la suma de la indemnización del asegurado desaparecido entre los otros asegurados sobrevivientes.

Ejemplo:

- Beneficiario 1 25%
- Beneficiario 2 25%
- Beneficiario 3 50%

Si el beneficiario 2 ha fallecido antes, el 25% que le corresponde se reparte proporcionalmente entre el beneficiario 1 que tiene designado el 25% y el beneficiario 3 que tiene el 50%.

De esta forma la compañía de seguros puede indemnizar rápidamente y evitar el proceso judicial para determinar quien tiene derecho sobre el 25% del beneficiario 2.



Beneficiario contingente: Este beneficiario es también de libre designación. El derecho de este beneficiario nace en el momento en que la totalidad de los beneficiarios principales hayan desaparecido o hayan perdido el derecho.

Ejemplo:

- Beneficiario 1 = 50%
- Beneficiario 2 = 50%
- Beneficiario contingente = 100%

En un accidente fallecen el asegurado y los dos beneficiarios principales 1 y 2. Al tener designado en beneficiario contingente la compañía de seguros puede indemnizar rápidamente al beneficiario contingente el 100% tal como lo determinó el asegurado al momento de contratar su seguro.

Conmorencia: Nótese que en los ejemplos anteriores se mencionó la posibilidad de que en un mismo evento hayan fallecido el asegurado y los beneficiarios. Este hecho se denomina Conmorencia.

En los casos en los que no haya designado cláusula de acrecimiento ni beneficiario contingente, la ley determina la forma en la cual se debe indemnizar, así:

- Si se desconoce quien murió primero entre el asegurado y el beneficiario, obtendrán el derecho de beneficiarios los de ley.
- Si de determina claramente que quien fallece primero es el asegurado, y luego el beneficiario, serán beneficiarios los herederos de beneficiario fallecido.



¿Qué se debe hacer en caso de que ocurra un evento amparado?

Es importante que el asegurado informe a sus familiares de la existencia de la póliza y así, tan pronto como se tenga conocimiento de la ocurrencia de un evento amparado (el fallecimiento de un asegurado, el inicio de proceso de calificación de invalidez, un accidente, el diagnóstico de una enfermedad grave), el tomador de la póliza, el asegurado o los beneficiarios, según sea el caso, deberá dar aviso a la compañía de seguros, algunas de las cuales han establecido líneas telefónicas de atención que le permiten al cliente informar acerca del accidente.

Es usual que la reclamación formal del seguro se realice mediante una carta a la que se adjuntan los documentos que le permitan a la compañía de seguros verificar el siniestro, sin embargo, algunas pólizas y compañías de seguros no exigen estos requisitos o tiene otros diferentes, por lo tanto, es importante que la persona se cerciore sobre cuáles son los procedimientos y documentos, de llegarlos a haber, que le exige la compañía de seguros para presentar la reclamación.

No obstante, la ley establece que los beneficiarios o el asegurado tienen 2 años para dar aviso a la compañía de seguros desde el momento en que se conoce el accidente o hasta 5 años si el beneficiario no conoció la ocurrencia del evento amparado (fallecimiento, accidentes, enfermedad). En los seguros de personas no es usual no conocer estos hechos, pues hoy en día con las comunicaciones y los avances tecnológicos todos los beneficiarios conocen el hecho de una forma muy rápida y la entidad tomadora es la primera en enterarse sobre los hechos que afectan a sus miembros.



¿Cómo se formaliza la reclamación?

Como se indicó antes, el proceso de reclamación es particular en cada compañía de seguros e incluso en cada póliza. Algunos de los documentos que algunas pólizas podrían exigir para solicitar la reclamación son:

- Un documento que demuestre la identidad del asegurado puede ser la cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, pasaporte o registro civil de nacimiento.
- En caso de fallecimiento del asegurado, el registro civil de defunción.
- Historia clínica del asegurado, acta de levantamiento del cuerpo, certificado de necropsia o informe médico en donde se demuestre que la muerte o la incapacidad fue causada por un accidente cubierto por los amparos de accidentes.
- Original o copia de la póliza de seguros, en caso de no tenerlos la compañía de seguros está en la obligación de entregar esta documentación previa comprobación del estado de asegurado o de beneficiario de la póliza.
- Documento de identidad del (de los) beneficiario(s).
- Documentos que acrediten la condición o legitimidad del (de los) beneficiario (s).

En caso de afectación de las coberturas adicionales, algunas pólizas pueden solicitar:

- En el caso de incapacidad total y permanente, o incapacidad permanente parcial; la calificación de la pérdida de la capacidad laboral dada por las entidades legalmente habilitadas para realizar esta valoración.



- En la cobertura de renta diaria por hospitalización; se deben anexar los documentos que demuestren la hospitalización indicando el motivo de la hospitalización, la fecha de ingreso y la fecha de salida de la entidad hospitalaria.

- En la cobertura de Incapacidad Total Temporal; se deben presentar la incapacidad médica que indique la causa y el tiempo que ésta dura, y constancias de ingresos tales como extractos, certificación de contador, que demuestre el dinero que la persona ha dejado de ganar.

Es importante anotar que es obligación del tomador, asegurado o beneficiario según sea el caso, demostrar la ocurrencia y la cuantía de la pérdida como ordena la ley; Por tanto, los documentos descritos son solo indicativos y las aseguradoras podrán requerir documentos adicionales, según consideren pertinente. Cabe anotar que para los seguros de beneficios no es necesario demostrar la cuantía pues el valor asegurado es pactado con anticipación.

¿Las compañías están obligadas al pago de cualquier reclamación?

No. La obligación de las compañías es indemnizar los siniestros “amparados”. Esto significa:

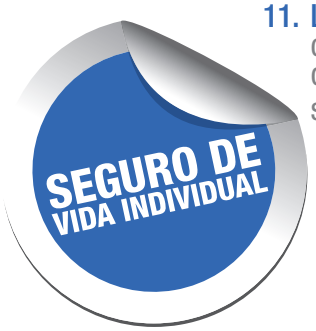
- Que el evento amparado ocurra dentro de la vigencia de la póliza.
- Que la prima del seguro haya sido pagada.
- Que el hecho que origina el siniestro no esté excluido
- Que los documentos que se presenten sean legítimos.
- Que estén plenamente identificados los beneficiarios.
- Que el asegurado afectado no haya omitido o negado información sobre su estado de salud al momento de ingreso a la póliza.
- Que los beneficiarios no hayan sido los causantes de la muerte del asegurado.



¿Cuáles son los derechos que tiene el tomador, asegurado y/o beneficiario frente a una compañía de seguros?

La ley ha otorgado ciertos derechos a los consumidores financieros, entre los cuales se encuentran los clientes de una entidad aseguradora, al tiempo que ha establecido mecanismos para su protección. Algunos de esos derechos son:

1. **Preguntar y conocer:** Obtener respuesta a sus preguntas sobre la póliza de seguros, el proceso de reclamación y demás aspectos relacionados con el vínculo entre el cliente y la compañía de seguros.
2. **Información de precios:** Conocer el valor o prima del seguro.
3. **Claridad:** Recibir información clara, veraz y oportuna de parte del personal de la compañía de seguros y/o el intermediario de seguros.
4. **Peticiones, Quejas y Reclamos:** Presentar sus quejas y reclamos para que sean resueltos de manera oportuna.
5. **Libre elección:** Escoger libremente la compañía de seguros con la cual desea asegurarse.
6. **Calidad:** Recibir productos y servicios con calidad y seguridad.
7. **Póliza:** Recibir la póliza de seguros o el certificado de la póliza según corresponda.
8. **Reclamar:** Presentar la reclamación del seguro en caso de que ocurra el siniestro y recibir respuesta sobre la reclamación luego de un mes de haber radicado la documentación completa.
9. **Revocar:** Dar por terminado el contrato de manera unilateral en cualquier momento.
10. **Educación:** Recibir educación sobre los derechos y las obligaciones de los consumidores financieros, así como sobre los productos o servicios ofrecidos por la entidad.
11. **Libertad de designación de beneficiarios:** El asegurado puede designar libremente los beneficiarios siempre y cuando exista dependencia económica demostrable. También tiene la libertad de cambiar los mismos siempre que exista dependencia demostrable. Cabe aclarar que se deben seguir las condiciones establecidas por cada póliza.



¿Qué deberes tiene el tomador, asegurado y/o beneficiario frente a una compañía de seguros?

Así como la ley a otorgado ciertos derechos a los tomadores y asegurados, y en general a todos los consumidores financieros, éstos también tienen algunos deberes que cumplir, algunos de ellos son:

1. Informarse adecuadamente sobre el producto que se piensa adquirir, indagando sobre sus condiciones específicas.
2. Observar las recomendaciones sobre de la póliza que se piensa adquirir.
3. Pagar cumplidamente el precio del seguro o la prima.
4. Entregar los documentos que la compañía requiera para la celebración del contrato de seguros.
5. Declarar la verdad sobre el estado físico y mental de la persona que se está asegurando.
6. Informar la existencia de otros seguros que cubran a la misma persona.
7. Preservar sus condiciones de salud.
8. Revisar los términos y condiciones del contrato de seguro y sus anexos, así como conservar las copias de dichos documentos.
9. Informarse sobre los medios con que dispone la entidad para presentar solicitudes, quejas o reclamos.
10. Cumplir con las garantías que se hayan pactado en el contrato de seguros. Las garantías son los compromisos que debe mantener el asegurado durante la vigencia del contrato y que han sido pactadas expresamente entre las partes. Usualmente en los seguros de personas no se establece ningún tipo de garantía salvo las exigidas al momento de adquirir la póliza de seguros.
11. Notificar cualquier cambio que afecte el contrato de seguros.



12. Evitar la agravación del siniestro.

13. Dar aviso a la aseguradora de la ocurrencia del siniestro.

14. Que los beneficiarios designados tengan una relación real de dependencia económica.

15. Diligenciar el formulario de conocimiento de cliente Sarlaft al contratar por primera vez un seguro y en cada renovación. (Existen algunas excepciones)

¿Cómo debe actuar el asegurado cuando considera que su compañía de seguros no está protegiendo sus derechos?

Los asegurados que sientan vulnerados sus derechos pueden presentar una queja directamente en la compañía de seguros, ante la oficina del Defensor del Consumidor Financiero de la compañía o en la Superintendencia Financiera. La queja puede ser presentada simultáneamente en las tres instancias o sólo en una o dos de ellas y en el orden que desee.

¿Quién es el Defensor del Consumidor Financiero?

El Defensor del Consumidor Financiero es una figura que todas las compañías de seguros deben tener, cuya función es servir de mediador para resolver de manera objetiva y gratuita los conflictos que puedan surgir entre los clientes y la compañía en la medida de su competencia.





¿Qué procedimiento se debe seguir para presentar una queja?

Existen tres mecanismos para presentar una queja o un reclamo:

1. Directamente a la entidad: La ley no ha previsto un trámite en particular. El afectado puede tramitar su queja por escrito ante la compañía de seguros y ésta, de acuerdo con sus políticas, informará sobre el plazo y procedimientos que se surtirán para dar respuesta a la inquietud.

2. Oficina del Defensor del Consumidor Financiero: Se debe hacer por escrito. El afectado puede remitir la queja al Defensor o radicarla en las oficinas, sucursales o agencias de la compañía de seguros, caso en el cual, ésta deberá trasladar la queja al Defensor dentro de los tres días hábiles siguientes.

Una vez el Defensor reciba la queja, tendrá un plazo de tres días hábiles para responder si es o no competente para atender la queja. De igual manera, el Defensor deberá informar si requiere mayor información. De ser este el caso, el interesado tendrá ocho días hábiles para entregar la información. Según este procedimiento, el Defensor le pedirá a la compañía de seguros que explique su actuación en un máximo de ocho días.

Una vez la compañía de seguros envía la información solicitada por el Defensor, éste la evaluará y resolverá la queja en un plazo de ocho días. El Defensor comunicará la decisión tomada al cliente y a la compañía de seguros un día hábil después.

3. En la Superintendencia Financiera: La queja puede presentarla por escrito en la Calle 7 No. 4 - 49 en Bogotá, al fax (1) 3505707 o al correo electrónico super@superfinanciera.gov.co. La Superintendencia trasladará la queja a la compañía de seguros y ésta tendrá 15 días hábiles para responder al cliente con copia a la Superintendencia. Si la Superintendencia considera que la queja del cliente ha sido solucionada, aclarada, atendida o explicada adecuadamente por parte



de la aseguradora, la Superintendencia dará una respuesta final al cliente en tal sentido.
En el caso que la Superintendencia considere que no se ha dado la solución al cliente, ésta iniciará de manera independiente las actuaciones correspondientes.

Información necesaria para presentar una queja

- Nombres y apellidos completos.
- Documento de identidad.
- Dirección y ciudad.
- Teléfono y correo electrónico.
- Nombre de la compañía de seguros y número de la póliza.
- Descripción de los hechos y los derechos que considere vulnerados.
- En caso de existir, documentos que sirvan como soporte de los hechos mencionados.

¿Dónde se puede ubicar al Defensor del Consumidor Financiero?

Se puede ubicar al Defensor del Consumidor Financiero de la compañía solicitando sus datos en una oficina de la entidad, por teléfono o visitando la página web de la compañía. También puede hacerlo a través de la página web de la Superintendencia Financiera www.superfinanciera.gov.co o en la página web del Programa de Educación Financiera de Fasecolda www.vivasegurofasecolda.com en el vínculo de Protección, en donde encontrará el listado de los Defensores del Consumidor Financiero de cada compañía y sus datos de contacto.



Glosario de términos

Amparo o cobertura: Los riesgos o eventos que están protegidos por un seguro y por los cuales, una vez estos riesgos ocurran, se paga una indemnización.

Asegurado: Es la persona que puede resultar afectada por el riesgo que cubre la póliza.

Beneficiario: Es la persona natural o jurídica que recibe los beneficios o el pago de la compañía de seguros.

Coaseguro: Es una práctica legal que consiste en que una aseguradora comparte, con la aprobación del asegurado, el riesgo asumido con otras aseguradoras.

Edad de ingreso: Corresponde a la edad mínima o máxima que debe tener el asegurado para poder tomar el seguro. Por encima o por debajo de ese límite la persona no podrá asegurarse o habiéndose asegurado el seguro no tendrá efecto.

Edad de Permanencia: Corresponde a la edad máxima en que el asegurado gozará de la protección de su seguro. Por encima de la edad máxima de permanencia, el seguro no ofrecerá protección al asegurado.

Elegibilidad (Asegurabilidad): Regla que establece quién puede comprar o no un seguro.

Exclusión: Condición específica señalada en la póliza de seguro que no está cubierta y por la cual el seguro no paga ninguna indemnización. Las exclusiones varían según el tipo de seguro.

Indemnización y/o beneficios: El monto que será pagado, o el beneficio que será otorgado, por la compañía de seguros a la persona que presente una reclamación después de haber ocurrido el siniestro.



- **Periodo de Carencia o Espera:** El tiempo (días o meses) que una persona, luego de haber adquirido su seguro, debe esperar para que se hagan efectivas las coberturas señaladas en la póliza.

- **Periodo de Sobrevivencia:** Es el tiempo (días o meses) que debe pasar desde el momento del primer diagnóstico de una enfermedad grave amparada y la fecha en que se presenta la reclamación a la compañía.

- **Póliza:** Es el documento que le entrega la compañía a quien toma el seguro y en el que aparecen las condiciones del contrato de seguro.

- **Prescripción:** La prescripción en seguros es el momento en que se vence el plazo para ejercer una acción o derecho determinado establecido en un contrato de seguros. Por ejemplo, el derecho a hacer una reclamación prescribe cuando se vence el plazo fijado por la ley para ejercer ese derecho.

- **Prima:** Es el valor o precio del seguro.

- **Preexistencia:** Se entiende por preexistencia todo hecho ocurrido y conocido con antelación a la contratación del seguro, que afecte el estado del riesgo y que no haya sido reportado previamente a la compañía de seguros.

- **Reclamación:** Una solicitud de pago o indemnización después de haber ocurrido el siniestro.

- **Revocación Automática:** Acto por el cual quien toma un seguro autoriza a la entidad aseguradora para que, finalizada la vigencia de un seguro, éste se renueve inmediatamente por un periodo igual.



Tomador: Es la persona que contrata el seguro y se obliga al pago de la prima, salvo que en la póliza se disponga lo contrario. Generalmente el tomador es también el asegurado en los seguros de carácter individual o personal. En los seguros de grupo o colectivos la persona jurídica legalmente establecida es el Tomador.

Valor Asegurado: El monto máximo de dinero que puede recibir el afectado por un siniestro, en el caso de los seguros que pagan un beneficio es el monto establecido en la contratación de la póliza. También puede decirse que es la máxima responsabilidad de la compañía de seguros.

Vigencia: Tiempo de duración del seguro, es decir, el tiempo durante el cual se cubre el riesgo.



Fasecolda
Federación de Aseguradores Colombianos

Carrera 7 No. 26 – 20, Pisos 11 y 12
Teléfono: (571) 344 30 80
Bogotá D.C. – Colombia

vivaseguro@fasecolda.com
www.fasecolda.com
www.vivasegurofasecolda.com

Síganos en:

/VivaSeguroFasecolda @vivasegurof /vivaseguro

Una publicación de: Cámara Técnica de Vida y Personas
Dirección de Responsabilidad Social
Derechos Reservados de Autor