



24.
25

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias

EL SEGURO DE GRUPO

Tesis Profesional

Que para obtener el título de:

A C T U A R I O

P r e s e n t a :

María Eugenia Medina Domínguez

México, D. F.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

0.	INTRODUCCION	X
1.	EL SEGURO DE GRUPO	1
1.1	Definición del Seguro de Grupo	2
1.2.	Beneficios adicionales del Seguro de Grupo..	4
1.3.	Historia del Seguro de Grupo	11
2.	CARACTERISTICAS DEL SEGURO DE GRUPO	21
2.1.	Características Legales.....	22
	Ley Federal del Trabajo. Ley y Reglamento del Impuesto sobre la Renta.	
2.2.	Características Técnicas	26
	Número de Asegurados. Examen Médico. Edad de admisión. Partes contratantes. Prima. Pago de Primas. Privilegio de Conversión. El Beneficiario. Importe del Seguro. Co- mienzo y Terminación de la Cobertura. Ad- ministración. Dividendos. Descuentos en la Prima. Extra-Prima.	
3.	CALCULO DE PRIMAS	47
3.1	Método de la Edad Igual Equivalente	49
3.2	Método de la tarifa individual	50

3.3. Ejemplo Práctico de Cotización	52
4. MERCADO Y VENTAS DEL SEGURO DE GRUPO	59
4.1. Naturaleza del Mercado para el Seguro de Grupo	60
Naturaleza del Comprador. Medio de Venta. Compensación Económica. Localización del Mercado. Lugar de Venta. Competencia. Ex periencia en la Mortalidad. Servicio.	
4.2. La Política de la Compañía y sus Objetivos .66 Departamento de Venta y Servicio. Depart- tamento Administrativo. Departamento Ac- tuarial y Técnico.	
4.3. Ventas de un Seguro de Grupo	71
5. EL REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO	77
5.1. Historia del Reglamento	78
5.2. Reglamento Actual del Seguro de Grupo	84
5.3. Comentarios al Reglamento	97
CONCLUSIONES	101
ANEXO	105
BIBLIOGRAFIA	107

0. INTRODUCCION

O. INTRODUCCION

Desafortunadamente podemos decir que el pueblo de México ignora, mucho de lo que se refiere a lo que es el Seguro de Vida, en cualquiera de sus variantes. Esto se debe a varias razones, pudiendo mencionar como más importantes:

- Falta de difusión de la función social que cubre el Seguro en México.
- El poder adquisitivo tan bajo de la mayoría de nuestros conciudadanos.
- La desconfianza, que se tiene, precisamente generada por la falta de conocimientos.

Podemos mencionar que el Seguro de Grupo llega a solucionar una de estas razones, la falta de poder adquisitivo, ya que su costo es considerablemente más bajo que el de un Seguro Individual.

Por otra parte hay que ver que más del 60% de la actividad económica del país está sustentada en la pequeña y mediana empresa que contrata a más del 70% de la fuerza laboral y el rango de integrantes por comercio va de 13 a 150 empleados, de ahí la

la importancia que tiene el Seguro de Grupo.

Las fuentes de prospectación son inagotables:
Sindicatos, Asociaciones, Empresas, Fábricas, Clubes, etc.

El Seguro de Grupo es un producto para las empresas porque:

- Es deducible de impuestos
- Tiene altos dividendos que
- Resultan en costos sumamente reducidos y
- Porque hay leyes que obligan a otorgarlo.

Debido a que el Seguro de Vida, y el Seguro de Vida de Grupo en particular, son temas relacionados enteramente con la Actuaría, el profesionalista más indicado para hablar de esos temas es el Actuario y ya que el presente trabajo es para obtener el título de Actuario, a lo largo de este va a dar a conocer ampliamente lo que es el Seguro de Grupo, esperando que sea útil a toda aquella persona que de alguna manera este relacionada con el campo del Seguro de Grupo.

Después de hacer una breve historia del Seguro de

Grupo tanto en otros países como en México, en el capítulo segundo y quinto se analizarán sus características legales y técnicas, así como, el actual Reglamento del Seguro de Grupo.

El capítulo tercero nos referirá el cálculo de las primas, ilustrándolo con un ejemplo práctico para la cotización de un Seguro de Grupo.

Y para quedar concluido todo lo referente al Seguro de Grupo el capítulo cuarto nos hablará del mercado y las ventas del Seguro de Grupo.

CAPITULO I

EL SEGURO DE GRUPO

1.1 SEGURO DE VIDA DE GRUPO

El Seguro de Grupo es un tipo de seguro que fue creado para asegurar "clases de personas" que tengan algo en común como grupo y no como individuos por separado.

Las vidas aseguradas se refieren al tipo de grupo asegurado y no a uno por uno como persona. En un seguro de grupo, el grupo es abierto, es decir, causan altas y bajas los individuos, pero este hecho no modifica ni altera las condiciones del contrato.

En el Seguro de Grupo solamente existe un solo contrato y que se suscribe entre la compañía y el contratante. Desde luego que las vidas aseguradas corresponden a personas como individuos y por lo que se les extiende un comprobante de que forman parte del grupo, pero no tienen ningún derecho legal directo hacia la compañía de seguros, que no sean aquellos que se proveen en el contrato entre el contratante y la compañía aseguradora.

Principios fundamentales del Seguro de Grupo:

a) La diversificación del riesgo, como se especifica en el reglamento correspondiente.

b) Los asegurados deben estar trabajando a tiempo completo, para garantizar hasta donde sea posible que el estado de salud es satisfactorio.

c) Los asegurados, no pueden determinar la suma asegurada, ya que esta sujeta a una o varias reglas.

d) El contratante debe contribuir para el pago de la prima o si lo paga todo, remitir a la compañía la prima total del grupo, sea o no contributivo el plan solicitado.

1.2 BENEFICIOS ADICIONALES

1.2.1 Beneficio de exención de pago por invalidez total y permanente.

La cobertura consiste en que en caso de que el asegurado llegase a invalidarse total y permanentemente ya sea por enfermedad o accidente, para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y aptitudes. La compañía conviene en cubrir las siguientes prestaciones:

i).- Pagará en sustitución del propio asegurado, la prima de la póliza que venza después de que declaró el estado de incapacidad. Las primas que en sustitución del asegurado pague la compañía, no se considerarán de manera alguna como deuda que grave la póliza, sino como positivamente cubiertas en efectivo.

ii).- La compañía pagará la renta mensual indicada, si esta incluida la cobertura de renta por invalidez.

Esta cobertura no surtira efecto en aquellos casos

en que la incapacidad total y permanente sobrevenga directa o indirectamente como consecuencia:

i).- De lesiones que deliberadamente se haya causado el mismo asegurado o que le hayan sido causados por una tercera persona de acuerdo con él.

ii).- Salvo pactos en contrario, de participación del asegurado en navegación aérea o de exposición o algún riesgo propio de esa navegación a no ser que, al ocurrir la incapacidad, el asegurado viajare como pasajero con boleto pagado o pase, en un avión de una compañía comercial de aviación debidamente autorizada, en viaje entre aeropuertos establecidos.

1.2.2. Cláusula Adicional de Invalidez

Bajo este beneficio, el cual procede de acuerdo al mencionado en el punto anterior, el asegurado recibirá la suma asegurada en una sola exhibición. Es importante señalar que dicha invalidez debe ser declarada por parte de la aseguradora y se requerirá de un periodo de total y permanente para que se otorgue. El periodo varía dentro del mercado asegu

rador, pero en forma general podemos decir que es de seis meses.

1.2.3. Beneficio de Doble Indemnización por muerte accidental y Pérdida de miembros.

Indemnización por pérdida de miembros.- En caso de muerte o de pérdida de miembros ocurridos accidentalmente al asegurado, la compañía pagará a los beneficiarios de la póliza o al asegurado, en su caso el porcentaje de la indemnización correspondiente a la suma asegurada por esta cláusula, que en seguida se expresan:

Muerte accidental	100%
Pérdida irreparable de la vista	100%
Pérdida de las manos	100%
Pérdida de los dos pies	100%
Pérdida de un ojo y de una mano	100%
Pérdida de un ojo y un pie	100%
Pérdida de una mano y un pie conjuntamente	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de la vista de un solo ojo	30%
Pérdida del dedo pulgar	25%
Pérdida de un dedo índice	10%

Pérdida de un dedo medio, anular o meñique 5%

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia del seguro en uno o varios accidentes, la compañía pagará la suma asegurada de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la suma asegurada en este seguro adicional.

Doble Indemnización.- La indemnización pagadera según las estipulaciones contenidas en la tabla de indemnizaciones que antecede, se duplicará si las lesiones corporales que resultasen del accidente fuerán sufridas por el asegurado:

i).- Mientras viajere como pasajero en cualquier vehículo público que no sea aéreo impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transportes públicos, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.

ii).- Mientras viajare como pasajero en un ascensor que opere para servicio público (con exclusión de los ascensores en las minas).

iii).- A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrase el asegurado al iniciarse el incendio.

Este seguro adicional, no será pagado en aquellos casos en que la muerte o la pérdida sobrevenga directamente o indirectamente como consecuencia:

i).- De suicidio, ya sea que se encuentre sano o demente el asegurado.

ii).- Salvo pacto en contrario, de participación del asegurado en navegación aérea o de la exposición a algún riesgo propio de esta navegación a no ser que al ocurrir el accidente viajare como pasajero con boleto pagado o pase en un avión de una compañía comercial de aviación debidamente autorizada, en viaje entre aeropuertos establecidos.

iii).- De lesiones recibidas en riña, con o sin provocación del asegurado.

iv).- De la comisión de un asalto o de cualquier otro delito contra la vida o la integridad corporal del asegurado.

v).- De un tumulto, asonada, motín, conspiración, rebelión, sedición, guerra o cualquier otro acto que tenga relación con ellos.

vi).- De inhalar cualquier gas, ya sea voluntaria o involuntariamente.

vii).- De homicidio o su tentativa en cualquiera de las formas previstas en las Leyes Penales, salvo el homicidio por imprudencia.

viii).- De enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no se sean movidas directamente por las lesiones a que esta cláusula se refiere.

ix).- De envenenamiento de cualquier naturaleza o de infecciones (con excepción de las que sobrevengan como consecuencia de la lesión accidental).

Actualmente, este beneficio puede ser contratado en las siguientes formas:

- i).- Amparando unicamente muerte accidental
- ii).- Amparando muerte accidental y pérdida de

miembros.

- iii).- Amparando muerte accidental, pérdida de miembros y doble pago por muerte accidental.

Como ya hemos mencionado anteriormente para las primas de estos beneficios, no va ha importar la edad del asegurado y van a estar determinados de la siguiente manera:

1.- Indemnización por muerte accidental. (*)

- Cubriendo solo muerte accidental	1.80%
- Cubriendo muerte accidental y pérdida de miembros	2.25%
- Cubriendo doble indemnización	2.50%

2.- Exención del pago de primas. (*)

5% de la prima correspondiente a vida

Estos porcentajes estan dados a base de la experiencia y regidos por la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros.

(*) Porcentajes utilizados por Seguros Bancomer en 1983.

1.3. HISTORIA DEL SEGURO DE GRUPO

En esencia todos los tipos de seguro son "Seguro de Grupo", porque operan bajo la diversificación de riesgos sobre grandes núcleos de personas. Sin embargo el Seguro de Grupo que aquí vamos a tratar y presentar su historia se refiere a: "Grupo de personas que tengan una ocupación o actividad similar, aseguradas bajo un mismo contrato.

Los primeros informes que se tienen con respecto al Seguro de Grupo, datan de mediados del siglo XIX (1852), cuando bajo un mismo contrato, se aseguraban las vidas de los esclavos negros que sacaban de Africa. Cada uno tenía una suma fija que se pagaba a su propietario, si algún esclavo fallecía durante un viaje en el mar. Podemos decir que más bien este tipo de seguro era marítimo.

A fines del siglo XIX, durante la construcción del Canal de Panamá una compañía Americana aseguró por quince mil dólares, cada una de las vidas de 700 trabajadores chinos, que fueron transportados de China a la Zona del Canal, en beneficio del que los embarco en China en el barco Seawitch (Bruja del Mar).

Estos dos contratos son los que podemos considerar los primeros contratos del Seguro de Grupo, aunque como se puede ver, pueden ser también considerados como seguro marítimos.

1.3.1 Desarrollo del Seguro de Grupo en Estados Unidos.

El Seguro de Grupo presenta un panorama interesante en el desarrollo de los modelos económicos y sociales, debido a la industrialización del país, este seguro tiene un fuerte impulso por las necesidades de seguridad que tienen los asalariados.

En 1905, se puso en vigor un plan sobre la vida de empleados de una cadena de ventas al menudeo, sobre la base de pólizas individuales en el Plan Temporal Renovable a 1 año con examen médico, siendo las primas pagadas por el patrón a la Compañía de Seguros.

El profesor Henry R. Scoger de la Universidad de Colombia en 1907 sugiere un programa de legislación social que traería una aplicación de los seguros en sus principios, para solucionar los problemas sociales. Considera que esta legislación debe-

ría incluir todos aquellos aspectos que pudieran amenazar el nivel de vida familiar, contra los cuales no pudiera hacer una previsión adecuada al asalariado, tales como; Accidentes industriales, enfermedades, invalidez y vejez, muerte prematura, desempleo, etc..

Antes de 1910, existió otro tipo de plan, que aseguraba la vida de más de cien personas que trabajarán para un mismo patrón, con la condición de que el patrón pagara directamente a la Compañía de Seguros la prima en un solo entero.

En junio de 1911, se emitió la primera póliza de Seguro de Grupo de Vida como la conocemos ahora. Fue solicitada por una compañía manufacturera de pieles y otorgada por la Equitable Life Assurance Society.

La forma de la póliza fue aprobada por el Departamento de Seguros del Estado de Nueva York el 3 de junio de 1911 y el nombre que se le dió a la póliza fue; "Seguro para empleados, temporal anual renovable".

El origen de esta póliza se debe a que el contratante de esa compañía, era uno de los directores de La Montgomery Ward, una compañía dueña de una cadena de tiendas diseminadas por la Unión Americana.

Desde 1910, la Montgomery Ward, había realizado cálculos e investigaciones para asegurar en caso de muerte a sus empleados, e incorporar dicho beneficio como un derecho contractual. Desde luego que cualquier compañía de seguros de entonces hubiera estado feliz en aceptar dicho negocio, sobre todo cuando la Montgomery Ward aceptaba pagar toda la prima.

Pero puso como condición que todos sus empleados y trabajadores deberían estar incluidos en el seguro sin importar sus edades, o sus estados de salud y que fuera un plan de bajo costo para proporcionar una fuerte cantidad en caso de fallecimiento.

Hubo concursos de compañías y finalmente fué la Equitable Life Assurance Society de los Estados Unidos la que emitió la póliza el 1° de julio de 1912 sobre la vida de 2,912 empleados y una suma total asegurada de \$5,947,564.00, correspondiente

en promedio \$3,000.00 a cada asegurado por muerte y por un año de sueldo.

Se expidió sin examen médico, y se incorporaron en un Seguro de Grupo por primera vez, las cláusulas de indisputabilidad y suicidio por un año; periodo de espera por treinta días; declaración de edad; privilegio de conversión por haber estado asegurado por más de 5 años.

El plan de Seguro fue temporal renovable a un año. Las primas pagadas totalmente por el contratante y con la cláusula de privilegio de participación sobre cualquier sobrante.

Sin embargo en los años siguientes hubo una gran cantidad de opositores, pues argumentaban que era una discriminación contra los poseedores de pólizas individuales, quienes se sometían a exámenes médicos regulares, y que representaban un gran peligro para la solvencia de las compañías.

A pesar de esa oposición, muchos planes de seguro se llevaron acabo después del contrato de La

Montgomery Ward, sin embargo las sumas aseguradas máximas se limitaban entre cinco y diez dólares y se otorgaban en un número pequeños de casos.

Existió un rápido crecimiento del Seguro de Grupo, debido en parte a que de 1917 en adelante, este se guro empieza a ser contributivo, es decir la prima es pagada por el patrón y los empleados conjuntamente. En diciembre de 1917 en la Convención Nacional de Comisionados del Seguro (NCIC) se adopta la primera definición del Seguro de Grupo;

"El Seguro de Grupo de Vida es aquella forma de se guro de vida que ampara no menos de 18 empleados con o sin examen médico suscrito, bajo una póliza expedida al patrón, siendo pagada la prima por el patrón, el empleado o ambos, y asegurando todos sus empleados, o todos de cualquier clase o clases determinadas por condiciones concernientes al pue to, y por sumas aseguradas basadas en una regla que cuida la selección individual, para beneficio de personas que no sean el patrón; estipulando sin embargo que cuando la prima la pague el emplea do y el patrón conjuntamente, los beneficios de la póliza sean ofrecidos a todos los empleados ele

gibles, no menos del 75% de esos empleados deberán estar así asegurados." (*)

Esta definición hizo posible compartir el costo del seguro por el patrón y el empleado, pero de hecho en la mayoría de los negocios realizados antes de 1921, el patrón pagaba el costo total. Con excepción del número de empleados o de componentes que actualmente es de 10, esta definición en términos generales es la misma.

Sin embargo cada estado tiene su propia legislación por lo cual es complicado analizar la legislación actual, En cada estado existen unas primas mínimas y lo que es más importante, existe también un límite máximo en la suma asegurada individual.

(*) Joseph B. Maclean, "El Seguro de Vida", pag. 364

1.3.2. Desarrollo del Seguro de Grupo en Canada

Debido al lenguaje y a la aproximación geográfica que tiene Canada con los Estados Unidos, tiene un rápido crecimiento del Seguro de Grupo, pues las compañías americanas están autorizadas a trabajar en Canada, y viceversa.

El Seguro de Grupo fué autorizado en 1917 y su desarrollo es similar al de los Estados Unidos, la única diferencia es que en Canada hay muy poca legislación, en contraposición con la detallada legislación de los Estados Unidos.

1.3.3 Desarrollo del Seguro de Grupo en otros países

Con excepción de Canada, el Seguro de Grupo no tuvo el temprano principio ni el crecimiento fenomenal que tuvo en los Estados Unidos.

En la Gran Bretaña y en los países del Reino Unido el seguro de vida se ha acogido más bien hacia la forma de ahorro que hacen los planes de protección Complementando a los beneficios sociales que se dan los beneficios por fallecimiento se han encau-

sado a las pensiones para viudas, por lo que el crecimiento del Seguro de Grupo es limitado.

Japón tuvo un lento crecimiento en lo referente a Seguro de Grupo, pero a partir de 1950 y debido a la gran industrialización, ha crecido rápidamente a tal grado que para 1973 representó un 25% del total del seguro por fallecimiento que existía en todo el país.

En los países latinoamericanos, existe generalmente una filosofía social, la cual da más énfasis a los beneficios por fallecimiento. Además existen programas obligatorios de beneficios sociales, causa por la cual los empleados han exigido muy poco estos beneficios en sus contratos colectivos.

En Europa, principalmente Bélgica, Francia y República Federal Alemana se han desarrollado últimamente a pasos agigantados, debido a las presiones que han ejercido los sindicatos.

1.3.4. Desarrollo del Seguro de Grupo en México

El desarrollo del Seguro de Grupo en México se ini

cia más o menos en el año de 1950, pero su desarrollo definitivo es en el año de 1965, pues es precisamente en ese año cuando la suma asegurada en el Seguro de Grupo alcanza la del Seguro Individual y para el año de 1971 el 138% con respecto al Seguro Individual, y ya para el año de 1980 este porcentaje era de 185%.

En la historia del Seguro de Grupo en México no se tienen datos definidos, de cualquier manera podemos suponer que los primeros Seguros de Grupo de Vida, no se expidieron antes del 13 de noviembre de 1936, ya que fué en esta fecha cuando se promulgó el primer Reglamento de Seguro de Grupo.

De los únicos informes que se tienen, se desprende que las primeras pólizas del Seguro de Grupo de Vida fueron expedidas por "Seguros de México" a nombre del personal de la compañía de seguros "La Azteca" y del personal de la compañía cerillera "La Central S.A.", en el año de 1937.

CAPITULO II

CARACTERISTICAS DEL SEGURO

DE GRUPO

2.1 CARACTERISTICAS LEGALES DEL SEGURO DE GRUPO

A continuación se presentan los requisitos que marca la ley para que el plan califique como provisión social y de esta manera puedan otorgarse los beneficios del Seguro de Grupo. Dichos requisitos están contemplados en los siguientes artículos:

2.1.1. Ley Federal del Trabajo.

Artículo 495.- La empresa esta obligada a otorgar una indemnización de 1095 días de salario en caso de incapacidad permanente y total provocada por un riesgo de trabajo.

Artículo 502.- La empresa esta obligada a indemnizar con el equivalente a 730 días de salario en caso de muerte producida por un riesgo de trabajo.

2.1.2. Ley y Reglamento del Impuesto sobre la Renta

- En el artículo 24, fracción XII de la Ley del Impuesto Sobre la Renta (L.I.S.R.) se menciona que los gastos que se destinen a fallecimiento e invalidez (Seguro de Vida-Grupo) serán deducibles

de impuestos, indicando que deberán otorgarse en forma general en beneficio de todos los trabajadores. Y al igual como en otros planes para empleados esto último se refuerza en el artículo 19 del Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta (R.L.I.S.R.).

- En el artículo 19 del R.L.I.S.R. en la fracción III que tratándose de planes de seguro de vida solo se asegura a los trabajadores.

- En el artículo 24 de la L.I.S.R. en la fracción XII señala que el pago de primas por el Seguro de Vida-Grupo se deberá hacer a instituciones mexicanas y que correspondan a conceptos que la L.I.S.R. señala como deducibles o que en otras leyes se establezca la obligación de contratarlos.

- En el artículo 77 de la L.I.S.R. se señala que el trabajador no pagará impuesto sobre la renta por ciertos ingresos, siendo uno de ellos el que se enuncia en la fracción XII que dice que estarán exentas las cantidades que paguen las instituciones de seguro a los asegurados y beneficiarios con motivo de pólizas contratadas, siempre

que no se trate de seguros relacionados con bienes de activo fijo.

- En el artículo 20 del R.L.I.S.R. se señala lo siguiente:

Fracción II.- En ningún caso los beneficios del personal de confianza serán proporcionalmente superiores a los que otorguen a los demás trabajadores para lo cual se establece un mecanismo.

Fracción III.- Cuando el plan contenga aportaciones a los trabajadores o empleados de confianza deberán participar por lo menos el 75% de los elegibles.

Fracción IV.- Los planes de previsión social deberán constar por escrito indicando la fecha a partir de la cual se inicia cada plan y se comunicará al personal dentro del mes siguiente a dicho inicio.

- En el artículo 23 del R.L.I.S.R. se señala que los gastos que se realicen por concepto de previsión social, deberán efectuarse en territorio na

cional y se indica que se deberán efectuar en relación con los trabajadores del contribuyente.

2.2. CARACTERISTICAS TECNICAS DEL SEGURO DE GRUPO

2.2.1. Número de Asegurados

El primer requisito es que el grupo deberá constituir un número mínimo de vidas aseguradas. El objeto de fijar un número mínimo es el de garantizar que los grupos serán lo suficientemente grandes para proporcionar una probabilidad razonable de que se experimentará la mortalidad promedio. Otro beneficio es el ahorro de los gastos administrativos, pues mientras más grande sea el grupo menor será la tasa de gastos.

2.2.2. Examen Médico

El Seguro de grupo puede suscribirse con o sin examen médico, pero en la práctica se suscribe sin examen médico. Esta característica es de las mayores ventajas del plan. De esta manera se pueden asegurar personas que en condiciones normales no se podrían asegurar por un seguro de vida ordinario, ya sea por defectos físicos u otras razones. Pero en un grupo de empleados que trabaja tiempo completo es de suponer que no existe un número despropor-

cionado de vidas con mala salud. Además al eliminar el examen médico se reducen considerablemente los gastos, repercutiendo de manera favorable en el valor de las primas.

2.2.3. Edad de Admisión

Las edades límites de admisión son de 12 a 65 años pero un asegurado que forme parte del seguro antes de los 70 años puede permanecer en él, antes de dicha edad, siempre y cuando continúe dentro del grupo asegurado.

La edad de los asegurados asentada en los certificados individuales del seguro, debe comprobarse presentando prueba fehaciente a la compañía, la que extenderá el comprobante respectivo. Tal requisito debe cumplirse antes de que la compañía efectúe el pago de la suma asegurada.

2.2.4. Partes Contratantes

La póliza es emitida al patrono el cual solicita el seguro, hace el contrato, por lo cual es el contratante. La compañía de seguros no tiene relación

contractual con los empleados, incluso cuando estos últimos contribuyan a la cuota del seguro.

La compañía de seguros emite un certificado a cada empleado manifestando que son miembros del grupo y que por lo tanto están bajo la protección de la póliza. Además se informa acerca del importe del seguro y el nombre del beneficiario que recibirá el pago en caso de fallecimiento del asegurado.

2.2.5. Prima

La prima total del grupo será la suma de las primas que corresponden a cada miembro del grupo asegurado de acuerdo con su edad, ocupación, y suma asegurada. La cuota promedio es la que resulta de dividir la prima total entre la suma total asegurada.

En cada fecha de vencimiento del contrato, es calculada la cuota promedio por millar de suma asegurada que se aplicará en el siguiente periodo. A cada miembro del grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y a los que se separen definitivamente del grupo, se les

aplicará la cuota promedio por meses completos.

2.2.6. Pago de Primas

El pago de las primas puede efectuarse en forma anual, semestral, trimestral, o mensual.

El patrón debe pagar todo o parte del seguro. Si el patrón paga toda la prima el plan es sin contribución, y si los empleados pagan parte de la prima el plan es de contribución.

El plan sin contribución tiene la ventaja, de que no hay que hacer elección de empleados, pues todos están incluidos automáticamente, y esto hace que la administración se simplifique.

Sin embargo el plan con contribución tiene más ventajas:

i).- Puede proporcionar una cantidad más grande de seguro con el mismo desembolso por parte del patrón.

ii).- Desde el punto de vista del patrón de una estabilidad en el empleo y el alivio de la responsabilidad moral por ayuda financiera en ciertas

circunstancias.

Desde el punto de vista del empleado el seguro se obtiene a un costo por debajo del costo de un seguro individual, y que en algunos casos dicho seguro no podría conseguirse de ninguna otra forma.

2.2.7. Privilegio de Conversión

A cada empleado asegurado bajo una póliza de grupo se le concede el derecho a continuar el seguro como individuo, sin examen médico, en caso de que por cualquier razón termine su compromiso con el patrono que hace el seguro. Este privilegio permite al empleado convertir su seguro bajo el plan de grupo a cualquiera de las pólizas emitidas por la compañía, exceptuando el seguro a término, por un valor nominal igual al que tiene su certificado de grupo. Este derecho de conversión se extiende por un periodo de 31 días, después de la terminación del empleo.

2.2.8. El Beneficiario

El beneficiario debe ser distinto del patrono, exceptuando los casos que nos marca el reglamento.

Cada empleado puede nombrar a su propio beneficiario; teniendo el derecho a cambiarlo si así lo desea, siempre y cuando no exista ninguna restricción legal y la notificación se haga por escrito.

Quando no haya beneficiario designado, el importe del seguro forma parte del haber hereditario del asegurado, y por lo tanto se pagará a quienes fueron declarados sus herederos en el juicio sucesorio correspondiente. La misma regla se observará en caso de que el beneficiario y el asegurado mueran simultáneamente, o bien cuando el primero muera antes que el segundo y no existieran designados beneficiarios sustitutos.

En caso de un grupo no contributivo el patrono puede a voluntad discontinuar el seguro sin dar aviso al empleado asegurado, ni al beneficiario.

2.2.9. Importe del Seguro

Asegurar a los miembros por una suma uniforme no necesariamente satisface a todos, en tal caso se puede establecer en el contrato una cédula de importes (regla para calcular la suma asegurada),

que provea impotes diferentes a las distintas clases.

Existen cinco métodos para determinar el importe del seguro o regla de la suma asegurada;

1).- Puede ser el mismo para todos los empleados. Tiene la ventaja de la simplicidad, pero la desventaja de que la cantidad estipulada, no sea conveniente para todos los empleados, esto es que mientras para un empleado de primer nivel la cantidad de la suma asegurada fuera suficiente, para un empleado de más alto nivel, esta suma resultaría insuficiente.

2).- Puede estar basado en el salario del empleado. Esta es la más usada dentro de los seguros en México. Tiene la ventaja de que ajusta el importe del seguro a las necesidades de los empleados, y el importe de contribución a su capacidad de pago (en caso de que sea contributivo).

3).- Puede estar basado en la posición o puesto que ocupa el empleado. Este tiene como desventaja la dificultad para definir las diferentes clases.

4).- Puede depender en el tiempo de servicio. Este método funciona en el seguro sin contribución. Si se usara en un seguro contributivo, tendría la desventaja de ir aumentando la contribución sin im portar el aumento del salario, además no considera las necesidades de los empleados y su capacidad de pagar. Una ventaja que tiene es de que estimula la permanencia del empleado en servicio.

5).- Puede depender de dos o más de los cuatro factores anteriores.

2.2.10. Comienzo y Terminación de la Cobertura

Una vez aprobado por la compañía el plan elegido por el patrón, el seguro entra en vigor mediante el pago de la primera prima o de la porción de ella que se haya convenido. No es preciso que se emita ni entregue realmente la póliza matriz para que la compañía asuma el riesgo.

Los efectos del contrato cesarán automáticamente treinta días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada. Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la compañía podrá deducir del

importe del seguro, la prima total del grupo correspondiente a los treinta días de espera.

Bajo la póliza de grupo la terminación del empleo termina el seguro del empleado.

2.2.11. Administración

La administración de este plan es un factor muy importante y decisivo para la conservación del negocio. Por ello las aseguradoras han diseñado sistemas de administración que permitan manejar el seguro de grupo con claridad y eficiencia, en todos y cada uno de los aspectos.

Entre los más comunes se encuentra el sistema auto administrativo que consiste en :

A la instalación del programa, el contratante debe proporcionar un listado del personal que integrará el grupo asegurable con los siguientes datos:

- i).- Nombre completo del empleado.
- ii).- Fecha de nacimiento o registro federal de contribuyentes.
- iii).- Fecha de ingreso a la empresa.

- iv).- Suma asegurada o información para calcularla
- v).- Ocupación del empleado.

Además de lo anterior, se necesita la solicitud ma
estra con todos los datos que se piden y que debe-
rán ser anotados por el contratante.

Con esta información se procede a la emisión de la
póliza definitiva, que contiene el registro de ase-
gurados.

El contratante debe llenar entonces los certifica-
dos de consentimiento que le serán proporcionados
por la compañía, entregándole el certificado al
asegurado, mientras que el consentimiento quedará
en su poder. Es importante mencionar que el consen
timiento deberá ser firmado por el asegurado, y
que en la designación de beneficiarios se deberá
procurar evitar que se nombre como beneficiario a
los hijos menores de edad, en virtud de que la ley
prohíbe pagar a menores el beneficio correspondien-
te. Si el asegurado insiste, es prudente que enton
ces nombre además un albacea para la administra-
ción del dinero.

Los movimientos más comunes dentro del plan de Seguro de Grupo de Vida son:

- i).- Altas; Dar aviso a la aseguradora de los nuevos ingresos a la empresa y al plan mediante el certificado-consentimiento que será el comprobante de aseguramiento del empleado.
- ii).- Bajas; Dar aviso a la aseguradora de las personas que dejan de laborar en la empresa. En tales casos la compañía restituirá al contratante la parte de la cuota media no devengada, por meses completos.
- iii).- Aumentos; Si un asegurado aumenta su protección por cambio de sueldo, y por ello su suma asegurada rebasa el máximo sin examen médico, el contratante deberá dar aviso a la compañía para la dictaminación del riesgo, y en su caso pedir las pruebas médicas que estime necesario.

Un mes antes del vencimiento de la póliza, el contratante deberá enviar a la aseguradora un listado actualizado del personal que goza de la protección con todos los datos mencionados anteriormente, para realizar el ajuste anual y la renovación correspondiente.

pondiente, revisando los conceptos como:

- i).- Monto del beneficio y sobre todo en planes con sumas aseguradas fijas las cuales van perdiendo poder adquisitivo en casos inflacionarios como los que actualmente tiene nuestro País.
- ii).- Sumas aseguradas máximas sin pruebas médicas, buscando sean aumentadas proporcionalmente a los aumentos que por sueldo se hayan tenido.
- iii).- Revisión de fórmula de dividendos, en planes con experiencia propia o mixta.
- iv).- Siniestralidad del grupo.

Como puede observarse este sistema de auto-administración, simplifica el manejo operativo del plan y a la vez le permite un control adecuado del mismo.

2.2.12. Participación de Utilidades

Al hablar de participación de utilidades no referimos a los dividendos. La palabra dividendo, hasta cierto punto es un nombre inapropiado, pues la repartición que hace la compañía a los asegurados

es más bien de la naturaleza de un reebolso de parte de la prima pagada, en vez de un rendimiento sobre el capital invertido. (significado usual en otras transacciones comerciales).

El contratante participará de la utilidad que obtenga la compañía por concepto de mortalidad favorable en la totalidad de las pólizas expedidas en su cartera de Seguro de Grupo. La participación será un porcentaje del beneficio que otorga la compañía y se pagará cada año en la fecha aniversario de la expedición de la póliza, utilizándola para reducir las primas del siguiente año, siendo indispensable el pago de estas últimas para recibir dicha participación. Existen tres tipos de fórmulas de dividendos y son los siguientes;

1.- Dividendo de Experiencia Global.-

Estos se determinan tomando en consideración el comportamiento de siniestralidad de la cartera de Seguro de Vida-Grupo que administra la aseguradora conjuntamente con la siniestralidad propia del grupo. Los porcentajes que ofrecen actualmente esta fórmula de dividendos varían entre un 15% y un 30%

de la prima pagada, es decir;

$$D = (x\%)(P) \quad \text{donde:}$$

D = Dividendo

x% = Entre un 15% y un 30%

P = Prima neta

Esta fórmula es manejada en grupos que no sean grandes. Se puede decir que en promedio, son grupos menores a 300 personas, sin embargo hay aseguradoras que toman una cota de 500 personas.

2.- Dividendo de Experiencia Propia.-

Estos dividendos son aplicables para empresas con un gran volumen de empleados y toman gran importancia ya que reducen el costo del seguro. Se basan exclusivamente en los resultados en siniestralidad que tenga el grupo y al cual se le asigne una fórmula propia. El porcentaje que se ofrece es muy alto, sin embargo al estar influenciado directamente por sus siniestros se puede presentar una desviación que origine la supresión total de dividendos, ya sea que estos hubieran sido nulos o hubieran resultado negativos. La fórmula se determina de la

siguiente manera:

$$D = (X\%)(P) - S \quad \text{donde:}$$

D = Dividendo

X% = Porcentaje

P = Prima

S = Siniestralidad

Es claro que el porcentaje debe ser mayor al que se maneja en experiencia propia. Normalmente va desde un 70% o 75% hasta un 80% o 85% de la prima neta. Cabe mencionar que anteriormente este porcentaje era de un 90%.

3.- Dividendo Experiencia Mixta.-

Esta fórmula de la combinación de las experiencias antes mencionadas. Su objetivo principal es proporcionar también devoluciones importantes de primas, pero a su vez, evitar que el dividendo sea afectado en caso de existir una o varias desviaciones importantes en siniestralidad. La fórmula se determina de la siguiente manera:

$D = \text{Dividendo Experiencia Global (D.E.G.)} +$
 $\text{Dividendo de Experiencia Propia (D.E.P)}$

donde:

$$D.E.G. = (X\%)(P_1) - S_1 \quad \text{con} \quad S_1 \leq A_1 \quad \text{y}$$

$$D.E.P. = (Y\%)(P_2)$$

donde;

$P_1 = \text{Primas pagadas por sumas aseguradas con}$
 $\text{un máximo de } A_1$

$S_1 = \text{Siniestros menores o iguales a } A_1$

$A_1 = \text{Suma asegurada máxima por participante}$
 $\text{que se considerará para experiencia pro-}$
 pia.

$P_2 = \text{Primas pagadas por exedentes en sumas}$
 $\text{aseguradas mayores a } A_1$

La función más importante de esta fórmula, es lo-
 gar colocar la mayor parte de la prima en experie-
 encia propia con una suma asegurada máxima no tan
 alta y que los picos se vayan a experiencia global.

A continuación veremos un ejemplo, vamos a conside-
 rar a una empresa con 500 empleados, para poder ha

cer debidamente el cálculo de los dividendos en los tres casos.

Supongamos que tenemos los siguientes datos;

Prima neta anual = 20'217,406.00
 Porcentaje de dividendos en experiencia global = 25%
 Porcentaje de dividendos en experiencia propia = 80%
 $A_1 = 1'600,000.00$
 $P = 20'217,406.00$
 $P_1 = 15'163,055.00$
 $P_2 = 5'054,351.00$

Siniestros.-

Siniestro Total	Experiencia Propia	Experiencia Global
1'116,000.00	1'110,000.00	- 0 -
4'875,000.00	1'600,000.00	3'275,000.00
<u>1'830,000.00</u>	<u>1'600,000.00</u>	<u>2'50,000.00</u>
7'815,000.00	4'310,000.00	3'505,000.00

Por lo tanto, los siniestros quedarán de la siguiente manera:

Experiencia global = 7'815,000.00

Experiencia propia = 7'815,000.00

Experiencia Mixta = $S_1 = 4'310,000.00$

Los dividendos que recibirá la empresa bajo las tres formas son:

Dividendo de Experiencial Global.-

$$D = (25\%) P \quad P = P_1 + P_2$$

$$D = (.25)(20'217,406.00)$$

$$D = 5'054,352.00$$

Dividendo de Experiencia Propia.-

$$D = (80\%)(P_1) - S \quad P = P_1 + P_2$$

$$D = (.80)(20'217,406.00) - 7'815,000.00$$

$$D = 8'358,924.00$$

Dividendo de experiencia mixta.-

$$D = (80\%)(P_1) - S_1 + (25\%)(P_2)$$

$$D = (.80)(15'163,055.00) - 4'310,000.00 +$$

$$(.25)(5'054,351.00)$$

$$D = 9'084,032.00$$

Como se puede observar en este ejemplo existe un siniestro alto que afecta directamente una experiencia propia por lo cual el dividendo de experiencia propia resulta más bajo que el de experiencia mixta, el cual no se ve afectado directamente por el siniestro elevado.

2.2.13 Descuentos en la Prima.

De acuerdo a ciertas características del grupo las compañías aseguradoras conceden descuentos en las primas. Algunas maneras de hacer descuentos pueden ser las siguientes;

a).- De acuerdo al volumen de suma asegurada del total del grupo, en exceso de 25 millones se hará un descuento de 2.50 por cada millar de suma asegurada total(*).

b).- Pólizas con más de 500 asegurados, se otorgará el 40% de descuento en cada millar de suma asegurada.(*)

c).- Pólizas con más de 70% de participantes fe meninos: 10% de descuento en la prima(*)

d) Pólizas con dividendos en Experiencia Global(*)

Prima	Descuento a la prima %
Primeros 500,000.00	- 0 -
501,000.00 - 1,500,000.00	4
Exedentes	6

e) Pólizas con dividendos en Experiencia Individual; (*)

No. de asegurados	Prima	Descuento %
500-750	Primeros 500,000 exedentes	-0- 5
751-1000	Primeros 750,000 exedentes	2 9
1001-1500	Primeros 1'000,000 exedentes	3 10
Más de 1500	Primeros 1'500,000 exedentes	5 11

2.2.14. Extra-Prima

Cuando un grupo esta compuesto, bien sea entera o parcialmente de personas sujetas a un peligro extra es necesario una extra-prima. Para el seguro de Grupo la extra-prima requerida es meramente el

(*) Descuentos otorgados por Seguros Bancomer en 1983.

importe necesario para cubrir las reclamaciones exedentes en un año, sobre el número normal (excepto en las industrias donde es necesario una extra-prima debido al peligro de catástrofe), y repensará aproximadamente, la diferencia entre las tasas de mortalidad esperada y las tabulares. Para los fines prácticos se supone generalmente, que la extra-prima requerida es la misma para todas las edades.

Cuando solo una porción del número total de empleados esta sujeta al peligro extra, se calcula una extra-prima modificada, la cual es aplicable al grupo como un todo. Así si el 25% de las personas en un grupo estan sujetas a un peligro extra que necesite una prima adicional de \$4.00 por \$1,000.00 de seguro (el restante 75% no estando sujeto a peligro extra), el grupo entero estará asegurado a una tarifa de prima aumentada en \$1.00 por \$1,000. En tal caso todos los empleados en un grupo de contribución, pagarían la misma tasa de contribución. Esto evita la necesidad de distinguir entre las diferentes clases de riesgo en el mismo grupo al hacer los ajustes de la prima.

CAPITULO III

CALCULO DE PRIMAS

3.0. CALCULO DE LAS PRIMAS PARA EL SEGURO DE GRUPO

Como ya hemos mencionado anteriormente este tipo de seguro, provee el pago de la suma asegurada a los beneficiarios del asegurado si este muere en el transcurso del año, el calculo de la prima de este tipo de seguro se realiza obteniendo el valor presente de las obligaciones de la compañía, así, considerando un grupo formado por 'm' personas de edades $X_1, X_2, X_3, \dots, X_m$ y que la ocurrencia de las muertes de los integrantes del grupo es independiente, tenemos que:

$$A_{\overline{x_1, x_2, x_3, \dots, x_m}|} = V q_{x_1, x_2, \dots, x_m}$$

donde V representa el factor de valor presente $(1+i)^{-1}$.

En términos de l_x esta expresión se puede reescribir como:

$$A_{\overline{x_1, x_2, x_3, \dots, x_m}|} = V \left(l_{x_1+1} l_{x_2+1} \dots l_{x_m+1} \right) / \prod_{i=1}^m l_{x_i}$$

como se puede observar esta expresión puede ser muy grande e inclusive inoperante si el tamaño del grupo es muy grande.

En la práctica las compañías de seguro difícilmente llegan a utilizar estas expresiones pues han encontrado métodos equivalentes que facilitan los cálculos respectivos, contándose entre los más comunes los siguientes:

3.1. MÉTODO DE LA EDAD IGUAL EQUIVALENTE:

Bajo este método lo que se hace es calcular la edad igual equivalente (X_w) mediante la fórmula de Makeham y substituir el grupo original X_1, X_2, \dots, X_m por un grupo de 'm' personas todas de edad X_w y luego calcular la prima por medio de la expresión:

$$A_{\overline{X_1 X_2 \dots X_m} : \overline{m}} = v (q_{X_w})^m$$

donde X_w es tal que:

$$q_{X_w} = \frac{q_{X_1} + q_{X_2} + \dots + q_{X_m}}{m}$$

La desventaja principal de este método es que no todas las tablas de mortalidad estan elaboradas bajo las suposiciones de makeham y la fórmula para encontrar la edad igual equivalente no es funcional en tablas que no son de este tipo.

3.2. METODO DE LA TARIFA INDIVIDUAL

Este es sin duda el método más utilizado en las compañías de seguro en México, y básicamente se trata de obtener una tarifa individual para seguros que son contratados en grupo.

La tarifa individual que se menciona es calculada mediante la ecuación:

$$A_{x:\overline{n}|} = v \cdot \frac{q_x}{\delta}$$

en donde:

v es el factor de valor presente $(1+i)^{-1}$

q_x es la probabilidad de que una persona de edad 'x' muera en el transcurso de un año.

δ es una constante que se calcula por métodos estadísticos y representa un ajuste que se realiza a la prima individual para adaptarla a un seguro de grupo, el cual consiste en considerar varias tablas de mortalidad, con diferentes características y tasas de mortalidad, y con eso se hace un estudio similar al que a continua-

ción describiremos brevemente.

- i).- De varias tablas de mortalidad obtiene los valores de q_x para cada 'x'.
- ii).- Para todas y cada una de las edades 'x'; obtienen la media aritmética de las q_x encontradas.
- iii).- Calculan la desviación que existe entre las de la tabla de mortalidad que generalmente usan y las medias encontradas.
- iv).- Obtienen el promedio de las desviaciones y así encuentran la que utilizan en la fórmula, la antes mencionada.

Mediante esta técnica lo que acostumbran hacer las compañías de seguro, es elaborar tablas de cotización para las diferentes edades indicando la prima individual para un seguro de grupo (Ver anexo) y cuando contratan un seguro de grupo se obtiene la prima individual de cada integrante y después las suman para obtener la prima total del grupo.

3.3. EJEMPLO PRACTICO PARA LA COTIZACION DE UN SEGURO DE GRUPO

Pondremos un ejemplo práctico sobre la cotización que hacen las compañías de seguro al contratar un seguro de grupo.

Requeriremos los siguientes datos:

- i).- Nombre y dirección del contratante
- ii).- Giro de la Empresa
- iii).- Requisitos de elegibilidad
- iv).- Regla para determinar la suma asegurada
- v).- Listado del personal con los siguientes datos:
 - Nombre completo del empleado
 - Fecha de nacimiento o registro federal de causantes
 - Fecha de ingreso a la compañía
 - Sueldo mensual
 - Ocupación o puesto (En el caso de ocupaciones peligrosas como mineros, buzos, etc., se deberá realizar un estudio para calcular la extra-prima).

Nombre de la Empresa; "Sanchez y Asociados, S.A.".

Giro de la Empresa: Despacho Contable

Requisitos de Eligibilidad: Personal de Confianza

Regla para determinar la Suma Asegurada:

10 meses de sueldo.

Listado de Personal:

Nombre	Puesto	Fecha de Nacimiento	Fecha de Ingreso	Sueldo Mensual
Ernesto Sánchez	Director	10-May-45	Oct-75	\$130,000.00
Arturo Garcia	Subdirector	6- Ene-48	Nov-75 ¹⁵	100,000.00
Guadalupe Perez	Gerente	3- Feb-50	Dic-77	85,000.00
Raúl Castillo	Gerente	16- May-49	Dic-76	85,000.00
Luis Garduño	Subgerente	17--Jul-45	Ene-74	75,000.00
Estela Uribe	Subgerente	30- Nov-48	Ene-78	75,000.00
Carmen Obregón	Subgerente	10- Dic-50	May-79	75,000.00
Arturo Dorantes	Subgerente	8- Dic-45	Jun-76	75,000.00
Maricela Romero	Asesor	26- Ene-49	Dic-76	65,000.00
Eduardo Ordoñez	Asesor	14- Dic-52	Oct-75	65,000.00
Yolanda Bautista	Asesor	26- Oct-58	Dic-78	65,000.00
Guadalupe Rosas	Asesor	4- Nov-57	Dic-79	65,000.00
Horacio Peña	Auxiliar	13- Jun-59	Dic-80	50,000.00
Santiago Molina	Auxiliar	20- Oct-57	Dic-79	50,000.00
Joaquín Jimenez	Auxiliar	30- Oct-56	Dic-79	50,000.00
Sandra Muñoz	Auxiliar	28- Jun-57	Dic-79	50,000.00

El primer paso es determinar la suma asegurada correspondiente conforme a la Regla establecida.

La suma asegurada promedio se obtiene multiplicando la nómina mensual total, por diez y dividiendo el resultado entre el número de participantes.

$$\frac{1'160,000.00 \times 10}{16} = 725,000.00$$

Después se multiplica la suma asegurada promedio por el factor correspondiente según la tabla del artículo 4o del Reglamento, que en este caso es 2, entonces la suma asegurada máxima que se puede otorgar es:

$$(725,000.00)(2) = 1'450,000.00$$

si la suma asegurada individual de algún miembro sobrepasa esta cantidad, deberá presentar los exámenes médicos que la compañía juzgue convenientes.

Después se procede a determinar la suma asegurada de cada uno de los miembros del grupo, multiplicando su salario por diez, así se obtiene que la suma asegurada que corresponde al director es \$1'300,000.00, y de igual manera obtenemos todas.

El segundo paso es determinar las primas, las que se calculan con base a la fórmula, u obteniéndolas a partir de la tabla del anexo.

La prima total del grupo es la suma total de todas y cada una de las primas individuales.

De esta manera las primas individuales son:

Para el director que tiene 39 años cumplidos la prima según la tabla del anexo, es 5.06 por millar de suma asegurada, el Subdirector de edad 36 es 4.34 por millar, y así sucesivamente se obtienen las primas anuales individuales.

Es necesario aclarar que las primas anuales estan expuestas en la tabla por millar de suma asegurada por lo cual el resultado de multiplicar la suma asegurada por la prima debe ser dividido entre 1000.

Al realizar todas las operaciones, la cotización para todo el grupo se muestra en el siguiente cuadro.

NOMBRE	PUESTO	EDAD	SALARIO MENSUAL	SUMA ASEGURADA	PRIMA IND.	TOTAL POR PERSONA
Ernesto Sánchez	Director	39	\$130,000.00	\$1'300,000.00	5.06	\$6,578.00
Arturo Garcia	Subdirector	36	100,000.00	1'000,000.00	4.34	4,340.00
Guadalúpe Pérez	Gerente	34	85,000.00	850,000.00	4.00	3,400.00
Raúl Castillo	Gerente	35	85,000.00	850,000.00	4.15	3,527.00
Luis Garduño	Subgerente	38	75,000.00	750,000.00	4.79	3,592.00
Estela Uribe	Subgerente	35	75,000.00	750,000.00	4.15	3,112.50
Carmen Obregón	Subgerente	33	75,000.00	750,000.00	3.87	2,902.50
Arturo Dorantes	Subgerente	38	75,000.00	750,000.00	4.79	3,592.50
Maricela Romero	Asesor	35	65,000.00	650,000.00	4.15	2,697.00
Eduardo Ordoñez	Asesor	31	65,000.00	650,000.00	3.71	2,411.50
Yolanda Bautista	Asesor	25	65,000.00	650,000.00	3.50	2,275.00
Guadalupe Rosas	Asesor	26	65,000.00	650,000.00	3.52	2,288.00
Horacio Peña	Auxiliar	24	50,000.00	500,000.00	3.48	1,740.00
Santiago Molina	Auxiliar	36	50,000.00	500,000.00	4.34	2,170.00
Joaquín Jiménez	Auxiliar	37	50,000.00	500,000.00	4.54	2,270.00
Sandra Muñoz	Auxiliar	36	50,000.00	500,000.00	4.34	2,170.00
			TOTAL	11'600,000.00	TOTAL	\$49,067.50

Así la prima anual para el grupo expuesto en el ejemplo es de \$49,067.50.

Otra forma de calcular la prima de un Seguro de Grupo y que también se usa con frecuencia en las compañías es encontrar primeramente la edad igual equivalente del grupo utilizando la fórmula de Makeham, y después encontrar la tarifa individual de grupo para la edad equivalente.

En el siguiente cuadro aparecen las edades de los integrantes del grupo y sus respectivas fuerzas instantáneas de mortalidad (tomadas de la Tabla de Mortalidad de Experiencia Mexicana 62-67).

EDAD	# DE PERSONAS	1000 l_x
39	1	3.499
36	2	2.996
34	1	2.738
35	3	2.861
33	1	2.628
38	2	3.313
31	1	2.439
25	1	2.059
26	1	2.107
37	1	3.147
24	1	2.016

Entonces la edad igual equivalente X_w es aquella que:

$$\mu_{x_w} = \frac{\sum_{i=1}^m \mu_{x_i}}{m}$$

Substituyendo los valores del cuadro se obtiene:

$$\mu_{x_w} = 2.7457$$

Buscando en la tabla la edad que corresponde a esta fuerza de mortalidad se tiene; $X_w = 35$ años.

La prima neta individual de grupo para una persona de 35 años es 4.15 por millar de suma asegurada (ver anexo).

Entonces el grupo original se substituye por 16 personas todas de 35 años de edad, así la prima del Seguro de Grupo es el producto de la tarifa en contrada por la suma asegurada del grupo, es decir:

$$\text{Prima anual del grupo} = (4.15)(11'600,000) (1000)$$

$$\text{Prima anual del grupo} = \$48,140.00$$

CAPITULO IV

MERCADO Y VENTAS DEL

SEGURO DE GRUPO

4.1. NATURALEZA DEL MERCADO PARA EL SEGURO DE GRUPO

La forma más fácil y sencilla para descubrir el mercado del Seguro de Grupo, es comparándolo con el mercado del Seguro de Vida Individual, en varias de sus diferentes particularidades.

4.1.1. Naturaleza del comprador

El comprador de un Seguro de Grupo es completamente diferente al comprador del Seguro Individual, ya que para tomar una decisión, no hace caso ni del aspecto emocional ni del motivacional cuando se le hace la presentación de ventas. Más bien es un tipo de persona que decide sobre la base del costo, servicio y prestigio y en muchos casos, sobre la presión a que se está expuesto cuando se trata de ofrecer beneficios de carácter contractual, o de requerimientos sindicales. La razón es evidente en virtud de que el comprador de un Seguro de Grupo lo hace para favorecer a grupos de 10 personas, hasta grupos de miles, tomando en cuenta que lo puede deducir de impuestos.

4.1.2. Medio de Venta.

Tanto el Seguro de Vida Individual como el Seguro de Grupo de Vida, son trabajados por agentes y corredores, sin embargo los grupos más importantes, son representados por corredores de Seguros, que cuentan con departamentos especialmente preparados para servir técnica y administrativamente a sus clientes, mientras que el agente tiene que recurrir a la asistencia técnica que le brinda su compañía.

2.1.3. Compensación Económica

Las comisiones cobradas sobre los casos vendidos, son la compensación que reciben tanto los corredores como los agentes por sus servicios. Sin embargo a diferencia de las comisiones del Seguro Individual; las comisiones del Seguro de Grupo, tienden a disminuir en la proporción que la prima aumenta.

4.1.4 Localización del Mercado

El mercado para el Seguro Individual, practicamente-

te no tiene límites de carácter geográfico, ya que en cualquier lugar en que se encuentre el agente, habrá siempre prospectos para su trabajo de rutina. Sin embargo el mercado para el Seguro de Grupo, es ta limitado a las áreas urbanas, donde existan suficientes grupos elegibles para Seguro. El mejor mercado para el Seguro de Grupo se localiza en las grandes ciudades, donde las grandes empresas tienen establecidas sus oficinas principales, y que son las que realmente tienen la autoridad para decidir sobre la implantación de un Seguro de Grupo.

4.1.5. Lugar de Venta

El vendedor de Seguro de Vida puede llevar a cabo su proceso de venta, indistintamente en el hogar o la oficina del prospecto, o también en otro lugar; mientras que el proceso de venta para un Seguro de Grupo se lleva a cabo durante las horas de trabajo y en la oficina del presunto comprador (que casi siempre es un grupo de dirigentes), aunque en algunos casos, y tratándose de Sindicatos o Asociaciones las reuniones se llevan a efecto fuera de las horas de trabajo y de las oficinas donde laboran.

4.1.6 Competencia.

Existe más competencia en la oferta de un Seguro de Grupo, que en uno Individual. En el individual el comprador sigue los impulsos que motiva el proponente y por tal razón no piensa en comparar el ofrecimiento que se le hace, con las proposiciones y ofertas de otras compañías. Sus conocimientos limitados de seguro le impedirán hacer comparaciones favorables. Por lo contrario el prospecto para el Seguro de Grupo, tiene ciertos conocimientos de los beneficios que les puede otorgar a sus empleados, y por ese motivo, si está apto para comparar y estudiar las diferentes proposiciones que le pueden presentar. Procura hacer una elección adecuada, en lo que se refiere a: Compañía, costo, servicio y prestigio.

En los grupos muy grandes, con más de 500 miembros, el dividendo garantizado ofrecido puede ser un factor determinante en una decisión.

4.1.7. Experiencia en la Mortalidad

Mientras que en el Seguro Individual la prima se

mantiene constante; en el Seguro de Grupo la prima es variable por varias causas:

- El cambio de edad de los miembros del grupo.
- Por los movimientos de altas y bajas en el grupo.
- Por el aumento o disminución en los gastos de administración.
- Por la experiencia en la mortalidad de los grupos y que se reflejará en los dividendos a otorgar.

Aunque las primas de Seguro de Grupo son iguales para todas las compañías de seguro, lo que supone que no existe competencia con relación al costo; si es definitivo en el costo de un Seguro de Grupo, la experiencia en la mortalidad que cada compañía haya tenido, agregada al riesgo ocupacional de cada grupo en particular, así como su localización geográfica.

4.1.8. Servicio

Aunque el servicio es importante en el Seguro Indi

vidual, es en el Seguro de Grupo, donde es absolutamente esencial. El Seguro de grupo requiere administración en gran escala y por eso merece y exige más servicio. La constante modificación en : miembros en el grupo, sumas aseguradas, aumento de salario, altas y bajas, dividendos, siniestros, etc necesariamente demandan más atención y es sola y unicamente a travez de servicio como se puede mantener un negocio en vigor.

4.2. LA POLITICA DE LA COMPAÑIA Y SUS OBJETIVOS

La naturaleza y el cuerpo de agentes con que cuenta una compañía, así como el tipo y cantidad de relaciones que se tengan con los corredores: Determinan el tipo de organización, que deba de establecer una compañía para su mejor cometido.

Una compañía que tiene como meta promover todos los tipos de Seguro de Grupo y que cuenta con un departamento adecuado, lógicamente tendrá una organización diferente a una compañía, que solamente quiera explotar parte del mercado y que cuente con recursos limitados.

Sin embargo, y sin que importe la envergadura de las operaciones que una compañía quiere emprender, tiene que tomar en cuenta que las funciones del Seguro de Grupo, normalmente se dividen en tres áreas principales:

- Departamento de Ventas y Servicio
- Departamento Administrativo
- Departamento Actuarial y Técnico

4.2.1. Departamento de Ventas y Servicio

El departamento de ventas está formado tanto por los vendedores, como por las relaciones que se tengan con los corredores y el servicio lo proporcionan indistintamente los agentes, corredores o empleados de la compañía.

Las funciones del Departamento de Ventas y Servicio entre otras son:

- Determinación de planes y objetivos.
- Supervisión a los agentes y corredores.
- Supervisión de servicio a los asegurados
- Incremento de las relaciones entre compañía, agentes, corredores, empleados y consejeros.
- Entrenamiento en todas sus fases.
- Diseño y presentación del producto a vender.
- Promoción de ventas y publicidad.

4.2.2. Departamento Administrativo

El departamento Administrativo, deberá reunir las siguientes funciones:

- Emitir pólizas nuevas y renovaciones.
- Llevar la contabilidad de: Primas, comisiones

y gastos.

- Establecer sistemas y procedimientos de control y por analogía con los otros departamentos.
- Diseño y presentación del producto a vender.
- Control y manejo de los siniestros.

4.2.3. Departamento Actuarial y Técnico

El departamento Actuarial y Técnico, deberá ser responsable de las funciones siguientes:

- Cálculo de las primas y sumas aseguradas.
- Cálculo de dividendos y procedimientos de devolución.
- Cálculo y presentación de los estudios solicitados por el Departamento de Ventas.
- Preparación de la valuación y del balance anual.
- Cálculo y aprobación de las comisiones.
- Cálculo de las renovaciones y por analogía con los otros departamentos;
- Diseño y presentación del producto a vender.

Es de entenderse que aunque con departamentos independientes, sus funciones están integradas en beneficio

ficio de la meta común, y que es la de aprovechar al máximo en la mejor manera que se pueda el besto mercado para el Seguro de Grupo. La mejor manera de lograr dicho fin, es trabajando con verdadero espíritu de armonía y con el más alto grado de responsabilidad y servicio.

Ya hemos dicho que la política de una compañía, la convencerá si desea o no explotar el mercado del Seguro de Grupo y ello nos lleva a una pregunta muy importante: ¿Cuáles son los motivos que debe tomar en cuenta una compañía para entrar al Mercado del Seguro de Grupo?

- Proporcionar más prestigio e ingreso a sus vendedores.
- Aumentar las ganancias de la compañía y como consecuencia la participación en las utilidades de los empleados.
- Contribuir a las ganancias de la compañía en beneficio de los accionistas.
- Evitar que los vendedores lleven sus negocios de Seguro de Grupo a otras compañías.
- Destacar la posición de la compañía en la Industria del Seguro.

- Cumplir con la responsabilidad de servicio que tiene adquirida hacia la sociedad.

4.3. EL PROCESO DE VENTAS EN EL SEGURO DE GRUPO

Ya con anterioridad hemos expresado que el proceso de ventas del Seguro de Grupo, es diferente al proceso que se sigue en el Seguro Individual, fundamentalmente en que el aspecto emotivo y motivacional no se encuentran en el Seguro de Grupo; ya que la(s) persona(s) que debe(n) de decidir sobre la instalación de un Seguro de Grupo; al ser responsable de los beneficios que puedan recibir los miembros del grupo a asegurar, tiene que decidir más o que nada, sobre la base de costo, servicio, prestigio, y hasta cierto punto de la impresión que le cause quien esta haciendo la proposición de seguros.

En el Seguro de Grupo, el presunto comprador o contratante ya sabe hasta cierto punto que va a instalar un Seguro de Grupo; por lo que no necesita motivación para que lo haga. Su única duda radica con quien lo va hacer. Por esta razón acude a solicitar consulta o asesoramiento a: corredores, agentes, consultores o directamente a las compañías de Seguros.

El problema básico que tiene ante sí un corredor o

un agente de seguros al proponer un Seguro de Grupo es persuadir al comprador de que instale el seguro con la compañía que él representa y no en cualquiera de las compañías de sus competidores. Por lo tanto para que pueda tener éxito es necesario que el representante que ofrece el Seguro de Grupo, esté perfectamente informado de su producto y de los planes y procedimientos de la competencia.

En otras palabras que el Seguro de Grupo sea manejado y atendido por un verdadero especialista. Este especialista puede ser el propio agente, un corredor de seguros, un supervisor, ó un empleado del corredor de seguros ó de la compañía proponente ó de un consultor. Normalmente quien maneja el aspecto técnico de la presentación de un Seguro de Grupo, es un experto al servicio de la compañía de seguros que tiene entre otras obligaciones, el de asistir a los agentes que requirerán sus servicios. Es un empleado a sueldo de la compañía. su forma común de actuar es la siguiente:

El agente busca y hace contacto con el prospecto para un seguro de grupo y entonces pone en contacto al experto en Seguro de Grupo de su compañía

el prospecto, con el objeto de que se conozcan e identifiquen mutuamente.

Para que el especialista pueda llevar a cabo su cometido con precisión y eficiencia, es necesario que el agente le proporcione toda la información necesaria, para que en esta forma se pueda hacer la presentación de la proposición en la forma más adecuada. El experto en Seguro de Grupo, debe de tener a la mano, toda la información necesaria para que pueda calcular el costo de los beneficios que se van a ofrecer y dicha información incluye: Ocupación o riesgo del grupo que va a asegurar, número de asegurados, fecha de nacimiento de los mismos, suma asegurada, beneficios adicionales a ofrecer, establecer si el seguro va a ser contributivo, o no; si lo es la cantidad a contribuir por cada participante, forma de pago, a quien deberá dirigirse la proposición y cualquier otro dato que sea necesario para formular una oferta real y precisa. Debe tomarse muy en cuenta, que si se esta compitiendo con otra compañía, se deben de obtener los mismos datos, para que no exista diferencia en costos.

Una vez que el especialista tiene toda la información anterior, procede de inmediato a calcular el costo del Plan siguiendo los siguientes puntos:

a).- Calcula la suma asegurada para cada participante (sobre todo tratándose de la regla a base de sueldo y para lo cual se debe de contar con una nómina).

b).- Se establece la suma asegurada promedio de del grupo (dividiendo la suma total asegurada de todo el grupo, entre el número de asegurados).

c).- Observar si la suma máxima a otorgar a un asegurado, no exeda el límite máximo que se establece en el reglamento.

d).- Obtiene la edad de cada uno de los miembros del grupo al cumpleaños más cercano a la fecha en que se supone que se va a poner en vigor el Seguro de Grupo.

e).- Se calcula la prima anual de cada miembro de acuerdo con la suma asegurada de cada uno.

f).- Se obtiene la prima total de todos los participantes del grupo.

g).- Se establece la prima mensual promedio por millar para el grupo.

Si al seguro de Grupo se le van anexar cláusulas adicionales, se calcula la prima correspondiente, sin tomar en cuenta las edades de los participantes ya que la prima será la misma para todos.

En cuanto se hayan resuelto los problemas del costo del Seguro, se hace la presentación de la proposición en una forma simple, clara y ordenada acompañada de las cláusulas más importantes de la póliza, para poder presentar dicha proposición a la persona que pueda y tiene que decidir sobre la implantación del Seguro de Grupo.

Para que el vendedor o proponente pueda tener éxito en su cometido, deberán hacer énfasis sobre los siguientes objetivos:

- 1.- Destacar ante el presunto contratante los beneficios que va a obtener su empresa al mejorar las relaciones obrero-patronales; el aumento de la eficiencia de su personal al sentirse estimulado y protegido; la reducción en la rotación de sus empleados, cuando certifiquen que se encuentran en una organización progresista que se interesa por el bienestar de sus empleados.

- 2.- Demostrar como el Seguro de Grupo complementa los beneficios que otorga el Seguro Social.
- 3.- Exponerle al patrón, como el gobierno coopera considerablemente en el costo del plan, debido a que las primas del Seguro de Grupo son deducibles de las utilidades para el impuesto sobre la Renta.
- 4.- Recalcar ante el futuro asegurado la reducción de las primas futuras, por concepto de dividendos.
- 5.- Ejemplarizar el como una empresa que otorga beneficios a sus trabajadores tienen más oportunidad de atraerse mejores colaboradores, que la colocarán a la vanguardia de su mercado.

CAPITULO V

EL REGLAMENTO DEL SEGURO

DE GRUPO

5.1. HISTORIA DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO

El primer Reglamento del Seguro de Grupo fué expedido bajo la presidencia del C. Lázaro Cárdenas el 13 de noviembre de 1936 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de noviembre del mismo año.

Este Reglamento limita a 25 el mínimo de componentes de un grupo, para que pueda ser llamado grupo asegurable, y si únicamente era el 75% de los miembros elegibles el mínimo era de 50 componentes.

Además define en forma clara los grupos asegurables bajo este sistema, en el artículo segundo;

- a) Los empleados u obreros de un mismo patrón.
- b) Los sindicatos o reuniones de trabajadores en pleno trabajo.
- c) Las uniones de Crédito Popular.
- d) Los cuerpos del ejército, policía y bomberos
- e) Otras instituciones regularmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros constituyen a juicio de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, grupos asegurables.

La misma Secretaría autorizará la celebración de los contratos del Seguro de Grupo, para cuyo efecto las instituciones aseguradoras presentarán ante aquella las características de los grupos que pretenden asegurar y las reglas que sirvan para determinar las sumas aseguradas.

Este Reglamento presenta en espíritu, semejanza con la forma Modelo adoptada por la National Convention of Insurance Commissions de 1917.

El 7 de junio de 1962 durante el gobierno del Lic. Adolfo López Mateos, es publicado en el Diario Oficial de la Federación un nuevo Reglamento para el Seguro de Grupo.

Este Reglamento conserva la esencia del promulgado el 1936 y las modificaciones que presenta tienen por objeto, caracterizar en forma más precisa al Seguro de Grupo, las principales diferencias entre estos dos Reglamentos son:

a).- El Reglamento de 1936 establecía que el grupo debería tener por lo menos 25 personas si se aseguraba el grupo completo y 50 personas si se

asegurada cuando menos el 75% del grupo, mientras que el nuevo Reglamento establece un mínimo de 20 personas para el aseguramiento total del grupo y de 25 cuando se asegura al menos el 75% de los miembros del grupo.

b).- El nuevo Reglamento define más claramente las agrupaciones asegurables, definidas en el artículo segundo del Reglamento anterior, excluyendo a las agrupaciones de Crédito Popular.

c).- Antes la Secretaría de Hacienda y Crédito Público autorizaba todos los contratos del Seguro de Grupo y ahora solo autorizará las agrupaciones legalmente constituidas.

d).- El Reglamento de 1936 solamente mencionaba que la suma asegurada para cada persona debería determinarse por una regla que evitara la selección adversa, y el nuevo Reglamento además de mencionar esto, limita la suma asegurada máxima en función al número de asegurados y suma asegurada promedio.

e).- El nuevo Reglamento establece que la contribución del asegurado al pago de la prima en caso del inciso (a) del artículo segundo no excederá del 25% de la cuota promedio, ni de un peso mensual por millar de la suma asegurada, en el anti-

guo Reglamento solo existía la segunda limitación.

f).- El primer Reglamento solo permitía que el contratante fuera designado beneficiario si el objeto del Seguro era garantizar créditos concedidos por el mismo, en el nuevo Reglamento también podrá hacerlo si el objeto del contrato es garantizar prestaciones legales ya sean voluntarias o contractuales a su cargo.

g).- Se establece en el nuevo Reglamento que la solicitud que debe llenar el contratante sea más completa incluyendo en esta la tarifa de prima así mismo se simplifica la información que debe contener los registros de asegurados, y se complementan las pólizas y los certificados.

h).- El nuevo Reglamento sujeta a reglas generales en la participación de las utilidades que otorgan los Seguros de Grupo.

El Seguro de Grupo a que se refiere este Reglamento es un caso particular de los seguros Colectivos de vida y por consiguiente tienen ciertas limitaciones como:

a).- Limita a los grupos asegurados, clasificando claramente aquellos que podrán ser asegurados.

b).- En el Seguro de Grupo el plan debe ser temporal a un año renovable. Sin embargo en los Seguros Colectivos caben todos los grupos y se pueden obtener seguros ordinarios de vida e incluso en planes dotales.

En el año de 1971 se planteó en el seno de la Asociación Mexicana de Actuaría del Seguro Privado, A. C. un proyecto de modificación del Reglamento del Seguro de Grupo de 1962, proponiendo cambios entre los cuales destacan; no considerar como colectividad asegurable en el Seguro de Grupo a las agrupaciones legalmente constituidas a que se refiere el inciso (D) del artículo segundo del Reglamento en vigor, otra modificación importante es la determinación de la suma asegurada sobre una vida que podría ser hasta 15,000 veces el salario mínimo diario vigente en el Distrito Federal, en lugar de la tabla en relación al número de asegurados y suma asegurada promedio que establece el artículo cuarto del actual Reglamento.

El proyecto prevee la posibilidad de cancelación del contrato si alguna de las partes lo notifica a la otra con treinta días de anticipación de la fe-

cha de vencimiento.

5.2. REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO

ARTICULO 10.- Para la celebración del seguro de grupo, en los términos del artículo 191 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el contratante deberá solicitar un seguro, sin necesidad de examen médico obligatorio, sobre la vida de un grupo asegurable constituido, por lo menos del 75% de los miembros que lo formen, siempre que ese 75% no sea inferior a 10 personas en el caso del inciso a) del artículo 20. y de 25 personas en los demás casos.

ARTICULO 20.- Son grupos asegurables en los términos de este reglamento, los que a continuación se mencionan:

a).- Los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo, que presten sus servicios a ese mismo patrón o empresa.

b).- Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicio activo, y sus secciones o grupos.

c).- Los cuerpos del ejército, de la policía o de los bomberos, así como las unidades regulares

de los mismos.

d).- Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros, constituyan grupos asegurables.

Solo en el caso de este inciso, las instituciones aseguradoras presentarán para su aprobación ante la Comisión Nacional de "Seguros, las características del grupo que pretendan asegurar y las reglas que sirvan para determinar las sumas aseguradas.

ARTICULO 3o.- El contratante del Seguro de Grupo lo será:

En el caso del inciso a) del artículo anterior, el patrón o empresa; tratándose del inciso b), la persona moral; en el caso del inciso c), el gobierno Federal, el de los Estados, el de los Territorios, el del Distrito Federal o los Municipios; y cuando se trate del inciso d), por analogía con los incisos anteriores, la persona moral correspondiente.

ARTICULO 4o:- La suma Asegurada deberá determinarse para cada miembro del grupo asegurado, por reglas que eviten la selección adversa a la institución aseguradora.

El máximo de suma asegurada que se podrá conceder

sobre una vida, en ningún caso será superior a la que resulte de multiplicar la suma asegurada promedio del grupo, por los factores que aparecen a continuación de acuerdo con el número de asegurados en el mismo grupo.

<u>No. de Asegurados</u>	<u>Factor</u>
10 - 24	2
25 - 49	3
50 - 99	4
100 - 149	5
150 - 199	6
200 - 299	7
300 - 399	8
400 - 499	9
500 ó más	10

La suma asegurada promedio de un grupo es la que resulta de dividir la suma asegurada total del grupo, entre el número de asegurados que lo componen.

ARTICULO 50.- El seguro de grupo para el caso de muerte, se practicará siempre en el Plan Temporal, ya sea de un año o de períodos menores.

ARTICULO 6o.- Los miembros del grupo asegurable pueden contribuir al pago de la prima.

En el caso del inciso a) del artículo 2o., la contribución de cada miembro en ningún caso excederá del 75% de la cuota promedio, ni de un peso mensual por cada millar de suma asegurada.

ARTICULO 7o.- La solicitud u oferta para celebrar el contrato, deberá contener especialmente, lo siguiente;

a).- Naturaleza del riesgo por asegurar.

b).- Declaración sobre la existencia de circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de catástrofe, en relación a la actividad que a través del grupo asegurable realice la empresa, patrón u organización a la que pertenezca dicho grupo.

c).- Características del grupo asegurable; número de personas asegurables y el de las que van a asegurarse.

d).- Tarifa de prima.

e).- Reglas para determinar las sumas aseguradas para cada uno de los miembros del grupo.

f).- Porcentaje con el que los miembros del grupo contribuyan, en su caso, al pago de la prima.

g).- Como anexo, el consentimiento de cada uno de los miembros del grupo en el que deberá expresarse: ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada o la regla para determinarla, designación de los beneficiarios y si esta se hace en forma irrevocable.

h).- Cuando el objeto del contrato de seguro de grupo de vida, sea el de garantizar prestaciones legales, voluntarias o contractuales, a cargo del mismo contratante, deberá expresarse esta circunstancia en la solicitud y en el consentimiento a que se refiere el inciso anterior.

ARTICULO 80.- El contratante no podrá ser designado beneficiario, salvo que el objeto del contrato sea el de garantizar créditos concedidos por el contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

ARTICULO 90.- Las instituciones aseguradoras formarán el registro de asegurados, que deberá contener los siguientes datos:

a).- Nombre y edad de cada uno de los miembros del grupo.

b).- Suma asegurada que les corresponda.

c).- Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros del grupo y fecha de terminación de los mismos.

d).- Número de certificado individual.

La institución aseguradora deberá entregar al contratante copias autorizadas de este registro.

ARTICULO 10.- La póliza deberá contener:

a).- Características del grupo asegurado.

b).- Tarifa de prima.

c).- La regla para determinar la suma asegurada que a cada miembro del grupo corresponda.

d).- La transcripción íntegra de los artículos 13, 14, 15, 16, en sus tres primeros párrafos, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, y 24 de este Reglamento.

ARTICULO 11.- Será obligación del contratante:

I.- Comunicar a la institución aseguradora los nuevos ingresos al grupo, remitiendo los consentimientos respectivos, que deberán contener los datos que exigen el inciso g) del artículo 7o.

II.- Comunicar a la institución aseguradora las separaciones definitivas del grupo asegurado.

III.- Dar aviso a la institución aseguradora dentro del término de quince días, de cualquier cambio

que se opere en la situación de los asegurados y que sea necesario para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efecto desde la fecha de cambio de condiciones.

IV.- Enviar a la institución aseguradora los nuevos consentimientos de los asegurados, en caso de modificación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.

ARTICULO 12.- Las instituciones aseguradoras deberán expedir un certificado para cada uno de los miembros del grupo asegurado, que entregarán al contratante.

El certificado deberá contener, cuando menos, los siguientes datos:

- a).- Número de la póliza y del certificado.
- b).- Nombre y fecha de nacimiento del asegurado.
- c).- Fecha de vigencia del seguro
- d).- Suma asegurada o la regla para determinarla
- e).- Nombre de los beneficiarios y en su caso el carácter de irrevocable.
- f).- Transcripción íntegra del texto de los artículos 13, 15, 16, 19, 20, 21, y 22 de este Reglamento.

Los certificados serán expedidos y firmados por la institución aseguradora.

ARTICULO 13.- Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado, no concuerda con la regla para determinarla, la institución aseguradora pagará la suma asegurada que corresponde, aplicando la regla en vigor, Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la institución aseguradora, por su propio derecho o a solicitud del contratante, hará la modificación correspondiente, substituyendo el certificado.

En uno y en otro caso deberá ajustarse la cuota a la nueva suma asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

ARTICULO 14.- Los miembros que ingresen al grupo asegurable posteriormente a la celebración del contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta días siguientes a su ingreso, quedarán asegurados sin examen médico, si están en servicio activo, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo asegurable.

La empresa aseguradora podrá exigir un examen médico a los miembros del grupo asegurable que den su consentimiento después de treinta días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado. En este caso quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por la institución aseguradora.

ARTICULO 15.- Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurado, dejarán de estar asegurados desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso la institución aseguradora restituirá al contratante la parte de la cuota media no devengada por meses completos.

No se consideran separados definitivamente los asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del período del seguro en curso.

ARTICULO 16.- La institución aseguradora tendrá la obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separa definitivamente del grupo asegurado, en cualquiera de los planes individuales de seguro en que opere dicha empresa, con excepción del seguro temporal y sin

incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la compañía. Para ejercer este derecho la persona separada del grupo deberá presentar su solicitud a la institución aseguradora, dentro del plazo de treinta días a partir de su separación.

La suma asegurada será igual o menor a la que se encontraba en vigor en el momento de la separación. El solicitante deberá pagar a la compañía, la prima que corresponda a la edad alcanzada y a su ocupación, en la fecha de su solicitud, según la tarifa de primas que se encuentre en vigor.

La institución aseguradora que practique el seguro de grupo de vida, deberá operar, cuando menos en el plan ordinario de vida.

ARTICULO 17.- Los efectos del contrato cesarán automáticamente treinta días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada. Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la institución aseguradora podrá deducir del importe del seguro, la prima total del grupo correspondiente a los treinta días de espera.

ARTICULO 18.- La prima total del grupo será la su-

ma de las primas que corresponda a cada miembro del grupo asegurado de acuerdo con su edad, ocupación y suma asegurada.

En cada fecha de vencimiento del contrato, se calculará la cuota promedio por millar de suma asegurada que se aplicará en el período. La cuota promedio es la que resulta de dividir la prima total entre la suma asegurada total.

A cada miembro del grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y a los que se separen definitivamente del grupo, se les aplicará la cuota promedio por meses completos.

ARTICULO 19.- Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la institución aseguradora pagará la cantidad que resulte de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del asegurado en el último aniversario de la póliza.

ARTICULO 20.- El contrato de seguro, dentro del primer año de su vigencia, siempre será disputa-

ble por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el contratante para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer uso al derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

ARTICULO 21.- Cuando el miembro del grupo asegurado no cubra al contratante la parte de prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja del grupo, a la institución aseguradora.

ARTICULO 22.- Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la institución aseguradora la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el contrato.

ARTICULO 23.- Cuando haya cambio de contratante en el caso del inciso a) del artículo 2o., la institución aseguradora podrá rescindir el contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio, sus obligaciones terminarán treinta días después de haber sido notificada la rescisión, de manera fehaciente al nuevo

contratante. La institución aseguradora reembolsará a éste la prima no devengada.

ARTICULO 24.- Las instituciones aseguradoras estarán obligadas a renovar los contratos, mediante endoso en la póliza, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente reglamento en la fecha del vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicará la tarifa de primas en vigor en la fecha de la misma.

ARTICULO 25.- Cuando las instituciones aseguradoras que practiquen el seguro de grupo de vida, otorguen participación de utilidades, ésta se sujetará a las reglas generales que fije la Comisión Nacional de Seguros.

ARTICULO 26.- En los contratos de seguro de grupo de jubilación, se aplicarán en lo conducente, los preceptos de este Reglamento.

5.3. COMENTARIOS AL REGLAMENTO DE SEGURO DE GRUPO

El Reglamento de Seguro de Grupo que actualmente rige, como hemos mencionado anteriormente fué publicado el 7 de julio de 1962.

De esas fechas a las actuales han sucedido muchas cosas, que hace que en determinados puntos el Reglamento de Seguro de Grupo sea obsoleto. Por lo cual todas aquellas personas que se dedican al Seguro de Grupo han propuesto diversas modificaciones.

Algunas modificaciones se deben exclusivamente al hecho de que este Reglamento tenga más de 25 años son producto del avance tecnológico que hemos tenido en los últimos años, que hace innecesaria cierta metodología que fuera necesaria cuando fué creado este Reglamento.

En específico cuando este Reglamento fué hecho, aún cuando ya existían las computadoras, el acceso a ellas era bastante difícil, y por ello básicamente no se contaba con la gran ayuda con la que hoy en día se cuenta. Debido a que el proceso se hacía

manualmente surgió la necesidad de crear un sistema que agilizara el proceso y minimizara los costos, creandose el sistema de la cuota media, que en su momento fué muy útil, pero hoy en día es innecesario e incluso contraproducente en algunos sentidos.

En la actualidad gracias a la ayuda de la computadora todos los movimientos se pueden hacer a la edad real y no a cuota promedio como hasta la fecha se ha venido haciendo.

Además de que hoy contamos con los elementos necesarios para hacerlo, se ha convertido en una necesidad, ya que el empleo de la cuota medio se presta a trámites adversos para la Institución Aseguradora.

Ya que para aquellos que manejan el proceso actual les es muy fácil emplearlo en beneficio económico del contratante, emitiendo o renovando una póliza con las personas de menor edad que componen el grupo, y dando posteriormente de alta a las personas de edad más avanzada.

Esta situación perjudica tanto a la Compañía Aseguradora como al mismo asegurado, ya que debido al oportunismo que brinda este sistema la compañía recibe una prima menor a la que realmente debería recibir por el riesgo que esta cubriendo; y a su vez las personas mayores, que son las de mayor riesgo quedan desprotegidas por un lapso de tiempo que aunque breve, podría ser fatal. Sin embargo como es bien sabido que la finalidad del seguro de grupo es la de dar una prestación social, la situación actual puede poner en un momento dado en contradicción su misma finalidad.

Y en base a que la finalidad básica de haber creado un seguro de grupo reglamentado, fué la de proporcionar una base para facilitar el otorgamiento de una prestación social, no se han mencionado las repercusiones que esto debe implicar, ya que el hecho de que sea esa su finalidad básica, debe darnos el marco de referencia para modificaciones del Reglamento actual.

Marco de referencia en el sentido en que debe ser lo suficientemente estricto para que no se negocie con él (perdiendo su enfoque básico) y, a la vez,

lo suficientemente abierto para que una vez que ya ha entrado dentro de la clasificación de prestación social, se le proporcione la mayor cantidad de facilidades para que el grupo quede protegido.

Debido a que el Reglamento de Seguro de Grupo debe enfocarse hacia esta finalidad, ha habido diversos intentos por parte de las compañías aseguradoras para modificarse en algunos de sus puntos.

Sin embargo se debe de pensar también no solo en modificaciones, sino también en ampliaciones al actual Reglamento, de manera que se incorporen artículos que hagan referencia a los beneficios adicionales, que se refieren al riesgo de incapacidad, y que se pueden contratar anexos a la protección básica que cubre el riesgo de muerte, ya que se considera que se hace una necesidad el manejar también de una forma reglamentada dichos beneficios.

CONCLUS IONES

CONCLUSIONES

Podemos decir que el Seguro de Grupo es una solución para la adquisición de un Seguro de Vida, ya que uno de los principales problemas que se tienen para que alguien contrate un Seguro de Vida Individual es el costo.

Es importante que se trate de dar mayor difusión a este tipo de Seguro, para que cada vez sean más las empresas que ofrezcan este tipo de beneficio a sus empleados, por otra parte entre mayor número de empresas contraten un Seguro de Grupo, las demás se verán en la necesidad de hacerlo.

Recientemente con el problema del Terremoto que vivimos en México, se pudo observar desafortunadamente, que dentro de la Cartera de Seguro de Vida, no hubo gran influencia en los siniestros pagados, comparándolos con los de años anteriores, esto nos puede dar una idea de que la gran mayoría de nuestros conciudadanos se encuentran sin un seguro de vida.

El Seguro de Grupo pretende proteger a la pobla-

ción económicamente activa, ya que es en este grupo precisamente donde la muerte tiene un fuerte impacto económico sobre la familia, también se pretende limitar la protección a cubrir las necesidades básicas y reales de los asegurados.

Ahora bien si hacemos un poco de historia para recordar cuales pasos hicieron la creación del Seguro de Vida, recordaremos que el Seguro de Vida surgió como una necesidad para poder solventar el impacto económico que ocasiona la muerte de una persona sobre su familia, uniendo a un conjunto de personas para que a cambio de la pérdida cierta de una cantidad pequeña (prima), se solventara la pérdida in cierta de una gran cantidad (suma asegurada), este impacto económico se presenta cuando la persona que fallece es la cabeza de la unidad familiar o bien cuando por lo menos contribuye para el mantenimiento económico de la familia, por lo cual al momento de fallecer la suma asegurada recibida por los beneficiarios, contribuye a una aportación económica de gran importancia ya que se ha perdido una de las fuentes de ingreso.

Como bien sabemos el individuo empieza a tener es-

te tipo de necesidades cuando contae matrimonio, tiene hijos, o bien cuando por algún problema familiar pase a ser jefe de familia. También es bien sabido que cuando esto ocurre, la mayoría de las veces la persona de referencia se ve en la necesidad de contratarse de alguna forma para obtener un ingreso.

En ese momento pasa a formar parte de alguna coleccionidad laboral, una empresa, una industria, una fábrica, etc. O sea que precisamente cuando sus necesidades surgen es cuando generalmente pasa a formar parte de un grupo laboral. Es por este motivo que el Seguro de Grupo se convierte en una solución al problema básico.

Por lo cual el futuro que puede llegar a tener el Seguro de Grupo es muy importante, ya que puede llegar a captar a través de él, al mercado que realmente es el que debe estar protegido y en la medida en que como mínimo debe estarlo.

ANEXO

PRIMAS INDIVIDUALES PARA EL SEGURO DE GRUPO

EDAD	PRIMA	EDAD	PRIMA	EDAD	PRIMA
15	2.98	42	6.17	69	55.16
16	3.01	43	6.63	70	60.18
17	3.11	44	7.13	71	65.49
18	3.22	45	7.68	72	71.03
19	3.25	46	8.27	73	76.72
20	3.32	47	8.93	74	82.74
21	3.37	48	9.65	75	89.25
22	3.42	49	10.45	76	96.45
23	3.45	50	11.32	77	104.54
24	3.48	51	12.27	78	113.68
25	3.50	52	13.31	79	123.80
26	3.52	53	14.47	80	134.75
27	3.54	54	15.70	81	146.44
28	3.58	55	17.10	82	158.71
29	3.61	56	18.57	83	171.50
30	3.65	57	20.14	84	184.85
31	3.71	58	21.80	85	198.85
32	3.77	59	23.61	86	213.66
33	3.67	60	25.63	87	229.11
34	4.00	61	27.82	88	245.68
35	4.15	62	30.23	89	263.67
36	4.34	63	32.85	90	283.54
37	4.54	64	35.69	91	305.88
38	4.79	65	39.82	92	331.44
39	5.05	66	42.30	93	361.06
40	5.34	67	46.17	94	395.77
41	5.76	68	50.18	95	439.61

BIBLIOGRAFIA

BANDA JORGE

"La economía del Seguro"

Santiago de Chile, 1955

DIARIO OFICIAL

"Reglamento de Seguro de Grupo"

México 7 de julio de 1962

HOOKER PERCY FRANCIS

"Seguro de Vida, Matemáticas"

Ed. Mc. Graw-Hill

México, 1960.

MACLEAN JOSEPH

"Seguro de Vida"

Editorial Continental

México 1965.

MAGEE, JOHN HENRY

"El Seguro de Vida"

Ed. Uthea, 3a. edición

México 1964.

MAPHE ESTUDIOS

"El Mercado de Seguros en Latinoamerica"

Ed, Ariel

Madrid.

PICKRELL, JESSE FREDRICK

"Seguro contra accidentes"

tomo I

Ed. Continental

México 1960.

SEGUROS LA REPUBLICA

"El Seguro de Grupo"

México 1986.

SEGUROS LA REPUBLICA

Póliza de Seguro de Grupo