SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Fasecolda

Viva Seguro

Programa de Educación Financiera

Viva Seguro
Programa de Educación Financiera

ÍNDICE

Presentación 1
¿Qué es el riesgo? 2
¿Qué es un accidente? 2
¿Qué es una póliza de Accidentes Personales? 3
¿Por qué es importante adquirir un seguro de Accidentes Personales? 3
¿Qué eventos están cubiertos bajo una póliza de Accidentes Personales? 4
¿Qué eventos NO están cubiertos bajo una póliza de Accidentes Personales? 7
¿Quiénes se pueden asegurar en una póliza Accidentes Personales? 8
¿Las personas se pueden asegurar sin importar su edad? 8
¿Cómo se contrata una póliza de Accidentes Personales? 9
¿Se pueden tomar varias pólizas de Accidentes Personales? 10
¿Cuánto cuesta un seguro de Accidentes Personales? 10
¿Qué se debe tener en cuenta a la hora de determinar el valor asegurado de la póliza de Accidentes Personales? 11
¿Qué se debe preguntar al asesor a la hora de adquirir un seguro de Accidentes Personales? 11
¿Qué se debe hacer en caso de que ocurra un accidente? 12
¿Cómo se formaliza la reclamación? 13
¿Se puede reclamar por varias coberturas en forma simultánea? 14
¿Qué tipos de prestaciones tienen los seguros de Accidentes Personales? 14
¿Cuáles son los derechos que tiene el tomador, asegurado y/o beneficiario de una póliza frente a una compañía de seguros? 15
¿Qué deberes tiene el tomador, asegurado y/o beneficiario de una póliza frente a la compañía de seguros? 16
¿Cómo debe actuar el tomador, asegurado y/o beneficiario cuando considera que su compañía de seguros no está protegiendo sus derechos? 17
¿Quién es el Defensor del Consumidor Financiero? 17
¿Qué procedimiento se debe seguir para presentar una queja? 17
¿Dónde se puede ubicar al Defensor del Consumidor Financiero? 19
Glosario de términos 20

Presidente: Roberto Junguito Bonnet. Vicepresidenta Ejecutiva: Carolina Soto Losada. Directora de Responsabilidad Social: Alejandra Díaz Agudelo. Redacción: Juan Felipe Velásquez Barrera, Tamy Mabel Castañeda Porras y Jairo Alberto Pérez Muñoz. Revisión y Aprobación: Cámara Técnica de Vida y Personas. Diseño: Rep Grey. Diagramación e Ilustraciones: MSCREA. Coordinación: Dirección de Comunicaciones y Mercadeo. Impreso por: Offset Gráfico. ISBN: 978-958 –57527–2-6. E-ISBN: 978-958-57527-3-3. 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 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 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 Accidentes Personales, 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 como la muerte o la invalidez, producto de un accidente. 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 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 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 Accidentes Personales, la pérdida o daño se refiere a las consecuencias que sufra una persona con ocasión de un accidente, por ejemplo la muerte, lesiones y/o incapacidades.

¿Qué es un accidente?

Para el seguro de Accidentes Personales se entiende el accidente como el evento externo, súbito, imprevisto, repentino y violento, que no haya sido provocado deliberadamente por el asegurado, que produzca la muerte o lesiones de una o varias partes del cuerpo.

En el caso del homicidio hay que hacer la diferencia entre si este es cometido con o sin intención por parte del homicida, si es sin intención éste estaría incluido en la definición anterior, un ejemplo de esto sería la muerte por atropellamiento en accidente de tránsito o en hurto callejero. En algunos casos las pólizas de Accidentes Personales cubren también el homicidio cometido de forma intencional por el homicida, sin embargo, esto tiene que quedar muy claro al adquirir el seguro y generalmente tiene un costo adicional.

¿Qué es una póliza de Accidentes Personales?

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 pagar un monto dinero convenido de antemano, en la póliza de seguros. Su pago se hace a los beneficiarios del asegurado cuando éste muera, o al asegurado cuando éste sufra lesiones corporales o pérdida funcional de una o varias partes del cuerpo. Estos valores también pueden pagarse como un reembolso al cliente, con base en las facturas de los gastos médicos y hasta un límite máximo establecido de antemano.

Un ejemplo de esto son los gastos por los servicios de urgencias que tienen algunas pólizas, en donde la compañía de seguros paga a la entidad que presta el servicio el mayor valor entre:

a) los gastos de la urgencia de acuerdo con las facturas pagadas, y
b) el valor el valor máximo establecido en la póliza.

¿Por qué es importante adquirir un seguro de Accidentes Personales?

Cuando en un evento accidental la persona que genera ingresos en una familia muere o pierde la capacidad de desarrollar un trabajo remunerado, hay un deterioro significativo en la calidad de vida de todos los miembros de este grupo familiar, ya que los ingresos se ven mermados y los gastos generalmente se incrementan, especialmente, cuando quien sufre el accidente queda en estado de incapacidad o invalidez.

El seguro de Accidentes Personales es una herramienta que permite evitar este tipo de situaciones, pues en caso de no tener esta protección, la familia tendría que recurrir al gasto de los ahorros, pedir dinero a familiares o amigos, endeudarse con el sistema financiero formal o informal, reducir los gastos de la familia para ajustar el presupuesto a la nueva realidad o buscar otras fuentes de ingresos, entre otros.

Asi, cuando ocurre un evento accidental, el seguro de Accidentes Personales resulta ser 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.

Para tener en cuenta

Las pólizas de seguros de Accidentes Personales pueden ser diseñadas para cubrir a las personas individualmente, a un grupo familiar o a grupos de mayor tamaño como los empleados de una empresa, o los miembros de una institución educativa. A las pólizas que cubren grupos, se les conoce como pólizas colectivas.

¿Qué eventos están cubiertos bajo una póliza de Accidentes Personales?

Las pólizas de Accidentes Personales que existen en el mercado por lo general ofrecen una cobertura básica y algunas coberturas adicionales. Estas coberturas aplican durante un tiempo o periodo determinado establecido en la póliza que puede ser diferente para cada compañía y cada producto. Es importante revisar bien este plazo, o vigencia del seguro, que puede ser desde un mes hasta un año.

A pesar de que cada compañía y cada producto es diferente, algunas de las coberturas más comunes son:

1. Cobertura Básica:

- Muerte Accidental: En caso de fallecimiento de la persona asegurada a causa de un

accidente cubierto por la póliza, los beneficiarios reciben un beneficio monetario que ha sido pactado de antemano con la compañía de seguros. Este dinero puede ser recibido en un sólo pago o en pagos mensuales durante un tiempo determinado.

2. Coberturas Adicionales:

- **Homicidio:** En caso de que el asegurado sea asesinado los beneficiarios reciben el valor establecido en la póliza.

- **Incapacidad Total y Permanente por Accidente:** En caso de que el asegurado no pueda desarrollar una actividad remunerada a causa de una incapacidad generada por un accidente cubierto por la póliza, el asegurado recibe un beneficio monetario.

  La forma en que se establece a partir de qué grado de incapacidad se considera un sinestro puede variar de compañía a compañía y de producto a producto, por eso es necesario tener claridad sobre cómo se determina en cada póliza esta incapacidad.

  Usualmente se establece que es un siniestro 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%.

  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, Entidades Promotoras de Salud - EPS y las Juntas Calificadoras de Invalidez de índole regional o nacional.

- **Incapacidad Permanente Parcial por Accidente:** Aunque no es muy común en las pólizas de Accidentes Personales, se puede encontrar esta cobertura en algunas pólizas colectivas en donde se le paga al asegurado un valor determinado si la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) es inferior al 50%. Generalmente se paga si la calificación obtenida está entre el 20% y el 49.9%. Es usual que el valor a indemnizar en estos casos sea inferior al valor contratado en caso de muerte accidental.

- **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 (ej. mano, ojo, visión, facultad mental, etc.). También 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.

  En estos casos el valor del beneficio monetario depende del miembro, órgano o facultad pérdida y es establecido de antemano en cada póliza. Aquí la persona que recibe el beneficio es el asegurado salvo que éste no esté en capacidad de manejar el dinero.

- **Gastos Médicos por Accidente:** En el caso en que el asegurado requiera atención médica de urgencia a causa de un accidente cubierto por la póliza, la compañía de seguros indemnizará vía rembolso de gastos facturados o pagando directamente a la entidad que prestó el servicio de urgencias, el valor que genera esta atención teniendo siempre un límite máximo. En caso de exceder este límite, la compañía de seguros sólo reconocerá el valor pactado. Los gastos cubiertos generalmente son los generados por asistencia médica, hospitalaria, quirúrgica, farmacéutica o de fisioterapia (incluyendo servicio de enfermeras y de laboratorios).

Para tener en cuenta

Es importante que tenga en cuenta que el amparo de Gastos Médicos por Accidente no reemplaza la seguridad social, el seguro de salud o la medicina prepagada. Éste es un amparo de atención de urgencias complementario que le da la tranquilidad al asegurado de recibir servicios que mejoren su atención en salud como podrían ser los medicamentos o el servicio de enfermería.

- **Renta Diaria por Hospitalización por Accidente:** En el evento en que el asegurado sea hospitalizado a causa de un accidente cubierto por la póliza, la compañía de seguros pagará al asegurado el valor determinado de antemano por cada día que el asegurado permanezca hospitalizado. Usualmente no se pagan el primer o los dos primeros días de hospitalización.

Para hacer este pago no se requiere soporte de los gastos y puede ser utilizado en lo que el asegurado considere pertinente. Al igual que el amparo de gastos médicos, ésta cobertura no reemplaza la seguridad social, el seguro de salud o la medicina prepagada.

- Renta por Incapacidad Total Temporal: Este amparo opera cuando por causa de un accidente el asegurado queda incapacitado y éste no puede trabajar temporalmente. Con este amparo la compañía de seguros compensa parte de los ingresos dejados de ganar por el asegurado en el periodo que no puede laborar.

¿Qué eventos NO están cubiertos bajo una póliza de Accidentes Personales?

Algunas compañías de seguros o productos pueden excluir la muerte o lesiones del asegurado causadas de forma accidental por eventos catastróficos de la naturaleza como terremotos o los causados por el hombre como las guerras, los motines, las asonadas o los actos terroristas. Sin embargo, hay pólizas de Accidentes Personales que cubren estos eventos de forma expresa mediante un anexo, por lo tanto es importante que el asegurado verifique si la póliza cuenta o no con la cobertura.

Así mismo, algunos productos no otorgan el seguro a personas que desempeñan ciertas actividades laborales con alto riesgo de sufrir accidentes, como por ejemplo mineros en socavones, personas que manipulan explosivos o personas que practican deportes de alto riesgo.

Algunas pólizas no cubren aquellos accidentes que ocurran cuando el asegurado este bajo los efectos de bebidas alcohólicas, drogas ilegales o cuando el asegurado cumpla con funciones de carácter militar, policial, de bomberos o similares. No obstante, hay ciertos productos que si cubren este tipo de eventos.

¿Quiénes se pueden asegurar en una póliza Accidentes Personales?

En general, se pueden asegurar todas las personas que quieran garantizar la estabilidad económica de sus familias en caso de que ocurra una muerte accidental o una incapacidad o invalidez que afecte su capacidad de generar ingresos y por ende su patrimonio.

Sin embargo, como ya se dijo, se debe tener en cuenta que cada compañía de seguros establece condiciones y requisitos de acuerdo con el tipo de riesgo al que se enfrenta la persona por su trabajo o por el deporte que practica.

¿Las personas se pueden asegurar sin importar su edad?

Es importante destacar que por lo general existen edades mínimas y máximas de aseguramiento:

- La edad mínima de ingreso generalmente es de 18 años, sin embargo, se pueden encontrar pólizas en donde se da cobertura a menores de edad, como por ejemplo en las pólizas de accidentes escolares, o en los amparos que son de carácter indemnizatorio como por ejemplo los gastos médicos.
- La edad máxima de ingreso por lo general es de 60 a 65 años. La razón para no asegurar personas mayores tiene que ver con el hecho de que este grupo poblacional está más expuesto a sufrir accidentes y por lo tanto a fallecer o incapacitarse.

- La edad de permanencia, que generalmente está entre los 65 y 70 años, 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.

¿Cómo se contrata una póliza de Accidentes Personales?

Una póliza de Accidentes Personales se puede adquirir directamente en las compañías de seguros, por intermedio de un corredor, una agencia o un agente de seguros o a través de canales alternativos como grandes almacenes de cadena, empresas de servicios públicos, cajas de compensación y bancos, entre otros.

Algunas pólizas exigen que el asegurado al momento de adquirir el seguro registre la siguiente información básica, la cual puede variar dependiendo de la compañía o el producto que se adquiera:

a. Edad.
b. Copia del documento de identidad.
c. Dirección de residencia.
d. Actividad profesional.
e. Nombre e identificación de los beneficiarios.
f. Hábitos y aficiones personales.
g. Ingresos.

Para tener en cuenta

Es importante tener en cuenta que cuando se adquiere una póliza de Accidentes Personales se debe decir la verdad pues se corre el riesgo de no recibir el pago de la indemnización si al momento del siniestro se descubre que se ocultó información o no se dijo toda la verdad.

¿Se pueden tomar varias pólizas de Accidentes Personales?

Las personas pueden contratar varias pólizas de Accidentes Personales emitidas por una o varias aseguradoras, sin embargo, es obligación del asegurado contarle esto a cada compañía de seguros con la que se desee tener la póliza. 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 adquirir tantos seguros de accidentes personales como desee, siempre que los pueda pagar.

¿Cuánto cuesta un seguro de Accidentes Personales?

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

a. Valor asegurado: Es el valor que será reembolsado o indemnizado a los beneficiarios de la póliza en caso de muerte del asegurado, o al asegurado en caso de lesión o incapacidad. A mayor valor asegurado, mayor será el costo de la prima de seguro.

b. Las coberturas contratadas: Una póliza de accidentes personales puede cubrir además de la muerte accidental, varias coberturas las cuales pueden tener un costo adicional.

c. Características de riesgo al cual pertenezca el asegurado por su actividad económica o por el deporte o afición que práctica: Usualmente las compañías de seguros otorgan una clasificación de riesgo a las actividades o deportes que hagan los potenciales asegurados. Por ejemplo, al grupo de riesgo uno, pertenecen personas que tienen una posibilidad baja de sufrir accidentes dada su actividad, como oficinistas o amas de casa, mientras que en el grupo cuatro se ubican personas con las actividades más riesgosas. Si el asegurado pertenece al grupo uno pagará menos que el asegurado que pertenece al grupo cuatro, ya que está en una categoría de menos riesgo.

Por estos y otros motivos, el valor de la prima de una póliza de Accidentes Personales puede variar de una compañía a otra, e incluso entre diferentes productos de una misma compañía; por esta razón se recomienda cotizar diferentes productos en el mercado verificando las coberturas que más se ajusten a las necesidades de la persona.

¿Qué se debe tener en cuenta a la hora de determinar el valor asegurado de la póliza de Accidentes Personales?

A la hora de calcular el valor por el cual se desea asegurar una persona, es necesario tener en cuenta los ingresos de la persona, su capacidad de pago y los gastos en que incurre para el sostenimiento de la familia como por ejemplo, pensiones, alimentación, arriendo y otros gastos.

¿Qué se debe preguntar al asesor a la hora de adquirir un seguro de Accidentes Personales?

Algunas de las preguntas que deberían hacer quienes estén interesados en adquirir una póliza de Accidentes Personales son:

¿Qué coberturas ofrece el seguro?
¿Cuál es el valor asegurado pactado en cada cobertura y cómo funciona?
¿Qué eventos están excluidos de la póliza?
¿Cuál es el límite y las condiciones de la cobertura de gastos médicos por accidente?
¿Con qué periodicidad se debe pagar el seguro?
¿Cuándo se debe renovar el seguro?
¿Cómo se debe presentar la reclamación?

¿Qué documentos se exigen a la hora de presentar la reclamación?
¿Cuál es la edad de ingreso y permanencia?
¿Tiene algún periodo de carencia?
¿Quiénes pueden ser los beneficiarios?
¿Los hijos menores de edad pueden ser los beneficiarios?

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

Tan pronto como se tenga conocimiento de un accidente, el tomador de la póliza, el asegurado o sus beneficiarios, según sea el caso, deberán 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 posible que algunas compañías soliciten que la reclamación del seguro se realice mediante una carta en la que se adjunten los documentos que le permitan a la compañía verificar la ocurrencia del accidente; sin embargo, otras pólizas y compañías de seguros no exigen estos requisitos o tienen otros diferentes, por lo tanto, es importante que la persona se cerciore sobre cuáles son los procedimientos y documentos que le solicita la compañía para presentar la reclamación.

Para tener en cuenta

La ley establece que el asegurado o sus beneficiarios tienen dos (2) años , desde el momento en que se conoce el accidente, para presentar la reclamación a la compañía de seguros, o hasta cinco (5) años si el beneficiario no conoció la ocurrencia del accidente.

¿Cómo se formaliza la reclamación?

De acuerdo a procesos de cada compañía de seguros, para formalizar una reclamación podrán solicitarse ciertos documentos, como por ejemplo los siguientes:

- Un documento que demuestre la identidad del asegurado.
- 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 la póliza de Accidentes Personales.
- 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:

- En el caso de Incapacidad Total y Permanente o Incapacidad Permanente Parcial, la calificación de la pérdida de la capacidad laboral.
- Para la cobertura gastos médicos por accidente se deben anexar las facturas originales de los gastos generados por el accidente.
- 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 usualmente se debe presentar la incapacidad médica que indique la causa y la duración de la misma, así como constancias de ingresos tales como extractos o certificados que demuestren el dinero que la persona ha dejado de percibir como resultado del accidente.

¿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 en un accidente, por ejemplo desmembración accidental y gastos médicos.

Sin embargo, en algunas pólizas las coberturas se complementan unas con otras y la suma asegurada se acumula. En ese caso, si se afecta una de las coberturas contratadas, se descuenta el monto de lo pagado en otra cobertura. Por ejemplo, en caso de un accidente en el que se afecte la cobertura de incapacidad permanente parcial o de desmembración, se debe tener en cuenta que si posteriormente se produce la muerte, se descuenta de la cobertura de muerte lo ya pagado por la de desmembración o incapacidad permanente parcial.

¿Qué tipos de prestaciones tienen los seguros de Accidentes Personales?

Existen dos tipos de prestaciones en lo seguros de Accidentes Personales:

1. Beneficio: Es un dinero pactado en la póliza de seguros el cual es pagado en caso de que ocurra el siniestro.

2. Indemnizatorio: Es un reembolso o un pago que hace la compañía de seguros de acuerdo con el valor que cueste el siniestro con un límite máximo establecido de antemano; un ejemplo de esto son los gastos médicos por urgencias que tienen algunas pólizas, en donde la

compañía de seguros paga a la entidad que presta el servicio de urgencias el valor de la urgencia hasta el valor máximo establecido, o le reembolsa al cliente los gastos de la urgencia de acuerdo con las facturas pagadas.

¿Cuáles son los derechos que tiene el tomador, asegurado y/o beneficiario de una póliza 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.
13. Nombrar libremente a los beneficiarios que tengan una relación de dependencia económica con el asegurado.

¿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.

   Una vez la compañía de seguros envíe 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 Dirección de Protección al Consumidor de la Superintendencia Financiera: La queja puede presentarse por escrito a la Calle 7 No. 4 - 49 oficina 109 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 éstos riesgos ocurran, se paga una indemnización.

Asegurado: Es la persona natural o jurídica 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 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.

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.

- **Póliza:** El documento que le entrega la compañía a quien toma el seguro y en el que aparecen las condiciones del contrato de seguro.
- **Preexistencia:** Se entiende por preexistencia todo hecho ocurrido y conocido con antelación a la contratación del seguro, y que afecte el estado del riesgo.
- **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.
- **Prima:** Es el valor o precio del seguro.
- **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.
- **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.
- **Riesgo:** Suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador del seguro, asegurado o beneficiario.
- **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.
- **Valor asegurado:** El monto máximo de dinero por el cual, en caso de siniestro, la entidad aseguradora debe responder.
- **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

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

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