

SEGURO DE
VIDA GRUPO



Viva Seguro

Programa de Educación Financiera

fasecolda
Fondo de Ahorro y Seguro de Vida



ÍNDICE

Presentación	1
¿Qué es el riesgo?	2
¿Qué es una póliza de Vida Grupo?	2
¿Por qué es importante adquirir un seguro de Vida Grupo?	3
¿Quiénes pueden asegurarse bajo una póliza de Vida Grupo?	4
¿Qué modalidades de pólizas de Vida Grupo se consiguen en el mercado?	5
¿Qué eventos están cubiertos bajo una póliza de Vida Grupo?	7
¿Qué eventos NO están cubiertos bajo una póliza de Vida Grupo?	13
¿Quiénes pueden ser los beneficiarios de una póliza de Vida Grupo?	14
¿Qué es el beneficio de Convertibilidad?	15
¿Cuándo se termina la cobertura para una persona que haga parte del grupo asegurado?	16
¿Cuánto cuesta un seguro de Vida Grupo?	16
¿Se puede reclamar por varias coberturas en forma simultánea?	18
¿Se pueden tomar varias pólizas de Vida Grupo?	19
¿Qué se debe hacer en caso de que ocurra un evento amparado?	20
¿Cómo se formaliza la reclamación?	21
¿Las compañías de seguros están obligadas al pago de cualquier reclamación?	23
¿Cuáles son los derechos que tiene el tomador / asegurado y/o beneficiario frente a una compañía de seguros?	24
¿Qué deberes tiene el tomador y/o asegurado frente a la compañía de seguros?	26
¿Cómo debe actuar el asegurado cuando considera que su compañía de seguros no está protegiendo sus derechos?	27
¿Quién es el Defensor del Consumidor Financiero?	27
¿Qué procedimiento se debe seguir para presentar una queja?	28
¿Dónde se puede ubicar al Defensor del Consumidor Financiero?	29
Glosario de términos	30

Presidente: Jorge Humberto Botero. Directora de Responsabilidad Social: Alejandra Díaz Agudelo. Redacción: Tamy Mabel Castañeda Porras y Juan Felipe Velásquez Barrera. Revisión y Aprobación: Cámara Técnica de Vida y Personas. Diseño: Rep Grey. Diagramación e Ilustraciones: MSCREA y Silva Publicidad CIA. S.A. Coordinación: Dirección de Comunicaciones y Mercadeo. ISBN 978-958-58322-8-2. E- ISBN 978-958-58322-9-9. 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 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.

Presentación

Con el ánimo de propiciar un mayor entendimiento de los seguros en la población, y así promover 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 del Seguro de Vida Grupo, la cual se ha estructurado para explicar de manera sencilla los aspectos fundamentales de esta póliza, de manera que sirva a los tomadores y asegurados de este seguro como una referencia confiable para tomar decisiones bien informadas a la hora de asegurar sus vidas. Adicionalmente, 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 en la contratación del seguro de Vida Grupo deben adelantar. Los procesos de suscripción de este seguro tienen particularidades que son únicas a cada compañía de seguros, 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 www.vivasegurofasecolda.com.

¿Qué es el riesgo?

En el mercado de 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 bueno siempre tener en cuenta que esta pérdida o daño debe ser cuantificable en dinero.

Para el caso específico del seguro de Vida Grupo, la pérdida o daño se refiere a las consecuencias que afrontan las personas aseguradas con ocasión de la muerte, enfermedad o incapacidad causada por cualquier causa (enfermedad o por accidente).

¿Qué es una póliza de Vida Grupo?

Es un contrato entre una Compañía de Seguros y una empresa o una organización establecida legalmente, denominada Tomador, que se realiza para proteger a las personas que tienen relaciones estables con la empresa u organización. Es necesario aclarar que el vínculo de estas personas con el tomador no debió surgir con el único propósito de contratar el seguro de vida. En todo caso, el tomador es el responsable por el pago de las primas.

En este contexto, las personas que pueden ser asegurados son los empleados, socios, funcionarios o clientes (según el tipo de organización) y las familias de éstos en algunos casos.

Entre mayor sea el grupo asegurable, se pueden obtener mejores condiciones de coberturas y costos que las que se conseguirían si se toma una póliza de forma individual.

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



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

Los seguros de Vida Grupo garantizan que las familias de los integrantes de una organización puedan mantener su calidad de vida en momentos difíciles como la muerte, la enfermedad y la invalidez de sus seres queridos. Las sumas entregadas por la aseguradora facilitan la adaptación de la familia a la nueva situación económica que afrontan, pues al no tener este respaldo, tendrían que recurrir a fuentes de financiamiento que podrían llegar a ser costosas o de difícil acceso, como por ejemplo:

- Recurrir a los ahorros que se tienen para asegurar un futuro, generando incertidumbre en el grupo familiar.
- Pedir dinero a otros familiares o amigos.
- Solicitar créditos al sistema financiero.
- Reducir los gastos de la familia para ajustar el presupuesto a la nueva realidad de falta de ingresos.

Las organizaciones pueden promover entre sus miembros la contratación del seguro de Vida Grupo, en donde libremente cada persona se asegura y autoriza la forma de pago para que la empresa pague a la compañía de seguros. Este es un seguro denominado voluntario,



pues media la voluntad de cada uno de los miembros para asegurarse o no. En este caso, la organización es un facilitador del medio de pago.

En la mayoría de los casos, las organizaciones contratan los seguros para el 100% de sus miembros, asumiendo total o parcialmente el costo de la prima. En estos casos no media la voluntad de cada persona si no la voluntad del tomador. Bajo estas características, se considera al seguro de Vida Grupo como un seguro obligatorio o seguro de beneficio, ya que es un beneficio adicional a lo que ordena la ley.

¿Quiénes pueden asegurarse bajo una póliza de Vida Grupo?

En general se pueden asegurar todas las personas que pertenezcan a una organización (Tomador) mientras exista el vínculo con la misma, como por ejemplo los empleados o socios de una empresa, los asociados a cooperativas o fondos de empleados, los clientes de bancos, grandes superficies o empresas de servicios públicos, siempre y cuando se encuentren dentro de los estándares de asegurabilidad de la compañía de seguros:

- Existen otras condiciones que se deben tener en cuenta para poder asegurarse en una póliza de Vida Grupo, como por ejemplo; la edad de ingreso mínima y máxima, la cual en el mercado normalmente está entre los 18 y los 65 años. No obstante, se pueden encontrar compañías que aceptan menores de edad, desde los 12 o 14 años o personas mayores.



Para tener en cuenta

Las compañías de seguros tienen la potestad de no asegurar personas que por su estado de salud, su trabajo o por sus actividades no laborales estén expuestas a un alto riesgo de sufrir una enfermedad o muerte.

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

Las modalidades de pólizas de Vida Grupo pueden clasificarse con base en dos variables: la voluntariedad o no de la adquisición del seguro por parte del asegurado y la definición del encargado de pagar la prima del seguro.

Según la voluntariedad o no en la adquisición del seguro, estos se llaman:

- **Seguros Voluntarios:** Son aquellos en los cuales el tomador da la opción de tomar o no el seguro a los integrantes del grupo.
- **Seguros Mandatorios:** Son aquellos en donde el tomador es quien decide otorgar el seguro a todos los miembros elegibles del grupo. Es importante mencionar que el asegurado siempre debe conocer que tiene un seguro de vida y en todo caso debe dar su consentimiento por escrito.



Respecto de quién paga la prima existen las siguientes modalidades de seguro:

- **Pólizas No Contributivas:** Bajo esta modalidad, la totalidad de la prima es pagada por el tomador de la póliza. Usualmente es un seguro mandatorio o de beneficio.

El valor asegurado de estas pólizas en la mayoría de los casos está determinado por el tomador con relación al salario, el cargo o por acuerdos convencionales, entre otros. Se determina, por ejemplo, que el valor asegurado sea 12 veces el salario o 12 veces el valor de los aportes en el caso de cooperativas o fondos de empleados.

- **Pólizas Contributivas:** Bajo esta modalidad, quienes conforman el grupo en calidad de asegurados pagan una parte o la totalidad de la prima de seguro, aunque por ser una póliza de Vida Grupo, es el tomador quien recauda los dineros para hacer el pago a la compañía de seguros. Usualmente, estos son seguros de carácter voluntario, aunque en algunos casos en los seguros mandatorios puede existir participación del asegurado en el pago de la prima.

En estos seguros, el valor asegurado normalmente está dado por “planes” determinados con anterioridad para facilitar el proceso de compra, en donde el asegurado contrata libremente el plan más conveniente, según su capacidad económica.

Otra modalidad que existe en el mercado es la póliza de **Vida Grupo Deudores**, que busca proteger el patrimonio de las entidades que prestan dinero a sus clientes, socios, empleados, etc. En estos seguros el valor asegurado corresponde al valor del crédito.

Cada vez es más común encontrar en el mercado asegurador que la cobertura otorgada al funcionario o miembro de la organización, se extiende a los cónyuges o inclusive al grupo familiar completo con el pago de una prima adicional.



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

Las pólizas de Vida Grupo ofrecen de manera general una cobertura básica y algunas de ellas ofrecen coberturas adicionales. Las más comunes son:

1. Cobertura Básica:

Fallecimiento por cualquier causa: En el caso del fallecimiento de la persona asegurada, los beneficiarios reciben una indemnización monetaria (beneficio) que ha sido pactada 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.

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 una indemnización monetaria (beneficio).

La forma en que se establece a partir de qué grado de incapacidad se considera un siniestro puede variar de compañía a compañía, por eso es necesario tener claridad sobre cómo se determina en cada póliza esta incapacidad. Por ejemplo, en algunas compañías de seguros se establece como siniestro en aquellos casos en los que 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) igual o superior al 50%.



Las entidades autorizadas para hacer esta calificación son: el Instituto de Seguros Sociales, la Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, las Administradoras 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.

Tenga en cuenta que en caso de invalidez existen algunas pólizas que sólo pagan un porcentaje del valor asegurado, en este caso, la cobertura básica (muerte) continua vigente con un valor asegurado equivalente al porcentaje que no fue pagado.

Para tener en cuenta

Todas 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.

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. Normalmente la suma asegurada de este emparo es el mismo monto del amparo básico, motivo por el cual esta cobertura es conocida como doble indemnización, en este caso el beneficiario recibe el valor asegurado del amparo básico multiplicado por dos.



Usualmente, un accidente se define como un evento externo, súbito, imprevisto, repentino y violento, que produce la muerte o lesiones corporales de una o varias partes del cuerpo. Esto significa que los eventos provocados deliberadamente por el asegurado o beneficiarios no se consideran accidentes, y por lo tanto, no están cubiertos en la póliza. Adicionalmente, es necesario que estos eventos (lesión o muerte) puedan ser verificados por un profesional de la medicina.

Por otro lado, en caso de homicidio, es necesario establecer si éste fue cometido con o sin intención por parte del homicida. Dentro de los eventos de muerte accidental sin intención amparados por la póliza se encuentran el atropellamiento en accidente de tránsito o el hurto callejero.

Desmembración Accidental: Esta cobertura aplica cuando, a causa de un accidente cubierto por la póliza, el asegurado sufre pérdida de sus miembros, órganos o facultades (ej. mano, ojo, visión, facultad mental). También aplica en el caso en que aunque no se haya perdido el miembro u órgano 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 perdida y es establecido de antemano en cada póliza. En este caso, la persona que recibe el beneficio es el asegurado salvo que no se encuentre en capacidad de manejar el dinero.

Para tener en cuenta

Usualmente 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 indemnizado, pero continúa vigente el amparo básico de muerte.



Incapacidad Parcial por Accidente: Aunque no es muy común, se puede encontrar esta cobertura en algunas pólizas en donde se le paga al asegurado un valor determinado de antemano, el cual usualmente es inferior al valor contratado para el amparo básico, si la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) es, generalmente, entre el 20% y el 49.9%.

Homicidio asimilado a accidente: En el caso en que el asegurado sea asesinado con intención por parte del homicida, los beneficiarios reciben el valor establecido en la cobertura de indemnización adicional por muerte accidental.

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 de antemano por cada día que el asegurado permanezca hospitalizado. Usualmente no se pagan 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 reemplaza 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), con un monto establecido de antemano, los ingresos dejados de ganar por la persona por no poder laborar.

Auxilio Exequial: Esta cobertura puede encontrarse como Auxilio Exequial o como reembolso de Gastos Funerarios, los cuales operan de la siguiente manera:

- Cuando se denomina **Auxilio Exequial**, al momento del fallecimiento de la persona asegurada, los beneficiarios reciben un beneficio monetario adicional con el fin de cubrir todo o parte de los servicios funerarios.



- Cuando se denomina **Reembolso de Gastos Funerarios**, la compañía indemniza los gastos a la persona que demuestre haber hecho el gasto mediante facturas que comprueben la realización y pago de las honras fúnebres del asegurado fallecido.

Bono Canasta familiar por muerte o invalidez del asegurado, es un pago adicional a la suma asegurada (dinero en efectivo o bonos) que se entrega por mensualidades durante un periodo determinado, el cual busca garantizar el pago de los gastos del mercado o los servicios mientras la familia se recupera de la muerte del ser querido.

Enfermedades Graves: Otorga un beneficio monetario al asegurado en caso de que le sea diagnosticada por primera vez una enfermedad previamente señalada en la póliza. Algunas de estas pólizas establecen un periodo de carencia o tiempo de espera para iniciar la cobertura.

Es necesario tener en cuenta que este amparo tiene un periodo de sobrevivencia que corresponde al tiempo que debe transcurrir desde el diagnóstico inicial y la fecha en la cual se puede presentar la solicitud de indemnización a la compañía.

La forma más común de contratar esta cobertura es como un anticipo del 50% de la suma asegurada del amparo básico. Esto significa que al pagarse al asegurado el valor de la cobertura de enfermedades graves, el valor asegurado para la cobertura de vida se reduce en el monto anticipado. Igual ocurre con las coberturas de Incapacidad Total y Permanente y la cobertura de Indemnización Adicional por Muerte Accidental.

No obstante, también existe la modalidad de contratación de capital asegurado adicional; bajo 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 para evitar futuros inconvenientes.



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 Grupo 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
- Cuadriplejía, paraplejía, hemiplejía
- Pérdida total de la visión
- Alzheimer

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



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

Las pólizas en general tienen exclusiones aplicables a todos los amparos y exclusiones particulares propias de cada cobertura.

Un beneficio de los seguros de Vida Grupo, es que en el **amparo básico** no hay exclusiones previas, ya que el suicidio, el homicidio y el Sida no preexistente están cubiertos desde el primer día de ingreso, lo que no ocurre en los seguros de Vida Individual, que en algunos casos sólo cubre después de uno o dos años de aseguramiento continuo. Es posible que de forma particular se hagan limitaciones o exclusiones especiales a un individuo por virtud de su estado de salud, de su ocupación o de los deportes o actividades riesgosas que practique.

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.

De forma particular para la cobertura de **Incapacidad Total y Permanente** no se cubren las consecuencias de las lesiones que a si 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 o 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 y 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.

¿Quiénes pueden ser los beneficiarios de una póliza de Vida Grupo?

En caso de fallecimiento de uno de los asegurados bajo una póliza de Vida Grupo, son considerados como beneficiarios, la(s) persona que expresamente hayan sido designadas como tales en la solicitud del seguro; normalmente son familiares que dependen económicamente del asegurado.

En caso de que no hayan sido designados beneficiarios, recibirán la indemnización los beneficiarios de ley, que son el cónyuge en la mitad de los beneficios y los herederos en la otra mitad.

En el caso de las pólizas de Vida Grupo Deudores, será beneficiaria la entidad con la cual se haya contratado un crédito hasta la suma de la deuda correspondiente. El excedente si lo hay, se distribuirá entre los beneficiarios designados libremente si los hubo, o los beneficiarios de ley.



¿Qué es el beneficio de Convertibilidad?

Las personas menores de una determinada edad establecida por cada compañía (entre 60 y 70 años) y que hubieren permanecido aseguradas por un tiempo no menor a un año en la póliza de Vida Grupo, tienen derecho a solicitar, dentro de los treinta días siguientes a la fecha de retiro del grupo su traslado a una póliza de Vida Individual .

La póliza de Vida Individual a la que tiene derecho el asegurado que se acoja al beneficio de convertibilidad garantiza:

- La aceptación en el seguro de Vida Individual sin exámenes médicos de ingreso (requisitos de asegurabilidad).
- El mismo valor asegurado que tenía en la póliza de Vida Grupo.
- En las mismas condiciones de aceptación por estado de salud con la que venía en la póliza de Vida Grupo; esto significa que si el asegurado tenía alguna limitación o condicionamiento, la póliza de Vida Individual también lo tendrá.
- La tarifa se aplica de acuerdo con el producto de Vida Individual y la edad alcanzada del asegurado.



¿Cuándo se termina la cobertura para una persona que haga parte del grupo asegurado?

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

Por decisión del Tomador de terminar la póliza.

- Por retiro del asegurado del grupo que da origen al seguro de Vida Grupo.
- Por llegar a la edad máxima de permanencia pactada.
- Por la indemnización de los amparos de muerte, incapacidad total y permanente,
- indemnización adicional por muerte accidental.

Por llegar al final de vigencia y no renovación de la póliza.

¿Cuánto cuesta un seguro de Vida Grupo?

El costo de la prima de una póliza de seguros de Vida Grupo está determinado principalmente por:

a. Valor asegurado: Que es el valor que será indemnizado 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.

b. Las coberturas contratadas: Una póliza de Vida Grupo puede cubrir además de la muerte, varias coberturas opcionales las cuales tienen un costo adicional.

c. La edad y el género: En las pólizas de Vida Grupo se determina la edad promedio del grupo tanto de hombres como de mujeres, para llegar una edad promedio ponderada. También pueden existir algunas pólizas en donde se tengan primas diferenciales por grupos de edad.



d. El tamaño del grupo: Entre más grande el grupo cubierto por la póliza de Vida Grupo, mejores condiciones de tarifa tendrán sus coberturas.

e. La actividad principal y la ubicación geográfica: Dependiendo de la actividad principal de los miembros del grupo se encuentran mayores o menores costos de seguro. Por ejemplo, los seguros contratados por empresas de servicios suelen ser más económicas que aquellos contratados por empresas manufactureras o por organizaciones donde se desarrolla trabajos riesgosos como la minería. Otro factor importante es la ubicación geográfica del grupo, en tanto que es más fácil y económico asegurar grupos en ciudades capitales, que grupos que se encuentren en zonas de reconocida influencia de organizaciones al margen de la ley.

f. Tipo de póliza: Los seguros mandatorios son más económicos, pues la compañía de seguros no tiene que invertir en costos de comercialización que sí es necesario en los seguros voluntarios, pues éstos requieren una inversión para explicar el producto a cada uno de los miembros del grupo u organización, diligenciamiento de solicitud individuales, autorizaciones de pago, etc. Por estos y otros motivos, el valor de la prima de una póliza de Vida Grupo puede variar de una compañía a otra y no es posible otorgar un costo único en función del valor asegurado, la recomendación principal es que cotice en el mercado la mejor cobertura y el mejor precio.



¿Se puede reclamar por varias coberturas en forma simultánea?

Existen algunas coberturas que son independientes unas de otras y en ese caso se puede reclamar por las dos coberturas si se afectan simultáneamente, por ejemplo:

- 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 contratada la cobertura de 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.

Sin embargo, algunas coberturas son complementarias unas con otras y la suma asegurada no se acumula. En ese caso, si se afecta una de las coberturas contratadas, se descuenta o disminuye el monto de lo pagado en otra cobertura; por ejemplo, en caso de un Enfermedad Grave como anticipo al 50% primero se paga este valor y si posteriormente si se produce la muerte se paga el 50% restante.



¿Se pueden tomar varias pólizas de Vida Grupo?

Las organizaciones (Tomadores) no acostumbran contratar más de una póliza para los miembros de la misma firma o empresa. No obstante, sí es muy común que se tengan simultáneamente pólizas de Vida Grupo bien sea voluntarias o mandatorias, en conjunto con pólizas de Vida Grupo Deudores, hallándose en estos dos contratos, asegurados que son amparados por las dos pólizas. Adicionalmente, la persona puede tener contratada una póliza por su banco y por una empresa de servicios públicos.

También puede ocurrir que en una organización existan fondos de empleados o asociaciones, que de forma independiente contraten seguros de Vida Grupo para sus miembros; por tanto una persona puede estar asegurada simultáneamente por la póliza voluntaria o mandatoria de la empresa más la póliza que el fondo de empleados contrate.

Como se explicó previamente, es viable que una persona se encuentre asegurada en varias pólizas de Vida Grupo, emitidas por una o varias aseguradoras; no obstante, es obligación del tomador y/o asegurado informar esta condición a cada compañía de seguros con la que se tengan pólizas contratadas. Normalmente esta condición se pregunta explícitamente en los formularios de ingreso.

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.



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

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 hecho.

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 la ocurrencia del siniestro. Sin embargo, algunas pólizas y compañías de seguros no exigen estos requisitos o solicitan otros diferentes, por lo tanto, es importante que la persona se cerciure sobre cuáles son los procedimientos y documentos, de llegarlos a haber, que le exige la compañía de seguros con la cual tiene su póliza contratada para presentar la reclamación en la forma correcta y así evitar retrasos en el pago de la indemnización.

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 hecho o hasta 5 años si el beneficiario no conoció la ocurrencia del evento amparado (fallecimiento, accidente, enfermedad); si bien 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 se podrían exigir para solicitar la reclamación son:

- Un documento que demuestre la identidad del asegurado, este 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, en donde se demuestre la causa del fallecimiento o de la invalidez (evolución del padecimiento o enfermedad que desencadena la muerte).
- En los hechos accidentales, 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 la póliza de Vida Grupo. Si el fallecimiento o la invalidez se produce tiempo después del accidente, se requiere de la historia clínica que evidencia la relación entre el accidente y el fallecimiento.
- 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 podrían solicitar:

- Para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, o Incapacidad Permanente Parcial, la calificación de la pérdida de la capacidad laboral dada por: El Instituto de Seguros Sociales, la Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL-, las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las juntas calificadoras de invalidez de índole regional o nacional.
- 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 debe presentar la incapacidad médica que indique la causa y el tiempo que esta dura, y constancias de ingresos tales como extractos bancarios, certificación de contador o similares, que demuestre el dinero que la persona ha dejado de ganar.
- En la cobertura de enfermedades graves, se requiere siempre la historia clínica completa donde se evidencie claramente la fecha del diagnóstico, las pruebas médicas que confirman el diagnóstico, la evolución y tratamiento de la enfermedad.

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.



¿Las compañías de seguros están obligadas al pago de cualquier reclamación?

Las compañías de seguros no están obligadas a pagar cualquier reclamación, la obligación de éstas es indemnizar los siniestros que estén amparados por las pólizas, esto significa:

- Que el evento amparado ocurra dentro de la vigencia de la póliza.
- Que la prima del seguro haya sido pagada oportunamente.
- Que el hecho que origina el siniestro no esté excluido, según las condiciones de la póliza.
- 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.



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

Así como la ley ha 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 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 de la persona o bien que se está asegurando.
6. Informar la existencia de otros seguros que cubran a la misma persona o bien.
7. Preservar las condiciones de salud del asegurado.
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 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. Dar aviso a la aseguradora de la ocurrencia del siniestro.

¿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 éstas deberán 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 en 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 máximo 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 a la calle 7 No. 4 -49 en Bogotá, o 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.
-  **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.
-  **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).



-  **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:** 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.
-  **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:** Es la ocurrencia del hecho cubierto por el seguro.
-  **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

Síguenos en:



[/VivaSeguroFasecolda](https://www.facebook.com/VivaSeguroFasecolda)



[@vivasegurof](https://twitter.com/@vivasegurof)



[/vivaseguro](https://www.youtube.com/channel/UCviva-seguro)

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