Presentación

Capítulo I. Nociones y aspectos jurídico-técnicos de los seguros colectivos de vida y de los seguros de accidentes

1. Nociones y aspectos jurídico-técnicos de los seguros colectivos de vida y de los seguros de accidentes
   1. ¿Cuál es el origen del seguro de vida?
   2. Primeras nociones del seguro de vida
   3. ¿Qué es un seguro de vida y para qué sirve?
   4. ¿Cuáles son las características del seguro de vida?
      1. ¿Qué es la consensualidad?
      2. ¿Qué es la bilateralidad?
      3. ¿Qué significa que el contrato de seguro de vida es oneroso?
      4. ¿Qué significa que el contrato de seguro de vida es aleatorio?
      5. ¿Qué es la ejecución sucesiva en un contrato de seguro de vida?
   5. Características de un contrato de seguro de vida según la doctrina y la jurisprudencia
      1. ¿Qué significa la adhesión en un contrato de seguros?
      2. ¿Qué significa la buena fe por excelencia en un contrato de seguro de vida?
      3. ¿Por qué un contrato de seguro de vida no es meramente indemnizatorio?
      4. ¿Qué significa que un contrato de seguro de vida se basa en la consideración de una persona?
   6. ¿Cuáles son las partes del contrato en el seguro de vida?
      1. ¿Quién es el asegurador?
         1. ¿Qué obligaciones tiene el asegurador?
      2. ¿Quién es el tomador?
         1. ¿Qué obligaciones tiene el tomador?

1.6.3. ¿Quién es el asegurado?

* 1. ¿Qué es el grupo asegurable?
  2. ¿Qué es el grupo asegurado?
     1. ¿Qué requisitos debe cumplir un grupo para contratar una póliza de Vida?
  3. ¿Qué pasa si desaparece el asegurado?
  4. ¿Quiénes son los beneficiarios?
     1. ¿Quiénes son los beneficiarios gratuitos?
     2. ¿Quiénes son los beneficiarios onerosos?
     3. ¿Qué sucede si no se designa al beneficiario?
     4. ¿Qué es la conmurencia?
  5. ¿Cuáles son los elementos esenciales del contrato de seguro de vida?
     1. ¿Qué es el interés asegurable?
     2. ¿Qué es el riesgo asegurable?
     3. ¿Cuál es la obligación condicional del asegurador?
        1. ¿Qué son las condiciones generales del contrato?
        2. ¿Qué son las condiciones particulares del contrato?
        3. ¿Qué es el clausulado?
     4. ¿Qué es la prima?
        1. ¿Qué es la tasa?
        2. ¿Qué es el valor asegurado?
        3. ¿Cómo se hace normalmente el cálculo de la prima (tasa por edad)?
        4. ¿Cómo se calcula la prima con tasa promedio?
        5. ¿Cómo se realiza el fraccionamiento de primas?
        6. ¿Qué es la extraprima?
  6. ¿Cuáles son las clases de seguro de vida?
     1. ¿Cuáles son las clases de Seguro de Vida Grupo?
     2. ¿Cuáles son los tipos de Seguro de Vida Grupo?
        1. El seguro contributivo
        2. El seguro no contributivo
  7. ¿Qué es coaseguro?
  8. ¿Qué es reaseguro?
  9. ¿Cuáles son los ramos que se manejan en los seguros colectivos y accidentes?
     1. ¿Cómo se define el ramo de vida grupo?
     2. ¿Cómo se define el ramo de vida grupo deudores?
     3. ¿Cómo se define el ramo de seguro hotelero?
     4. ¿Cómo se define el ramo de accidentes personales?
     5. ¿Cómo se define el ramo de últimos gastos (Exequias)?
     6. ¿Cómo se define el ramo grupo educativo (Tutor)?
     7. ¿Cómo se define el ramo de vida individual?

Presentación Estimado estudiante:

La estrategia a través de la cual llevaremos a cabo el programa de formación sobre los Seguros Colectivos de Vida y Accidentes, incluye el estudio y la realización de las actividades de este material, la sesión presencial, la evaluación y el seguimiento del proceso de autoaprendizaje.

El módulo en general, está diseñado pedagógicamente con el fin de hacer del estudio una actividad agradable y productiva tanto para usted como para la Compañía. Estos impresos, son el medio de aprendizaje por excelencia; con esto queremos indicar que, a través del estudio y la realización de las diferentes actividades que en ellos se presentan, vamos a lograr los objetivos propuestos para el curso.

Miremos ahora qué encontraremos en cada una de las secciones del módulo.

La presentación que estamos leyendo, tiene como propósito explicarnos de qué se trata el material, cuáles son los temas, los elementos pedagógicos visuales que se han diseñado y el papel que cada uno de ellos desempeña dentro del proceso de estudio.

Como hemos dicho en esta presentación, el material está diseñado para facilitar el autoestudio; por eso, usted encontrará diferentes tipos de elementos pedagógicos, objetivos, actividades, notas curiosas, etc.

Dichos elementos están representados por iconos o dibujos que tienen como propósito orientar el estudio del material y hacer de esta actividad algo agradable, que nos enriquezca como personas, puesto que el conocimiento que vamos adquiriendo va formando nuestro acervo cultural, haciéndonos crecer cada vez más como seres humanos y va a redundar en beneficio de nuestro trabajo.

Veamos cuáles son los elementos que aparecen en el módulo:

Objetivos de aprendizaje

Indican qué es lo que se espera que aprendamos al estudiar cada uno de los capítulos del módulo. Dependiendo de la complejidad y la extensión de éstos, podemos encontrar objetivos generales o específicos en las secciones del material.

Notas Curiosas

Suministran información de interés general que complementan el contenido del material.

Terminología Bolívar

Remite al material denominado Terminología Bolívar para ubicar el significado de algunas palabras o términos del material que por su especificidad técnica se desconocen.

Notas

Espacio destinado para apuntes, inquietudes, aclaraciones o dudas que surjan durante la lectura del material.

Actividad de Reflexión

Plantea preguntas para cuestionar situaciones e ir mas allá de lo que plantea el material.

Ejemplos

Ilustran un concepto. Son guías o modelos para ser replicados en la vida.

Actividad de Aplicación

Presenta ejercicios de carácter práctico que buscan la aplicación de lo estudiado.

# Nociones y aspectos jurídico-técnicos de los seguros colectivos de vida y de los seguros de accidentes.

**Objetivos generales**

* Conocer el origen del seguro de vida.
* Manejar los conceptos jurídicos y técnicos del seguro de vida grupo para utilizarlos en las labores comerciales, técnicas y administrativas de Seguros Bolívar.
* Identificar las clases y tipos de los seguros de vida grupo y de accidentes que existen en el mercado, con el fin de entender sus diferencias y características.

# Objetivos específicos

* Identificar las características del contrato del seguro de vida.
* Conocer los elementos esenciales del contrato del seguro de vida con el fin de comprender su importancia en los procesos de suscripción, indemnización y manejo administrativo del producto.
* Identificar las partes del contrato y las obligaciones que tiene cada una de ellas para hacer una buena suscripción del negocio, y por ende, para evitar posibles dificultades al momento de la indemnización.
* Conocer, entender y manejar el concepto de valor asegurado, como uno de los factores determinantes para el cálculo de la prima.
* Identificar las características de los seguros de vida grupo y de los seguros de accidentes, además de los ramos que de éstos ofrece la Compañía.

# ¿Cuál es el origen del seguro de vida?

El seguro se conoce desde épocas muy remotas y ha evolucionado de manera gradual.

Se dice que la protección de la vida de alguien, mediante una indemnización, al fallecer, se conocía en el mundo mucho tiempo antes de que el seguro de vida quedara establecido en la forma de institución que existe en nuestros días.

El termino indemnización hace referencia a la suma que, limitada al valor asegurado, no excede el importe de los daños sufridos por los bienes asegurados en un siniestro, calculado con base en el valor comercial o valor a reposición, según se haya convenido, en la fecha de ocurrencia del siniestro. También puede ser el monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado a consecuencia de un siniestro (art. 1079 y 1089 Código de Comercio).

En el caso de los seguros de vida la indemnización sería el valor asegurado, correspondiente al acordado con el cliente en el momento de suscribir el seguro.

La historia habla de sistemas de indemnización en caso de fallecimiento desde la antigua Grecia. Allí hubo grupos de personas dispuestas a pagar en forma de cuotas previamente determinadas en caso de la pérdida de un esclavo.

En la antigua Roma existieron las llamadas Sociedades Fraternales de Beneficencia, cuyo fin principal era el pago de indemnizaciones a los familiares de un socio que muriera. Estas sociedades, formadas por esclavos y hombres libres muy pobres, se consideran las iniciadoras de la práctica del seguro de vida en el mundo.

Luego, los gremios de mercaderes y artesanos, de gran vitalidad en los siglos once, doce y trece, incentivaron el espíritu de hermandad entre sus miembros, definieron prácticas éticas, ayudaron a los caídos y cubrieron, desde un fondo común, los gastos funerarios y los beneficios para las viudas y los huérfanos.

Después vino el desarrollo del seguro de vida como empresa comercial que comenzó en Inglaterra en el siglo catorce para proteger la vida de los marinos cuando los piratas empezaron a asaltar las embarcaciones en el Mediterráneo. Los comisionistas expidieron las primeras pólizas y repartían el riesgo entre un grupo de comerciantes que acostumbraban a reunirse desde 1571 en un sitio llamado The Royal Exchange, en Londres, que se convirtió en el centro de los contratos de seguro.

El seguro de vida, técnicamente establecido, nació con la Old Equitable, en Londres (1756), cuando el matemático Thomas Simpson evaluó los riesgos para fijar las primas de acuerdo con las edades de los solicitantes.

# Primeras nociones del seguro de vida

El seguro de vida se define como la protección contra las pérdidas financieras y económicas causadas por la ocurrencia de la muerte prematura. Por consiguiente, proporciona los medios con los que una persona puede compensar, por los menos en parte, a sus beneficiarios la pérdida de sus ingresos o entradas futuras al ocurrir su muerte prematuramente.

El seguro de vida se conoce también como un contrato en virtud del cual el asegurador (por una cierta suma de dinero o prima proporcionada según su edad, salud, profesión u ocupación y otras condiciones personales) se obliga a pagar la suma especificada en la póliza, de acuerdo con sus términos, a la persona en cuyo favor se concede el seguro, si el asegurado muere durante el periodo estipulado en la póliza o contrato.

El ser humano está en permanente riesgo desde su nacimiento, y la ocurrencia de cualquier evento que vaya contra su vida implica un desequilibrio, en casi todos los casos, de orden económico. Así, por lo general, la muerte prematura de un padre de familia afecta la estabilidad económica futura de la esposa, los hijos y de quienes dependen de él, su ingreso mensual, sus estudios, su alimentación.

También la muerte prematura puede lesionar considerablemente el patrimonio para quienes lo heredan, por los efectos del tratamiento tributario. Ese es otro riesgo, considerable y de consecuencias delicadas.

Estos riesgos, y muchos más, pueden trasladarse a la compañía de seguros, que asumirá los sucesos previstos en el momento en que sucedan. En consecuencia, para quien es previsivo, existe la tranquilidad de tener bien protegidos los ingresos del hogar, el patrimonio. Esta tranquilidad sólo se consigue con un adecuado seguro de vida.

# Nota curiosa

América Latina se recordará como la gestora de la privatización del sistema de pensiones por invalidez y vejez en el último cuarto del siglo veinte. De esa medida derivan dos productos de seguro de vida: las coberturas de invalidez y sobrevivencia, y los seguros de rentas vitalicias.

# Actividad de reflexión

¿Cuáles serían las consecuencias socioeconómicas para la familia colombiana si no existieran compañías de seguros que ofrecieran el seguro de vida?

# ¿Qué es un seguro de vida y para qué sirve?

Es un contrato en virtud del cual una compañía de seguros reconoce en favor del beneficiario la indemnización o compensación correspondiente al valor asegurado si la persona muere o se incapacita totalmente durante la vigencia del mismo.

El seguro de vida se diseñó para prever y subsanar el desequilibrio económico que le significa a los beneficiarios la desaparición prematura del asegurado.

# Actividad de reflexión

¿Por qué razones tomaría usted un seguro de vida? Enumere.

# ¿Cuáles son las características del seguro de vida?

En su calidad de contrato de seguro, el seguro de vida se caracteriza por ser: consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva.

Veamos en qué consiste cada una de estas características, pues son muy importantes para nuestra labor comercial, técnica y administrativa.

# ¿Qué es la consensualidad?

La consensualidad significa que los derechos y las obligaciones del tomador del seguro y los del asegurador surgen del acuerdo de voluntades, es decir, a partir del momento en el que las partes expresan su consentimiento.

# Ejemplo

El señor José Herrera, asesor de seguros que representa a la Compañía, visita a la señora Juana Uribe, una de sus clientas. Le presenta una propuesta de seguro de vida cotizada de manera previa por la compañía y la señora aprueba la cotización del intermediario; desde este momento se perfecciona el contrato de seguro.

Las implicaciones del concepto de consensualidad en los seguros de vida, se encuentran contenidas en la ley 389 de 1997.

# Actividad de aplicación

¿Cuál es el efecto que tiene la consensualidad sobre la expedición de los negocios de Vida Grupo?

¿Por medio de un ejemplo, explique como opera la consensualidad en los seguros de vida?

# ¿Qué es la bilateralidad?

La bilateralidad del contrato de seguro de vida consiste en que éste se suscribe entre dos partes contratantes que se obligan recíprocamente: el tomador del seguro y el asegurador. El tomador es una persona natural (Camila Rodríguez) que traslada un riesgo al asegurador mediante el pago de una prima. El asegurador, persona jurídica (Compañía de Seguros Bolívar S. A.), es el que asume los riesgos.

El término riesgo se refiere al suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario y cuya realización da origen a la obligación del asegurador ( art. 1054 Código de Comercio). En el argot de los seguros se utiliza el término riesgo para expresar indistintamente dos ideas diferentes: De un lado, riesgo como objeto asegurado; de otro, riesgo como posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que produce una

necesidad económica y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en la póliza y obliga al asegurador a efectuar la prestación, normalmente indemnización que le corresponde.

# Actividad de aplicación

¿Por medio de un ejemplo explique el concepto de bilateralidad?

# ¿Qué significa que el contrato de seguro de vida es oneroso?

El contrato de seguro de vida es oneroso porque grava, es decir, impone una obligación a cada una de las partes (asegurador y tomador) en beneficio de la otra; de igual forma, las dos partes asumen la consiguiente utilidad o pérdida; el tomador debe pagar al asegurador la prima o costo del seguro por la protección; el asegurador debe pagar la indemnización, ya sea al asegurado o al beneficiario, en caso de que ocurra el evento o siniestro por el que se aseguró.

# Actividad de aplicación

¿Por medio de un ejemplo, especifique el concepto de oneroso en el contrato de seguro?

El pago de la primera cuota o de las demás cuotas, por parte del asegurado, es requisito indispensable para la vigencia del seguro. Cuando el asegurado no pague la prima o cuota, la Compañía no podrá exigir su pago, pero tendrá derecho a que se le reembolsen los gastos en que ha incurrido. En otras palabras, cuando el asegurado después de expedida la póliza, decida que ya no tomará el seguro y no paga la prima, la Compañía podrá exigirle el reembolso de los gastos de expedición, en virtud de la validez del contrato legal.

El no pago de una prima dentro del mes siguiente a la fecha de su vencimiento produce la terminación del contrato, sin que la Compañía tenga derecho para exigirla.

# ¿Qué significa que el contrato de seguro de vida es aleatorio?

Se dice que un contrato de seguro es aleatorio porque no hay certeza del momento en que el riesgo asegurado sucederá; dicho de otra manera, la

ocurrencia del evento por el que se toma el seguro depende de un hecho futuro e incierto.

El término aleatorio es uno de los atributos del contrato de seguro, que consiste en que su ejercicio depende de un suceso fortuito, como es el acaecimiento incierto de un evento. En los seguros de personas se suele amparar el evento cierto, la muerte, pero se desconoce la fecha de su ocurrencia.

# Actividad de aplicación

¿Por medio de un ejemplo explique como funciona el concepto de aleatorio en los seguros de vida?

# ¿Qué es la ejecución sucesiva en un contrato de seguro de vida?

Esta última característica se refiere a que el contrato no se cumple ni se ejecuta en un solo instante o en un solo momento; más bien, se desarrolla durante períodos predeterminados y continuos de tiempo que son, por lo general, de un año.

# Actividad de aplicación

¿Desde el punto de vista comercial, cómo explicaría este concepto al cliente?

# Características de un contrato de seguro de vida según la doctrina y la jurisprudencia

La interpretación de la norma que hacen los magistrados se denomina jurisprudencia, y las interpretaciones de los tratadistas o personas estudiosas del derecho se llama doctrina.

Según la jurisprudencia y la doctrina, las características de un contrato de seguro de vida son: la adhesión, la buena fe por excelencia y que se hace en consideración a la persona.

De otra parte, a diferencia de otros tipos de contratos de seguro, el de vida no incluye una característica que también aceptan para ellos la doctrina y la jurisprudencia: la naturaleza meramente indemnizatoria.

Estudiemos estas características.

# ¿Qué significa la adhesión en un contrato de seguros?

La adhesión, como característica de un contrato, significa que al comprar el seguro, el cliente acepta las coberturas, las cláusulas y las exclusiones fijadas por la aseguradora en las pólizas. Es decir, si él quiere adquirir la póliza, debe acoger o aceptar esas condiciones, igual que cuando se compra un pasaje aéreo.

La adhesión no excluye la posibilidad de discutir determinadas modificaciones a las condiciones de la póliza; eso puede hacerse siempre y cuando dichos acuerdos se plasmen en escritos que harán parte de la póliza y que se llaman anexos.

El término anexo hace referencia al documento que se adjunta a la póliza de seguro, para introducir una aclaración o una modificación en el contenido de la misma y que no suspende la aplicación de las condiciones no modificadas, las cuales continuarán vigentes en la medida en que no se opongan a las nuevas estipulaciones.

# Actividad de aplicación

¿Por medio de un ejemplo explique a un cliente el concepto de adhesión?

Ahora bien, ¿qué ocurre cuando hay ausencia de las condiciones del contrato

de seguro y éste se perfecciona a través del acuerdo de voluntades (consensualidad) o por un medio escrito sin haberse expedido la póliza?

En ese caso, de acuerdo con el parágrafo del artículo 2 de la ley 389 de 1997, se tendrán como condiciones aquéllas de la póliza o del anexo que el asegurador haya depositado en la Superintendencia Bancaria para el mismo ramo, amparo, modalidad de contrato o tipo de riesgo.

# ¿Qué significa la buena fe por excelencia en un contrato de seguro de vida?

Para la Corte Suprema de Justicia, la buena fe es obrar con lealtad, rectitud, honestidad, es decir, una actitud orientada por un espíritu de justicia y equidad.

Así pues, la buena fe debe estar presente en todo tipo de contrato. Sin embargo, este concepto adquiere, en el campo de los seguros, una connotación especial porque, a diferencia de los contratos en los que la habilidad para negociar puede estar amparada por la ley, en el de los seguros la base es la buena fe, tanto para los clientes como para la compañía aseguradora, y quienes no actúen de acuerdo con ella son drásticamente sancionados.

# Ejemplo

Juan Ruiz tomó la póliza de vida que ofrece Seguros Bolívar y afirmó que nunca antes estuvo enfermo, que su estado de salud era excelente. La Compañía de seguros creyó en lo que el señor Ruiz le estaba diciendo.

Sin embargo, un día el señor Ruiz se enferma y necesita una intervención quirúrgica en la cual muere. La aseguradora se entera de que él tenía quebrantos de salud desde antes de tomar la póliza. En ese caso, la aseguradora no tiene por qué indemnizar a los beneficiarios, ya que el asegurado conocía su verdadero estado de salud, pero no lo informó a la aseguradora, lo que implica una conducta reticente sancionada por la ley con la nulidad del contrato.

# Actividad de reflexión

¿Qué importancia tiene para el cliente la buena fe por excelencia, por parte de la compañía aseguradora?

\_

¿Qué importancia tiene para la compañía aseguradora la buena fe por excelencia, por parte del cliente?

El término reticencia hace referencia a la omisión voluntaria de lo que se debería decir. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubiera retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas produce la nulidad relativa del seguro ( art. 1058 Código de Comercio).

Significa lo anterior que cualquier atentado contra la buena fe se sanciona. En la práctica, este principio permite que los negocios de seguros se realicen sobre la base de la mutua confianza, la estabilidad y la credibilidad.

Esta característica se abordará cuando estudiemos el proceso de suscripción, al trabajar sobre la declaración de asegurabilidad.

El término declaración de asegurabilidad hace referencia a las manifestaciones del asegurado al solicitar el seguro, indicando las condiciones actuales o estado del riesgo a asegurar. Son la base del contrato, pues ayudan para que el asegurador decida sobre la aceptación y tarifación del riesgo. La falsa

declaración o reticencia dan opción al asegurador para la terminación del contrato.

# ¿Por qué un contrato de seguro de vida no es meramente indemnizatorio?

Si bien los seguros, en términos generales, tienen esta característica, al seguro de vida se le niega su carácter indemnizatorio, pues la pérdida de la vida es invaluable y la reparación del daño sufrido es imposible de medir.

# Actividad de aplicación

¿Por qué a los seguros de vida se les niega el carácter meramente indemnizatorio y los seguros de automóviles, hogar, etc, si se ajusta esta característica?

# ¿Qué significa que un contrato de seguro de vida se basa en la consideración de una persona?

Al momento de suscribir un seguro, el elemento moral desempeña un papel muy importante. Cuando la compañía de seguros recibe una solicitud, analiza las cualidades de la persona que se va a asegurar y sobre la base de su estudio expide una póliza. Por eso se dice que las compañías de seguros suscriben la póliza en favor de una persona en particular.

Sin conocer y estudiar las calidades propias de las personas que solicitan un seguro, la aseguradora no puede definir la celebración de un contrato o lo celebra bajo otras condiciones.

# Actividad de aplicación

¿Por qué razón un seguro de vida no se puede vender a otra persona?

# ¿Cuáles son las partes del contrato en el seguro de vida?

Las partes que intervienen en un contrato de seguro de vida son el asegurador y el tomador (artículo 1037 del Código de Comercio).

# ¿Quién es el asegurador?

El asegurador es la persona jurídica que asume el riesgo, debidamente autorizado conforme a las leyes y reglamentos. En nuestro caso, el asegurador es la Compañía de Seguros Bolívar, la cual se encarga de los seguros de personas, como es el caso del Seguro de Vida Grupo.

# ¿Qué obligaciones tiene el asegurador?

Además de **entregar la póliza al tomador**, el asegurador tiene una obligación importante que, a su vez, es un aspecto fundamental del contrato de seguro: se trata del **pago de la indemnización**. Éste se efectúa después de que el asegurador analiza la situación del siniestro sobre la base de la póliza vigente y de sus anexos y determina que existe cobertura.

De otra parte, es preciso considerar que el contrato de seguro de vida es de buena fe por excelencia o ubérrima buena fe. Esto quiere decir, que tanto **el asegurador como el tomador deben aportar toda la información necesaria en el momento de la emisión del seguro**, con el fin de ser absolutamente claros y evitar lesionar al otro.

Otra obligación del asegurador es **presentar la objeción fundamentada y razonada**, es decir, informar al cliente por escrito el no pago de la indemnización si hay algo que así lo señale; esto puede ocurrir en varios casos, entre ellos, no tener la cobertura que afectó el siniestro, estar fuera de vigencia o no haber pagado la prima dentro del término normal; así mismo, el asegurador tiene un término para objetar el reclamo, y su falta de cumplimiento puede someterlo a un proceso ejecutivo, como se explicará más adelante; además, tiene que pagar intereses de mora a la tasa máxima vigente en el momento en que se efectúe el pago (artículo 1080 mod. Ley 45/90).

De igual manera, es obligación del asegurador **demostrar todos los hechos que considere que puedan ser modificativos o extintivos de su obligación de pagar**. Dicho de otra forma, debe probar frente al asegurado que no está en la obligación legal de indemnizar.

La duda, la conjetura o la sospecha no son suficientes razones para que la compañía de seguros deje de cumplir con su principal obligación, que es indemnizar el siniestro. La responsabilidad del asegurador es recopilar toda clase de pruebas, documentos, testimonios y todo lo que con sólidos fundamentos le sirva en un momento como prueba para negar una reclamación.

# Ejemplo

Una compañía aseguradora sospecha que un asegurado fue reticente en el momento de la emisión de su póliza, ya que cuando éste falleció y los beneficiarios se presentaron a hacer la reclamación, las causas de su muerte por enfermedad no coincidieron con la información que está en poder de la Compañía.

Ante la imposibilidad de encontrar bases claras para negar la reclamación o una historia clínica que soporte las sospechas, la compañía aseguradora está obligada a pagar la indemnización.

# ¿Quién es el tomador?

Según el Código del Comercio, el tomador es la persona que actuando por cuenta propia o ajena traslada los riesgos a una aseguradora. En otras palabras, el tomador es la persona que establece el contrato con el asegurador con el fin de protegerse a sí mismo, en caso de que él sea el asegurado, o con el fin de proteger a otros, cuando él es distinto al asegurado.

En el caso de los seguros de grupo es en donde vemos más claramente la diferencia entre tomador y asegurado, ya que el primero es la persona natural o jurídica por medio de la cual se agrupan los asegurados y quien establece el contrato con la aseguradora; mientras que los asegurados son las personas naturales sobre quienes se contrata el seguro.

De igual manera, el tomador es el responsable del pago y/o recaudo de las primas y debe ser quien informe a la aseguradora las variaciones en la composición del grupo.

# ¿Qué obligaciones tiene el tomador?

El tomador o en su defecto los asegurados deben declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, ya sea por salud, edad u ocupación. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por el asegurador lo hubieran llevado a no celebrar el contrato o lo hubieran inducido a estipular condiciones más onerosas podrían llevar a la nulidad relativa del seguro.

Este tema será ampliado en el capítulo de emisión; en el diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad.

El término nulidad relativa se refiere:

Nulidad es la ineficacia de un acto jurídico al carecer de las condiciones necesarias para su validez, por falta de algún elemento esencial en su formación o por violación al celebrarlo de normas prohibitivas o imperativas de orden público. Todo acto o contrato al que falte alguno de los requisitos que la ley prescribe para el valor del mismo acto o contrato (art. 1740 Código de Comercio).

Relativa es la producida por cualquiera otra especie de vicio y da derecho a la rescisión (art. 1741 Código de Comercio), sólo puede ser declarada por el juez o prefecto, a pedimento de parte, y sólo pueden alegarla aquéllos en cuyo beneficio la han establecido las leyes o por sus herederos o cesionarios. Se aplica, entre otros, por la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas (art. 1058 Código de Comercio).

En el capítulo de indemnización veremos con detenimiento las causales de nulidad del contrato por reticencia o inexactitud.

# 1.6.3. ¿Quién es el asegurado?

El asegurado es la persona sobre cuya vida contrata el tomador el seguro; es decir, es la persona natural que está protegida por la póliza.

Teniendo en cuenta que el nombre de seguros de grupo parte de el procedimiento de agrupar varias personas bajo una misma póliza, es importante que establezcamos claridad en dos términos adicionales: grupo asegurable y grupo asegurado.

# ¿Qué es el grupo asegurable?

El grupo asegurable es el conjunto de personas naturales que se encuentran agrupadas bajo una misma persona jurídica, o el conjunto de personas que tengan con otra persona relaciones jurídicas de carácter estable, siempre y cuando éstas no se hayan originado con la intención de contratar el seguro.

En otras palabras, el grupo asegurable es el grupo de personas que pueden ser aseguradas bajo una póliza de Vida Grupo o de Accidentes, dado que se encuentran todas relacionadas por medio de una persona jurídica en común (tomador) y su grupo no se formó con la mera intención que tomar el seguro.

# Ejemplo

Todos los cuentahabientes de Davivienda están relacionados con la Entidad por una razón que no guarda relación con la toma de un Seguro de Vida Grupo Bolívar; por tal razón se convierten en un grupo asegurable para la Compañía, quien les puede ofrecer una póliza cuyo tomador sea Davivienda y los asegurados sean sus cuentahabientes.

# ¿Qué es el grupo asegurado?

El grupo asegurado está formado por el número de personas del grupo asegurable, amparado bajo una póliza de Seguro de Vida Grupo. En otras palabras, el grupo asegurado se forma con las personas del grupo asegurable que efectivamente deciden tomar el seguro y que la Compañía acepta, ya que cumplen con los requisitos de asegurabilidad definidos por ésta.

# Ejemplo

Siguiendo con el caso de los cuentahabientes de Davivienda, el grupo asegurado está compuesto por las personas que tomaron el seguro, y se encuentran amparadas bajo la póliza.

# ¿Qué requisitos generales debe cumplir un grupo para contratar una póliza de Vida?

Toda póliza de Seguro de Vida Grupo deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. Que el grupo no haya sido creado con el único fin de tomar el seguro.
2. Que el grupo se integre con un mínimo de asegurados. Definidos por la compañía. (Ver políticas en la Intranet), la ruta es la siguiente:

(Intranet – Funcionarios – Portales – Procesos – Compañía – Administración de negocios – Emisión – Vida, Emisión de seguros colectivos de vida).

1. Que el grupo asegurado esté conformado por personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica.
2. Que el tomador sea responsable por el pago y/o recaudo de las primas.
3. Que exista uniformidad en el vencimiento de la póliza, los amparos y la periodicidad de pago.

En el capítulo de emisión estudiaremos al detalle las políticas, las cuales se encuentran en Intranet y en el manual.

# ¿Qué pasa si desaparece el asegurado?

La mera ausencia y desaparición de la persona cuya vida se asegura no da derecho a la indemnización. Sólo podrá reclamarse si se produce la declaración de muerte presunta por desaparición y bajo la condición de restituir el valor asegurado en caso de aparición del ausente.

# ¿Quiénes son los beneficiarios?

Las personas designadas en la póliza que reciben el valor de la indemnización, si llega a ocurrir el siniestro, o sea, la muerte del asegurado. La designación de un seguro se debe realizar de manera libre y espontánea.

El tomador no podrá en ningún caso intervenir en la designación ni figurar como beneficiario, excepto en los seguros de Vida Grupo Deudores —seguros de vida tomados con el objetivo de respaldar una deuda—, es decir, que es un derecho intransferible e indelegable del asegurado hacer y revocar la designación de los beneficiarios.

Los beneficiarios pueden ser gratuitos, onerosos o de ley, estos últimos son el(la) cónyuge y los herederos.

# Actividad de aplicación

La compañía de chocolates El Rey decidió, por las buenas ventas que tuvo en el año, agrupar bajo su nombre a los empleados que cumplieron con las proyecciones fijadas por la Compañía, otorgando un seguro de vida totalmente pago, con el fin de que aseguren el futuro de su familia. En el momento de diligenciar las solicitudes, los empleados no tenían claro qué datos debían colocar en el formato. Si el operador de planta, el señor Carlos Peñalosa, cuenta con su grupo familiar conformado por su esposa y sus tres hijos, ayúdele usted al operador a identificar:

El tomador: El asegurado: Los beneficiarios:

# ¿Quiénes son los beneficiarios gratuitos?

Los beneficiarios de carácter gratuito son aquellas personas designadas libremente por el asegurado. El cambio de estos beneficiarios se puede hacer también en forma libre y en cualquier momento durante la vigencia de la póliza.

Generalmente se designa como beneficiarios gratuitos a los familiares del asegurado, aunque también pueden nombrarse personas que dependan económicamente de él o que se afecten de la misma forma que los familiares con su muerte.

Cuando son varios los beneficiarios de carácter gratuito, la designación debe especificar el porcentaje del valor asegurado a que tendrá derecho cada uno de ellos. (Ver interés asegurable)

# Ejemplo

Beneficiario 1 35% del valor asegurado

Beneficiario 2 30% del valor asegurado

Beneficiario 3 35% del valor asegurado

La sumatoria de todos los porcentajes debe corresponder al 100% del valor asegurado y los porcentajes asignados se entregarán a los beneficiarios designados. En caso de quedar un porcentaje sin asignar, éste pasará a los beneficiarios designados por ley, es decir, la mitad de ese porcentaje será para el (la) cónyuge y la otra mitad para los herederos.

# ¿Quiénes son los beneficiarios onerosos?

En los seguros de vida, el beneficiario oneroso es una persona natural o jurídica, que queda designada dentro de la póliza, y que no puede ser removida de su calidad de beneficiario, ya que su designación se realiza como respaldo a una deuda.

Complementando lo anterior, al beneficiario oneroso no se le podrán revocar ni desmejorar sus condiciones mientras subsista el interés que las legitima, a menos que el beneficiario consienta en la revocación o desmejora.

Un ejemplo de beneficiario oneroso se presenta en el caso de las corporaciones de ahorro y vivienda que contratan un seguro sobre la vida de sus deudores, con un valor asegurado que representa el valor de la deuda; es la misma corporación la que recibe el valor del seguro en caso de la muerte del deudor o asegurado.

El acreedor sólo recibirá la parte del seguro que es igual al monto no pagado de la deuda. El saldo que queda del seguro de vida se entrega a los beneficiarios gratuitos, si existen, y en caso contrario, a los beneficiarios de ley. (Ver interés asegurable).

# Actividad de reflexión

Una persona tomó un seguro de vida como respaldo de una deuda, es decir, con beneficiario oneroso; se presenta un siniestro en el que esa persona muere y al momento de pagar la indemnización el monto de su deuda es igual al valor asegurado alcanzado. ¿Qué indemnización pueden reclamar los beneficiarios gratuitos y por qué?

# ¿Qué sucede si no se designa al beneficiario?

Cuando no se designa un beneficiario o la designación es ineficaz, o cuando la designación queda sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de beneficiarios el(la) cónyuge del asegurado por la mitad del seguro y los herederos del mismo por la otra mitad. Si se designa genéricamente como beneficiarios a los herederos, se procederá de la forma expuesta con anterioridad.

# ¿Qué es la conmurencia?

La conmurencia es el evento en el que el beneficiario muere al mismo tiempo que muere el asegurado o en el que se ignora cuál de los dos murió primero.

En caso de conmurencia, si el seguro tiene beneficiario gratuito, el(la) cónyuge del asegurado tiene derecho a la indemnización en un 50%, y el porcentaje restante lo recibirán los demás herederos. Si el beneficiario es oneroso, la indemnización la recibirán los herederos del beneficiario.

# Ejemplo

En un accidente de tránsito fallecieron la señora Berta Ortiz, quien iba manejando, y sus dos hijos, Omar y Claudia, que la acompañaban. Desde hace un tiempo, la señora Ortiz tenía vigente un seguro de vida cuyos beneficiarios eran sus hijos. En la situación descrita se presenta conmurencia, pues murieron el asegurado y los beneficiarios en forma simultánea y se ignora cuál de ellos falleció primero.

# ¿Cuáles son los elementos esenciales del contrato de seguro de vida?

Ahora estudiaremos los elementos esenciales del contrato y para ello es fundamental que tengamos claro el concepto esencial.

Se entiende por esencial aquello que se considera imprescindible, que no puede faltar. En términos del seguro de vida, para que exista un contrato tienen

que estar presentes cuatro elementos esenciales: el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima y la obligación condicional del asegurador.

# ¿Qué es el interés asegurable?

En los seguros de vida, el interés asegurable se refiere al derecho que tiene una persona para contratar un seguro sobre su propia vida o sobre la vida de otra persona. En el primer caso, el tomador es el mismo asegurado, y en el segundo, el tomador es una persona distinta al asegurado.

De acuerdo con el Código del Comercio, toda persona tiene interés asegurable sobre:

1. Su propia vida.
2. La vida de las personas a quienes pueda reclamar alimentos.
3. La vida de aquellas personas cuya muerte o incapacidad pueden causarle un perjuicio económico.

De lo anterior podemos deducir que el seguro de vida debe tomarse con un interés específico hacia las partes y no como forma de lucro para alguna de ellas.

# Actividad de aplicación

A partir de la lectura y el análisis de la situación que se expone en seguida, determine cuál es el interés asegurable e identifique cada una de las partes del contrato.

Nuestro cliente, el señor Morales, tiene 34 años. Trabaja en su propio negocio que funciona con gran éxito desde hace 10 años. Vive solo desde hace 3 años, momento en el que se divorció de su esposa. Sus ingresos alcanzan inclusive para tomar vacaciones una vez al año fuera del país, a las que con regularidad invita a sus hijos, quienes viven con su ex esposa. La señora María Stella, ex esposa de nuestro cliente, es quien responde por todos los gastos tanto de ella como de sus hijos, ya que debido a la mala relación que vive la pareja después del divorcio, ella no ha querido que nuestro cliente aporte económicamente a la manutención de los hijos. Ella trabaja como ejecutiva en una empresa de alimentos y vive con sus hijos en una casa de su propiedad.

El señor Morales llama a la Compañía y le solicita la visita de un asesor comercial con el fin de tomar el Seguro Bolívar que se está ofreciendo a los clientes de la entidad bancaria donde tiene sus ahorros, con el fin de asegurar a su ex esposa. Él ya cuenta con un seguro de vida individual, por lo tanto, en este negocio quiere que figure únicamente doña María Stella.

# ¿Qué es el riesgo asegurable?

Se entiende el riesgo como un suceso posible e incierto cuya ocurrencia no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario. La muerte constituye el riesgo básico del seguro de vida.

En el seguro de vida, la incertidumbre existe sobre el momento en que se presentará el suceso de la muerte del asegurado, y no sobre si ésta ocurrirá o no, porque sobre la ocurrencia de la muerte sí existe certeza.

# ¿Cuál es la obligación condicional del asegurador?

Esta obligación es el tercer elemento esencial del contrato. Se entiende como el deber que tiene el asegurador de pagar la indemnización a los beneficiarios en los montos, términos y condiciones fijadas en el contrato.

# ¿Qué son las condiciones generales del contrato?

Son las condiciones contenidas en los clausulados de cada uno de los productos de la Compañía, por ellas se establecen las normas técnicas y jurídicas sobre las cuales se expiden y se administran las pólizas de seguro. Estas sólo pueden ser modificadas por acuerdo entre las partes y con autorización previa del área técnica de la Compañía.

# ¿Qué son las condiciones particulares del contrato?

Se refieren a las condiciones y cláusulas especiales que se pactan para una póliza determinada y que pueden modificar en algunos casos las condiciones generales de los clausulados. Dichas modificaciones deben ser autorizadas, firmadas y aceptadas por las partes del contrato. Este tipo de anexos deben ser estudiados, tramitados y expedidos solamente por el área técnica de la Compañía.

# Actividad de reflexión

¿Qué efecto podría tener sobre el seguro de vida la falta de uno o más elementos esenciales del contrato?

# 1.11.3.3 ¿Qué es el clausulado?

El clausulado es el documento que se entrega al cliente, quien toma el seguro, en donde se encuentran estipuladas y diferenciadas las condiciones generales y las condiciones particulares de la póliza.

# ¿Qué es la prima?

Como lo habíamos mencionado, la prima es otro elemento esencial del contrato de seguro de vida. Ahora estudiaremos qué es y cada uno de los elementos que la componen.

La prima es el precio o costo del seguro que el cliente paga a la compañía para que ésta asuma un riesgo específico por un tiempo determinado.

Para calcular el monto de la prima se tienen en cuenta la tasa y el valor asegurado. Estudiémoslos:

# ¿Qué es la tasa?

La tasa es un factor numérico que se calcula tomando como base la tabla de mortalidad, la tasa de interés y los gastos de administración.

En los seguros de vida grupo intervienen varias clases de tasas las cuales explicamos a continuación.

La tasa comercial es el costo que se traslada al tomador, que corresponde generalmente a la empresa con la que el asegurado tiene un vínculo laboral o comercial, por asumir los riesgos correspondientes a los ramos de vida grupo.

Para el calculo de la tasa comercial se tiene en cuenta la fecha de nacimiento del asegurado, con la cual se establece la tasa de riesgo según la edad, el valor asegurado y el factor de gastos aplicable a cada producto; para determinar la tasa de riesgo, se tiene en cuenta el interés técnico y la edad del asegurado para así ubicar su probabilidad de fallecimiento en la Tabla Colombiana de Mortalidad para asegurados 1984-1988, adoptada según la resolución 0996 del 29 Marzo de 1990, de la Superintendencia Bancaria.

La resolución número 0996 del 29 de Marzo de 1990, se adopta la Tabla Colombiana de Mortalidad de los asegurados 1984-1988.

Es fundamento esencial para el establecimiento de las tarifas correspondientes a los seguros de vida, para el cálculo de las primas metas y el avalúo de las reservas matemáticas de los planes de vida individual.

El término tabla de mortalidad hace referencia al documento o estados en que, previo estudio y cálculos actuariales se reflejan las posibilidades de fallecimiento de una colectividad de personas en función de los diferentes tipos de edades de éstas y del período de vida más prolongado que se considere. Las tablas de mortalidad base para la fijación de los tipos de prima aplicables a las diferentes modalidades de seguro de vida, están determinadas sobre los principios que se deducen de la ley de los grandes números y el cálculo de probabilidades.

# Nota curiosa

Edmund Halley, famoso científico que predijo la órbita del cometa que lleva su nombre, desarrolló la primera tabla de mortalidad científica basándose en los

registros del pueblo siciliano de Breslau, única ciudad que por entonces llevaba estadísticas precisas. En 1693 construyó la tabla de probabilidades de la duración de la vida humana para toda edad.

Los gastos de administración y expedición son otro factor sobre el cual la compañía establece la tasa. Entre los gastos están la comisión de los agentes, los costos de expedición del contrato, la nómina y los servicios.

La tasa de interés se conoce también como interés técnico y es aquel que paga la compañía por el uso del dinero del cliente. Puesto que la tabla de mortalidad y los gastos de administración se calculan tomando como base el final del periodo, y como el cliente debe pagar la prima con anticipación, la compañía reconoce un interés por el uso de ese dinero.

Las tasas, en cada uno de los ramos de Vida Grupo y de Accidentes, se dan en un factor que se aplica por cada mil pesos de valor asegurado.

En los productos que tienen tasa por edad existe un factor (Tasa de comercial) asociado a la edad de cada asegurado.

Cuando se establece un grupo, dependiendo de sus características, es posible calcular la prima aplicando la tasa por edad o hallar la tasa promedio del grupo y aplicar el procedimiento indicado en el artículo tercero de la resolución número 2735 del 24 de Julio de 1990 de la Superintendencia Bancaria. Este procedimiento se realizará a través de la Unidad Técnica de la Gerencia de Vida, en el caso de pólizas no contributivas y cumpliendo con los requisitos del número mínimo de asegurados y normas de la Superintendencia.

La resolución número 2735 del 24 de Julio de 1990, se señalan los parámetros generales de índole técnico para la operación del seguro de vida grupo.

El artículo 1, clasificación en:

* Deudores.
* No deudores.
* Contributivos.
* No contributivos.

El artículo 2, tasas amparo de muerte, donde la tasa pura se calculará por edad alcanzada de cada asegurado, con base en la Tabla Colombiana de Mortalidad de los asegurados 1984-1988, con un interés técnico del 8% anual.

El artículo 3, tasas promedio amparo de muerte, para grupos asegurados superiores a 200 personas o cuando por razón de índole técnica o administrativa no resulte viable la aplicación de tasas individuales por edad alcanzada, las compañías podrán optar por el sistema de tasas promedio.

Estudiemos ahora qué es el valor asegurado, otro de los elementos que intervienen en el cálculo de la prima.

# ¿Qué es el valor asegurado?

En términos generales diremos que el valor asegurado es el monto por el cual se contrata un seguro de vida; es decir, es la suma que el asegurado le asigna

a su seguro en el momento de firmar el contrato o la suma que la compañía se compromete a indemnizar en caso de ocurrir el siniestro.

El valor asegurado para los ramos de Vida Grupo y de Accidentes varía de acuerdo con el plan y los topes de este valor que hayan sido definidos por la Compañía y con el incremento del valor asegurado que cada uno de ellos define.

Para los seguros de grupo deudores el valor asegurado corresponde al valor adeudado.

# ¿Cómo se calcula la prima (tasa por edad)?

Para hallar el valor de la prima anual que debe pagar un asegurado, basta con tomar el valor asegurado que defina o solicite y dividirlo entre mil (dado que el factor que aparece en la tarifa es por cada mil pesos de valor asegurado); el resultado de esta operación se multiplica por el factor que le corresponda a su edad (en el caso de tasa por edad) o al factor asignado al grupo (tasa única o promedio) y el resultado es el valor en pesos de la prima anual que debe pagar el asegurado.

Ejemplo

Edad: 20 años

Valor asegurado: $10’000.000

Factor (tasa): 4,26 tasa por mil.

Prima anual: $10’000.000/1.000 x 4,26 = $42.600 anuales

# ¿Cómo se calcula la prima con tasa promedio?

Para otorgar la tasa promedio a un determinado grupo, es necesario que esté conformado mínimo por 200 personas y que se cuente con la relación uno a uno de las edades y valores asegurados.

Para definir las tasas en pólizas no contributivas, lo primero que se debe hacer es hallar el número de personas por cada edad. Una vez definido el número de personas por cada edad, se multiplica este número, por el factor que corresponde a dicha edad, con el fin de hallar un valor de factor para la misma. Posteriormente, se realiza la sumatoria de esos valores obtenidos por cada edad y el resultado se divide entre el número de integrantes del grupo.

Esto, en caso de que los valores asegurados sean iguales para todos los miembros del grupo; de lo contrario, debe calcularse en forma ponderada de acuerdo con el valor asegurado acumulado de cada una de las edades.

El valor resultante será entonces la tasa promedio, teniendo en cuenta que no hay recargo por actividad.

# Ejemplo

Extracto de la tarifa para el producto de Grupo Tradicional

|  |  |
| --- | --- |
| Edad | Tasa 1 |
| 20 | 4,26 |
| 21 | 4,27 |
| 22 | 4,30 |
| 23 | 4,33 |
| 24 | 4,36 |
| 25 | 4,37 |
| 26 | 4,40 |
| 27 | 4,40 |
| 28 | 4,43 |
| 29 | 4,44 |
| 30 | 4,47 |

Cálculo de la tasa promedio

Para un grupo donde según la lista suministrada hay 78 personas de 20 años, 53 personas de 27 años, 41 personas de 41 años y 38 personas de 35 años:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Edad | No. de personas (Resultante del conteo) | Tasa  (Según tarifa  de la Compañía) | Tasa  (No. de personas por Tasa) |
| 20 | 78 | 4,26 | 332,28 |
| 27 | 53 | 4,43 | 234,79 |
| 41 | 41 | 5,01 | 205,41 |
| 35 | 38 | 4,66 | 177,08 |
| Total | 210 |  | 949,56 |

Entonces: 949,56 / 210 = 4,52 por mil

Es decir, la tasa promedio que se debe aplicar a cada una de las personas de este grupo asegurado es de 4,52 por cada mil pesos de valor asegurado.

La tasa de 4,52% al mirar en la tabla de la tarifa corresponde a un valor intermedio entre la tarifa de 30 y 31 años:

# Edad Tasa

30 4,50

31 4,54

Podemos decir, entonces, que la edad promedio del grupo es de 31 años.

El procedimiento anterior se puede utilizar únicamente en los casos en que todos los asegurados contratan el mismo valor asegurado.

# ¿Cómo se realiza el fraccionamiento de primas?

Existe un recargo por fraccionamiento de primas en los ramos de Grupo Vida y de Deudores, el cual se aplica dependiendo de si el producto es creciente o no.

Para pólizas con valor asegurado no creciente, los factores que se aplican para el fraccionamiento son:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Pago mensual |  | = (Prima anual x 0,0916) |
| * Pago trimestral | = | (Prima anual x 0,265) |
| * Pago semestral | = | (Prima anual x 0,52) |

Los recargos que se aplican con estos factores son:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Pago mensual |  | = | 4% |
| * Pago trimestral | = | 6% |  |
| * Pago semestral | = | 10% |  |

Para pólizas con valor asegurado creciente, los factores son:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Pago mensual |  | = (Prima anual x 0,0954) |
| * Pago trimestral | = | (Prima anual x 0,2787) |
| * Pago semestral | = | (Prima anual x 0,5375) |

Los recargos que se aplican con estos factores son:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Pago mensual |  | = | 7,5% |
| * Pago trimestral | = | 11,0% |  |
| * Pago semestral | = | 14,5% |  |

# ¿Qué es la extraprima?

La extraprima es un valor adicional que la compañía cobra por ser mayor el riesgo que asume, cuando los solicitantes no presentan un estado de salud normal o tienen profesiones u ocupaciones altamente riesgosas. Para ampliar estos conceptos, remítase a la información de emisión de los productos, en la cual se explican los riesgos asegurables y no asegurables para cada caso.

Las extraprimas que la compañía puede calcular son de dos clases:

* Por salud, cuando el posible asegurado tiene o ha tenido alguna enfermedad que disminuye su esperanza de vida. La extraprima aumentará de acuerdo con la gravedad de la enfermedad.

Cuando la extraprima es demasiado alta, la Compañía debe abstenerse de aceptar al solicitante y, por tanto, rechazará la solicitud del seguro.

* Por ocupación, cuando el posible asegurado tiene una profesión u ocupación de alto riesgo.

El técnico del ramo determinará el costo de las extraprimas en cada caso, si las hay.

# Actividad de aplicación

Definir bajo qué parámetros se haría la expedición del seguro colectivo, para el siguiente caso:

El señor Francisco Restrepo, de 30 años de edad, es visitado por un asesor Bolívar con el propósito de ofrecerle un seguro de vida que la compañía para la cual trabaja brinda a sus empleados de nivel ejecutivo. Una vez dada la información al respecto, el asesor pregunta sobre su estado de salud, con el fin de diligenciar la declaración de asegurabilidad. En ese momento, el señor Restrepo le comenta al asesor que hace 5 años le fue diagnosticada hipertensión, enfermedad por la cual estuvo en tratamiento, pero que actualmente la enfermedad está controlada y él se siente muy bien de salud.

# ¿Cuáles son las clases de seguro de vida?

Existen tres clases de seguros de vida:

* Individuales: son los seguros que protegen la vida de una sola persona bajo una sola póliza.

Ejemplo: Seguro de vida renta mensual y educación total Bolívar.

* De grupo: son los seguros que amparan grupos de personas bajo una póliza. El contrato se establece entre el asegurador y el tomador, que es la persona natural o jurídica por intermedio de la cual se agrupan los asegurados. Ejemplo: Plan Creciente Bolívar y Educadores.
* Conjuntos: son los seguros que dan una protección recíproca a dos o más vidas en una sola póliza. Esto quiere decir que la muerte del primero de los asegurados da lugar a la indemnización.

Ejemplo: aplica tanto para grupo e individuales, ya que se pueden asegurar el asegurado principal y su cónyuge.

# ¿Cuáles son las clases de Seguro de Vida Grupo?

Como ya hemos visto, uno de los propósitos de los seguros de grupo es el de dar oportunidad a un mayor número de personas de obtener los beneficios del seguro. Su costo, generalmente, es más bajo que si se tratara de seguros individuales.

Tomando lo anterior como base, decimos que existen dos modalidades de colocación y conformación de los seguros colectivos, estas son: pólizas de grupo o colectivas y pólizas agrupadas.

Las pólizas de grupo o colectivas están definidas como aquellas en las cuales existe un único tomador, con un número único de póliza y ‘n’ número de riesgos o asegurados. En estas pólizas el tomador representa y coadministra el

negocio y los asegurados comparten el interés o actividad común que motiva la conformación del grupo asegurable; adicionalmente, presentan unificación de vigencia, amparos y formas de pago.

Por su parte, en las pólizas agrupadas existe una póliza matriz donde se establece el tomador las condiciones del negocio, límites de valor asegurado y sistema de suscripción. La colocación, se hace directa e individualmente con cada uno de los asegurados, con quienes se establecen las condiciones respectivas. El recaudo de las primas en estos seguros se realiza a través de los sistemas de libranza y convenios.

Con este esquema se define la existencia de una póliza matriz para cada grupo asegurado encabezado por un tomador, póliza a la cual estarán asociadas un número ‘n’ de pólizas.

En la póliza matriz se registrará la información básica del negocio. Algunos de estos datos deben ser comunes para las pólizas individuales, cada una de las cuales tendrá, a su vez, unas condiciones particulares que deben ser validadas con lo contratado en la matriz.

La Compañía le ofrece el producto a una empresa o intermediario (corredor o agente) para que busque su colocación. Una vez el intermediario ha presentado el producto o contactado a la empresa, la suscripción del negocio se puede dar a través de alguna de las dos modalidades enunciadas anteriormente, es decir, como una póliza de grupo o una póliza agrupada.

# ¿Cuáles son los tipos de Seguro de Vida Grupo?

Para responder esta pregunta debemos establecer dos tipos de seguro, tomando como base el pago de la prima y el aporte que el tomador y el asegurado tienen dentro de este concepto; estos son: contributivo y no contributivo.

# El seguro contributivo

En los seguros contributivos la prima es sufragada en su totalidad o en parte por los miembros del grupo asegurado. En otras palabras, son aquellos en los cuales el tomador paga un porcentaje de la prima total, y el asegurado contribuye pagando la suma restante dentro del 100% de la prima total.

Para entender la figura del seguro contributivo, podemos tomar como ejemplo los seguros colectivos que la Compañía Seguros Bolívar ofrece a sus empleados, como beneficio adicional. Dentro de estos seguros, la Compañía (tomador) subsidia o asume un porcentaje de la prima del seguro y los funcionarios (asegurados) pagan el porcentaje restante dentro de la prima anual, para obtener la cobertura deseada.

# El seguro no contributivo

El tomador es quien sufraga el costo total de la prima para todos los integrantes del grupo asegurado; es decir, el seguro no contributivo es aquél en el cual, el tomador paga la totalidad de la prima, con el fin de asegurar a las personas que se agrupan bajo su nombre.

# ¿Qué es coaseguro?

El concepto de coaseguro hace referencia al acuerdo entre dos o más aseguradoras, por medio del cual, a petición del asegurado o con su consentimiento previo, pactan distribuirse entre sí determinado seguro. Se designa una compañía líder, encargada de atender el negocio y expedir la póliza.

# Ejemplo:

Cuando la aseguradora decide retener (asumir) hasta 100 millones por cada asegurado, llega un negocio de 500 millones por asegurado, la compañía propone a otras compañías aseguradoras del mercado asegurador repartir el riesgo o valor asegurado, entre ellas siendo Seguros Bolívar en este caso la compañía líder.

# ¿Qué es reaseguro?

El concepto de reaseguro hace referencia al seguro del seguro. Es un instrumento técnico por medio del cual un asegurador original distribuye sus riesgos dando la totalidad o parte de ellos a un reasegurador profesional, mediante el pago de primas generadas en la suscripción de las pólizas de seguros, con el propósito de reducir la cantidad de su posible pérdida.

# Ejemplo:

Bolívar solicita a compañías reaseguradoras lo respalden en la aceptación de negocios, por encima de su retención, (valor que la compañía decide que puede cubrir), cuando Seguros Bolívar considera que el valor a asegurar supera los valores que tiene definidos.

# ¿Cuáles son los ramos que se manejan en los seguros colectivos y accidentes?

Los ramos que se manejan actualmente en los seguros colectivos y accidentes son los siguientes:

* + - Vida Grupo.
    - Deudores.
    - Accidentes personales.
    - Hotelero.
    - Últimos gastos.
    - Grupo educativo (Tutor).
    - Vida Individual.

A continuación definiremos cada uno de los ramos antes mencionados, los cuales serán tratados individualmente en las diferentes cartillas y sesiones de capacitación.

# 1.15.1 ¿Cómo se define el ramo de vida grupo?

Las pólizas de vida grupo buscan cubrir la posible perdida económica que produzca la desaparición o inhabilidad de un asegurado.

Los amparos que cubre son vida (muerte), indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración, incapacidad total y permanente, enfermedades graves y últimos gastos.

# ¿Cómo se define el ramo de vida grupo deudores?

Las pólizas de vida grupo deudores se comercializan con el fin de cubrir el patrimonio del asegurado y el dinero de quien presta (entidad financiera, cooperativa, empresa).

Los amparos que cubre son vida e incapacidad total y permanente.

# ¿Cómo se define el ramo de seguro hotelero?

Esta póliza cubre a las personas hospedadas en el hotel en caso de accidente y las perdidas de sus bienes.

Los amparos que cubre son muerte accidental, desmembración, gastos médicos, traslado de cadáveres, pérdida o daño de equipaje, daños o pérdida en lavandería y dinero caja administración hotel.

# ¿Cómo se define el ramo de accidentes personales?

Este seguro ampara a los asegurados en caso de accidente consecuente a las condiciones y coberturas de la póliza.

Los amparos que cubre son muerte accidental, desmembración, gastos médicos e indemnización mensual.

# ¿Cómo se define el ramo últimos gastos (exequias)?

Esta póliza ampara en caso de muerte del asegurado, los gastos que puedan generarse por causa de dicho fallecimiento.

El amparo que cubre es muerte.

# ¿Cómo se define el ramo grupo educativo (Tutor)?

Este producto ampara a los alumnos asegurados durante su vida escolar en caso de que falte el padre, madre o tutor encargado de quien dependa el alumno económicamente para continuar con su proceso educativo.

Los amparos que cubre son muerte e incapacidad total y permanente.

# ¿Cómo se define el ramo de vida individual?

Las pólizas de vida grupo buscan cubrir la posible perdida económica que produzca la desaparición o inhabilidad de un asegurado.

Los amparos que cubre son vida (muerte), anexo de accidentes(muerte accidental, desmembración, renta mensual, gastos médicos), incapacidad total y permanente, enfermedades graves, componente de ahorro y exoneración de primas por incapacidad.