

Con**LetraGrande**
una iniciativa Bci

CÓMO ELEGIR EL SEGURO MÁS APROPIADO PARA MIS NECESIDADES



ÍNDICE

Introducción	03
I. ¿Seguros generales o seguros individuales? Cómo elegir	04
II. ¿Por qué necesitas contratar un seguro de vida?	08
III. La razón por qué necesitas seguros contra salud de enfermedades o accidentes de alto costo	14
IV. Pasos básicos para cobrar un seguro	19
V. Razones por qué una compañía aseguradora podría rechazar el pago de indemnización	23
Conclusión	28

INTRODUCCIÓN

Contratar un seguro es una forma de proteger nuestros bienes y seres queridos de eventos no previstos a los que todos estamos expuestos, como un accidente, una enfermedad o muerte repentina.

Sin embargo, no todos necesitamos el mismo tipo de cobertura. Por ejemplo, ¿necesito un seguro de vida si no tengo familia? ¿En qué casos una aseguradora podría negarse a pagar una póliza?

Esta guía te ayudará a elegir un seguro adecuado para tu realidad. Empezando por conceptos básicos hasta los pasos para cobrar tu póliza.

L. ¿SEGUROS GENERALES O SEGUROS INDIVIDUALES? CÓMO ELEGIR UN SEGURO



¿Qué tipo de seguro necesito? La respuesta es “depende”. El tipo de seguro que necesitas depende de lo que quieres proteger.

Lo primero que debes tener claro es que un seguro establece un compromiso entre una compañía aseguradora y una persona, para que si ésta sufre algún daño sea indemnizada.

Hay diversos tipos de seguros, desde los que protegen tu vida hasta un viaje. Es más, se dice que existen tantos seguros como riesgos. Para elegirlo, depende de tus inquietudes o necesidades.

Si te preocupa quedar imposibilitado para trabajar o que tus bienes sean afectados por algún accidente, este instrumento financiero puede ser tu solución.

Como lo vimos en el blog “elementos clave de una póliza de seguro”, se pueden asegurar cosas materiales e inmateriales. Basta con que sean tasables en dinero, que puedan estar en riesgo en algún minuto y que no sean de origen ilícito.

Pero ¿qué tipos de seguros existen? Los seguros pueden clasificarse en 3 tipos:

1- Personales

En este caso el objeto protegido es la persona. La compañía aseguradora resguarda al beneficiario ante cualquier evento que le afecte directamente, por ejemplo, muerte, accidentes o alteraciones de salud.

Entre ellos se encuentran:

-Seguro de vida: Puede ser de fallecimiento, supervivencia (o ahorro) y mixto. En el primer caso, se le paga una indemnización a los beneficiarios en caso de muerte. En el segundo, la indemnización se paga si es que se cumple el contrato y la persona está viva.

-Seguro de salud (o enfermedad): Ofrece cobertura sanitaria, asistencial o de carácter económico, en el supuesto de sufrir alguna dolencia o enfermedad. Por ejemplo, reembolsa los gastos médicos o entrega un monto de dinero en caso de ciertas enfermedades.

-De accidentes personales: Indemniza al asegurado en caso de accidentes que provoquen la muerte o incapacidad.

-De dependencia: Se indemniza a la persona en caso de que no pueda valerse por sus propios medios y requiera de una contraprestación.

2 - De daños o patrimoniales

Buscan proteger el patrimonio de una persona frente a un siniestro, accidente o catástrofe.

Entre ellos se encuentran los seguros de auto, ingeniería, multirriesgo, crédito y caución, pérdidas pecuniarias diversas, robo, transporte, terremoto, incendio y responsabilidad civil.

Este último se refiere al daño (patrimonial, material o corporal) que el asegurado pudo haber ocasionado a terceros. Es decir, cubre el pago de indemnizaciones monetarias cuando la persona es civilmente responsable por un siniestro. Incluso -si está acordado en la póliza- puede cubrir las costas judiciales o fianzas que se exijan al asegurado.

3 - De prestación de servicios

El seguro de prestación de servicios compromete a la compañía aseguradora a cubrir los gastos en que el beneficiario incurra al utilizar algún servicio.

Si tuviste que incurrir en gastos imprevistos debido a algún problema jurídico o la muerte de un familiar, este tipo de seguro es la solución para que no pases por lo mismo.

Entre ellos están los seguros de asistencia en viaje, decesos y defensa jurídica.

Sin embargo, de cada uno de estos seguros existen diversas categorías. Todo dependerá de lo estipulado en la póliza de seguro y sus cláusulas. Aquí se determinará cuánto cubrirá, ante qué evento, en qué plazo, etc.

En resumen

Como te contamos, hoy casi la mayoría de las cosas pueden ser aseguradas, desde tu patrimonio a los servicios. Las diversas compañías aseguradoras ofrecen alternativas cada vez más personalizadas. Lo más importante es que el seguro éste se ajuste a tus necesidades y no al revés.

Ahora que sabes cómo elegir un seguro asegúrate de leer detenidamente la póliza, para que no te lleves sorpresas al momento de hacer uso de tu seguro.

II. ¿POR QUÉ NECESITAS CONTRATAR UN SEGURO DE VIDA?



La vida financiera de una persona pasa por altos y bajos, entre ellos, eventos imprevistos como enfermedades y accidentes.

Por lo que anticiparse a estos hechos, es indispensable y crucial para la planificación financiera del futuro.

Contratar un seguro de vida es buena forma de resguardarse ante estos eventos, debido a que ofrece tranquilidad y certeza de que habrá dinero disponible aún en una situación de desventaja

¿Qué es un seguro de vida?

Es un instrumento de protección de la estabilidad financiera de tipo personal, que entrega una empresa administradora acreditada, en este caso una compañía de seguros de vida.

En Chile, las compañías de seguro de vida son supervisadas por la Comisión del Mercado Financiero (CMF).

¿Por qué contratar un seguro de vida?

El seguro de vida fue diseñado para cumplir los siguientes objetivos, en caso de fallecimiento o invalidez del asegurado:

- Cubrir económicamente al asegurado del riesgo de accidentes personales y/o de salud.
- Proteger a seres queridos y el patrimonio familiar.
- Pagar créditos en caso de que el asegurado haya contraído una deuda financiera.
- Pagar a socios o acreedores del asegurado (en caso de una sociedad comercial, por ejemplo).
- Garantizar una renta para el asegurado o sus beneficiarios.

¿Quién puede contratar un seguro de vida?

Toda persona mayor de 18 años puede contratar un seguro, ya sea de manera individual o colectiva (en este último caso, es contratado por una empresa en beneficio de sus colaboradores).

Los seguros de vida son voluntarios excepto por el tipo Seguro de Desgravamen asociado a créditos hipotecarios, que es obligatorio.

¿Quién es beneficiario de un seguro de este tipo?

Toda persona puede ser beneficiaria según lo indique el asegurado al contratar la póliza. No es necesario que exista alguna relación familiar o conyugal.

¿Qué tipos de seguros de vida hay?

Según explica la Asociación de Aseguradores de Chile (AACH), existen los siguientes formatos:

1. Vida Entera: su cobertura se extiende hasta la muerte del asegurado, es decir, se garantiza el pago de un capital inmediatamente después de que fallece el asegurado, independientemente de la fecha cuando ocurrió su deceso, ya sea por enfermedad o accidente. El o los beneficiarios inscritos en la póliza recibirán la indemnización en cuanto se acredita el deceso.

2. Vida Temporal: al igual que el tipo Vida Entera, el capital es pagadero a los beneficiarios inmediatamente después de que el asegurado fallece de causas naturales, sufre un accidente mortal o una invalidez accidental.

No obstante, el incidente debe ocurrir durante plazo determinado (antes de terminar el plazo convenido como duración del seguro). Si el asegurado vive para cuando vence este plazo estipulado, el seguro queda cancelado.

3. Protección Familiar: protege a todos integrantes del grupo familiar, ya sea por fallecimiento u otros riesgos como invalidez o desmembramiento del asegurado si está contenido en la póliza. Al igual que Vida Temporal, su duración es por un período definido.

4. Incapacidad o Invalidez: cubre la incapacidad del asegurado porque su capacidad física o intelectual se debilita, por enfermedad, o accidente. El pago de la indemnización corresponde al pago de un capital o de una renta, según esté previsto en la póliza. Su duración es por un período definido.

5. Asistencia: cubre servicios, asistencias o gastos generados por el deceso del asegurado de la póliza. Su duración es por un período definido.

¿Qué entrega un seguro de vida?

Por lo general, la oferta de este tipo de servicio financiero incluye:

Cobertura en caso de fallecimiento (natural o accidental) o invalidez temporal o permanente. Esta protección dependerá de las necesidades del usuario y del tipo de seguro.

Productos adicionales:

-Ahorro (en este caso, el asegurado puede rescatar el dinero correspondiente después de un tiempo determinado)

-Pensión (seguros de vida con APV)

Prima: es el monto monetario o precio del seguro que el asegurado se compromete a pagar por un período y plazo determinado (la frecuencia usualmente es mensual).

Póliza: es el contrato mediante el cual la compañía de seguros se compromete a cumplir con las coberturas comprometidas.

¿Cuáles son los requisitos para contratar un seguro de vida?

Según explica el regulador financiero (CMF):

- Edad mínima (18 años) y una edad máxima del asegurado para ingresar al seguro (dependerá de la compañía de seguros y del tipo de seguro).

- Edad máxima del asegurado para darle cobertura (también depende de la compañía y del tipo de seguro).

- Una declaración de salud antes de incorporarse a la póliza. Normalmente, la compañía solicita un conjunto de exámenes médicos básicos y otros adicionales (depende del historial del contratante).

¿Qué incluye la póliza de vida?

Enfermedades y tipos de accidentes asegurados, así como su intensidad y duración.

Los beneficiarios (seres queridos, socios, acreedores, etc.) que el asegurado indique serán las personas asignadas a recibir los beneficios de la póliza. En caso de no existir beneficiarios designados, los herederos legales son los que reciben el capital.

¿Cómo cobrar un seguro de vida?

Por lo general, los beneficiarios deben acercarse a la compañía de seguros con documentos que acrediten el fallecimiento o con incapacidad judicialmente declarada del asegurado.

Ahora bien, si no hay beneficiarios asignados o se desconoce si la persona tiene un seguro contratado, se debe consultar formalmente ante la CMF. Consulta el procedimiento en el Sistema de Consultas de Seguros aquí.

¿Cuándo no es posible contratar un seguro de vida?

Por lo general, inicialmente las compañías de seguros de vida no otorgan este instrumento cuando la persona lo contrata para protegerse de:

Actividades o deportes riesgosos y extremos.

Manipulación de explosivos.

Trabajo en altura.

Enfermedades o preexistencias de salud.

Lesiones o enfermedades causadas por guerra, rebelión, revolución, etc.

Suicidio o lesiones auto-inferidas.

No obstante, algunas compañías hacen excepciones y permiten acceder a este servicio por una prima específica.

¿Qué precauciones hay que adoptar para tomar un seguro de vida?

Las pólizas de seguros de vida son estándares y están reguladas, por lo que la CMF recomienda a las personas individuales que evalúan contratar este instrumento en tomar los siguientes resguardos:

Cotizar más de un seguro antes de contratar

Leer bien y entender la póliza antes de firmar

Si tiene dudas sobre las condiciones generales del contrato, revisar el depósito de pólizas de la CMF con todas las versiones oficiales de este documento.

Corroborar cómo y bajo qué condiciones se renueva el seguro.

Confirmar cómo será reajustado el costo del seguro en caso de renovación.

Ratificar el período de cobertura y vigencia del instrumento.

Consultar en qué casos el seguro no pagará el capital a los beneficiarios

Consultar todos los requisitos para cobrar el seguro.

En resumen

Alcanzar cierta edad, financiar el futuro de la familia o protegerse en caso de enfermedad o accidente son algunas de las razones por qué una persona contrata un seguro de vida.

Más que el costo, la decisión se basa principalmente en la etapa de vida de la persona y las circunstancias individuales que rodean a ésta.

III.LA RAZÓN POR QUÉ NECESITAS UN SEGURO CONTRA DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES DE ALTO COSTO



Generalmente cuando se nos contacta para ofrecer un Seguro, se nos habla del riesgo de perder lo material y la necesidad de protegerlo, por lo que pensamos en cuidar los bienes obtenidos a lo largo de nuestras vidas al momento de tomar la decisión de contratar un seguro.

Sin embargo, las personas suelen olvidar que la salud es lo máspreciado e inseguro y que de ella depende realmente su futuro económico.

No basta con tener un plan de Isapre o Fonasa para protegerse ni mucho menos un seguro complementario, debido a que estos tienen limitantes al momento de hacer uso de ellos. Por ejemplo el Seguro Complementario de salud con el empleador, ofrece beneficios que son efectivos sólo mientras dura el contrato laboral.

Una alternativa es contratar un seguro de salud complementario con una institución privada. Este producto financiero reembolsa al asegurado y sus cargas el porcentaje del valor contratado de lo que no cubre su Isapre o Fonasa.

¿Por qué es importante contratar un seguro de salud?

No contar con una póliza exclusiva de salud arriesga todo el patrimonio, los bienes y cualquier ahorro del afectado y sus herederos.

Aunque se cuente con un plan de Isapre y seguro complementario, si se presenta una enfermedad o accidente de gravedad, lo que sucederá es que el afectado se verá obligado dado los costos de la cobertura del incidente, a gastar parte o todos sus ahorros, quedando vulnerable.

La experiencia dice que cuando ocurre una enfermedad o accidente catastrófico, no hay sueldo ni ahorro que lo pueda cubrir. Por ello es posible afirmar que un seguro de vida o de pérdida material es tan importante como un seguro catastrófico.

Existen familias que han tenido que asumir deudas tan altas, que nunca más pueden capitalizar sus esfuerzos.

¿Qué es un seguro de salud?

Se trata de un contrato con una compañía de seguros, un intermediario válido o una clínica, por el cual se paga una prima mensual por una póliza, a cambio de que la aseguradora cubra los gastos médicos en caso de una enfermedad grave o de alto costo, según el plan contratado.

La palabra clave para un seguro de salud es respaldo económico.

Antes de elegir un seguro de salud, debes conocer en profundidad sus aspectos vitales, de modo que no te generes expectativas irreales.

Oferta en la industria

Es importante que la contratación sea con una compañía de seguros con presencia en el mercado o bien un intermediario como tu banco, en el cual ya tienes confianza, o directamente en una clínica. Eso da mayor tranquilidad por la llamada espalda financiera ante una cobertura.

Edad de contratación, cobertura y declaración personal de salud

Lo ideal es realizar la contratación siendo joven, antes de que surjan condiciones hereditarias como hipertensión o resistencia a la insulina, debido a que estas son causales para no ser asegurado por ninguna compañía o institución. La idea es evitar cualquier preexistencia.

Además, mientras más joven contrate un seguro de salud, la tarifa que pagas es menor, hasta cambiar de rango etario.

Normalmente, un seguro de salud protege hasta cumplir los 99 años, cambiando la prima según aumenta el riesgo. Por eso es importante revisar las tablas de primas por rango de edad. En caso que el plan incorpore a los hijos, ellos estarán protegidos hasta cumplir los 24 años y 364 días. Los hijos mayores de 24 años pueden seguir con continuidad de cobertura (sin carencia) pagando tarifa individual de adulto.

Cobertura territorial o seguro abierto o cerrado

Los seguros cerrados se refieren a contratos de servicios de atención exclusiva con una institución, lo que es propio de las clínicas. Por ende, si la atención sucede en otra localidad, el seguro no aplica. Por ello la recomendación es buscar un seguro abierto o de libre elección.

Existen seguros de salud tan amplios que cubren accidentes o enfermedades en el extranjero, con algunas limitantes. Pero los gastos serán reembolsados una vez que vuelvas a estar en territorio nacional.

Reembolso y deducible

Es importante poner especial atención en el reembolso, el cual debe incluir gastos hospitalarios, gastos médicos y gastos ambulatorios, así como gastos hospitalarios en domicilio y farmacia. El cuadro de reembolso y deducible del seguro indicará el monto máximo que será cubierto por evento, después de aplicado el plan de salud en el sistema público o privado, mientras el deducible indicará el monto que al asegurado le tocará financiar.

Esos montos dependen de la prima que se pueda pagar. En caso de no contar con plan de salud en el sistema privado, hay compañías que reembolsan un porcentaje de los gastos en instituciones afiliadas de Fonasa

Embarazo

Normalmente los seguros catastróficos no cubren gastos de embarazo, sólo complicaciones, siempre y cuando la asegurada, ya sea como titular o carga, tenga al menos 12 meses con la póliza vigente. Respecto de los hijos por nacer, cada compañía estipula sus reglas, por lo que es necesario leer exhaustivamente las condiciones de la póliza.

Letra chica

Todo contrato de seguro tiene un apartado con diversa información, como detalles de la póliza, enfermedades sin cobertura y razones por las cuales no se harán reembolsos. Tales son los casos de enfermedades no declaradas al momento del contrato, enfermedades psiquiátricas, estética, etc.

CMF

Siempre se debe exigir el número de la póliza para revisar las condiciones generales y cláusulas adicionales en la Comisión para el Mercado Financiero, institución que vela por el cumplimiento de las normas y reglas en materia de seguros.

En resumen

Si evalúas contratar un seguro de salud, lo ideal es que profundices sobre los aspectos relevantes del servicio, para esto debes solicitar al ejecutivo asesoría transparente y detallada sobre el plan que estas contratando.

En tanto, una vez que contrates el producto, considéralo como una inversión personal y/o familiar.

No olvides informar a tus familiares sobre la contratación del Seguro de Salud.

IV. PASOS BÁSICOS PARA COBRAR UN SEGURO



¿Sabes qué debes hacer en caso de un siniestro? ¿Qué papeles debes presentar a la compañía aseguradora? ¿Cuánto tiempo tienes para presentarlos?

Estos son los pasos del procedimiento que tienes que seguir si sufres un imprevisto para recibir la indemnización de la aseguradora.

Al tomar un seguro de vida o general, es recomendable que al momento de firmar la póliza entienda el procedimiento para hacerlo efectivo. La idea es que si sufres un accidente o imprevisto, se tenga claro cuáles son los pasos a seguir para actuar con rapidez.

No todos los seguros tienen los mismos requerimientos para indemnizar al beneficiario, sin embargo hay etapas que son comunes en cada uno de ellos.

A continuación los pasos para cobrar un seguro:

1. Aclarar qué documentos debes tener

Recuerda la documentación dependerá del tipo de seguro la cual será informada en el momento de contratación, en algunos casos solicitan ciertos trámites o gestiones antes de hacer efectivo el cobro del siniestro. Por ejemplo, pueden solicitar constancia en Carabineros (inmediatamente ocurrido el siniestro) o recibos, bonos e informes originales para el reembolso de gastos médicos.

En caso de que no puedas presentar directamente estos documentos por encontrarse imposibilitado, puede delegar estos trámites a un tercero a través de un poder simple, en otros casos es necesario presentar un poder notarial.

2. Informar el siniestro

Cada póliza determina el procedimiento a seguir para reportar un siniestro, con las condiciones y los plazos que se deben respetar. Sin embargo, en todos los casos es fundamental informar el siniestro a la compañía aseguradora lo antes posible para que ésta pueda realizar el informe de liquidación.

Si la póliza fue intermediada por un corredor de seguros, es muy importante contactarlo para que te asista en el proceso de liquidación.

Esta liquidación puede estar a cargo de la compañía de seguros o un liquidador externo (en caso de que te opongas a que sea la misma compañía). Quien asuma la responsabilidad tendrá 3 días hábiles para contactarte -desde el día en que hiciste la denuncia- con el fin de comunicar quién estará a cargo.

3. Hacer las gestiones necesarias y aportar antecedentes adicionales

Ya sea la compañía de seguros o el liquidador, debe informarle sobre las gestiones que debes realizar y los antecedentes adicionales que sean necesarios para liquidar el siniestro. Igualmente puede revisar el procedimiento de liquidación de siniestro anexo en su póliza de seguros, el cual indicará las acciones y plazos para presentar la documentación.

4 . Informe final de liquidación

La compañía de seguros o el liquidador, debe emitir un informe en el plazo que corresponda según la póliza contratada, ese período puede aplazarse solo en casos justificados, sin embargo debe ser comunicado al asegurado y también a la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), que puede dejar sin efecto la ampliación y fijar un nuevo plazo para la entrega de este informe.

El informe de liquidación será enviado tanto al asegurado como al asegurador. Este documento incluirá una opinión técnica que justifique el pago o no de la indemnización, así como también el monto y parámetros que se usaron para tomar la determinación.

5. Aceptar o rechazar la decisión

Luego de recibir el informe de liquidación, tanto el asegurado como la compañía de seguros tienen 10 hábiles para impugnarlo si no están de acuerdo. En caso que fuere la compañía de seguros quien realizó el informe, solo el asegurado puede ejercer este derecho.

Si hay impugnación, el liquidador puede responder en un plazo de 6 días hábiles. Si después de eso todavía no hay conformidad respecto de los distintos puntos del informe, la aseguradora debe notificar la resolución final de siniestro en máximo 5 días hábiles.

Finalmente, el pago de indemnización debe hacerse dentro de los 6 días siguientes de notificada la resolución.

En resumen

Al contratar un seguro, es importante prestar atención a todos los requerimientos necesarios para recibir la indemnización, lo que permitirá estar preparados ante cualquier imprevisto y poder ejecutar oportunamente las acciones en caso de siniestro.

V. RAZONES POR QUÉ UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA PODRÍA RECHAZAR EL PAGO DE INDEMNIZACIÓN



Las compañías aseguradoras reciben una cantidad de dinero de parte del cliente y quedan obligadas en caso de producirse un siniestro o lo que se indique en el contrato, a indemnizar o prestar el servicio convenido por el daño producido.

No obstante, hay causas de rechazo de pago de las indemnizaciones que pueden generar inconformidad al cliente al no obtener los resultados esperados. El problema surge cuando se toma un seguro sin entender claramente los deberes y derechos adquiridos al momento de la firma del contrato hasta su vencimiento.

Consecuencias del incumplimiento de un contrato

Las razones por las cuáles la Compañía de Seguro puede dar término anticipado al contrato del seguro, es por incumplimiento de las obligaciones indicadas en el contrato por parte del beneficiario.

A continuación se observa un listado de los deberes que toda persona debe cumplir antes de contratar algún tipo de seguro:

- Informarse, leer detalladamente y a conciencia los documentos que se le presenten para comprender las características de los servicios ofrecidos.
- Informar o declarar de forma clara y sincera los riesgos que desea asegurar, con la finalidad de permitir a la Compañía de Seguros identificar el objeto asegurado y apreciar la extensión de los riesgos que va a asumir.
- Cuidar los bienes asegurados para prevenir la ocurrencia del siniestro.
- No agravar o extender los riesgos asegurados.
- Pagar la prima del seguro, en la forma y plazo convenido con la Compañía aseguradora. El incumplimiento de esta obligación puede liberar a la compañía de su obligación de pagar el siniestro, conforme a las condiciones de la póliza respectiva.
- Conservar los objetos dañados y tomar las medidas necesarias para salvar o recuperar el objeto asegurado o conservar sus restos.
- Informar o denunciar el siniestro de inmediato, indicando sus causas, consecuencias y demás hechos que permitan a la Compañía de Seguros imponerse debidamente una vez ocurrido el suceso.
- Realizar la denuncia del siniestro en la aseguradora de forma online o presencial y en el plazo previsto en la póliza.
- Proporcionar oportunamente a la compañía de seguros o al liquidador de siniestros todos los antecedentes requeridos.

Incumplimiento de las obligaciones del asegurado que genera rechazos de pago

Estos son los motivos más comunes que pueden generar el rechazo de pago del siniestro de los seguros ofrecidos y demandados en el mercado:

1. En el caso de seguros de vehículos motorizados: todas las compañías aseguradoras de vehículos cuentan con ciertas exclusiones a la hora de indemnizar en caso de siniestros. Los principales motivos por los que un seguro podría quedar automáticamente invalidado son los siguientes:

- a. El conductor sufre un accidente y no lleva consigo sus documentos de conducir.
- b. Conduce bajo los efectos del alcohol o drogas.
- c. No deja constancia en Carabineros al momento de sufrir un choque con lesionados o robo total o parcial.
- d. No presta ayuda a los accidentados. En caso de atropello o accidente similar, el hecho de no auxiliar al peatón que sufre un atropello, o sale huyendo, para la aseguradora constituye un delito.

2. Compañías de seguros de vida o salud: las aseguradoras que otorgan indemnizaciones en caso de fallecimiento o gastos médicos incurridos por accidentes o enfermedad, exigen determinados trámites o gestiones obligatorias, las cuales al no ser ejecutadas por el cliente, podría generar el rechazo del pago de la indemnización.

- a. No entregar presupuestos o cotizaciones, comprobantes, recibos, bonos, etc. para solicitar el reembolso de los gastos médicos.
- b. No presentar informe del médico tratante en casos de seguros de salud o de vida, etc.
- c. En casos de siniestro, lo recomendable es revisar anticipadamente las condiciones de la póliza de seguro y realizar todas las consultas pertinentes a la compañía o corredor de seguros, según corresponda.
- d. Omitir o no declarar enfermedades preexistentes.

Existen también casos puntuales en los que una aseguradora puede denegar el pago de la indemnización:

1. Vencimiento de la póliza: si el asegurado deja de pagar las cuotas, en caso de que se trate de un seguro de pago mensual, el contrato perderá su validez.

Independientemente, del motivo de no pago de las cuotas del seguro, si no es cancelada en el plazo establecido, se producirá el vencimiento de la póliza y los beneficiarios no tendrán cobertura.

2. Casos de fraude: si la compañía considera o comprueba que existe inconsistencia en la veracidad de la documentación y/o datos proporcionados por el asegurado, se denegará el pago de la indemnización.

3. Documentación que presenta errores: todos los documentos presentados deben ser oficiales y acreditados ante notario (en el caso de certificados, por ejemplo). Por lo que entregar documentación médica falsa puede dar lugar al rechazo del pago de siniestro por parte de la aseguradora.

4. Conflictos armados: si el asegurado fallece en el transcurso de una guerra o conflicto similar, la compañía de seguros no abonará el capital asegurado.

5. Ingesta indiscriminada de medicamentos u otras sustancias: la aseguradora no responderá en caso de que se generen complicaciones o efectos secundarios por la ingesta de fármacos de tratamientos de enfermedades psicológicas, uso de narcóticos, o en casos de alcoholismo o drogadicción

6. Prácticas de deportes de riesgo extremo: es importante que el beneficiario informe previamente a la compañía si participa en competencias de deportes extremos, como por ejemplo: motociclismo o automovilismo, acrobacias aéreas, paracaidismo, submarinismo, montañismo a más de 3.000 metros, entre otros.

7. Lesiones auto infligidas o intentos de suicidio: la compañía no responderá en caso de consecuencias por intento de suicidio o lesiones auto infligidas que ocurran cuando el beneficiario esté en estado consciente o no.

En resumen

Antes de contratar un seguro procure leer detalladamente cada parte de su póliza, a fin de tener total claridad sobre las coberturas y exclusiones correspondientes.

También es muy importante informarse sobre la reputación de la compañía y el seguro que se está contratando para que se ajuste a sus necesidades.

Además, analizar cuál es la cobertura que más conviene, qué deducible ofrece, estar al tanto de las restricciones que tenga y las obligaciones del asegurado.

Conclusión

Como puedes ver, contar con cobertura frente a los imprevistos de la vida es una decisión muy importante en la vida de toda persona adulta.

Estar desprotegido no solo te pone en riesgo a ti, sino también a tus seres queridos. Usa esta guía para decidir a conciencia y estar preparado cuando lo necesites.

Suscríbete al blog

