



Viva Seguro

fisecolda

Programa de Educación Financiera

ÍNDICE

Presentación	3
¿Qué es el riesgo?	5
¿Qué es el Sistema de Seguridad Social en Salud?	5
¿Qué es el Plan Obligatorio de Salud (POS)?	5
¿Qué son Planes Voluntarios de Salud ?	6
¿Qué es una Póliza de Seguros de Salud?	7
¿Por qué es importante adquirir un Seguro de Salud?	8
¿Qué eventos están cubiertos bajo una póliza de Salud?	8
¿Qué eventos NO están cubiertos bajo una póliza de Salud?	11
¿Quiénes pueden asegurarse bajo una póliza de Salud?	12
¿Qué es la continuidad?	13
¿Qué son las limitaciones de cobertura?	14
¿Cuánto cuesta un Seguro de Salud?	15
¿Se pueden contratar varias pólizas de Salud?	16
¿Cómo se formaliza la reclamación?	16
¿Las compañías están obligadas al pago de cualquier reclamación?	18
¿Cuáles son los derechos que tiene el tomador y/o asegurado frente a una Compañía de Seguros?	19
¿Qué deberes tiene el tomador, asegurado y/o beneficiario de una póliza frente a la Compañía de Seguros?	20
¿Cómo debe actuar el tomador, asegurado y/o beneficiario cuando considera que su Compañía de Seguros no está protegiendo sus derechos?	21
¿Quién es el Defensor del Consumidor Financiero?	22
¿Qué procedimiento se debe seguir para presentar una queja?	22
¿Dónde se puede ubicar al Defensor del Consumidor Financiero?	23
Glosario de términos	25

Presidente: Roberto Junguito Bonnet. Directora de Responsabilidad Social: Alejandra Díaz Agudelo. Redacción: Juan Felipe Velásquez y Tammy Castañeda. Revisión y Aprobación: Comité de Salud. Diseño: Rep Grey. Diagramación e Ilustraciones: MSCREA. Coordinación: Dirección de Comunicaciones y Mercadeo. Impreso por: Offset Gráfico. Federación de Aseguradores Colombianos - Fasecolda: Cra. 7 No. 26 - 20 piso 11. Conmutador: +57 1 3443080. Página Web: www.vivasegurofasecolda.com. Correo electrónico: vivaseguro@fasecolda.com. Edición 2012.

Una publicación de la Dirección de Responsabilidad y el Comité de Salud de Fasecolda. Derechos reservados de autor. Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización de los editores.

Presentación

Con el ánimo de propiciar un mayor entendimiento de los seguros en la población, y así promover la adopción de decisiones informadas a la hora de adquirir un seguro y 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 del Seguro de Salud, dirigida al público en general y elaborada para explicar de manera sencilla los aspectos fundamentales de este seguro. Esta guía se constituye en una referencia útil para quienes estén interesados en garantizar la protección personal y de sus familias ante eventos de la salud tales como enfermedades, accidentes o eventos de prevención y cuidado de la salud. Adicionalmente, esta guía le permitirá al lector identificar cuáles son sus derechos y deberes como tomador, asegurado y/o beneficiario, así como los mecanismos dispuestos en la ley para su protección.

FASECOLDA advierte que la información consignada en el presente documento no reemplaza el proceso que las partes interesadas deben adelantar a la hora de celebrar el contrato de seguros. Los procesos de suscripción tienen particularidades que son únicas a cada persona y a cada compañía de seguro, por esta razón, el contenido del presente documento es meramente ilustrativo.

FASECOLDA no se hace responsable por el uso que se realice de esta Guía en el proceso de suscripción y/o reclamación, ni por las consecuencias generadas por su inadecuada utilización. Esta Guía no reemplaza los clausulados de las pólizas de seguros que se ofrecen en el país, ni compromete la opinión de las compañías de seguros.

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 de que se presente una pérdida o un daño a una persona, un bien o al patrimonio. Es importante tener en cuenta que esta pérdida o daño debe ser cuantificable en dinero.

Para el caso específico del seguro de salud el riesgo está dado por la ocurrencia de un evento que necesita intervención médica, como una enfermedad, un accidente, exámenes de rutina o partos.

¿Qué es el Sistema de Seguridad Social en Salud?

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), es un servicio público de carácter obligatorio, que se garantiza a todos los habitantes siendo un derecho irrenunciable. Este sistema se basa en los principios como el de universalidad, solidaridad, equidad y calidad, entre otros. Para poder utilizar los servicios se debe estar afiliado al Plan Obligatorio de Salud (POS) a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que participan en la administración del riesgo de salud del Sistema.



¿Qué es el Plan Obligatorio de Salud (POS)?

El POS es el conjunto de tecnologías, que comprende servicios, procedimientos, medicamentos o insumos, a que tiene derecho todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud en caso de necesitarlo.

Los servicios que se prestan a través del POS comprenden, entre otros:

- Programas de promoción y prevención en salud
- Consulta de medicina general y especializada
- Hospitalización y cirugía
- Laboratorio clínico
- Radiología, ecografía, escanografía
- Atención integral a la mujer embarazada
- Vacunación
- Terapia física, respiratoria y del lenguaje
- Prevención en salud oral
- Medicamentos



El SGSSS, que está conformado por el régimen contributivo y el régimen subsidiado, se financia por medio de contribuciones hechas por parte de las personas con capacidad de pago y aportes del Gobierno con recursos públicos. En el régimen contributivo, la cotización cubre a todo el grupo familiar y no solo al trabajador cotizante; el grupo familiar incluye hijos, cónyuge y cuando es soltero a sus padres y hermanos dependientes, llamados beneficiarios.

¿Qué son Planes Voluntarios de Salud?

Es un plan que incluye coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud para complementar las del POS, mejorando el servicio y la calidad de las instituciones. Está financiado en su totalidad por el asegurado con recursos propios diferentes a los de las cotizaciones obligatorias.

Dentro de las modalidades de planes voluntarios están las siguientes:

- Pólizas de seguros de salud emitidas por compañías de seguros
- Planes de Medicina Prepagada emitidos por entidades de Medicina Prepagada.
- Planes de atención complementaria emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.

Para tener en cuenta:

Para poder adquirir algún Plan Voluntario de Salud es obligatorio estar afiliado al Plan Obligatorio de Salud en el Régimen Contributivo.



¿Qué es una Póliza de Seguros de Salud?

Es un contrato que se hace entre un cliente, llamado tomador del seguro y una Compañía de Seguros, en donde la compañía se compromete a cubrir los gastos médicos en los que se incurran y que estén contratados para lograr el restablecimiento de la salud de los asegurados en la póliza.

Por ser un contrato de seguros, solo las Compañías de Seguros legalmente autorizadas por la Superintendencia Financiera pueden comercializarlos.

Las compañías de seguros ofrecen a sus clientes asegurados, la opción de acceder a los servicios médicos a través de redes especializadas conformadas por clínicas, médicos, laboratorios, entre otros, en general se da la opción de escoger libremente el profesional o la institución médica de su preferencia, aún si estos no pertenecen a la red

Cuando se opta por esta opción de servicio, se reintegran los valores pagados por el asegurado o se autorizan mediante carta de servicio, a precios razonables del mercado y de acuerdo con los límites que el contrato tenga establecidos.

¿Por qué es importante adquirir un Seguro de Salud?

Cuando se adquiere una póliza de seguros de salud, se obtienen beneficios adicionales y diferenciales al sistema obligatorio, sin que esto genere gastos extraordinarios que puedan afectar el patrimonio familiar.



¿Qué eventos están cubiertos bajo una póliza de Salud?

Las pólizas de salud cuentan con una cobertura básica que está relacionada con todos los gastos en los que se incurren durante la hospitalización. También tienen coberturas adicionales que cubren los procedimientos ambulatorios como las consultas médicas, laboratorios, terapias, exámenes de diagnóstico, entre otros.

Gastos Hospitalarios

Dentro de los rubros que se cubren en gastos por hospitalización se incluyen por lo general los siguientes:



- Habitación diaria
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Atención del parto
- Atención del recién nacido
- Visitas médicas por tratamiento médico hospitalario
- Otros servicios hospitalarios: Alimentación, servicios de enfermería, derechos de sala de cirugía, elementos de anestesia, exámenes de laboratorio y radiológicos y otros.
- Se reconocen también las consultas pre y post hospitalarias relacionadas con la hospitalización.

Honorarios Médicos

Cuando una hospitalización requiere procedimientos quirúrgicos, en esta cobertura se reconocen los honorarios de los profesionales de la salud que deben intervenir.

Usualmente, estos honorarios se remuneran de acuerdo con el nivel de complejidad del procedimiento quirúrgico, y en línea con precios razonables en el mercado. Por lo general se incluyen los siguientes:

- Honorarios quirúrgicos
- Honorarios de anesthesiólogo
- Honorarios de ayudantía quirúrgica

Amparo adicional de coberturas ambulatorias

Este beneficio cubre procedimientos que no requieren hospitalización dentro de los que se pueden encontrar los siguientes:

- Consulta con médico general y especialistas
- Exámenes de laboratorio, rayos X y ecografías
- Exámenes especializados de diagnóstico
- Terapias ambulatorias de todo tipo
- Tratamiento ambulatorio del Cáncer y/o Sida
- Atención para la mujer embarazada después de 10 meses



En el mercado hay una gran variedad de pólizas de salud diseñadas para que se ajusten a diferentes necesidades y presupuestos familiares, las cuales pueden contar con coberturas más amplias o más restringidas a las mencionadas anteriormente, de forma que se pueda acceder a un mejor servicio de salud según la capacidad de pago.

En las pólizas con mejores beneficios se pueden encontrar productos que otorgan cobertura internacional durante periodos cortos de estancia fuera del país, o con la opción de tratamientos en el exterior.



¿Qué eventos NO están cubiertos bajo una póliza de Salud?

En los planes voluntarios de salud usualmente no se cubren las preexistencias, que corresponden a padecimientos que hayan iniciado con anterioridad a la fecha de inicio del contrato y que hayan quedado así definidas en el mismo.

Dependiendo de la compañía y el tipo de póliza de salud contratada, se pueden encontrar algunas exclusiones como las que se mencionan a continuación:

- Cirugías estéticas o con fines de embellecimiento
- Exámenes, cirugías, o extracciones dentales
- Tratamientos de infertilidad
- Chequeos ejecutivos
- Tratamientos por obesidad y cirugías bariátricas
- Tratamientos de carácter experimental

¿Quiénes pueden asegurarse bajo una póliza de Salud?

Puede asegurarse toda persona domiciliada en el territorio colombiano y que sea afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud cuyo estado de salud esté dentro de los parámetros de asegurabilidad de la compañía.

De acuerdo con el número de asegurados se encuentran en el mercado tres clases de pólizas:

- **Pólizas Individuales:**

Un solo asegurado.

- **Pólizas Familiares:**

El asegurado principal y su grupo familiar, normalmente cónyuge, hijos o padres. No obstante, se pueden incluir otras personas, ya que por cada persona se cobra de acuerdo con su edad y género.

- **Pólizas Colectivas:**

Son contratos en los que el tomador es una empresa, cooperativa o fondo de empleados, entre otros, en los cuales, por el mayor volumen de asegurados, se obtienen mejores precios que en los contratos familiares o individuales.

En estos contratos colectivos también es común incluir los grupos familiares.



Para poder ser contratante del seguro se debe ser mayor de 18 años. No obstante, se pueden asegurar los hijos desde su nacimiento o personas adultas mayores con una edad máxima de ingreso que oscila entre 60 y 65 años. La edad de permanencia también varía por póliza y por compañía, por lo tanto es importante leer con detenimiento las condiciones del contrato de seguros.

¿Qué es la continuidad?

Es un beneficio que ofrecen las compañías que comercializan Planes Voluntarios de Salud para permitir el traslado entre empresas y tipos de contratos. Es común que se acepte el traslado entre Empresas de Medicina Prepagada y Compañías de Seguros.

El beneficio de continuidad garantiza que la persona será aceptada por la nueva empresa en el mismo estado de salud con el cual fue aceptado por la empresa inicial. Sin embargo, éstas condiciones estarán sujetas a las nuevas coberturas contratadas, y se aplican las preexistencias y limitaciones que vienen del contrato anterior.

Por tanto, todo procedimiento o padecimiento que haya sido tratado inicialmente será aceptado por la empresa receptora en el nuevo contrato y por lo general no se aplican los periodos de carencia.

Para que la continuidad opere, se requiere comunicación escrita de la entidad original que contenga información relevante del contrato anterior.

Para tener en cuenta:

Cuando se haga el traslado a otra compañía, verifique que en la carátula de la nueva póliza se mencione específicamente que la compañía ofrece la continuidad de las condiciones de cobertura.

¿Qué son las limitaciones de cobertura?

Existen dos clases de limitaciones de cobertura: Una en tiempos y otra en servicios.

Las limitaciones de cobertura de tiempo, son llamados periodos de carencia y son tiempos de espera que deben pasar en el contrato para activar el beneficio. Por ejemplo, el parto está cubierto si han transcurrido 10 meses del contrato, para garantizar que el embarazo no inició con anterioridad al inicio del contrato.

De acuerdo con el tipo de póliza y los amparos contratados en el plan, se pueden tener limitaciones en algunos servicios como por ejemplo, topes diarios por el costo de habitación hospitalaria, o un número máximo de terapias por año. También se pueden tener límites de valores asegurados.



¿Cuánto cuesta un Seguro de Salud?

El precio que se paga por el seguro, o valor de la prima de una póliza de seguros de salud está determinado principalmente por las siguientes variables:

- a) Los beneficios contratados: Una póliza de salud puede tener diferentes niveles de cobertura ya sea en servicios o en la red de proveedores.
- b) Características de riesgo demográfico al cual pertenezca el asegurado, principalmente se tienen en cuenta la edad y el sexo del individuo. Por lo general, las personas mayores tienen una prima más alta ya que sus utilizaciones son mayores, al igual que las mujeres, principalmente en su edad reproductiva.
- c) Tipo de contrato: En contratos colectivos influye el tamaño del grupo, a mayor número de asegurados menor costo. En estos contratos también se tiene en cuenta el costo total de las utilizaciones del contrato durante el periodo de vigencia anterior.



¿Se pueden contratar varias pólizas de Salud?

Las personas pueden contratar varias pólizas de salud emitidas por una o varias aseguradoras, sin embargo, esto debe ser informado a cada Compañía de Seguros con la que se desee tener la póliza, inclusive si se tienen otros planes voluntarios de salud como Medicina Prepagada o Plan Complementario.

El asegurado puede acceder al servicio por el plan o póliza que desee y de agotarse la cobertura de un contrato, optar por complementarlo con otros contratos que tenga. En ningún caso se reconocerá un valor mayor a lo que en realidad cuesta el servicio médico.

¿Cómo se formaliza la reclamación?

Las pólizas de salud permiten que la persona asegurada acuda directamente a la entidad prestadora de servicios y sea atendida con el carné expedido por la Compañía de Seguros. Cuando no se acude a la entidad contratada en el plan, se puede efectuar el pago del servicios médico y posteriormente solicitar el reembolso de tales gastos, que usualmente se reembolsan a precios razonables y hasta el valor limite de cobertura contratada.



Como ilustración, se relacionan algunos documentos que pueden ser requeridos por algunas compañías, y dependiendo de la póliza, para reembolsar los gastos médicos:

- Comunicación de reclamo con la indicación de lo ocurrido y el número de la póliza.
- Copia del documento de identidad del paciente asegurado.
- Adjuntar las facturas originales de los servicios pagados.
- Adjuntar copia de la historia clínica del padecimiento objeto de reembolso (si hay lugar a ello).
- Adjuntar copia del informe del médico tratante (cuando no haya hospitalización).



¿Las compañías están obligadas al pago de cualquier reclamación?

No. Las Compañías de Seguros solo están obligadas a pagar aquellas reclamaciones que tengan cobertura, es decir:

- Que hayan ocurrido dentro de la vigencia
- Que el padecimiento esté amparado (no sea exclusión o preexistencia)
- Que no esté dentro del periodo de carencia (limitación de cobertura)
- Que sean legítimas (que no sea para defraudar a la compañía)
- Que estén dentro de servicios y los límites de cobertura contratados

Para tener en cuenta:

Para poder acceder a las coberturas de una póliza es importante que la persona se encuentre al día en los pagos de la prima del seguro.



¿Cuáles son los derechos que tiene el tomador y/o asegurado frente a una Compañía de Seguros?

La ley ha otorgado algunos 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.

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

Así como la ley ha otorgado ciertos derechos a los tomadores, asegurados y/o beneficiarios, y en general a todos los consumidores financieros, también le ha impuesto el cumplimiento de algunos deberes, entre ellos:

1. Informarse adecuadamente sobre el producto que se piensa adquirir, indagando sobre sus condiciones específicas y recomendaciones.
2. Pagar cumplidamente el precio del seguro o la prima. La mora en el pago de la prima genera la cancelación automática del seguro.
3. Entregar los documentos que la compañía requiera para la celebración del contrato de seguros.
4. Declarar la verdad sobre el estado de la persona que se está asegurando.
5. Informar la existencia de otros seguros que cubran a la misma persona.
6. Preservar las condiciones de salud del asegurado.
7. Revisar los términos y condiciones del contrato de seguro y sus anexos, así como conservar las copias de dichos documentos.
8. Informarse sobre los medios que ha dispuesto la entidad para presentar solicitudes, quejas o reclamos.



9. Cumplir con los compromisos que se hayan pactado en el contrato de seguros, y que debe mantener el asegurado durante la vigencia del contrato y que han sido definidos expresamente entre las partes.
10. Notificar cualquier cambio que afecte las condiciones del contrato de seguros.
11. Evitar la agravación del siniestro.
12. Dar aviso a la aseguradora de la ocurrencia del siniestro.

¿Cómo debe actuar el tomador, asegurado y/o beneficiario 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 Dirección de Protección al Consumidor de la Superintendencia Financiera de Colombia.

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 consumidores financieros 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 éste 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.

3. En la Superintendencia Financiera: La queja puede presentarse por escrito a 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 dicha entidad. 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.

¿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.

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.



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 a 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.
-  **E.P.S.:** Empresa Promotora de Salud: Empresas autorizadas por el Estado para administrar los recursos de la seguridad social en salud y prestar los servicios de salud del Plan Obligatorio de Salud.



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 (beneficiario).



P.O.S.: Plan Obligatorio de Salud que garantiza el Estado para los habitantes del territorio nacional que se financia con los aporte de los cotizantes y de las empresas dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud.



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.



Plan Complementario (PC): Contrato de servicios de salud adicional al POS que comercializan las Empresas Promotoras de Salud para mejorar el acceso y los servicios del POS.



Plan de Medicina Prepagada (MP): Contrato de servicios de salud que comercializan las empresas autorizadas por la superintendencia de Salud con coberturas y precios previamente establecidos.



Plan Voluntario de Salud: Corresponden a planes de salud que se comercializan con beneficios adicionales a los beneficios del POS, y financiados con recursos particulares de cada persona que libremente lo adquiera.












Póliza: Contrato de seguros entre la Compañía de Seguros y el cliente (asegurado), en donde se indican los beneficios, el valor asegurado, las exclusiones y demás condiciones pactadas.



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.
-  **Renovación:** Acto por el cual quien toma un seguro decide continuar con su seguro por un periodo más.
-  **Renovación 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.
-  **Revocación Unilateral:** Acto por medio del cual una de las partes del contrato (tomador o aseguradora) decide de manera unilateral y voluntaria dar por terminado el contrato.
-  **Siniestro o Reclamación:** Es la ocurrencia del hecho cubierto por el seguro. (Enfermedad o accidente)
-  **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.
-  **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.
-  **Vigencia:** Tiempo de duración del seguro, es decir, el tiempo durante el cual se cubre el riesgo.



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

Una publicación de:
Comité de v
Dirección de Responsabilidad Social

Derechos reservados de autor