

224
39

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

EL SEGURO DE GRUPO DE VIDA
COMO UNA ALTERNATIVA
DE PROTECCION SOCIAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

ACTUARIO

PRESENTA:

Roberto Gerardo Soto Quintos.

MEXICO D. F.

1986



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.

C O N T E N I D O

| | |
|--|-----|
| INTRODUCCION | 3 |
| CAPITULO I.- Aspectos Històricos | 14 |
| CAPITULO II.- Aspectos Legales | 22 |
| CAPITULO III.- Aspectos Tècnicos | 55 |
| CAPITULO IV.- Aspectos Administrativos | 92 |
| CONCLUSIONES | 105 |
| BIBLIOGRAFIA | 109 |

I N T R O D U C I O N

INTRODUCCION

Es inegable el desarrollo que en la actualidad han alcanzado en nuestro país el seguro de grupo de vida y el seguro colectivo, en cualquiera de sus modalidades o variantes representando un importante mercado para las Compañías de seguros que manejan el ramo de vida.

Así que, vale la pena destacar que en los últimos años la práctica de los seguros de grupo y colectivos, ha alcanzado dimensiones verdaderamente notables, entre otras causas en virtud de la constante preocupación de los empresarios mexicanos de complementar la protección que otorgan las Instituciones de Seguridad Social, a través de pólizas de seguro de grupo o colectivo, obteniendo de este modo estímulos fiscales, que les permiten operar con un mayor desahogo económico, por pequeño que dicho estímulo sea. Del mismo modo, es importante hacer notar que el otorgamiento de este tipo de beneficios, en los últimos años, se ha visto incrementada por la práctica de incluirlos en los contratos colectivos de trabajo, considerándose una prestación importante.

Al destacar la importancia que los planes colectivos o grupales de vida han ido adquiriendo en el sector asegurador, pretendo con este trabajo, hacer una revisión exhaustiva de dichos planes, en los aspectos que considero más importantes.

Es importante hacer notar, que no pretendo, ni mucho menos, crear un modelo ideal de aseguramiento grupal, pero si señalar desde mi punto de vista, algunas fallas actualmente existentes, así como proponer algunos métodos, sistemas y caminos tendientes a optimizar la operación de este tipo de planes.

MARCO DE REFERENCIA

A modo de situar un adecuado marco de referencia del presente trabajo, a continuación menciono los diversos tipos de seguros grupales que comunmente se manejan en el mercado mexicano de seguros, tratando de vislumbrar de modo general las características de cada uno.

| | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|--|
| | Plan Seguro de Grupo Vida | | |
| Aseguramiento Colectivo o Grupal de Vida | | Colectivo de Vida | Temporal Anual Temporal BIANUAL Temporal Quinquenal Otros |
| | Planes Colectivos | | |
| | | Finalidades particulares | Deudores en General Deudores Hipotecarios Cuenta Ahorristas |

Seguro de Grupo de Vida.- Denominado Seguro de Grupo de Vida con Participación de Utilidades, es en el ramo de vida, el único plan que cuenta con reglamentación propia, que le define

legalmente y establece requisitos de selección determinando el grupo asegurable y cuales pueden ser en términos del mismo reglamento los contratantes del seguro. El modelo de reglamentación del Seguro de Grupo, está basado en los procedimientos legales utilizados en el vecino país del norte, principalmente en la legislación del estado de Nueva York.

El reglamento de seguro de vida, vigente en la actualidad, fué expedido el 4 de julio de 1962, pudiendo dividirse en cuatro puntos importantes a saber:

1. Definición del seguro de grupo, que lo hace en función a lo que llama grupos asegurables, y marcando de manera restrictiva del plan que debe ser Temporal Renovable Cada Año o de periodos menores.

En términos del reglamento, son grupos factibles de asegurar:

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, constituyen grupos asegurables. Sólo en el caso de este inciso, las Instituciones Aseguradoras presentarán para su aprobación ante la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, las características del grupo que pretenden asegurar y las reglas que sirvan para determinar las sumas aseguradas.

2. Reglas de selección de los Seguros de Grupo. En este aspecto, se refiere principalmente al máximo de suma asegurada a aceptar en un determinado grupo, basándose en los factores que aparezcan en el Artículo 4o. del Reglamento, restringiendo sin embargo, y de acuerdo al Artículo 2o. inciso d, a la autorización de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros a los grupos descritos en dicho Artículo.

Asimismo, es necesario hacer notar que en la época en que se emitió el Reglamento de Seguro de Grupo, el tamaño de los grupos, no alcanzaba grandes volúmenes, por lo que actualmente, no se puede aseverar que la determinación de la suma asegurada máxima, en grupos que rebasan a los 500 miembros, sea adecuada para efectos de una verdadera selección del riesgo.

3. Manejo administrativo de los seguros. Respecto a este punto, se establecen en el Reglamento situaciones contradictorias

en relación a la Ley del Contrato de Seguros, relativo a la requisición de los nuevos integrantes a una póliza ya contratada, respecto de su consentimiento, siendo dificultosa esta requisición, por parte de grupos numerosos.

Estas y otras razones, han hecho que en la práctica se lleven a cabo procedimientos que se alejan de lo marcado por este Reglamento, y de la flexibilidad de cada Aseguradora depende el manejo en cada situación particular, lo que ha dado como resultado una gran gama de variabilidades.

4. Aspectos Técnicos de los Seguros de Vida. En este punto, se hace patente la rigidez en el Reglamento, en virtud de que como ya se dijo, el periodo de renovación es temporal anual, debiéndose aplicar la tarifa que se encuentre autorizada al momento de cada renovación.

Vale la pena destacar que hasta el año de 1979, la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, establecía que en el Seguro de Grupo de Vida, no debía existir competencia fijando las normas para que las Compañías participaran a sus asegurados de las utilidades, debiendo hacerse dicha aplicación con carácter general. No obstante lo anterior, en esta época, existía una gran variedad de fórmulas de reparto de dividendos, con un objeto mas que nada comercial, violando constantemente el Artículo 41 de la Ley General de Instituciones de Seguros; abundando en el tema, podemos decir que esto se debía a que las tablas de mortalidad

utilizadas para el cálculo de primas presentaban un índice "no real" de mortalidad, es decir, que el costo verdadero del plan de Seguro de Grupo resultaba excesivamente alto.

A partir de la segunda mitad del año de 1979, la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros permitió la competencia del plan de Seguro de Grupo, autorizando a las Aseguradoras su propia tarificación. Esto permitía el abaratamiento del producto, al aplicarse al cálculo de las primas diversas tablas de mortalidad, y permitiendo que cada Compañía Aseguradora recargara adecuadamente, y de acuerdo a su propia estructura, los gastos de administración al costo de la prima, sin embargo, el encarecimiento en la prima se refleja en las comisiones de los agentes que varían de un 6% a un 20% de la prima, aún cuando algunas Compañías que no están autorizadas para ello, restituyen a su cliente parte de la comisión del agente, violando el artículo 41 de la Ley General de Instituciones de Seguros, por lo que el abaratamiento de la prima resulta relativo.

Abundando más sobre el aspecto de la mortalidad, y de acuerdo al reglamento de Seguro de Grupo, no es reconocible que cada grupo pueda presentar diversas experiencias, aún cuando existe como ya se dijo un importante regulador que es el dividendo.

Planes Colectivos de Vida. De acuerdo al esquema presentado al principio de este capítulo, podemos diversificar los planes colectivos de vida y en aquellos planes colectivos cuya finalidad

es específica, como los planes de Deudores.

Dentro de los planes colectivos de vida, debemos hacer notar la carencia de Reglamentación que permita un manejo uniforme y adecuado de tales planes, sin embargo, aparece en el mercado un plan colectivo, cada vez que se pretende satisfacer verdaderamente las necesidades del grupo asegurable y que por la rigidez del plan de Seguro de Grupo de Vida, no sea posible adecuarlo a este último.

Así encontramos la aparición del plan colectivo de vida temporal renovable cada dos años con participación de utilidades o el renovable cada cinco años, que se contratan durante estos periodos bajo una tarificación por edades, similar al seguro de grupo, utilizándose una prima nivelada en cada renovación de la póliza, ajustándose las altas y bajas a la colectividad, en base a la cuota promedio resultante de la prima del movimiento inicial, procedimiento utilizado, en virtud de la dificultad administrativa para llevar un registro adecuado de altas y bajas para establecer la prima correspondiente a la edad de ingreso al grupo.

Asimismo, estos planes permiten el ingreso a la colectividad asegurada al personal jubilado y establece, con autorización especial, un mínimo de personas aseguradas, diferente al marcado por el Reglamento de Seguro de Grupo, así como el máximo establecido de suma asegurada y que se basa en la particular

requisición de cada Compañía Aseguradora.

No obstante lo anterior, se piensa que la reglamentación del seguro colectivo se basa por analogía, analogía relativa, en el Reglamento de Seguro de Grupo. Tal vez, valdría la pena legislar sobre este tipo de planes, con el objeto de unificar criterios y no utilizarlos solo para "darle la vuelta" al Seguro de Grupo, lo cual ha dado por resultado, el que se emitan planes colectivos temporales anuales con participación de utilidades, y que tratan de adecuarse a las necesidades de los asegurados, basándose principalmente en cuotas fijas promedio, obtenidas de acuerdo a las características propias de la colectividad.

Existen en el mercado planes colectivos de vida, que no participan de utilidades, con la característica de que por una suma asegurada fija, se cobra mensualmente una prima también fija, que generalmente es pagada por los asegurados.

Es importante mencionar la existencia de un plan colectivo de vida, que protege a los trabajadores al Servicio de Estado, el cual es manejado exclusivamente por la Institución Nacional de Seguros sobre la Vida, y que en base a una prima mensual fija pagada por el Gobierno Federal y una pequeña participación por parte del trabajador, protege a los servidores públicos por muerte, otorgándoles beneficios de doble y triple indemnización, según el tipo de fallecimiento.

Podríamos considerar que el Seguro Colectivo para los trabajadores al Servicio del Estado, es una prestación irrenunciable del Servidor Público, y que ésta se ha incrementado en proporciones importantes sin costo para el empleado federal, pero que debido a la inflación sufrida, no es posible igualar en las proporciones ideales para el asegurado.

Existe también, un seguro de vida gratuito tanto para los Servidores Públicos Superiores como los de Mandos Medios de las entidades gubernamentales, cuyo monto va de acuerdo a la jerarquía ocupada al fallecer, y se establece en el manual de prestaciones correspondiente.

En relación a los planes que aquí he llamado "para finalidades particulares", deseo aclarar que son planes contratados para cubrir específicamente la vida de Deudores Diversos, Deudores Hipotecarios o Cuenta-Ahorristas.

El primero de estos planes, ha nacido principalmente por la necesidad legal de garantizar al acreedor el saldo que al fallecimiento del asegurado quedara pendiente, es decir, persigue como objetivo principal el garantizar que dicho saldo no quede pendiente de cubrir por el deudor en caso de morir éste.

En este tipo de plan, el contratante aparece como beneficiario único e irrevocable, quedando cubierto el adeudo existente por parte del asegurado, no dejando a los deudos con la

carga económica que esta situación pudiera representar.

Generalmente, se incluyen en las condiciones de las pólizas de este tipo, las circunstancias que terminan con el aseguramiento y éstas son:

- 1.- Pago del adeudo.
- 2.- Traspaso del adeudo y
- 3.- Que el deudor asegurado haya incurrido en mora por más de seis meses.

Considerando desde luego, la eventualidad por las que son contratadas, es decir, la muerte o la invalidez total y permanente, en caso de estar incluido este último beneficio.

Finalmente, mencionaré el plan colectivo sobre la vida de los depositantes en cuentas de ahorro, plan que más que nada nace a raíz de atractivos comerciales, en virtud de las bajas tasas de rendimiento (4.5% anual) que hasta el primero de septiembre de 1982 ofrecían las instituciones bancarias a sus ahorradores. La reglamentación de este plan, es impuesta por el propio banco que como ya se dijo, va en relación a ofrecer atractivos al Cuenta-Ahorrista y tiene las siguientes características:

- 1.- Colectividad Asegurada.- Cuenta-ahorristas con antigüedad mínima de seis meses, y un saldo comprendido entre \$ 1,000 y \$ 50,000.

- 2.- Contiene el beneficio adicional de muerte accidental.
- 3.- Limites de edad de 18 a 55 años.
- 4.- Al fallecimiento del asegurado, se pagará el saldo que tuviera seis meses naturales antes de su fallecimiento.
- 5.- Los beneficiarios son nombrados por el cuenta-ahorrista en la propia libreta de ahorros, por lo cual no se requiere adicionalmente ni consentimiento ni certificado para el asegurado.

CAPITULO I

ASPECTOS HISTORICOS

ASPECTOS HISTORICOS

Antecedentes:

Es un hecho que uno de los principios fundamentales del seguro, consistente en la "Cooperación" de los miembros de una comunidad para hacer frente a advenimientos futuros de índole incierta, se remonta a la formación de las primeras sociedades, puesto que el hombre en cualquier época ha necesitado del auxilio de otros hombres, dentro o fuera de su comunidad, para afrontar los problemas que en un momento le aquejan.

Otra premisa del seguro, referente a la repartición del riesgo, se pone en manifiesto, cuando los antiguos comerciantes chinos distribuían sus mercancías en diferentes barcos pertenecientes a otros tantos comerciantes que hacían lo mismo, a fin de evitar pérdidas cuantiosas en caso de algún naufragio.

En cuanto al seguro de vida, y aún cuando la esencia no sea la de la actualidad, se sabe que en la antigua Grecia existían grupos de personas dispuestas a pagar determinada indemnización por la pérdida de algún esclavo, mediante el cobro de una cuota previamente establecida. En cambio en Roma, en el año 300 D.C. se descubre la llamada "tabla de Ulpiano", que se supone se elaboró en el año 40 A.C. y que es una derivación de las tablas de supervivencia calculadas por los Romanos, que en su afán de proteger la integridad de la familia y la descendencia, se preocuparon por dejar asentado el principio de aseguramiento de

los alimentos, que sirvió para el cálculo por edades de dichas tablas. Así que la premisa de protección económica del ser humano contra la muerte para asegurar la continuidad de la descendencia, existía desde épocas remotas.

Edmund Halley, Matemático y Astrónomo del siglo XVI, aprovechando unos datos que obtuvo en la ciudad de Breslan Silesia, en los que se contempla información de fallecimientos relacionados con las edades de los individuos, elabora en el año de 1563, lo que probablemente se considere la primera tabla de mortalidad científicamente realizada.

Se puede afirmar que la operación científica o técnica del seguro de vida, alcanza su madurez hasta mediados del siglo XVIII, con el uso de las "Tablas de Mortalidad", a través de las cuales, y usando la definición clásica de probabilidades, se obtienen las probabilidades de muerte y supervivencia así como la esperanza de vida de una persona a una edad determinada. Es así como nace en el año de 1752 la "Equitable Life Assurance Society" considerándole la primera Compañía de seguro de vida, que fué fundada en Inglaterra y que aún se encuentra en actividad (Old Equitable).

En el nuevo mundo, específicamente en los Estados Unidos de Norteamérica, es hasta 1840 que se principia a operar de modo más o menos formal el ramo de seguro de vida, antecediendo a esta fecha corporaciones que le operaban, pero en un número carente de importancia.

En México, la primera Compañía de seguro sobre la vida, es la Nacional, fundada el 21 de Noviembre de 1901, siguiéndole la Compañía de Seguros Veracruzana, S. A., cuya fundación data del 14 de Agosto de 1908 que además operaba en los ramos de Marítimo, Transportes e Incendio. En 1906 aunque con carácter de Mutualista, encontramos que el 30 de Abril de ese año se fundó la Latinoamericana, que operaba el ramo de vida exclusivamente.

Es importante mencionar que para 1916, además de las Compañías Mexicanas antes mencionadas, existían sucursales de empresas extranjeras que operaban en varios ramos, incluyendo el de vida.

Tocante al seguro de grupo de vida, es en Estados Unidos donde tuvo su origen y su desarrollo se enmarca como una respuesta a patrones sociales y económicos de principios del siglo XX, en virtud de haber nacido de la necesidad del aseguramiento económico derivado de la creciente industrialización; siendo su utilización el método efectivo para evitar la práctica, que ya se había hecho común, de reunir fondos para ayudar de algún modo a las viudas o descendientes de los empleados de alguna fábrica o empresa que falleciera dejando en el desamparo total a la familia.

Así fue como el 10. de Julio de 1912, la Equitable Life Assurance Society, emite la primera póliza de Seguro de Grupo de Vida, para amparar sin examen médico a los empleados que tuvieran

un año o más de servicios de la Montgomery Ward and Company.

En principio, la mayoría de las Compañías Aseguradoras en Norteamérica, dieron poca o nula importancia a este tipo de plan, sin embargo, en poco tiempo lo incluían con gran entusiasmo entre sus planes de seguros.

En nuestro país, no existe un dato preciso de cuándo se emitió la primera póliza de seguro de grupo, sin embargo de las investigaciones realizadas por el Act. Ismael Haas, en su tesis, se desprende que en el año de 1937 fueron emitidas por la Compañía Seguros de México, S. A., una póliza para asegurar al personal de la Compañía Cerillera "La Central S. A." y otra para el personal de "Seguros Azteca", pero existiendo la alta posibilidad de pólizas anteriores, en virtud de que el primer Reglamento de Grupo fue emitido el 13 de Noviembre de 1936.

DESARROLLO

Es en los países altamente industrializados, en donde el seguro de vida ha alcanzado un mayor grado de crecimiento y en consecuencia los seguros de grupo de vida han adquirido mayor relevancia.

Cabe aclarar sin embargo, que en Inglaterra y en las comunidades Británicas, a excepción de Canadá, el seguro de grupo se ha visto limitado en su crecimiento, debido principalmente a la fuerte tendencia hacia el ahorro, aunado a que los beneficios

sociales auspiciados por el gobierno, van encaminados a las pensiones de viudez preferentemente que al seguro de vida de grupo como tal.

En Estados Unidos, por lo expuesto en párrafos anteriores, el seguro de grupo de vida logra un impresionante desenvolvimiento, ya que a fines de 1912 existían 25 pólizas y 12,000 certificados, cincuenta años más tarde ya hay 193,000 pólizas y 48'434,000 certificados individuales existiendo en la actualidad más de un millón de pólizas.

En relación a nuestro país, para el año de 1933, existían 15 empresas operando el seguro de vida, pero solo dos sociedades anónimas mexicanas, cinco sociedades mutualistas y el resto sucursales de Compañías extranjeras que aventajan en todos los órdenes a las nacionales, puesto que tienen un fuerte respaldo financiero de sus casas matrices.

Es hasta 1935, que ha raíz de la promulgación de la Ley General de Instituciones de Seguros, que se sientan las bases legales que integran en forma efectiva la actividad aseguradora en nuestro país, impulsando el desarrollo de empresas aseguradoras mexicanas que se crearon a partir de ese momento al tomar los riesgos de todas aquellas empresas extranjeras que se retiraron del país como consecuencia de la emisión de la Ley arriba mencionada, por no convenir a sus intereses.

En 1965 hay en el país 66 instituciones de seguros, de las

cuales 26 operaban en el ramo de vida, y en la actualidad (Anuario Estadístico de Seguros 1984), son 31 Instituciones de Seguros, las que operan en el ramo de vida.

Específicamente en el subramo de seguro de grupo, el desarrollo en nuestro país ha sido lento en su inicio, pero a partir de 1960 ha alcanzado un gran avance, como se podrá observar en la siguiente tabla.

| ANO | No. POLIZAS | No. CERTIFICADOS |
|------|-------------|------------------|
| 1950 | 197 | 116,301 |
| 1951 | 227 | 132,529 |
| 1952 | 219 | 138,205 |
| 1953 | 227 | 144,240 |
| 1954 | 256 | 153,875 |
| 1955 | 275 | 162,343 |
| 1956 | 298 | 163,602 |
| 1957 | 323 | 170,963 |
| 1958 | 343 | 198,516 |
| 1959 | 410 | 181,067 |
| 1960 | 520 | 198,801 |
| 1961 | 630 | 204,534 |
| 1962 | 769 | 225,863 |
| 1963 | 1,056 | 273,972 |
| 1964 | 1,440 | 429,223 |
| 1965 | 1,957 | 757,382 |
| 1966 | 1,276 | 711,151 |
| 1967 | 2,731 | 770,906 |
| 1968 | 3,209 | 831,231 |
| 1969 | 3,500 | 996,873 |
| 1970 | 4,053 | 1'066,903 |
| 1971 | 4,341 | 1'136,700 |
| 1972 | 4,764 | 1'296,688 |
| 1973 | 5,083 | 1'411,927 |
| 1974 | 5,594 | 1'706,064 |
| 1975 | 6,060 | 1'818,386 |
| 1976 | 6,563 | 1'264,484 |
| 1977 | 7,011 | 1'337,824 |
| 1978 | 7,592 | 1'270,546 |
| 1979 | 7,775 | 2'109,876 |
| 1980 | 8,795 | 2'478,604 |

| AÑO | No. POLIZAS | No CERTIFICADOS |
|-----|-------------|-----------------|
|-----|-------------|-----------------|

| | | |
|------|--------|-----------|
| 1981 | 9,234 | 1,901,879 |
| 1982 | 9,773 | 1,978,757 |
| 1983 | 10,636 | 2,158,357 |
| 1984 | 11,867 | 2,327,305 |

Datos tomados de los Anuarios Estadísticos de la Comisión Nacional de Seguros y la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros.

En relación a los seguros colectivos, presentaré algunos datos, englobando en ello a las pólizas colectivas de vida, deudores, cuenta-ahorristas y Colectivo del Estado.

| AÑO | No. POLIZAS | No. CERTIFICADO |
|------|-------------|-----------------|
| 1978 | 3,644 | 11,228,265 |
| 1979 | 3,636 | 13,887,135 |
| 1980 | 3,821 | 14,953,220 |
| 1981 | 3,710 | 20,302,189 |
| 1982 | 3,923 | 20,873,635 |
| 1983 | 3,826 | 17,415,359 |
| 1984 | 4,412 | 18,233,961 |

Vale la pena destacar la importancia que tiene la póliza Colectiva del Estado, llamada SECTE, en virtud que tan sólo en el año de 1979, en número de certificados de ésta, era de 880,057 y crece en proporción directa al número de empleados existentes en el Gobierno Federal, haciendo la aclaración que en su inicio sólo se encontraba asegurado el personal civil al servicio de la federación excluyendo al de honorarios y a lista de raya, incorporándose estos últimos a partir del año de 1981.

CAPITULO I I

ASPECTOS LEGALES

ASPECTOS LEGALES

ANTECEDENTES Y DESARROLLO SOBRE LA LEGISLACION EN MATERIA DE SEGUROS.

En la época colonial, existen las ordenanzas de Bilbao, Burgos y Sevilla, que en relación a los seguros, son aplicables en la Nueva España.

En las ordenanzas de Bilbao, existen conceptos sobre el seguro, modalidades de pólizas, reglamentación referente al reaseguro y en términos generales normamientos sobre el seguro de vida y marítimo.

El 18 de Septiembre de 1538, son confirmadas por la corona española las ordenanzas de Burgos, que decretan lineamientos sobre el seguro marítimo y establecen procedimientos que permiten esclarecer las controversias emanadas del contrato del seguro.

En las ordenanzas de Sevilla, emitidas en el año de 1552, se promulgan entre otras cosas, obligaciones por parte de los aseguradores encaminados fundamentalmente a evitar fraudes por parte de éstos a los asegurados o beneficiarios del seguro.

El llamado "Codigo Lares", aparece en México en el año de 1854, y en él se encuentran disposiciones acerca de seguros de conducciones terrestres y marítimas, disponiéndose para el primer

caso, y entre otras cosas los tipos de contratos existentes, las pólizas emitidas y lo que éstas debían contener.

En los Códigos Civiles aparecidos en 1870 y 1884, se legisló en materia de seguros, y es interesante citar los motivos formulados por la Comisión redactora del Código citado en primera instancia:

"El seguro, fundado en prudentes combinaciones y hábiles cálculos somete a reglas casi ciertas las eventualidades, y por medio de la contribución distribuida entre muchos, evita la ruina de un individuo y salva al mismo tiempo los intereses de otros ligados con aquel".

El código civil de 1884, fue sustituido por el emitido en 1889, inspirado en el Código de Comercio del Seguro Italiano, y al considerar al contrato de Comercio una operación mercantil, señala que deberán hacerse por empresas que operen en esta rama, y se les restringió y controló respecto a su constitución, reservas, emisión de pólizas y en general a todos los actos de Comercio derivados del contrato del seguro.

El 16 de septiembre de 1892, se crea ya de modo específico "La Ley de Compañías de Seguros", que establece que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, es el órgano inspector de las Compañías aseguradoras y requisitoria de éstas, entre otras cosas, un informe semestral de las pólizas emitidas, canceladas y

vencidas; el total de primas emitidas y pagadas; publicar un informe anual de sus operaciones y ponerlo a disposición de los inspectores nombrados para tales efectos por la propia Secretaría. Asimismo, establecía un depósito en dinero o inmueble en el Banco Nacional de México o en la Tesorería General de la Nación, con el objeto de garantizar el funcionamiento de las empresas aseguradoras que fuesen a constituirse.

El 25 de Mayo de 1910, se promulga la Ley de Compañías de Seguros sobre la Vida, cuya exposición de motivos para su creación dice:

"Es el negocio de seguros una especulación que reposa sobre bases de carácter matemático, que no pueden ser alterados ni violados sin conducir, necesariamente, al fracaso. Puede afirmarse entonces que la empresa de seguros que olvida los principios científicos en que se fundan las operaciones de esta índole, o que los viola por mala fe o por ineptitud, no sólo está percibiendo del público un dinero que camina hacia un abismo sin fondo y que jamás producirá los resultados que de él se esperan, sino que engaña constantemente a la generalidad, haciendo cada vez más grande el círculo de sus operaciones y mayor, por consiguiente, el grado de su insolvencia, justo parece, entonces, que el Poder Público, que es el único que tiene elementos de información bastantes para conocer el manejo de la

Compañías y, acaso, el único también que puede examinar este manejo con imparcialidad y con ilustración suficientes, no se cruce de brazos ni se niegue a poner sus aptitudes al servicio de la generalidad, sino que, por el contrario, evite en su origen males que matemáticamente pueden predecirse, desde el momento en que dejan de cumplirse los principios científicos de que se ha hecho referencia".

Con la emisión de esta ley, se crea un Departamento de Seguros, que depende de la Secretaría de Hacienda, posiblemente éste organismo es el antecesor de la actual Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, en el ramo de seguros, y dispone la intervención del Estado, señalando que sólo podrán ser compañías de seguros, aquellas organizadas como Sociedades Anónimas o Mutualistas.

Esta Ley que está dividida en siete capítulos, tiene presentación similar a las que le suceden, aunque sólo para el ramo de vida, incluyendo la actualmente vigente, y dicha división es la siguiente:

CAP. I.- De la organización de las compañías de seguros sobre la vida y sus operaciones.

CAP. II.- De las reservas y su inversión, en donde establece una reserva matemática de primas por las pólizas de vida urgentes; constitución de una reserva por

riesgos peligrosos y constitución de la reserva de previsión.

CAP. III.- De los informes anuales.

CAP. IV.- De la vigilancia de la Compañías, que da lugar a la creación del Departamento de Seguros.

CAP. V.- De las providencias en caso de insolvencia de las compañías.

CAP. VI.- Disposiciones generales y

CAP. VII.- Penas.- Aplicables tanto a aseguradores como a agentes de seguros e incluso a asegurados que incurriesen en alguna falta.

Es esta ley la que marca el inicio del control administrativo en las compañías Aseguradoras y fue complementada el 27 de Noviembre de 1923, con la aparición del reglamento de la Ley de Seguros sobre la vida.

Después de hacer algunas reformas a las leyes arriba citadas, se concluye con la emisión de la "Ley General de Sociedades de Seguros", emitida el 25 de mayo de 1926, y que marca por primera vez los ramos del seguro, a saber:

- I.- Vida
- II.- Accidentes y Enfermedades
- III.- Daños
- IV.- Pago de Indemnizaciones por daños o perjuicios.

Fundamentalmente, la Ley General de Sociedades de Seguros trata de establecer una vigilancia a las empresas aseguradoras; aplicación de leyes mexicanas a las empresas aseguradoras extranjeras que operan en territorio nacional y los obliga, con objeto de que no operen en ramos distintos de los contemplados en ella, a constituirse conforme al cumplimiento legal establecido. Asimismo, establece los procedimientos a seguir en caso de disolución o liquidación.

Es hasta el 26 de agosto de 1935, en que aparecen la Ley Sobre el Contrato del Seguro y la Ley General de Instituciones de Seguros, que abrogan al Código de Comercio de 1889 y la Ley General de Sociedades de Seguros de 1926, respectivamente, en que se asientan las bases legales que permiten un verdadero desarrollo a la Industria Aseguradora en nuestro país, en virtud de que se logra establecer un control efectivo por parte del estado, logrando con ello erradicar del país a las empresas extranjeras, y situando en un verdadero plano de libre y leal competencia a las empresas aseguradoras mexicanas, así como a las que a raíz de todo ello nacieron.

La ley General de Instituciones de Seguros, vigente hasta nuestros días, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de agosto de 1935, se ve modificada a partir del 1o. de enero de 1981, en el decreto publicado en el diario Oficial de la Federación del día 6 de enero del mismo año, decretándose las siguientes modificaciones:

Artículo Unico.- Se reforman las denominaciones de los artículos contenidos en los títulos preliminares; 1o., 2o. y 3o.; los artículos 119 y 130 del títulos 42; las fracciones II y IV del artículo 136 del Cap. II del título 5o. y la denominación del Cap. III del propio título 5o. y los artículos comprendidos en él.

Con objeto de dar mayor claridad a la importancia que tienen las reformas a la Ley General de Instituciones de Seguros, expongo a continuación un resumen del contenido de la ley original (1935) en sus aspectos esenciales y una síntesis de las reformas, en base a los cambios fundamentales y áreas críticas que al proyectarse el cambio fue realizada por la Asociación de Actuario A. C. en diciembre de 1980.

LEY GENERAL DE INSTITUCIONES DE SEGUROS (1935).

Título Preliminar.

Capítulo Unico.- Se define quienes pueden ser instituciones

de seguros, cuales son las nacionales y cuales sucursales de compañías extranjeras de seguros quienes debían cumplir una serie de requisitos extras para poder operar en el territorio nacional.

Titulo I.- De las Instituciones de Seguros.

En este titulo se mencionaba lo relacionado a la autorización para que se constituyeran las empresas aseguradoras en los ramos de vida, daños y accidentes y enfermedades, autorización que debería otorgar la S.H.C.P. oyendo la opinión de la C.N.B. y de S. y que debía aparecer en el Diario Oficial de la Federación, disponiendo, también las causas y procedimientos para la revocación de las autorizaciones y disoluciones. Además de establecer la organización a que se sujetaban las Sociedades Anónimas que operaban como Mutualistas.

Marca el capital mínimo con que debían contar para su operación de acuerdo a los ramos de operación, determinado discrecionalmente por la S.H.C.P. pero dentro de ciertos límites.

Titulo II.- De las reservas y su inversión.

Establece que todas las instituciones de seguros deberán constituir las siguientes reservas técnicas:

I.- Reservas de riesgo en curso para sus pólizas vigentes;

II.- Reservas para obligaciones pendientes de cumplir por pólizas vencidas, por siniestros ocurridos y por dividendos en depósito;

III.- Reservas de previsión para fluctuaciones de valores y desviaciones estadísticas.

Asimismo, se establece la constitución de reservas adicionales para riesgos de ocupación peligrosa, pobreza de salud y cuando en las pólizas se establezcan beneficios adicionales.

También se establecen claramente los cajones de inversión de las reservas de acuerdo al Artículo 85 de esta ley y que se pueden considerar asignados de la siguiente manera:

- I.- Inversiones obligatorias legales.- Que incluye inversión en valores oficiales, y se deberá cubrir un mínimo del 25% del total a invertir. Las inversiones para la habitación popular con lo que se deberá cubrir un 10% al menos.
- II.- Inversiones voluntarias con límite.- En donde se prevé que el 32.5% de la inversión total de reservas, puede realizarse en valores hipotecarios, bonos hipotecarios, cédulas hipotecarias, inmuebles inmobiliarios, inmuebles vendidos con reserva de dominio y acciones y certificados inmobiliarios.

En un porcentaje no superior al 13% del total se incluye a las acciones de instituciones de crédito, de seguros comerciales e industriales exceptuando acciones de compañías mineras y petroleras, obligaciones industriales, bonos financieros y generales y préstamos prendarios sobre estos valores.

III.- Por último, el restante 19.5% lo integran los descuentos y redescuentos a instituciones de crédito, los préstamos directos, de habilitación o avío y refaccionarios, y los depósitos a la vista.

Título III.- De la Vigilancia e Inspección.

La vigilancia e inspección de las instituciones de seguros queda confiada a la S.H.C.F. a través de la C.N.B.S. quien llevará un control absoluto al respecto, obligándose a las compañías de seguros a presentar informes periódicos sobre el funcionamiento, debiendo cumplir con patrones preestablecidos para tales efectos.

Es importante hacer notar, que las disposiciones de esta ley son claras en cuanto a la prohibición absoluta respecto a que la inspección y vigilancia pueda realizarse por consejeros administrativos, funcionarios, empleados o agentes de las compañías de seguros.

Título IV.- De la disolución de las Instituciones de Seguros.

Son motivos de disolución:

- I.- El vencimiento del plazo de duración fijado.
- II.- Cuando la autorización sea revocada.
- III.- Cuando el capital social se reduzca a menos del mínimo establecido y no sea reconstituido en el plazo que se establece en la propia ley.
- IV.- Cuando la matriz de la sucursal de una institución extranjera se ponga en estado de disolución.
- V.- Tratándose de mutualistas, que el número de asociados o de valores asegurados y de cuotas, sean inferiores a los que se marca en esta ley.
- VI.- Cuando conforme a esta ley exista alguna otra causa de disolución.

Las disoluciones en todos los casos las declarará administrativamente la S.H.C.P. y será ésta quien otorgará plazos irrevocables para que se regularicen las situaciones anómalas.

Titulo V.- De la relaciones fiscales, de los procedimientos y de las sanciones.

Es aquí donde se enumeran las obligaciones fiscales que deban cumplir las compañías aseguradoras.

Asimismo, los procedimientos a seguir en caso de conflicto de aseguradora y asegurados, quienes acudirán a la C.N.B.S., quien será arbitro en los juicios que al respecto se lleven a cabo.

Se establecen también, las sanciones al personal de las aseguradoras que realicen actos delictuosos calificados así por esta ley, así como a los agentes que operen sin la debida autorización o que para conservar o atraer negocios, realicen descuentos o reduzcan primas.

Síntesis de los cambios fundamentales a la Ley General de Instituciones de Seguros.

Lo buscado esencialmente por las reformas que la ley sufrió fue principalmente el fortalecimiento del sector asegurador; la promoción para un equilibrado desarrollo; el establecimiento de controles más eficientes por parte de las autoridades correspondientes; el mejoramiento de los sistemas y mecanismos que permitieran un mejor funcionamiento y sanidad en las instituciones aseguradoras; dar mayor flexibilidad a la operación con el objeto de que el servicio al público se mejorara; y

obtener adecuados rendimientos de sus reservas para que en virtud de todo ello, se pudiera reducir el costo de los seguros, se incremente el ahorro a largo plazo y se canalicen estos recursos de acuerdo a las políticas económicas e interés público y social.

Las reformas contempladas en la ley, pueden clasificarse de acuerdo a los siguientes puntos esenciales:

1.- Reestructuración del Sector Asegurador, con lo cual se logra:

a) La supresión de las sucursales de compañías extranjeras de seguros.

b) El establecimiento de un régimen de concesión para Instituciones de Seguros y de autorización para sociedades mutualistas de seguros.

c) Un marco jurídico adecuado para que rija las actividades de los agentes de seguros y

d) Fundamentos legales que regulen la actividad tanto de los ajustadores como de otras figuras relacionadas con la operación de reaseguro.

2.- Reestructurar el régimen de operación de las aseguradoras, con objeto de regular la operación de éstos y adecuarlos en la medida de lo posible al régimen de las operaciones activas

de las instituciones de crédito.

3.- El logro de medidas eficaces que permitan un efectivo saneamiento en el sector asegurador, a través de la ampliación y completa definición de las funciones de inspección y vigilancia de las autoridades correspondientes y la redefinición y complemento de los regímenes de renovación de concesiones y de sanciones y

4.- Otros ajustes, entre los que se cuentan modificaciones formales con objeto de omitir contradicciones, la aclaración de algunos conceptos, la delimitación de las facultades de la autoridad y algunas otras reformas secundarias.

Con objeto de instrumentar adecuadamente las reformas que permitiesen una flexibilidad ajustable a la realidad cambiante, se siguió la técnica de legislación marco, misma que ha sido utilizada en las leyes que rigen al sistema financiero.

De tal manera que el marco legal que las reformas contienen se dan a conocer a continuación:

I.- Estructura y régimen institucional.

A) Quedan sujetas a la Ley General de Instituciones de Seguros:

- a) Las instituciones mexicanas de seguros y reaseguros, privados y nacionales.
 - b) Las sociedades mutualistas de seguros.
 - c) Las asociaciones que sin contrato, otorguen beneficios de seguros.
 - d) Las organizaciones auxiliares, que se definen claramente en el artículo 11.
 - e) Los intermediarios de seguro y reaseguro.
 - f) Las oficinas de representación de reaseguradoras extranjeras.
 - g) Los ajustadores y
 - h) En general, las personas físicas y morales vinculadas con la operación.
- B) Las Instituciones Nacionales de Seguros se registrarán por sus leyes especiales, de acuerdo al artículo 1, pero a falta de estos, se registrarán por ésta, lo que ocurre para la Institución Nacional de Vida y la Institución Nacional de Seguros de Daños, en virtud de que sólo existe una ley específica para la Aseguradora Nacional Agrícola y Ganadera.

COMENTARIO.- Se debería promover la promulgación de dichas leyes, en virtud de los específicos mercados a que tales Instituciones tienen acceso.

C) Se cambia el régimen de autorización por el de concesión del Gobierno Federal para las instituciones de seguros (Art. 5), lo cual les da una situación privilegiada, en relación a la anterior ley.

D) Las sociedades mutualistas sólo requirieren autorización y se especifica sobre su legislación en el artículo 6, título 2o.

E) Las organizaciones auxiliares se sujetan a inspección, vigilancia y reglamentación específica (Art. 11).

F) Se prevee una legislación especial tanto para las instituciones de reaseguro como para la operación de reaseguro en general (Art. 28 y 76).

II.- Tenencia y Control.

A) Debe someterse a previa autorización de la S.H.C.F. la adquisición del control del 10% o más de las acciones representativas del capital social de una Institución de Seguros, o de una o más sociedades que a su vez controlen una o más constituciones (Art. 15).

B) Se limita la propiedad del capital pagado de una institución al 15%, salvo casos especiales previstos en esta ley, las personas que poseen más de ese 15% del capital pagado, deberán obtener certificados de la C.N.B.S. (Art. 29).

C) Se requerirá autorización previa de la S.H.C.F. para realizar el traspaso de la cartera de una institución a otra, así como para la fusión de dos o más instituciones de seguros (Art. 66).

D) También se requiere de autorización previa por parte de la S.H.C.F. para la adquisición o participación en el capital social de entidades aseguradoras o financieras del exterior, por parte de instituciones de seguros (Art. 70).

COMENTARIO.- Esto prevee salida de capitales al exterior, evitando la fuga de divisas, aunque no contempla las utilidades que para el sector pudiera acarrear en esta materia de inversión.

III.- Campo de Operación.

A) Se consideran operaciones de seguros sujetas a las disposiciones de leyes mexicanas, las que se celebren en territorio nacional (Art. 4).

B) Se conservan las operaciones y ramos actuales, pero además se incluye en las operaciones de vida los contratos de seguro que tengan como base planes de pensiones, además la S.H.C.P. queda facultada para incluir algún otro ramo siempre que las características del riesgo lo ameriten (Arts. 7, 8 y 9).

COMENTARIO.- Situación importante, en virtud de que abre toda una gama de posibilidades, para la operación en las aseguradoras de los planes de pensiones, situación conveniente siempre y cuando se reglamentara específicamente, para garantizar de algún modo la calidad de los servicios otorgados por las instituciones de seguros.

C) Las asociaciones de personas que concedan a sus miembros seguros, podrán operar sin sujetarse a la reglamentación de la presente ley, sólo sometiéndose a la reglamentación que expida la S.H.C.P. (Art. 13).

COMENTARIO.- Esto evitaría de algún modo que se sometan al autoaseguramiento, aquellas empresas que con su volumen lleguen a tener cierta importancia en la operación de aseguramiento, en virtud de que en otra parte del artículo mencionado, se dice que se podrán convertir en Sociedades Mutualistas.

- D) Remarca la prohibición del uso de la palabra "Nacional" para aquellas empresas de seguros que no tengan ese carácter (Art. 20).
- E) Permite la administración de reservas para fondos de pensiones y primas de antigüedad del personal (Art. 34, Fracc. IV).
- F) Se prohíbe a las instituciones comerciar en mercancías de cualquier especie, así como celebrar operaciones en virtud de las cuales resulten o puedan resultar deudores de la institución, los Directores o Gerentes Generales, salvo que correspondan a prestaciones de carácter laboral (Art. 62).
- G) Las reaseguradoras no podrán administrar las sumas y fondos de dividendos o indemnizaciones de asegurados o beneficiarios ni de pensiones o jubilaciones del personal (Art. 77).

IV.- Establecimiento, liquidación y registro.

- A) Serán publicadas en el Diario Oficial de la Federación, las concesiones y autorizaciones para organizarse y funcionar como instituciones o sociedades mutualistas de seguros, respectivamente, así como las modificaciones a las mismas (Art. 17).

B) Previa audiencia con la institución afectada, la S.H.C.F. podrá revocar entre otras causas por las siguientes (Art. 75) :

a) No mantener el capital mínimo a las reservas técnicas establecidas de acuerdo a esta ley.

b) Presentar pérdidas que afecten a su capital pagado.

c) Exceder reiteradamente los límites de las observaciones de la C.N.B.S.

d) Si a juicio de la S.H.C.F. mantiene un escaso incremento en la emisión de primas o carece de diversificación en los riesgos a que esté expuesta o en sus inversiones, de acuerdo con prácticas sanas.

e) Cuando le sea imputable el hecho de no aparecer debida y oportunamente registrada la contabilidad que realice.

V.- Reglamentación, supervisión y vigilancia.

A) La S.H.C.F. será el órgano competente para reglamentar e interpretar a efectos administrativos los preceptos de esta ley, y todo lo que se refiere a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros (Art. 2).

B) La inspección y vigilancia de las instituciones de seguros queda confiada a la C.N.E.S.

Las cuotas que para compensar los gastos de inspección y vigilancia pagarán las instituciones, se determinarán de acuerdo a las siguientes normas:

a) El 50% del presupuesto de gastos de inspección y vigilancia se prorrateará en relación con el monto de capital y reservas de capital de cada institución.

b) El 30% en relación con primas emitidas y

c) El 20% en relación con las utilidades (Art. 106).

C) Se le concede autoridad a la C.N.E.S., por conducto de su presidente y con acuerdo del comité permanente, declarar intervenida, con carácter de gerencia, la institución o sociedad mutualista de seguros que presente irregularidades que afecten su estabilidad o solvencia y ponga en peligro los intereses de asegurados y acreedores, además puede asignar a la persona física que se haga cargo de la institución o sociedad mutualista de seguros, con carácter de interventor-gerente (Art. 113).

D) La S.H.C.F. ejercerá las atribuciones que le asigna esta ley por conducto de la C.N.E.S. (Art. 130).

VI.- Sanciones (Arts. 138 al 146).

A) Se estipulan sanciones por razones varias, siendo las más importantes las que se mencionan a continuación:

a) Operaciones prohibidas.

b) Aceptación de documentos de instituciones no concesionadas.

c) Participación extranjera o excedente.

d) Violación a normas y reglamentos.

e) Evasión fiscal.

f) Falsificación de contabilidad a las autoridades.

g) Alteración de información para obtener créditos.

h) Competencia desleal, etc.

B) Las sanciones son aplicables a:

a) Instituciones.

b) Directores y Gerentes.

c) Administradores y Miembros del Consejo de Administración.

d) Notarios y registradores.

e) Corredores (intermediarios en la contratación).

COMENTARIO.- Son estos últimos los que con el afán de ganar un negocio o conservarlo, hacen frecuentemente caso omiso de los preceptos marcados en esta ley, así como de los decretos presidenciales referentes a procedimientos particulares en la contratación de casos especiales.

f) Inspectores de la C.N.B.S.

g) Intermediarios de seguros o reaseguros.

h) Ajustadores y Médicos, etc.

C) Las sanciones pueden ser de:

a) Multas de hasta \$ 1'000,000.

b) Cárcel de tres meses a diez años.

c) Intervención.

d) Revocación de la concesión, etc. .

Los cambios fundamentales en la nueva ley, marcan de modo importante el aspecto de una estructura técnico-financiera que contempla los siguientes puntos:

- A) Capital.
- B) Reservas.
- C) Inversiones.
- D) Retención y Reaseguro.

Asimismo, en los aspectos referentes a la operación y como ya se comentó en páginas anteriores, se pretende optimizar el servicio que las aseguradoras prestan, marcando los siguientes puntos:

- A) Organización.
- B) Intermediación.
- C) Reaseguro.
- D) Servicios externos.

E) Control de gastos.

F) Registros.

G) Disposiciones administrativas o legales.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

(Publicada en el Diario Oficial de la Federación
el 31 de agosto de 1935).

Es en esta ley en que se establece todo lo concerniente a las diversas formas de aseguramiento de las personas y de las cosas o daños, es decir, todo lo relacionado a las formas de aseguramiento, su procedimiento, etc.

Asimismo, define al contrato de seguro en términos legales de la siguiente manera:

"Por contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato".

En artículos posteriores se establecen lineamientos de carácter general, para la celebración del contrato de seguros llamado "Póliza", refiriéndose a las ofertas, modificaciones, términos, así como las facultades y restricciones para los agentes de seguros, como intermediarios en la contratación.

En el capítulo II, referente a la póliza, se marca a ésta como el documento que recibe el contratante o asegurado y es el documento en que se hace constar por escrito los derechos y obligaciones de cada una de las partes.

Las pólizas podrán ser nominativas a la orden o al portador.

En el capítulo III, se establecen las normas relativas al pago del contrato del seguro, llamado prima, estableciendo que ésta deberá ser anticipada y que salvo pacto en contrario cubre periodos anuales, estableciendo también que si ésta no fuere pagada en los 30 días naturales que sigan a su vencimiento, el contrato será nulo, haciendo nulo todo pacto en contrario respecto a esta obligatoriedad.

COMENTARIO.- Aún cuando está claramente marcada la inflexibilidad en este sentido, con frecuencia hay violaciones a esta parte de la ley, debidas a problemas de diversa índole, entre los que se cuentan problemas de tipo administrativo, falta de liquidez en los contratantes, etc.

En el capítulo IV se estipula lo referente al riesgo contratado y a la realización del evento cubierto por el contrato, al que se le nombra siniestro.

Entre los artículos más importantes de este capítulo, se

puede mencionar que en ningún caso la empresa estará obligada si prueba que se ha actuado por dolo o mala fe por cuenta de los causahabientes.

En el capítulo V, se marca el plazo de prescripción que deberá ser de dos años, pero que en el caso del seguro de vida de grupo, para el que intervienen en el contrato el contratante, la institución aseguradora, el asegurado y en su caso los beneficiarios o derechohabientes. Cualquiera de ellos está facultado para interrumpir el plazo de prescripción.

En el título II de esta ley, se establece todo lo concerniente a seguro contra daños.

En el título III, lo concerniente al seguro de personas en donde se establece que el contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectara la persona del asegurado en su existencia, integridad personal, salud o vigor vital.

En el artículo 156, se establece que "El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, indicando la suma asegurada. El consentimiento del tercero asegurado, deberá también constar por escrito para toda designación de beneficiario".

En este punto vale la pena hacer una reflexión concienzuda,

sobre todo en los seguros colectivos, ya que actualmente el volumen de dichas colectividades o grupos alcanzan dimensiones que seguramente no se habian previsto, al menos al parecer esta ley, en virtud de lo cual, resulta administrativamente imposible, en más de una ocasión, el llevar a efecto la concentración de esta documentación.

Por todo ello, se podría pensar que resulta de algún modo obsoleta esta práctica, y sería conveniente que se llevara a cabo una concienzuda revisión de la ley, incluyéndose en el contrato póliza, una cláusula de aplicación general para la práctica de seguros colectivos, y que actualmente es utilizada en algunas empresas aseguradoras, llamándole cláusula beneficiaria, pero que debido a la carencia de una legislación formal al respecto, se deja frecuentemente a la interpretación o criterio de los departamentos de siniestros de las aseguradoras, quienes no aplican necesariamente observancias de carácter general en términos humanitarios, y se cierran con su muy particular criterio, que lamentablemente resulta ser muy pobre en algunas ocasiones.

- En los artículos siguientes, se mencionan los casos en que el asegurado es menor de edad, marcándose los procedimientos a seguir para el llenado de su consentimiento-designación de beneficiarios, y que no necesariamente se sigue en forma adecuada.

- Se propone una revisión exhausta del Art. 186, que se refiere a la nulidad del seguro, en caso de que se hubiera atentado por parte del beneficiario, este será nulo; sobre todo al marcar que los herederos del seguro sólo tendrían derecho a la reserva matemática, siendo en el caso del seguro de grupo una cantidad que puede resultar irrisoria en virtud de que dicha reserva se constituye por la prima no devengada, y que proporcionada a cada asegurado resultará, como ya se dijo, irrisoria totalmente.

En cuanto al Art. 187, en que se enuncia que en caso de suicidio, después de dos años de vigor, la aseguradora está obligada al pago de la suma asegurada correspondiente, se propone también una revisión en virtud de la frecuencia con que los seguros de grupo o colectivos se modifica tal disposición, por tratarse en la mayoría de los casos de una traslación de riesgos y cubrir prestaciones de tipo contraactual o legal.

El título IV, referente a disposiciones finales, se le da a esta ley un carácter imperativo, y sin embargo, admite pactos expresos en contrario.

REGLAMENTO DE SEGURO DE GRUPO

El reglamento de seguro de grupo, es el documento que regula todo lo concerniente al plan específico de seguro de grupo de

vida, y que se le ha dado el carácter de regulador también de los seguros colectivos sobre la vida, en virtud de la analogía existente entre estos planes; sin embargo, como ya se comentó en la Introducción de esta tesis, los planes colectivos se crean precisamente por no adecuarse a las necesidades del contratante o asegurado a lo dispuesto por este reglamento.

Respecto a este reglamento, el cual como ya se dijo, se comentó en la Introducción que puede considerarse dividido en cuatro aspectos fundamentales a saber:

- A) Definición del seguro de grupo, grupos asegurables y quienes son los contratantes del seguro.
- B) Reglas de selección para el seguro de grupo, así como la determinación del riesgo a aceptar en función a la suma asegurada máxima, la cual a su vez se encuentra en función del tamaño del grupo.

COMENTARIO.- En este punto, vale la pena marcar que el tamaño de los grupos o colectividades son en la actualidad mucho más grandes que los previstos en el reglamento, por lo que valdría la pena hacer un exhaustivo estudio actuarial, con objeto de actualizarle.

- C) Manejo administrativo de los seguros.- Situación que comentaré con mayor amplitud en el Capítulo 4 de este trabajo.

D) Aspectos Técnicos de los seguros de grupo. Vale la pena comentar que existe una imperante necesidad de revisar exhaustivamente este aspecto, a consecuencia de los resultados comerciales que actualmente se están dando respecto a todo tipo de planes colectivos.

No obstante lo anterior, pienso que legalmente, es importante considerar que en relación al artículo 16 del reglamento de seguro de grupo, no encontramos disposición alguna, referente al privilegio que tiene cada asegurado del plan de grupo, que al separarse de él, la aseguradora tiene la obligación de asegurarle por una sola vez en un plan individual distinto al temporal, y sin beneficio adicional alguna, y hasta por la suma asegurada que tenía en el seguro de grupo.

Al respecto, quiero referirme al caso en que una persona que deja de pertenecer a un grupo y fallece antes de cumplir el plazo que se establece para convertir su seguro a un seguro individual, caso que en nuestra legislación no está contemplado, quizá por que las estadísticas de conversión, no manifiestan una gran evidencia en lo referente al uso que de dicho privilegio hagan los asegurados de grupo. Sin embargo, vale la pena mencionar que en la legislación de los Estados Unidos de Norteamérica, este caso sí está contemplado dando un plazo, incluso mayor, al de nuestro país, de 45 días, en los que el asegurado que se separe del grupo, continúa asegurado y en caso de fallecer antes de

cumplir este plazo, el seguro es pagado.

En México, no sucede, ya que si algún asegurado de grupo fallece recientemente después de haber pertenecido al grupo, la reclamación del siniestro, ni siquiera es aceptada y si lo es, generalmente es rechazada.

CAPITULO III

ASPECTOS TECNICOS

ASPECTOS TECNICOS

Es en este capítulo, en el que planteo el desarrollo técnico del plan de Seguro de Grupo, haciendo algunas estimaciones que considero importantes para la expansión de este tipo de seguro.

Considero que el aspecto técnico del Seguro de Grupo es el más importante en el desenvolvimiento del plan, en virtud de que, si bien es cierto el contrato del seguro está enmarcado en un contexto legal, también es cierto que es la técnica del Seguro, la encargada de elaborar los mecanismos que permitan una justipreciación de dicho contrato.

Se hace necesario notar que la técnica del Seguro de Grupo de Vida se basa en la técnica empleada en el Seguro de Vida Individual, por lo que haré una breve exposición de las principales características técnicas de dicho plan.

De acuerdo a la definición de Seguro, mencionada en el capítulo anterior, es la Prima del Seguro, la cantidad que paga el contratante o asegurado para tener derecho a los beneficios que éste otorga, es por ello que la prima del Seguro es uno de los puntos más importantes a tratar, aspecto medular en la técnica del Seguro, interviniendo en el cálculo de ésta, tres importantes factores a saber:

- 1.- La mortalidad.

2.- La tasa de interés.

3.- Los gastos de adquisición y administración.

En relación a lo anterior, surgen las definiciones de prima de riesgo, prima neta y prima de tarifa o comercial.

Por lo que respecta a la prima de riesgo, es ésta el costo del riesgo, la prima neta es el costo del riesgo calculado a un adecuado interés; y agregando a la prima neta los recargos para gastos de administración y adquisición, se obtiene la prima bruta o comercial.

Es la tabla de mortalidad, el instrumento que nos permite conocer la probabilidad de muerte y supervivencia de una persona de edad "x", en un lapso "x+n", para $n = 1, 2, 3, \dots$; y su construcción consiste en llevar un registro de muertes que se sucedan año con año en una población determinada.

Llamando " l_x " al número de personas vivas a la edad "x", " dx " al número de personas que mueren entre la edad "x" y la edad "x+1", y de acuerdo al concepto de probabilidad clásica, se establece que la probabilidad " q_x " de que una persona de edad "x" muera antes de alcanzar la edad "x+1", como $q_x = dx/l_x$ y la probabilidad " p_x " de que una persona de edad "x"; llegue con vida a la edad "x+1" como $p_x = l_{x+1} / l_x = l_x - dx / l_x$; con lo que $p_x + q_x = 1$.

Con objeto de ilustrar el concepto de tabla de mortalidad, anexo algunos ejemplos de tablas que a través de la historia del Seguro de Grupo, se han utilizado para el cálculo de las primas de este tipo de plan.

TABLA DE MORTALIDAD EXPERIENCIA AMERICANA

| x | lx | dx | qx | px |
|----|------------|---------|----------|---------|
| 15 | 10'000,000 | 76,340 | .0076340 | .992366 |
| 20 | 9,621,125 | 75,093 | .0078050 | .992195 |
| 25 | 9,246,721 | 74,575 | .0080650 | .991935 |
| 30 | 8,873,762 | 114,779 | .0084270 | .991573 |
| 40 | 8,111,969 | 99,449 | .0097940 | .990206 |
| 50 | 7,249,744 | 99,909 | .0137810 | .986219 |
| 60 | 6,015,174 | 160,563 | .0296930 | .973307 |
| 80 | 1,503,245 | 217,168 | .1444660 | .855534 |

TABLA DE MORTALIDAD C. S. O. (41).

| x | lx | dx | qx | px |
|----|-----------|---------|----------|---------|
| 15 | 9,922,699 | 20,689 | .0021500 | .997850 |
| 20 | 9,514,834 | 23,121 | .0024300 | .997570 |
| 25 | 9,391,971 | 27,049 | .0028800 | .997120 |
| 30 | 9,246,088 | 32,916 | .0035600 | .996440 |
| 40 | 8,833,436 | 54,591 | .0061800 | .993820 |
| 50 | 8,109,001 | 99,903 | .0123200 | .987680 |
| 60 | 6,777,703 | 180,219 | .0265900 | .973410 |
| 80 | 1,817,604 | 239,651 | .1318500 | .868150 |

TABLA DE MORTALIDAD: EXPERIENCIA MEXICANA 62-67

| x | lx | dx | qx | px |
|----|-----------|---------|----------|---------|
| 20 | 9,909,272 | 18,757 | .0018829 | .998107 |
| 30 | 9,705,404 | 23,243 | .0023949 | .997605 |
| 40 | 9,426,371 | 35,905 | .0038090 | .996191 |
| 50 | 8,941,540 | 69,619 | .0077860 | .992214 |
| 60 | 7,934,909 | 150,065 | .0189120 | .981088 |
| 80 | 2,526,743 | 331,294 | .1211151 | .868885 |

Abundando un poco más sobre las tablas de mortalidad utilizadas en México, específicamente para el plan de Seguro de Grupo, encontramos que hasta el año de 1958, se empleó la tabla S.T. Hunter, a un interés técnico del 4%, cambiándose por la llamada "Experiencia Americana" en Abril de 1959 con un interés técnico del 4.5%, y que fue utilizada por todas las compañías de seguros de manera uniforme hasta el año de 1979 en que por razones principalmente comerciales se utilizaron diversas tablas de mortalidad y diversos factores de gastos, emitiéndose primas diferentes en cada compañía aseguradora, mientras que entre los años 65 y 79 se utilizó no solo la misma tabla de mortalidad e interés técnico sino también idénticos factores de recargo, arrojando como resultado la misma tarificación.

Es en este año de 1979, cuando se marca para el mercado nacional en el ramo de Seguro de Grupo, un desprendimiento competitivo, lográndose abatir, resultado de esta competencia, los costos del plan, que por otro lado beneficiarían a un mayor número de asegurados.

En México, se construyó la tabla de mortalidad, Experiencia Mexicana que apareció por los años 1962 - 1967, y que fue una aportación de la Asociación Mexicana de Actuarios, sin embargo, cabe aclarar que aún cuando ha sido utilizada para calcular las primas de tarifa de algunos planes de aseguramiento, principalmente colectivos, no se caracteriza por su contenido representativo, en virtud de haberse formado de una población selecta pues emanó de la población de asegurados en las empresas

aseguradoras privadas del país.

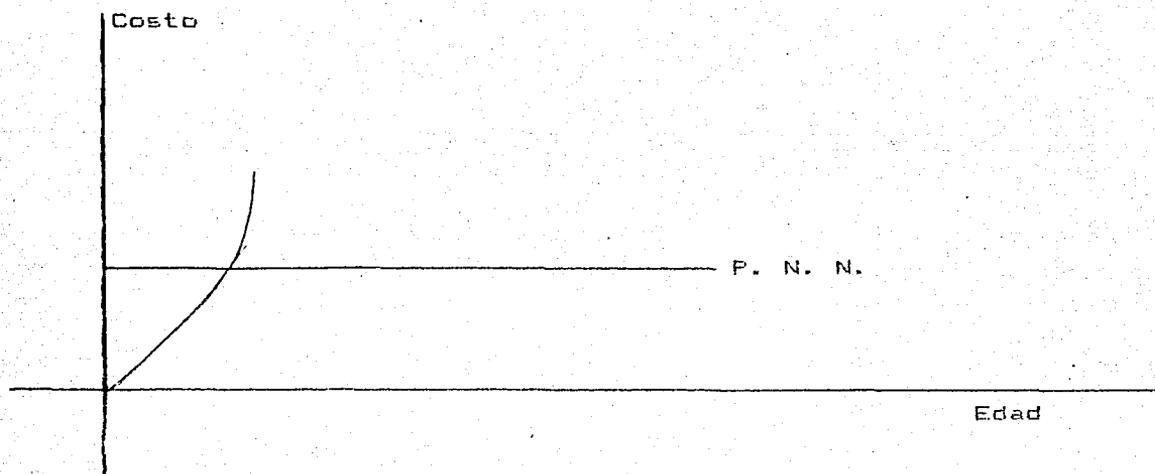
Al considerar los elementos anteriores, tabla de mortalidad y tasa de interés, estamos en posibilidades de calcular las primas netas del seguro de vida, expresando éstas en su forma más simple, como una ecuación de valor, determinando en un miembro las obligaciones inherentes al asegurado y en el otro al las de la aseguradora.

Como es natural pensarlo, el riesgo de morir crece en determinada proporción, de acuerdo al crecimiento de la edad, tal y como se pueda observar en las tablas de mortalidad ejemplificadas con anterioridad; esto implica que al calcular el costo del seguro anualmente, éste crece año con año, de tal suerte que en edades avanzadas, es bastante alto.

Con objeto de eliminar, para planes permanentes o temporales a largo plazo, el problema anterior, se establece la llamada prima nivelada, la cual es más baja al principio de la vigencia del seguro, que la propia prima del riesgo, con lo que se alcanza a formar una reserva que invertida adecuadamente permite sufragar el costo en años posteriores, cuando la prima de riesgo rebasa la "Prima Neta Nivelada".

Lo anterior, se muestra claramente en la grafica siguiente, considerando sobre el eje XX', la edad de cualquier persona y en el eje YY', el costo del riesgo en cualquier unidad

monetaria que se considere.



Es preciso mencionar que el Seguro de Grupo, tiene características especiales, por lo que habrá que hacer consideraciones especiales, sin embargo, el cálculo de las primas de dicho plan está basado en el cálculo de las primas de un seguro individual, por lo que me permito ilustrar algunos casos de planes individuales básicos, de los que se desprenden toda una gama de combinaciones, que han permitido una extensa sofisticación dentro del mercado de seguros, sobre todo en la actualidad, en la que debido a las altas tasas de interés bancario se han involucrado a la protección, planes con inversión, los cuales permiten en un momento dado, hacer frente a los procesos inflacionarios que tan despiadadamente atacan cualquier economía familiar.

Con objeto de situarnos en un marco de referencia lógico, consideremos las características que definen a los planes individuales básicos que son:

El plan Vida Entera.

Planes Dotales y

Planes Temporales.

Sin embargo, era frecuente encontrar en el mercado, cuatro formas de aseguramiento, a saber:

Plan Vida Entera.

Planes Vida Pagos Limitados.

Plan Dotal Mixto o simplemente Dotal y

Plan Temporal.

El Plan Vida Entera u Ordinario de Vida, consiste en pagar la suma asegurada contratada, en el momento de ocurrir el deceso del asegurado o cuando hubiere éste alcanzado la última edad considerada en la tabla de mortalidad utilizada para el cálculo de las primas, siempre y cuando el asegurado haya cumplido su parte, consistente en pagar las primas correspondientes.

De manera más explícita se tiene lo siguiente:

Obligaciones de la aseguradora. Pagar la suma asegurada contratada, en el momento de fallecer el asegurado.

Obligaciones del asegurado. Pagar mientras viva, la prima correspondiente.

El plan vida pagos limitados, que es simplemente un caso particular del anterior, consiste en:

Obligaciones de la aseguradora.- Pagar la suma asegurada contratada, en el momento de fallecer el asegurado.

Obligaciones del asegurado.- Pagar la prima durante un plazo previamente establecido, que puede ser de 10, 15, 20 ó 25 años; ó a edades alcanzadas de 55, 60 ó 65 años.

Respecto al plan Dotal, que es una combinación de un plan Dotal Puro y un Plan Temporal se tiene:

Obligaciones de la aseguradora.- Pagar al ó beneficiarios designados la suma asegurada contratada si el fallecimiento ocurre durante el plazo establecido de contratación; si el asegurado llega con vida al final de dicho plazo, se le pagará a él la suma

asegurada.

Obligaciones del asegurado.- Pagar la prima correspondiente durante el periodo de duración contratado, y este puede ser de 10, 15 ó 20 años y a edades alcanzadas de 55, 60 ó 65 años.

Vale la pena aclarar que el Plan Dotal Puro, totalmente en desuso, solo varía en las condiciones estipuladas para la aseguradora, que consisten en pagar la suma asegurada contratada al asegurado, solo si éste sobrevive al plazo predeterminado.

En cuanto al plan temporal, que es quizá el de mayor sentido de protección, tiene las siguientes características:

Obligaciones de la aseguradora.- Pagar la suma asegurada contratada, solo si el asegurado fallece dentro del plazo establecido en la póliza.

Obligaciones del asegurado.- Pagar las primas correspondientes durante el plazo de duración del seguro, siendo los plazos más comunes 10, 15 ó 20 años ó edades alcanzadas de 55, 60 ó 65 años.

Visto de la forma anterior, es fácil comprender porqué se establece una ecuación de valor, equiparando de este modo las obligaciones contraídas por cada una de las partes.

A modo de ilustración, plasmaré en detalle, el cálculo del valor presente de las obligaciones que se generan en el plan Ordinario de Vida, lo que nos dará como resultado la prima única que corresponde pagar a un asegurado de edad "x".

Siendo "dx" la cantidad de reclamaciones efectuadas entre el año "x" y el año "x+1", las obligaciones por cubrir por parte de la aseguradora son:

"dx" + "dx+1" + "dx+2" + ... + "dw" (siendo w la última edad en la tabla de mortalidad).

El valor presente de estas reclamaciones es:

$$V^1 dx + V^2 dx+1 + V^3 dx+2 + \dots + V^{w-x} dw$$
 (Donde $V = 1/(1+i)$ e "i" la tasa de interés utilizada).

Como esta obligación corresponde a la totalidad de las personas que se iniciaron en el seguro a la edad "x", es decir a "lx" personas la prima única, denominada "Ax" de un seguro será:

$$Ax = (V^1 dx + V^2 dx+1 + V^3 dx+2 + \dots + V^{w-x-1} dw) / lx$$

Expresión que al multiplicar y dividir por V^x queda:

$$Ax = (V^{x+1} dx + V^{x+2} dx+1 + \dots + V^{w-1} dw) / V^x lx$$

y llamando "Cx+k" = $V^{x+1+k} dx+t$.

para k en el conjunto de los Enteros, desde 0 hasta " $w-x$ ", se tiene que:

$$A_x = "C_x" + "C_{x+1}" + "C_{x+2}" + \dots + "C_w" / "D_x" .$$

Al llamar " D_x " = $\sum_{k=0}^x "1_x"$.

Todavía más, si hacemos que :

$$\sum_{k=0}^{w-x} "C_{x+k}" = M_x .$$

Se tiene finalmente que la prima única neta de un seguro ordinario de vida es:

$$A_x = M_x / D_x .$$

Los valores " M_x ", " C_x " y " D_x ", son llamados valores conmutados, y es relativamente fácil, elaborar un programa que nos permita conocerlos, utilizando cualquier tabla de mortalidad y cualquier tipo de interés.

Haciendo válido nuestro principio de equidad de que " El valor presente de las obligaciones de la aseguradora (Prima única neta) debe ser igual al valor presente de las obligaciones

del asegurado (Primas netas anuales) " ; podemos bajo esta base calcular las primas netas anuales para el plan ordinario de vida.

Haciendo la consideración real de que una prima anual es una pensión vitalicia ó temporal (de acuerdo al tipo de plan), que el asegurado debe pagar a la compañía de seguros, primero que nada se calculará el valor presente de un peso de una anualidad vitalicia contingente, ó una anualidad contingente temporal, de acuerdo a cada caso de que se trate.

Si suponemos que al iniciarse el seguro cada una de las "1x" personas que ingresó paga un peso, la aseguradora recibe "1x" pesos en ese momento, "1x+1" el siguiente año, "1x+2" al siguiente, etc., ésto, considerando que continúan asegurados hasta la extinción de la colectividad, es decir, que para el plan ordinario de vida, se tiene que lo que la compañía recibe es:

$$"1x" + "1x+1" + "1x+2" + \dots + "1w"$$

Cuyos valores presentes son:

$$"1x" + v^1 "1x+1" + v^2 "1x+2" + \dots + v^{w-x} "1w".$$

Y que en relación a cada uno de los que se iniciaron es:

$$\ddot{a}_x = "1x" + v^1 "1x+1" + v^2 "1x+2" + \dots + v^{w-x} "1w" / "1x".$$

Expresión que multiplicada y dividida por V^x nos da:

$$\ddot{a}_x = V^x "1x" + V^{x+1} "1x+1" + \dots + V^w "1w" / V^x "1x" .$$

Y si en general llamamos " D_{x+k} " = V^{x+k} " $1x+k$ " para k desde 0 hasta " $w-x$ "; entonces se tiene que:

$$\ddot{a}_x = "D_x" + "D_{x+1}" + "D_{x+2}" + \dots + "D_w" / "D_x" .$$

Y si ahora llamamos $\sum_{k=0}^{w-x} "D_{x+k}" = N_x$; finalmente tendremos que:

$$\ddot{a}_x = N_x / D_x .$$

Por lo que siguiendo con el principio de equivalencia antes enunciado, con respecto al plan ordinario de vida, en que el asegurado se obliga a pagar la prima mientras viva, tendremos, igualando los valores presentes que:

$$A_x = P_x \ddot{a}_x \quad (\text{Donde } P_x \text{ es la prima anual})$$

Por lo que $P_x = A_x / \ddot{a}_x$ resulta ser la Prima anual.

Prima que deberá pagar un asegurado de edad " x " en el plan ordinario de vida, expresión que en valores conmutados queda como:

$$P_x = M_x / N_x .$$

Si de acuerdo al tipo de plan, los pagos de la anualidad se realizan durante un periodo estipulado previamente de " n " años, el importe recibido por la Aseguradora durante ese tiempo es de:

$$"1_x" + "1_{x+1}" + "1_{x+2}" + \dots + "1_{x+n-1}"$$

Cuyo valor presente es:

$$"1_x" + v"1_{x+1}" + v^2"1_{x+2}" + \dots + v^{n-1}"1_{x+n-1}"$$

Y la cantidad pagadera por cada asegurado es:

$$\ddot{a}_{x:\overline{n}|} = "1_x" + v"1_{x+1}" + v^2"1_{x+2}" + \dots + v^{n-1}"1_{x+n-1}" / 1_x .$$

Misma que al multiplicar y dividir por v^x y aplicar los valores conmutados ya enunciados, nos queda:

$$\ddot{a}_{x:\overline{n}|} = "D_x" + "D_{x+1}" + "D_{x+2}" + \dots + "D_{x+n-1}" / "D_x" .$$

Y siendo $N_x = \sum_{k=0}^{w-x} "D_{x+k}"$, entonces $"N_{x+n}" = \sum_{k=n}^{w-x} "D_{x+k}"$

por lo que $"N_x" - "N_{x+n}" = \sum_{k=0}^{n-1} "D_{x+k}"$, es decir que:

$$\ddot{a}_{x:\overline{n}|} = "N_x" - "N_{x+n}" / "D_x" .$$

Ahora bien, si de manera análoga se calcula la prima única neta para un seguro temporal a "n" años, ó de un seguro Dotal Puro, se obtienen las siguientes expresiones:

$$A_{x:\overline{n}|} = "M_x" - "M_{x+n}" / "D_x" \text{ en el primer caso}$$

$$\text{Y } A_{x:\overline{n}|} = "D_{x+n}" / "D_x" = E_{x:n} \text{ para el segundo caso}$$

Y dado que un plan dotal mixto es la combinación de un dotal puro y un temporal, su prima única neta es:

$$A_{x:\overline{n}|} = "M_x" - "M_{x+n}" + "D_{x+n}" / "D_x" .$$

En virtud de lo cual, es fácilmente "obtenible" la prima neta anual de cada uno de estos planes, esto es:

$$P_{x:\overline{n}|} = A_{x:\overline{n}|} \div \ddot{a}_{x:\overline{n}|} = ("M_x" - "M_{x+n}" + "D_{x+n}") \div ("N_x" - "N_{x+n}')$$

Para el caso de un Seguro Temporal a "n" años, en una persona de edad "x".

Siendo, para el caso de un dotal, la expresión:

$$P_{x:\overline{n}|} = A_{x:\overline{n}|} / \ddot{a}_{x:\overline{n}|} = "M_x" - "M_{x+n}" + "D_{x+n}" / "N_x" + "N_{x+n}"$$

Y la expresión:

$$n|P_x = A_x / \ddot{a}_x:\overline{n}| = "M_x" / "N_x" - "N_{x+n}"$$

Es la prima anual que deberá pagar una persona de edad "x" en un plan Vida pagos limitados contratado a "n" años.

Ahora bien, si a la prima neta, le agregamos los conceptos correspondientes a los gastos de administración y de adquisición, obtenemos la prima comercial o prima de tarifa, denotada por π , y vale la pena aclarar que mientras en Seguro Individual se deben considerar conceptos tales como comisión de captación, comisiones de atención, en el Seguro de Grupo y debido al volumen, estos recargos bajan considerablemente en relación a cualquier plan individual.

En nuestro país, considerando el seguro de grupo como un plan Temporal Renovable Cada Año, durante mucho tiempo se utilizó para el cálculo de la prima de tarifa, la expresión:

$$\pi_x:\overline{1}| = P_x:\overline{1}| + 0.20 P_x:\overline{1}| = 1.2 P_x:\overline{1}|$$

Tarifa que como ya se mencionó era utilizada por todas las Compañías de Seguros que operaban en el plan de Seguro de Grupo de Vida.

Respecto a la reserva, es conveniente mencionar que al

trabajar con la prima neta nivelada, y de acuerdo a lo plasmado anteriormente, en los primeros años del seguro la parte correspondiente propiamente dicho a la prima de riesgo, es inferior a lo cobrado y la diferencia existente se la llama Prima de Ahorro ó reserva y se utiliza principalmente para financiar el exceso de la prima de riesgo respecto a la prima nivelada en los últimos años del seguro.

Tradicionalmente el cálculo de la reserva se hace a través de dos métodos, el Retrospectivo el cual se basa en la experiencia pasada y el Prospectivo cuyo cálculo se basa en la expectativa futura. Actualmente existen otros métodos para el cálculo de la reserva pero basados en los arriba mencionados, así por ejemplo tenemos el método de recurrencia de Fackler, que es una variante del método retrospectivo.

De acuerdo al cálculo de primas de un Seguro, que se basan en una ecuación de valor, en la que el valor presente de las obligaciones de un asegurado es igual al valor presente de las obligaciones de la Aseguradora; considerando las primas futuras que el asegurado debe pagar en una fecha posterior a la iniciación y las obligaciones a esa fecha, de la Aseguradora, existe un diferencial que está representado precisamente por la reserva, y la expresión que nos permite obtenerla en cualquier año de vigencia "t", utilizando el método prospectivo, es:

$$tV\lambda:\bar{n} = Ax\ddot{t}:\bar{n-t} - P\lambda:\bar{n} \ddot{a}_{x+t:\bar{n-t}}$$

Para el caso de un Plan Temporal a "n" años contratado a la edad "x" y suponiendo $t < n$, donde $tV_x:\overline{n}$ es la reserva terminal al año "t" en un Seguro Temporal a "n" años.

$Ax+t:\overline{n-t}$.- Es la prima única u obligaciones de la Aseguradora a la edad de "x+t", pagadera durante "n-t" años.

$Px:\overline{n}$.- Prima Neta Anual para un Seguro Temporal a "n" años para un asegurado de edad "x".

$ax+t:\overline{n-t}$.- Valor Presente de una anualidad contingente a la edad "x+t" y durante el periodo restante "n-t".

Haciendo $t=0$, la reserva terminal en el año de contratación es:

$$0V_x:\overline{n} = Ax:\overline{n} - Px:\overline{n} ax:\overline{n}$$

Y de acuerdo a la igualdad de los valores presentes de las obligaciones entre asegurado y asegurador, el segundo miembro es igual a cero, por lo que obviamente la reserva es igual a cero.

Siendo el Plan de Seguro de Grupo un Temporal a un año, su reserva al final de cada año póliza es igual a cero.

Vale la pena aclarar que debido a que las fechas de contratación de las pólizas emitidas por cualquier Compañía de Seguros se encuentra diseminada durante todo el año, se utiliza

para efectos prácticos el concepto de reserva media, que consiste en calcular la reserva de cada plan, en una determinada época, siendo ésta la mitad del año, la cual está determinada por:

$$\overline{tVx:\overline{n}} = (\frac{1}{2})(t-1Vx:\overline{n}) + tVx:\overline{n} + Px:\overline{n})$$

o bien
$$\overline{tVx:\overline{n}} = (\frac{1}{2})(\Delta tVx:\overline{n}) + Px:\overline{n})$$

Que como ya se dijo, es utilizada para efectos prácticos y que es bastante aproximada a la realidad.

Especialmente en el plan de Seguro de Grupo, y de acuerdo al Artículo 47, fracción II de la Ley General de Instituciones de Seguros, la reserva para los seguros de vida temporales a un año, es la parte de la prima neta no devengada a la fecha de la valuación dentro del periodo de cada año en vigor, con lo que el cálculo se simplifica considerablemente.

Es importante hacer notar que en el propio Artículo 47, fracción I de la Ley General de Instituciones de Seguros, se dice que las reservas de riesgos en curso que deben constituir las Instituciones, son para el caso de vida, la calculada de acuerdo a métodos actuariales que autorice la S.H.C.F. y en ningún caso la reserva matemática de primas será menor de la que resulte de aplicar el método "Año Temporal Preliminar".

Debido a varios factores, entre los que se podría contar el

peligro que representa la Auto-asegurabilidad de los grupos, es necesario destacar que ha habido variaciones importantes en las tablas de mortalidad e interés utilizadas en el cálculo de las primas de Seguro de Grupo, como ya se mencionó anteriormente, así que se hace notar que desde su inicio hasta el año de 1958, la Tabla que se utilizó fué la S.T. Hunter con un interés actuarial del 4%, a partir de abril de 1959, se cambió a la Tabla de Experiencia Americana, y el interés se elevó al 4.5%, esto desde luego, acarreó como beneficio una considerable reducción en las primas de tarifa, lo que se puede apreciar a grosso modo, considerando que la cuota promedio en relación a la suma asegurada total y la prima pagada en los años cincuentas es de aproximadamente \$.2 al millar de suma asegurada, mientras que en los años sesentas esta cuota se reduce en aproximadamente un 22%.

Hacia mediados de los años sesenta, la tabla de mortalidad se cambió por considerarse que se apegaba más a la distribución de los asegurados de grupo en cuanto a la distribución de mortalidad, proporcionando márgenes suficientes de seguridad, a la tabla C. S. O. 41 (Comision Standard Ordinary 41), aplicando un interés del 4.5% y variándose también el concepto que hasta entonces se aplicaba de recargos para gastos.

Basándose en lo anterior y suponiendo una distribución lineal de los siniestros durante todo el año, es decir que para $0 < t < 1$, siendo "t" real; $"1x+t" = "1x"(1 - tqx)$, se tiene que:

$A_{\overline{n}|}^{(k)} = i/i$ siendo $A_{\overline{n}|}^{(k)}$ las obligaciones de la aseguradora, pagando los siniestros al final de cada periodo "k" del año.

Y sea $\overline{A}_{\overline{n}|}$ la prima única ó la obligación de la aseguradora si suponemos que los siniestros se pagan en forma continua, con lo que $\overline{A}_{\overline{n}|} = \lim_{k \rightarrow \infty} A_{\overline{n}|}^{(k)} = \lim_{k \rightarrow \infty} i/i^{(k)} A_{\overline{n}|}^{(k)}$ y sabiendo que:

$$i^{(k)} = k[(1+i)^{1/k} - 1];$$

$$\lim_{k \rightarrow \infty} i^{(k)} = \lim_{x \rightarrow 0} \{ (1+i)^x - 1 \} / x \quad (\text{haciendo } x = 1/k).$$

y aplicando L'Hopital tenemos que:

$$\lim_{x \rightarrow 0} \{ (1+i)^x - 1 \} / x = \lim_{x \rightarrow 0} \{ (1+i)^x \ln(1+i) \} / 1 = \ln(1+i)$$

Y haciendo uso de la igualdad financiera, $(1+i) = e^{\delta}$ siendo δ la tasa continua de crecimiento, se tiene por lo tanto que:

$$\ln(1+i) = \delta \quad \text{con lo que} \quad \lim_{k \rightarrow \infty} (i/i^{(k)}) A_{\overline{n}|}^{(k)} = (i/\delta) A_{\overline{n}|}^{(k)}$$

y esto implica que: $\overline{A}_{\overline{n}|} = (i/\delta) A_{\overline{n}|}^{(k)}$

Ahora bien, como $A_{\overline{1}|} = (Mx - Mx+1)/Dx$

$$= \left(\sum_{k=0}^w Cx+k - \sum_{k=1}^w Cx+k \right) / Dx, \text{ entonces}$$

$$A_{\overline{1}|} = Dx / Dx = \int_0^w dx / V^x = Vqx \text{ y por lo tanto,}$$

$A_{\overline{1}|} = (i/\delta)Vqx = (d/\delta)qx$; y puesto que $d = 1/(1+i)$, se implica que la prima neta del Seguro a un año resulta ser:

implica que la prima neta del Seguro a un año resulta ser:

$$\bar{P}_x = (d / \delta q_x) \approx v^k q_x$$

Tomando en cuenta la existencia de planes de Seguro de Grupo de Vida, en que la forma de pago no es necesariamente anual, sino que se establece en "m" periodos distribuidos en el, es importante considerar la prima neta, pagadera "m" veces al año, siguiendo los principios anteriormente plasmados, es decir:

$\bar{P}_x^{(k)} = (1/k) \bar{P}_x / \ddot{a}_{x:\bar{n}|}$ y suponiendo nuevamente una distribución lineal de los siniestros durante el año, se tiene por lo tanto que:

$$\ddot{a}_{x:\bar{n}|}^{(k)} = 1 / d [1 - A_{x:\bar{n}|} - Ex:\bar{n}|]$$

en virtud de que si en general:

$$\bar{A}_{x:\bar{n}|} = \int_0^n v^t P_x \mu_{x+t} dt = 1 - nEx:\bar{n}| - \delta \bar{a}_{x:\bar{n}|}$$

entonces, $\delta \bar{a}_{x:\bar{n}|} = 1 - nEx:\bar{n}| - \bar{A}_{x:\bar{n}|}$

Por lo tanto $\bar{a}_{x:\bar{n}|} = 1/\delta [1 - Ex:\bar{n}| - \bar{A}_{x:\bar{n}|}]$ cuando $k \rightarrow \infty$

de $\ddot{a}_{x:\bar{n}|}^{(k)} = 1/d^{(k)} [1 - \bar{A}_{x:\bar{n}|}^{(k)} - Ex:\bar{n}|]$

$$\begin{aligned} \int_0^n v^t P_x \mu_{x+t} dt &= 1/lx [(-v^t)^n]_{x+t} - \delta \int_0^n v^t "lx+t" dt \\ &= 1/lx (v^n "lx+n") - 1/lx (v "lx+0") - \delta \bar{a}_{x:\bar{n}|} \end{aligned}$$

$$de \overline{P_x}^{(k)} = (1/k) \{d/\delta q_x\} / \{[1/d^{(k)}] [1 - A_x^{(k)} - Ex:\overline{1}] \}$$

Haciendo $A_x^{(k)} = i/i^{(k)} v q_x$ y retomando que $v p_x = Ex:\overline{1}$ (Dotal 1 año)

y que $i^{(k)} = k[(1+i)^{1/k} - 1]$ es la tasa efectiva de interés por

cada periodo "k".

y que $d^{(k)} = k(1 - v^{1/k})$ es la tasa efectiva de descuento por cada periodo "k".

Por lo que la prima de tarifa en cualquier forma de pago es:

$$\overline{\pi_x}^{(k)} = (P_x^{(k)} + \theta/k) / 1 - \beta_{(k)} \quad \text{para } k = 1, 2, 4 \text{ y } 12.$$

Es decir forma de pago anual para k=1; Semestral para k=2, trimestral para k = 4 y mensual para k = 12.

Estableciéndose hasta el año 79, la fórmula que permitió encontrar, autorizada por la C.N.E.S., una tarifa aplicable en todas las compañías de seguros que operaban con Seguro de Grupo Vida, utilizando para dicho cálculo los siguientes supuestos actuariales:

Tabla de Mortalidad: CSO 41.

Interés Actuarial: $i = .045$

Y haciendo $\theta = .0015$ y $\delta = \ln(1+i) = .044016885$ y de acuerdo al valor de $K: \beta_{(1)} = .15; \beta_{(2)} = .16; \beta_{(4)} = .17$ y $\beta_{(12)} = .18$

podemos para cada $K = \{ 1, 2, 4, 12 \}$, particularizar x

$$\text{Así que } \pi_x^{(1)} = (.97831096qx + .0015) / .85 = 1.497776qx + .0017647$$

y llamando $\alpha_1 = 1.497776$ y $\Omega_1 = .001764706$ podemos reducir prima de tarifa anual a: $\pi_x^{(1)} = \alpha_1 qx + \Omega_1$

$$\text{Así por ejemplo: } \pi_{20}^{(1)} = \alpha_1 q_{20} + \Omega_1$$

$$\pi_{20}^{(1)} = (1.1497776) (.00243) + .001764706 = .00456$$

$$\pi_{30}^{(1)} = \alpha_1 q_{30} + \Omega_1$$

$$\pi_{30}^{(1)} = (1.1497776) (.00356) + .001764706 = .00585$$

$$\pi_x^{(2)} = \{ [(d^{(2)}/\delta)qx] / [2(1 - qx(1/i)^{(2)} - 1/i)] + \theta/2 \} / [1 - \beta_{(2)}]$$

Que es la prima de tarifa semestral.

Sustituyendo los respectivos valores de $d^{(2)}$, δ ; $(1/i)^{(2)} - 1/i$, θ

y $\beta_{(2)}$, se tiene que:

$$\pi_x^{(2)} = [.977940086qx + .0015] / [2(.84 - .415378436)qx]$$

Y llamando a las constantes $.977940086 = \alpha_{(2)}$ y $.415378436 = \Omega_{(2)}$

se tiene que:

$$\pi_x^{(2)} = [\alpha_2 qx +] / [2(1 - \beta_2 - \Omega_2 qx)]$$

$$\pi_x^{(2)} = [\alpha_2 qx + \theta] / [\epsilon_2 - \Omega_2 qx]$$

en donde $\epsilon_2 = 2 (1 - \beta_2)$ siempre.

$$\text{Para } \pi_x^{(4)} = \{[(d^{(4)}/\delta q_x)]/[4[1 - q_x(1/i^{(4)} - 1/i)]] + \emptyset/[1 - \beta_{(4)}]\}$$

Por lo que:

$$\pi_x^{(4)} = \{q_x[d^{(4)}/\emptyset - (1/i^{(4)} - 1/i) + \emptyset]/\{4[(1 - \beta_{(4)}) - 4(1/i^{(4)} - 1/i)]q_x\}$$

Expresión en la que sustituyendo los valores correspondientes se tiene que:

$$\pi_x^{(4)} = (.622956738q_x + .0015)/3.32 - 1.986245192q_x$$

Así que haciendo $\alpha_4 = .622956738$; $\Omega_4 = 1.486245192$ y

$$\epsilon_4 = 4(1 - \beta_4) = 3.32$$

En forma análoga, se puede demostrar que:

$$\pi_x^{(12)} = (\alpha_{12} q_x + \emptyset)/(\epsilon_{12} - \Omega_{12} q_x) \quad \text{Que es la prima de tarifa mensual}$$

En donde $\alpha_{12} = .543477452$

$$\Omega_{12} = 5.456289012$$

$$\text{y } \epsilon_{12} = 12 (1 - \beta_{(12)}) = 9.84$$

En el siguiente cuadro, se resumen los valores obtenidos, para las primas pagaderas en forma fraccionada:

en mortalidad favorable, misma que se encuentra regulada por la C.N.B.S..

En realidad podemos considerar que el reparto de utilidades en el plan de Seguro de Grupo, está determinado por tres importantes factores, a saber: Mortalidad, Interés y el recargo utilizado para los gastos de administración y de adquisición principalmente.

Respecto a la mortalidad, la utilidad por este concepto se genera cuando el uso o utilización de la tabla de mortalidad para el cálculo de la prima, no se comporta en forma adecuada en relación a la mortalidad obtenida realmente en la población asegurada para el plan de Seguro de Grupo, esto indudablemente ha mostrado a las Compañías de Seguros una educación, a través del desarrollo del plan, para ir ajustando las tablas de mortalidad utilizadas en el cálculo de las primas, por lo que podemos ver que la tabla de mortalidad utilizada hasta el año de 1958 fué la S.T. Hunter y con una tasa de interés del 4% ($i = .04$); cambiándose en abril del siguiente año por la tabla "Experiencia Americana" con un interés del 4.5% y la cual fué sustituida a mediados de los años sesentas por la CSO 41 con una tasa del 4.5%.

Todo ello generado por la preocupación de ajustar a una tabla de mortalidad cuyo comportamiento es apearse más a la realidad, siendo en el año de 1979, cuando se utilizaron diversas

tarifas en el plan de Seguro de Grupo, y seguramente el cálculo se realizó en diferentes tablas de mortalidad pero conservandose para efectos de seguridad financiera una tasa de interés uniforme del 4.5%.

Respecto a la utilidad del interés, factor muy importante, es el diferencial entre el interés actuarial que se utiliza en el cálculo de las primas, bonificando al costo de la mortalidad y el que realmente se obtiene al invertir las aportaciones de los asegurados o contratantes. En este punto, valdria la pena hacer una reflexión concienzuda, en virtud de que en la actualidad, principalmente debido a los altos índices inflacionarios, los cuales dan un rendimiento adecuado en las inversiones, por lo que es importante dar a conocer un método a través del cual es posible medir este incremento de interés. No hay que perder de vista, además que, en un Seguro Temporal, la reserva creada en el comienzo del seguro es cero, que a la mitad de la vigencia alcanza su valor máximo y que al término del plazo, nuevamente es nulo; así que en el caso del temporal renovable cada año como es el caso del Seguro de Grupo, la reserva no existe, por lo que el reparto de utilidades sólo se concede para la mortalidad favorable. Es necesario aclarar además, que las notas técnicas surgidas en los últimos años, para el cálculo de primas, incluyen un incremento considerable en la tasa de interés técnico utilizado.

En relación al factor gasto, si bien es cierto que en un momento determinado se puede obtener utilidad en el exceso de

previsión de ellos, también es cierto que en las últimas épocas, se han visto considerablemente incrementados, debido principalmente al alto costo de la vida, así como por la carrera inflacionaria en que se encuentra sumergida la economía de nuestro país.

De cualquier modo y a manera de aclaración me permito plasmar las fórmulas de dividendos para un tipo de seguro no grupal, en que se contemplan los factores de ajuste y el porqué de dicha utilización.

$$D(x, t+2) = (tVtP)(i^t - i)\alpha + R \beta G(x+t) "qx+t" (S - t+iV)\$$$

Donde:

"x" .- Edad del asegurado a la fecha de emisión.

"t" .- Vigencia de la póliza.

"i" .- Tasa de interés real obtenida por inversión.

"i" .- Interés Técnico utilizado en el cálculo de la prima.

$\alpha, \beta, \$$.- Parámetros de reparto.

"R" .- Excedente de recargo.

$G(x+t)$.- Parámetro de distribución del porcentaje de variación media de q_x con respecto a q^*x .

q^*x .- Tasa de mortalidad observada (experiencia propia obtenida varios años atrás).

q_x .- Tasa de mortalidad en cálculo de la prima.

S .- Suma asegurada unitaria por fallecimiento.

En relación a la determinación del interés real, es generalmente obtenido a través de la fórmula de Hardy, es decir:

$$i' = (2i)/(A+B - I).$$

En donde:

I.- Producto neto de inversiones.

A.- Activo invertido al principio del ejercicio.

B.- Activo invertido al final del ejercicio.

Abundando sobre el método aludido tenemos las siguientes consideraciones:

Sea i_a el monto del interés ganado anteriormente al tiempo b , sobre los siguientes b años, donde a y $b \geq 0$ y $a + b \leq 1$.

La inversión al final del año deberá ser la igual a la inversión al principio del año más el nuevo principal incluido menos el principal o capital retirado más el interés ganado, esto es:

$$B = A + n - w + I \dots\dots\dots (1)$$

Siendo A, B e I como se habian considerado y siendo n el monto del nuevo capital invertido durante el año, y w el monto total del capital invertido y retirado al tiempo t respectivamente donde $0 \leq t \leq 1$ de tal manera que:

$$n = \sum_t n_t \quad \text{y} \quad w = \sum_t w_t$$

Ahora bien, al suponer que el interés invertido I, es recibido al final del año, para $0 \leq t \leq 1$, se tiene:

$$I = iA + \sum_t n_t (1-t)^{i_t} - \sum_t w_t (1-t)^{i_t} \dots\dots\dots (2)$$

para un valor de $(1-t)^{i_t}$ suponiendo el interés compuesto, a través del año como $(1-t)^{i_t} = (1+i)^{-1}$ expresión, que sustituida a la ecuación anterior, nos permite resolverla para i, pero utilizando aproximaciones sucesivas de iteración y sustituyendo $(1-t)^{i_t}$ en (2) y resolviendo para i, se tiene que:

$$i = I / \{ A + \sum_t n_t (1-t) - \sum_t w_t (1-t) \} \dots\dots\dots (3)$$

En donde el numerador es el monto del interés devengado sobre el capital y el denominador puede ser interpretado como el monto efectivo del principal invertido. Sin embargo esta expresión no produce una tasa efectiva de interés cierta, pero si cercanos a la realidad, tan grandes como n y w son pequeños en relación a A .

Cabe mencionar que los cálculos relativos al denominador en (3) son sumamente laboriosos, de manera que corresponde a una distribución uniforme de n y w durante el año, y considerando un promedio para ello, podemos asumir que ocurren en $t=1/2$ por lo que (3) se convierte en:

$$i = I/[A + (1/2)n - (1/2)w] = I/[A + (1/2)(B - A - I)]$$

$$\text{Por lo tanto } i = 2I / (A + B - I)$$

Que es la que se puede utilizar para i' , en la fórmula del dividendo, que por otro lado, es conveniente mencionar que se utiliza frecuentemente en algunas compañías de seguros de E.U.A., pero considerando siempre que la distribución de n y w es uniforme durante el año.

Existen varios puntos relevantes en relación a la fórmula de Hardy:

Primero. - Deberá notarse que los valores de A y B dependen

del método de valuación de los bienes, de acuerdo al valor del mercado o valor comercial, o de acuerdo a costo inicial, con su correspondiente ajuste contable, puesto que el interés puede variar considerablemente si los bienes son valuados de acuerdo al valor del mercado, al valor en libros o al valor presente base.

Segundo.- El valor de I, puede variar sustancialmente, dependiendo de que las ganancias del capital sean o no incluidas en I, dependiendo a su vez del propósito perseguido en el cálculo.

Tercero.- Usualmente el valor de I es introducido posteriormente a los gastos de inversión.

Se hace necesario aclarar que en relación al reparto de utilidades en seguro de grupo, éste sólo se otorga en razón de la mortalidad favorable, pero que no sería descabelladas utilizar un ajuste en el interés y en el gasto, utilizando los parámetros adecuados en relación a la cartera que de seguro de grupo tenga cada compañía de seguros en particular. Distribuyendo el dividendo de una manera uniforme, a través de la expresión:

$$D = \left(\pi / \sum_{k=1}^n \pi \right) \left(\sum_{k=1}^n \pi - \tau - \sigma \right)$$

Estipulado en las políticas de Seguro de Grupo, sancionadas por la C.N.B.S.

Donde

$\sum_{k=1}^n \pi_k$ Total de primas obtenidas en Seguro de Grupo.

π_k La prima obtenida para la póliza " K ".

τ Recargo total para gastos de seguro de grupo.

σ Importe total de Siniestros.

Con el inconveniente de que a grupos con baja o nula siniestralidad, se verán afectados por aquellas que tuviesen alta siniestralidad, pero con la ventaja de que todas las pólizas de seguro de grupo, se verían favorecidas.

Es por esto y por razones de índole comercial, que en el mercado de seguro de grupo, es frecuente encontrarse con la aplicación de dividendos de acuerdo a la experiencia propia de cada grupo que se le considere factible para tal utilización, esto dependerá principalmente del tamaño N del grupo y la aplicación de una fórmula propia del dividendo es variable de Compañía a Compañía, en relación a su propia cartera.

En relación a N, a partir del año de 1963, se normó por

parte de la C.N.B.S., haciendo la distinción entre grupos mayores y menores a 500 personas, otorgándoles a los grupos con N < 500 el 75% de la utilidad en mortalidad y para N > 500 un máximo del 80% de la utilidad en mortalidad. Y como consideración importante se menciona que cuando se opte por una experiencia propia, la pérdida de mortalidad de un ejercicio se arrastrará hasta por tres años, absorbiendo la propia compañía el saldo restante.

De lo anterior se desprende una expresión que se utilizó en forma generalizada para el cálculo de los dividendos, del seguro de grupo, propuesta por una comisión emanada de la Asociación Nacional de Actuarios A. C., con la sana intención de que se uniformara no sólo la prima de tarifa sino también el reparto de utilidades, la expresión aludida es:

$$D = .65[.85Pd - 1.5[(SAf + SAI)/2] - S - P^r + S^r] + U^r$$

En donde :

| | | |
|----------------|---|-------------------------------------|
| D | = | Dividendos |
| Pd | = | Prima efectivamente devengada |
| SAf | = | Suma asegurada al final del año |
| SAi | = | Suma asegurada al inicio del año |
| S | = | Siniestros pagados durante el año |
| P ^r | = | Prima de reaseguro |
| S ^r | = | Siniestro recuperados por reaseguro |
| U ^r | = | Utilidad del reaseguro |

Cabe aclarar que la expresión anterior, es utilizada actualmente en el cálculo de los dividendos de aquellas pólizas que constituidas en un " Pool ", no optaron por la experiencia particular en cuyo caso, cada fórmula en particular es negociada de acuerdo a las consideraciones realizadas bajo supuestos comerciales. Para los cuales se consideran en el 65% del dividendo sino porcentajes " x " generalmente mayor que deberá ser suficiente para solventar los gastos generados por cada póliza bajo este sistema.

CAPITULO IV

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

A manera de introducción, referiré que en lo tocante a los aspectos administrativos de los seguros de grupo y los seguros colectivos, se encuentran disposiciones legales establecidas tanto en la Ley General de Instituciones de Seguros y en la Ley Sobre el Contrato del Seguro, así como en el reglamento de Seguro de Grupo.

Respecto al documento "Ley General de Instituciones de Seguros", ésta contempla de acuerdo a las reformas realizadas en enero de 1981, elementos importantes en materia de seguros en todas las ramas del seguro, que a continuación mencionaré.

En el rubro llamado de "Operación", en el análisis realizado en noviembre de 1980, por la Asociación Mexicana de Actuarios, A. C., se mencionan los puntos siguientes:

1.- Organización.

A) La C.N.B.S. puede acordar que se proceda a la remoción o suspensión de los miembros del Consejo de Administración, Comisarios, Directores y Gerentes, y de los funcionarios que puedan obligar con su firma a la institución, al considerar que tales designaciones no corresponden a personas con la suficiente calidad moral o técnica para la adecuada administración y vigilancia de las instituciones.

Esto implica que la ley protege a las instituciones aseguradoras, de la mala fe de algunos funcionarios, o ejecutivos de alto, mediano o bajo nivel inclusive, que por falta de responsabilidad o conocimiento, incurran en faltas de índole moral o técnico en contra de ellas. Desafortunadamente, no es en la mayoría de los casos, posible una fácil detección de este tipo de personal. por lo que administrativamente el sector asegurador seguirá sufriendo las consecuencias que acarrearán la falta de solidez moral, responsabilidad y conocimiento de personas involucradas en el manejo de los diversos ramos del sector.

Asimismo, y como consecuencia lógica, los asegurados y beneficiarios del seguro, también se vean afectados en sus intereses por el enquistamiento de personal indeseable.

- B) Al permitir la S.H.C.P. la autorización a las instituciones de seguros el establecimiento de cualquier clase de oficinas en el país, se podría dar cumplimiento a la tan anhelada desconcentración de las funciones en territorios en que verdaderamente es importante la existencia de sucursales de instituciones aseguradoras, con plenas facultades para actuar en cualquier tipo de operación derivada del contrato del seguro, y no sólo como meros receptores de documentación, lográndose de este modo un servicio integral que satisfaga las necesidades de todos los involucrados en la operación del seguro.

Particularmente, me refiero a las empresas aseguradoras cuyos asegurados se encuentran diseminados por el interior de la República y que prácticamente se encuentran en un total desamparo, debido a las dificultades que para hacer cualquier trámite de sus seguros se les presentan. Aún cuando existen agentes en sus lugares de origen, éstos ni están facultados de acuerdo a la ley del contrato de seguro, ni están preparados para resolver cualquier problema que al contratante del seguro le pueda surgir.

II) Intermediación.

A) La C.N.B.S. otorgará autorización para ejercer la actividad de agente de seguros en una o varias operaciones o ramos a las siguientes personas que satisfagan los requisitos establecidos en el reglamento respectivo:

a) Personas físicas vinculadas a las instituciones de seguros para una relación de trabajo, para desarrollar esta actividad.

Frecuentemente son los gerentes de ventas o ejecutivos de cuenta, a quienes se les otorga esta facultad por parte de las instituciones aseguradoras, resultando al menos para las instituciones privadas, los mencionados en primer término, quienes resultan económicamente bien remunerados, en relación a las instituciones

nacionales, resulta difícil poder sortear esta dificultad, en virtud de que realizan una labor de contratación verdaderamente notable, pero sin esfuerzos, en comparación a las realizadas por los agentes sujetos de contratos mercantiles, no se ven justamente remunerados.

b) Personas físicas que se dediquen a esta actividad con base en contratos mercantiles, quienes como expuse en el inciso anterior, se encuentran mayormente remunerados aunque la justipreciación del trabajo no sea medida correcta.

c) Personas morales que se constituyan para operar en esta actividad, encontrándose en este caso los llamados corredores de seguros, empresas que se constituyen, más que para comercializar con el seguro, para especular con dicho comercio, en virtud de que es frecuente que provoquen competencia desleal, aún a costa del sacrificio de sus percepciones reales, entre las instituciones aseguradoras, que no obstante de percatarse de tal situación lo siguen permitiendo.

d) Las actividades que realicen los agentes de seguros estarán sujetos a las disposiciones establecidas en la Ley General de Instituciones de Seguros, y en el reglamento respectivo.

D) El establecimiento, cambio de ubicación y clausura de oficinas de los agentes, requerirán autorización de la C.N.B.S., lo cual resulta muy positivo, en virtud de que esta situación evita que se extralimiten de sus territorios establecidos.

E) Excepto en el caso de los agentes que presten sus servicios a las instituciones mediante relaciones de trabajo, la S.H.C.F. fijará el volumen máximo de las primas de seguro o de reaseguro que una institución pueda emitir y de reaseguro pueda ceder, con la intervención de un solo agente o intermediario.

Medida muy positiva, pues existen en el mercado agentes que por el solo hecho de tener influencias con el contratante, logran de manera desprendida y que resulta desproporcionada e injusta, un impresionante volumen de comisiones realizando un trabajo o esfuerzo casi nulo.

Respecto a lo anterior, la S.H.C.F., debería adecuar sus controles de manera eficiente, a través de la C.N.B.S. con objeto de hacer cumplir en todo su rigor esta disposición.

F) Las instituciones no podrán otorgar cantidad alguna con base en el volumen de los seguros que se coloquen y ni las instituciones ni los agentes podrán conceder a los asegurados reducción en primas, participación de utilidades, comisiones o cualquier otra ventaja no

especificada en la póliza, salvo en casos especiales determinará la S.H.C.F. así como el primer caso autorice la C.N.B.S.

Las autoridades en este sentido, al concederse tienen por objeto promover los seguros de carácter social.

También en este caso se encuentran las empresas del Sector Oficial, que al cumplir con los diversos decretos sobre la contratación con las Instituciones Nacionales, se revierte a manera de reducción autorizada, la comisión que corresponde al agente, contratando directamente con la institución.

Esto tiene por objeto que los recursos destinados para el bienestar de los empleados de las empresas del Sector, generen de algún modo una recuperación dentro del mismo Sector Oficial.

No obstante, de que queda claramente establecido en el Decreto Presidencial del 15 de mayo de 1981, en el que incluso se marca una total obligatoriedad, existen empresarios del Sector Oficial que hacen caso omiso de tal compromiso, motivados quizá por algún interés particular.

III.- Reaseguro.

A) Las instituciones de seguros sólo podrán utilizar los servicios de intermediarios para la celebración de las operaciones de reaseguro, en caso de residentes en el país, cuando se trate de personas que cuenten con autorización de la C.N.B.S.

B) Se establece el registro general de reaseguradoras que llevará la S.H.C.P., sujetándose éstas a los límites que establezca la C.N.B.S. sobre las responsabilidades que acepten del Sistema Asegurador Mexicano.

- Al respecto, me permito opinar que esta medida tiene por objeto evitar una fuga de divisas, sin embargo, es necesario estar conscientes que el Sistema Asegurador Mexicano no tiene una estructura sólida, que le permita operar el reaseguro adecuadamente y soportar los fuertes riesgos que con el proceso inflacionario que sufrimos en la actualidad, se han incrementado notablemente, aún cuando la captación de primas se hubiere, por la misma razón, incrementado en una proporción similar.

C) Se restringe el volumen de primas en reaseguro que una institución de seguros puede tener con la intervención de un solo intermediario.

D) Las instituciones no podrán practicar las operaciones de reaseguro, tanto en su carácter de cedentes como de cesionarios con sus sucursales o aquellas instituciones

que constituyan riesgos comunes por sus nexos patrimoniales o de responsabilidad. Con esta disposición se trata de evitar la monopolización en las operaciones de reaseguro, así como evitar, en caso de riesgos catastróficos, que el volumen de riesgos sea excedido por tales consorcios, y que al no soportar dichos riesgos, dejen de cumplir con sus obligaciones hacia los asegurados y se haga inminente una situación de quiebra.

IV.- Servicios Externos.

Las instituciones de seguros se sujetarán a las reglas de carácter general que dicte la S.H.C.P. en cuanto a los servicios que contraten para el cumplimiento de sus obligaciones derivadas de las pólizas de seguro, así como a los demás servicios que contraten y operaciones que efectúen con otras empresas.

- Esta disposición puede garantizar que aquellas empresas aseguradoras que por su estructuración y la imposibilidad de toda índole para reestructurarse adecuadamente en función del servicio prestado, cuenten con los servicios profesionales de empresas auxiliares, empresas de agentes, agentes o cualquier persona física o moral que reúna los requisitos necesarios, a fin de atender en forma adecuada a sus contratantes, sobre todo en los planes de seguro de grupo y colectivo.

V.- Control de Gastos.

La C.N.B.S., fijará para cada operación, ramo o subramo, el importe máximo de primas que podrán utilizar las instituciones para gastos de administración y adquisición en las operaciones para que estén concesionados, señalando las partidas que deban considerarse en dichos gastos y el importe máximo que corresponde a cada una de ellas.

- Esta disposición es sumamente importante, en virtud de que no permite que las instituciones aseguradoras fijen arbitrariamente los porcentajes que para gastos contemple, evitando así que estos sean ficticios y no aplicables a la realidad, de tal suerte que se cometan abusos contra los contratantes o asegurados.

VI.- Registros.

A) Las instituciones deberán realizar cada una de sus operaciones en departamentos especializados y afectará y registrará separadamente en libros, el capital y reservas de capital, las reservas técnicas quedarán afectadas a cada departamento.

- Con esto, se trata de implementar un control absoluto en cuanto a la administración en la operación y los servicios prestados por las compañías aseguradoras, con objeto de detectar fácilmente cualquier anomalía existente al

respecto y evitar que la desviación se incremente, coadyuvando a optimizar los servicios prestados por el bien de los contratantes, asegurados y beneficiarios..

B) El registro de siniestros y vencimientos deberá llevarse al día.

- En este caso cabe ampliar mi comentario hecho respecto al inciso anterior, en virtud de que el asegurado o beneficiario vislumbra como efectividad en el servicio el pago de sus reclamaciones en forma oportuna ágil y bien realizada, puesto que la obligatoriedad final de toda empresa aseguradora es el de pagar los siniestros que se presenten a sus asegurados, tratando de hacerlo en la forma que el asegurado o beneficiario espera.

Además se deberá partir de la base que el seguro es un contrato de buena fe.

Considero que se debería legislar respecto a este punto, limitando el tiempo máximo en que deba de hacerse un pago de la obligación y agilizando dicho trámite tanto en papeleo como en el trámite mismo.

Considero que un volumen excesivo de asegurados, como se presenta en algunas compañías aseguradoras, y que en consecuencia hace también voluminoso el número de

reclamaciones, no exenta a tales empresas para que cubran rápida y eficientemente sus obligaciones, estando con mayor razón, obligadas a la creación de sistemas internos que les permitan satisfacer tales requisiciones.

VII.- Disposiciones Administrativas.

A) El negativo de copias microfilmadas que las instituciones obtengan de sus documentos tendrá en juicio el mismo valor probatorio que los mismos documentos.

- Que trae como consecuencia que se agilicen los métodos administrativos a través de técnicas modernas que optimizan dichos procedimientos.

B) No se podrá disponer de las reservas para fondos de pensiones o jubilaciones del personal y de primas de antigüedad, salvo para cumplir las obligaciones asumidas a favor de asegurados o beneficiarios, por tanto los bienes en que se efectúen las inversiones de estas reservas son inembargables.

- Esta disposición parece contradictoria, tal y como se presenta, puesto que se utilizan o no, aún a sabiendas que en caso de disolución, es el asegurado y el beneficiario el acreedor en primer instancia, sin embargo, valdría la pena estudiarla a fondo y aclararle lo mejor posible.

C) Se requiere previa aprobación de la C.N.B.C., para cualquier clase de publicidad o propaganda relacionada con sus operaciones.

- Muy importante, pues se evita el caer en contradicciones o falta de cumplimiento por parte de las compañías aseguradoras, que ya sea por dolo o falta de conocimiento, prometen o recomiendan situaciones que llegan a caer en el absurdo.

D) Se otorga un mes a las instituciones después del cierre de ejercicio para presentar el balance anual a la C.N.B.S., que deberán publicar en el "Diario Oficial de la Federación" y en un diario de los de mayor circulación. La C.N.B.S. podrá discretamente, autorizar a las instituciones a repartir parcialmente las utilidades, aún cuando no se haya aprobado el balance.

- Todo esto acarrea como consecuencia, que den cumplimiento a preceptos de efectivo control administrativo, en bienestar propio y los directamente involucrados en las operaciones del seguro.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Independientemente de los comentarios realizados en algunos capítulos, considero que es importante recalcar que el plan que he pretendido enfocar a través de diversos aspectos, reviste una importancia fundamental en el mercado de seguros, tanto para las Compañías Aseguradoras como para quienes aprovechan sus bondades.

Es decir, existe un gran futuro mercantil en el ramo de vida, debido a las ventajas que el plan de Seguro de Grupo Vida ofrece a quienes lo contratan, tanto en el aspecto administrativo como en otros rubros, entre los que se cuentan el aspecto económico y el aspecto fiscal.

En efecto, una vez implantado un Plan de Seguros para determinada empresa, en la cual ha existido mortalidad favorable en determinado ejercicio fiscal, el costo del Seguro de Grupo, para, al menos el siguiente año, resultará relativamente bajo debido a la aplicación del dividendo.

En lo referente a la situación fiscal, es importante señalar que para la empresa contratante existe una deducibilidad por gastos de previsión social, siempre y cuando, éstos se efectúen de manera general para todos los empleados de la empresa. Habiendo además un ahorro en el reparto de la utilidad neta, de por lo menos el 10%

Tocante al empleado o funcionario que se encuentra amparado bajo el Plan de Seguro de Grupo Vida, también existirá la ventaja que le pueda dar la tranquilidad de no dejar en total desamparo a sus seres queridos si llegara a fallecer, puesto que sin desembolso de su parte o con una pequeña aportación, según lo pactado con la empresa, gozará del aseguramiento que de otra forma, tal vez ni siquiera lo hubiera pensado.

En relación al aspecto técnico del Plan de Seguro de Grupo, valdría la pena hacer algunas reflexiones, sobre todo si consideramos que en la actualidad se han acumulado una serie de valiosas experiencias, que no habría por que desperdiciar, tales como la estadística de mortalidad entre otras.

De igual forma, sería interesante reflexionar sobre el importante renglón del costo financiero, que de una u otra manera afecta la economía del País, y que no obstante el grado de responsabilidad que en materia de protección se ha desarrollado, se corre el peligro de buscar alternativas de seguridad grupal que no afecten los intereses de quienes persiguen ya no jugosas ganancias sino simplemente utilidades honrosas, cualquiera que sea el giro de sus negocios, provocando con é ello, un desquiciamiento para el ramo de vida, y sobre todo, en los planes complementarios a la Seguridad Social, tales como los planes Colectivos o Grupales de Vida.

Relativo a los aspectos que en materia legal se han tratado en este trabajo, es mi opinión que al efectuar cualquier reforma,

se lleve a cabo un consenso, tanto en los niveles directivos de las Compañías de Seguros, como en todos los profesionales que de un modo u otro se ven involucrados en el manejo del Plan de Seguro de Grupo Vida.

Finalmente, considero que el desarrollo del Plan de Seguro de Grupo Vida, puede tener un gran futuro, siempre que el avance de la técnica actuarial, aunada a la metamorfosis administrativa que la época requiere y exige, se adecúe a las necesidades tanto de los usuarios del Plan, como de quienes promueven, implantan y manejan dicho plan.

BIBLIOGRAFIA

Anuario Estadístico de Seguros
Comisión Nacional Bancaria y de Seguros.
1971 a 1984.

Eilers and Crowe
Group Insurance Hand Book
Richard D. Irwin, Inc.
1965.

Escobedo Villalón Gilberto
El Seguro de Vida en la Economía Mexicana
Tesis Profesional (UNAM)
1965.

Haas Maldonado Ismael
Sistema de Reparto de las Utilidades por Mortalidad
Favorable en los Seguros de Grupo de Vida
Tesis Profesional (UNAM)
1964.

Mc Clean Joseph B.
El Seguro de Vida
Mc Graw-Hill Book Company Inc.
SECSA 2a. Ed. 1975.

Magee John H.
El Seguro de Vida
UTENA 1964.

Tolado Mendoza César
Dirección de Ventas de una Compañía de Seguros
Tesis Profesional (IFN)
1979.

De La Cueva G. Benjamin
Tablas Financieras y Actuariales
México 1967.

Chester Wallace Jordan, Jr.
Life Contingencies
The Society of Actuaries
1967.

D. W. A. Donald
Compound Interest and Annuities-Certain
CAMBRIDGE 1963.

Robert C. Winters - Russell R. Jensen
Society of Actuaries
Transactions. 1978.

Stephen G. Kellison
The Theory of Interest
Richard D. Irwin, Inc.
1970.

Ley General de Instituciones de Seguros
México 1982.

Ley Sobre el Contrato del Seguro
México 1982.

Reglamento de Seguro de Grupo
México 1982.