

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS  
ACTUARIA



## VERSATILIDAD EN LA IMPLEMENTACION Y ADMINISTRACION PARA EL AHORRO EN PLANES ASEGURABLES DE GRUPO VIDA Y GASTOS MEDICOS MAYORES

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
A C T U A R I O  
P R E S E N T A  
LIGIA ORTIZ ORTIZ

DIRECTOR DE TESIS : ACT. GUILLERMO QUIROZ ESCALANTE

MEXICO, D. F.

1994

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **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.

**Gracias:**

**A ti Señor por tu inmenso amor, yo también te amo.**

**A mis padres por su paciencia y todas las bendiciones que me han dado a lo largo de mi vida, benditos sean.**

**A mis queridas hermanas, hermano y cuñados por su apoyo y amor.**

**A mis abuelos y sobrinos, por todo lo que he aprendido de ellos.**

## INTRODUCCION

El análisis histórico-jurídico de Andrés Molina Enríquez, adoptado por el Club Liberal Mexicano de los hermanos Flores Magón, constituyó la base ideológica para que, al triunfo de la Revolución Constitucionalista, el Congreso Constituyente 1916-1917 plasmara, en la Ley Fundamental que rige a la nación mexicana, las disposiciones consignadas en el artículo 123, que norman las relaciones obrero-patronales y que, en consecuencia, consignan normas básicas de seguridad social como un derecho irrenunciable del trabajador. Posteriormente se crearon y promulgaron, como leyes reglamentarias del precepto citado, la Ley Federal del Trabajo y la legislación relativa a la salud pública y a la seguridad social.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos a que se hace referencia, conforme a las tendencias del principio del siglo en curso, fue la primera en el mundo en establecer predicados de carácter social, que han sido fundamentales para la creación ulterior de las instituciones de seguridad social que, con la participación activa del Estado, de los empresarios y de los asalariados, amparan al trabajador y a sus dependientes económicos contra las enfermedades, los accidentes, las incapacidades temporales y permanentes, así como contra la senectud, mediante la prestación de servicios médicos y hospitalarios de alta especialización inclusive, el suministro de medicamentos y servicios de rehabilitación, y mediante el otorgamiento de pensiones vitalicias por vejez, viudez y orfandad.

No obstante la bondad de estas prestaciones, el transcurso del tiempo y los acelerados y trascendentes cambios en los campos económico y social, a nivel mundial, han provocado la insuficiencia de las mismas en los casos de

incapacidad total y permanente, de vejez y de muerte de los asegurados, en perjuicio de ellos mismos y de sus dependientes económicos, lo que provoca en ellos una reacción de temor y sensación de inestabilidad económica que repercute en un desempeño deficiente de su rendimiento laboral y en una baja calidad de servicios que, a su vez, perjudica y desalienta al sector empresarial inversionista.

En una postura de adecuación a la realidad económico-social vigente en estos momentos, en un contexto neoliberal, se evidencia la necesidad del desarrollo de acciones privadas, cuyo resultado conjunto las encamina al reconocimiento del derecho humano a disfrutar de un servicio privado en caso de pérdida de la vida o de la necesidad de incurrir en gastos médicos mayores, mediante la creación de instrumentos de financiamiento que hagan posible a las empresas amparar al trabajador y a su familia en caso de sobrevenir alguna de esas eventualidades patológicas y, en casos de muerte, contar con las herramientas necesarias para la protección de los familiares, así como, a virtud de la edad avanzada del trabajador, mediante el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) se previene la tranquilidad económica del asalariado proyectivo.

Las condiciones actuales de crisis y austeridad han afectado los recursos que las empresas privadas deben destinar a la tranquilidad económica, el mejoramiento y la estabilidad emocional de sus trabajadores, en el orden cuantitativo, dentro de los citados servicios, por lo que se hace necesaria la contratación de medios diversificados de financiamiento que, según la composición del personal de cada empresa, proporcione la oportunidad de abatir los costos de esos mismos servicios.

El presente estudio principia por analizar las formas más prácticas de utilización de los diversos tipos de financiamiento en planes asegurables, con el propósito de lograr el mayor ahorro posible a las empresas, sin perjuicio de

la implantación de los planes más adecuados. Por tanto, en primer lugar se describen cada una de las coberturas existentes y las circunstancias más convenientes para contratarlas en beneficio del personal que les presta sus servicios, conforme a los riesgos que se pretenda cubrir por medio de los planes de seguros Grupo Vida y de Gastos Médicos Mayores, sin perder de vista la plataforma jurídica que da la oportunidad de hacer partícipe al Estado en la cobertura de los costos de beneficio social que se otorga al sector asalariado mediante la exención o deducibilidad en obligaciones fiscales a cargo de las empresas, lo que imprime una característica de versatilidad a las erogaciones que hagan las empresas en la toma de esos planes, así como la diversidad de opciones existentes para que la inversión empresarial se aproveche en forma total y benéfica tanto para el empresario como para el trabajador, al mismo tiempo que se releva al propio Estado, en forma parcial, de la responsabilidad de preservar, por sí solo, la seguridad social.

A continuación, se procede al análisis de cada uno de los tipos de financiamiento existentes en el mercado, que fundamentalmente se pueden dividir en tres grandes ramos:

- Planes Asegurables.
- Planes de Flujo de Efectivo.
- Coberturas de Exceso de Pérdida.

Resulta conveniente aclarar que, para los planes de vida, sólo se cuenta con estadísticas basadas en el comportamiento de los riesgos de muerte e invalidez, en tanto el ramo de gastos médicos mayores carece de las estadísticas necesarias para poder efectuar el análisis del pasado y, así, estar en capacidad de calcular un estimado a futuro, pues gran parte de la utilización de este beneficio se da por frecuencia y no por severidad, según la experiencia adquirida en el ramo.

No obstante, de acuerdo a la composición de la población, aunados al beneficio que se pretenda otorgar, existen instrumentos que pueden proporcionar un estimado de la frecuencia de uso del citado beneficio.

Por último, el presente estudio pretende ofrecer opciones para resolver el aspecto cuantitativo, sin perder de vista el seguimiento de una estrategia que, a su vez, no descuide los problemas de carácter cualitativo, ya que tanto de la estructura del plan implantado como del costo que represente para la empresa que lo contrate, dependerá la creación de un plan adecuado y estable, es decir, no un plan que sólo funcione bien durante su primer año de vigencia, pero que posteriormente se encarezca a causa de un manejo inadecuado de cualquiera de sus factores.

Al establecer la importancia de la asesoría profesional a las empresas que aspiren a modernizar el sistema de seguridad social, se enfatiza y justifica la importancia de un eficaz diseño del plan y sus directrices, de la recopilación de información auténtica, de la cuantificación del plan, de la oportuna y atinada toma de decisiones, de la implantación eficaz de los planes elegidos y del aprovechamiento al máximo de la inversión de cada empresa, todo ello dentro de un marco de racionalidad y congruencia con la realidad empresarial. El presente estudio pretende plantear, dentro del campo de los seguros, la modernización de la previsión social mexicana.

Se espera que este documento constituya una humilde aportación positiva al impulso del ramo de seguros como factor de importancia que es dentro del sistema de seguridad nacional.

## **CAPITULO 1**

### **1. SOPORTE FISCAL PARA PLANES ASEGURABLES DE SEGURO DE GRUPO VIDA Y GASTOS MEDICOS MAYORES**

Una de las principales razones por la cual las empresas otorgan a sus empleados como prestación los beneficios de **GRUPO VIDA** y **GASTOS MEDICOS MAYORES** se debe a la posibilidad de deducir de impuestos el costo de dichos beneficios.

Por tal motivo se analizará la plataforma jurídica que le da soporte a estos beneficios.

#### **1.1. LEY FEDERAL DEL TRABAJO**

##### **Artículo 8o. (Definición de Trabajadores)**

"Trabajador es la persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado.

Para los efectos de esta disposición, se entiende por trabajo toda actividad humana, intelectual o material, independientemente del grado de preparación técnica requerido por cada profesión u oficio".

##### **Artículo 9o. (Definición de Trabajador de Confianza)**

"La categoría de trabajador de confianza depende de la naturaleza de las funciones desempeñadas y no de la designación del puesto.



Son funciones de confianza las de dirección, inspección, vigilancia y fiscalización, cuando tengan carácter general, y las que se relacionen con trabajos personales del patrón dentro de la empresa o establecimiento".

#### Artículo 84 (Integración del Salario)

"El salario se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo".

Lo anterior proporciona las bases para determinar, mediante comparación, los trabajadores a los cuales se les pueden otorgar estos beneficios.

Ahora bien, es fundamental referirse a la Ley del Impuesto Sobre la Renta y al Reglamento que la rige para poder llevar a cabo la deducibilidad de impuestos, principal característica que tienen dichos planes cuando forman un grupo y son pagados al 100% por el patrón, o bien son contributivos de acuerdo a lo que se establece a continuación en la Ley del Impuesto sobre la Renta.

## **1.2. LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA**

#### Artículo 24 (Requisitos Generales para las Deducciones)

"Las deducciones autorizadas en este Título deberán reunir los siguientes requisitos:"

[ ... ] "Gastos de Previsión Social.

XII.- Que cuando se trate de gastos de previsión, las prestaciones correspondientes se destinen a jubilaciones, fallecimientos, invalidez, servicios médicos y hospitalarios, subsidios por incapacidad, becas educacionales para sus trabajadores o sus hijos, fondos de ahorro, guarderías infantiles o actividades culturales o deportivas y otras de naturaleza análoga".

[ ... ] "Generalidades.

Dichas prestaciones deberán otorgarse en forma general en beneficio de todos los trabajadores".

[ ... ] "Planes de Previsión Social.

En todos los casos deberán establecerse planes conforme a los plazos y requisitos que se fijen en el reglamento de esta Ley".

#### Artículo 77 (Ingresos Exentos)

"No se pagará el impuesto sobre la renta por la obtención de los siguientes ingresos:"

[ ... ] "Reembolso de gastos médicos y de funeral.

IV.- Los percibidos con motivo del reembolso de gastos médicos, dentales, hospitalarios y de funeral que se concedan de manera general, de acuerdo con las leyes y contratos de trabajo".

[ ... ] "Ingresos derivados de contratos de Seguro.

XXII.- Las cantidades que paguen las instituciones de seguros a los asegurados y sus beneficiarios cuando ocurre el riesgo amparado por las

pólizas contratadas, así como los que por dividendos, intereses o por la terminación del contrato o valor de rescate del mismo se entreguen a quien contrató el seguro o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado, siempre que no se trate de seguros relacionados con bienes de activo fijo".

Las ventajas que representa, tanto para el trabajador como para el patrón, son las que se mencionan en el artículo 77 anteriormente expuesto, ya que permite al patrón deducir de impuestos los pagos por concepto de primas, los dividendos, intereses o valores de rescate de las pólizas contratadas y, por otra parte, lo que percibe el trabajador por concepto de reembolso de gastos médicos efectuados o bien sus beneficiarios en caso de fallecimiento de aquél.

La Ley del Impuesto sobre la Renta da la pauta para el otorgamiento de prestaciones para los trabajadores en general; no obstante, el Reglamento que la rige permite otorgar diferentes tipos de prestación a los trabajadores de acuerdo a lo siguiente:

### **1.3. REGLAMENTO DE LA LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA.**

#### **Artículo 19 (Gastos de Previsión Social)**

"Los gastos de Previsión Social a que se refiere la fracción XII del artículo 24 de la Ley satisfarán los siguientes requisitos:

**Generalidad.**

**I.- Que se otorguen en forma general.**

**II.- Que se otorguen a todos los trabajadores sobre las mismas bases a menos que se trate de:**

- a) Planes de Previsión Social a favor de empleados de confianza y de los demás trabajadores, los cuales podrán contener beneficios diferentes para unos y otros;**
- b) Planes para trabajadores de una misma empresa en la que existan varios sindicatos, en cuyo caso los beneficios pactados con cada sindicato podrán no ser equivalentes;**
- c) Personal sometido a un riesgo sensiblemente mayor al resto de los trabajadores, en cuyo caso la naturaleza del riesgo debe ser concordante con la del beneficio y, éste será independiente de que se trate de empleados de confianza o de los demás trabajadores.**
- d) Personal que labore en establecimientos ubicados en el extranjero, los cuales podrán tener beneficios diferentes por país.**

**III.- Que tratándose de Planes de Seguros de Vida sólo se asegure a los trabajadores".**

#### **Artículo 20 (Deducción de los Gastos de Previsión Social)**

**"Para la deducibilidad de los gastos de previsión social a que se refiere el artículo anterior se observará lo siguiente:**

**I.- Si el importe de los gastos de previsión social previstos en el plan que correspondan a empleados de confianza, considerados con los que concedan las instituciones públicas de seguridad social, son proporcionalmente mayores, para salarios superiores, sólo podrán deducirse del gasto total**

incurrido el que correspondería si se les hubiera otorgado a todos los participantes los beneficios aplicables a los salarios menores. La diferencia no será deducible. La limitación a que se refiere esta fracción deberá considerarse en forma independiente tratándose de los casos a que se refiere el artículo 19 fracción II, incisos c) y d), de este Reglamento. No se aplicará lo dispuesto en esta fracción cuando los beneficios sean proporcionalmente superiores para salarios menores.

II.- En ningún caso los beneficios a los empleados de confianza que se establezcan en cada uno de los planes serán proporcionalmente superiores a los que se otorguen a los demás trabajadores conforme a dichos planes, considerados con los que proporcionen las Instituciones Públicas de Seguridad Social.

Para determinar, en su caso, los gastos no deducibles, se dividirá el importe de los gastos en el ejercicio correspondiente a cada grupo entre sus sueldos en el mismo período; si el cociente que corresponda al grupo de empleados de confianza es superior a los demás trabajadores, la diferencia se multiplicará por el importe de los sueldos de los empleados de confianza, obteniendo así el resultado deseado. Los sueldos a que se refiere esta fracción serán calculados a base de salario cuota diaria.

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

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

**Artículo 23 (Deducibilidad de Gastos de Previsión Social)**

"Los gastos que se hagan por concepto de Previsión Social, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 24 fracción XII de la ley deberán cumplir los siguientes requisitos:

I.- Que se efectúen en territorio nacional, excepto los relacionados con aquellos trabajadores que presten sus servicios en el extranjero, los cuales deberán estar relacionados con la obtención de los ingresos del contribuyente.

II.- Que se efectúen en relación con trabajadores del contribuyente y, en su caso, con el cónyuge o la persona con quien viva en concubinato, o con los ascendientes o descendientes cuando dependan económicamente del trabajador, incluso cuando tengan parentesco civil, así como los menores de edad que satisfaciendo el requisito de dependencia económica vivan en el mismo domicilio del trabajador. En el caso de prestaciones por fallecimiento no será necesaria la dependencia económica."

Es necesario considerar que en la actualidad existe otro medio fiscal mediante el cual la empresa está aportando un porcentaje del sueldo del empleado, con el fin de crearle un seguro de retiro; dicho instrumento es el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), el cual deberá considerarse dentro de la planeación general del paquete de prestaciones al empleado. Por lo tanto a continuación se mencionarán los artículos en la Ley del Seguro Social relacionados con el SAR que serán de utilidad.

#### **1.4. LEY DEL SEGURO SOCIAL.**

Artículo 183-A (De qué manera enterarán los patrones el importe de las cuotas correspondientes al ramo de retiro).

"Los patrones están obligados a enterar al Instituto Mexicano del Seguro Social, el importe de las cuotas correspondientes al ramo de retiro, mediante la constitución de depósitos de dinero en favor de cada trabajador en la forma y términos señalados en el presente capítulo".

Artículo 183-B (Importe de las cuotas a pagar correspondientes al ramo de retiro).

" Las cuotas a que se refiere el artículo anterior, serán por el importe equivalente al 2% del salario base de cotización del trabajador".

Por último, es necesario revisar la Ley del Impuesto al Valor Agregado con el fin de determinar qué planes están exentos de este impuesto.

## **1.5. LEY DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO.**

Artículo 15 (Prestaciones de Servicios Exentas)

" No se pagará el impuesto por la prestación de los siguientes servicios:"

[ ... ] "IX. El aseguramiento contra riesgos agropecuarios y los Seguros de Vida, ya sea que cubran el riesgo de muerte u otorguen rentas vitalicias o pensiones, así como las comisiones de agentes y los reaseguros, que correspondan a los seguros citados".

Artículo 17 (Momento de causación del Impuesto por prestaciones de servicios)

" En la prestación de servicios se tendrá obligación de pagar el impuesto en el momento en que sean exigibles las contraprestaciones a favor de

quien los preste y sobre el monto de cada una de ellas. Entre dichas contraprestaciones quedan incluidos los anticipos que reciba el prestador de servicios. Tratándose de seguros y fianzas, las primas correspondientes darán lugar al pago del impuesto al valor agregado en el mes en que se paguen".

Todo el soporte fiscal mencionado anteriormente no tiene ninguna validez si no es llevado a la práctica o, mencionado de otra forma, aplicado en casos concretos.

No obstante lo anterior, se recomienda que para la implantación de los planes de Grupo Vida y Gastos Médicos Mayores se consulte a los peritos actuariales.



## CAPITULO 2

### 2. DEFINICIONES

A continuación se darán las definiciones necesarias para la comprensión del presente trabajo, desglosando, en primer término, las definiciones comunes a los dos tipos de planes (Grupo Vida y Gastos Médicos Mayores) y, posteriormente, las que se refieren a cada uno de los planes por separado.

#### 2.1. DEFINICIONES RELATIVAS A AMBOS PLANES

Administradora.- Persona moral que tiene, dentro de sus objetivos en el Acta Constitutiva, la facultad de administrar a un tercero un plan de Grupo Vida o Gastos Médicos Mayores. En este trabajo se podrá entender por administradora a la Aseguradora.

Aseguradora.- Sociedad Anónima que tiene autorización de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para aceptar riesgos a cambio de una prima preestablecida.

Contratante.- Es aquella persona que aparece como titular del Plan y que se compromete a realizar los pagos que amparen los beneficios.

Período de Gracia.- Lapso de 30 días naturales que tiene el contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las parcialidades pactadas en el contrato; durante este período el asegurado goza de la cobertura de la póliza.

Período de Riesgo no Ocurrido.- Lapso posterior al periodo de gracia

durante el cual el contratante no goza de la cobertura de su póliza, dado que el contratante no ha liquidado la prima correspondiente.

Rehabilitación.- Reactivar un plan cancelado.

Cobertura Provisional.- Período de 30 días durante el cual el asegurado se encuentra cubierto bajo las mismas condiciones de la vigencia anterior de una póliza, mientras se reciben los datos generales y las condiciones de la nueva vigencia de su póliza, para la renovación definitiva de la misma. También se entiende como cobertura provisional cuando el asegurado se encuentra cubierto bajo las condiciones ya pactadas con anterioridad, pero se da un cambio de aseguradora o la implantación del beneficio a una empresa.

Prima Devengada.- Es la parte proporcional del costo pagado correspondiente al tiempo transcurrido.

Prima en Depósito.- Porcentaje de la prima esperada que se destina para pagar los riesgos en curso en un período de tiempo determinado.

Prima Neta.- Será el costo anual correspondiente a cada uno de los participantes, sin incluir el recargo por pago fraccionado, derecho de póliza e I.V.A.

Prima no devengada.- Es la parte proporcional del costo pagado correspondiente al tiempo no transcurrido.

Prima Prorrata.- Es la parte proporcional del costo anual correspondiente a un período menor a la vigencia de la póliza.

Solicitud Maestra.- Documento en el cual el contratante proporciona a la compañía de seguros las características del plan que desea contratar, así

como la información del personal que gozará del beneficio. Dicha solicitud deberá estar fechada y firmada por el contratante.

Dividendo.- Es la participación que le corresponde, al contratante, de las utilidades que obtenga la administradora en la operación del plan de gastos médicos mayores, así como en el plan de grupo vida.

Experiencia Conjunta.- Tipo de experiencia en el que únicamente podrán canalizarse aquellos planes que tengan contratado un seguro de Gastos Médicos Mayores y de Grupo Vida, y que por sus condiciones especiales y el número de asegurados deberán analizarse de manera particular, considerando los resultados de siniestralidad de ambos ramos conjuntamente, para que, de esta forma, sea determinado el dividendo total a otorgar en ambos seguros.

Experiencia Global.- Tipo de experiencia en el que únicamente podrán considerarse aquellos negocios que por sus condiciones y/o número de asegurados deberán analizarse con pólizas de la cartera de Gastos Médicos Mayores y de Grupo Vida, tomadas por ramo, de una misma aseguradora, para que de esta forma se puedan calcular los dividendos a otorgar a cada ramo, considerando las primas iniciales y los siniestros tenidos durante el año, por toda la cartera integrante, actualmente este dividendo sólo se otorga al ramo de grupo vida, y se otorga a cualquier negocio que forme un grupo auténtico siempre y cuando no se haya negociado algo diferente con la aseguradora.

Experiencia propia.- Tipo de experiencia en el que únicamente podrán considerarse aquellos negocios que, por sus condiciones y/o número de asegurados, sean objeto de un análisis particular, en el cual se determinaran las condiciones de dividendo y el costo a otorgar para la siguiente vigencia, en función de los resultados de siniestralidad que haya presentado dicho plan.

## **2.2. DEFINICIONES RELATIVAS A PLANES DE GRUPO VIDA**

Ahora se mencionan algunas definiciones que sirven para un mejor conocimiento del beneficio de Grupo Vida.

Grupo.- Para que un Plan pueda ser contratado bajo las condiciones de un Grupo, se requiere que la población asegurable sea cuando menos del 75% del total de la población, es decir obreros o empleados de un mismo patrón, estableciéndose un mínimo de 10 asegurados.

Asegurado.- Es aquél que presta servicio activo directamente al contratante.

Beneficiarios.- La persona o personas designadas, por el asegurado, para recibir el producto del seguro en caso de su fallecimiento; es claro que no pueden figurar como beneficiarios personas menores de 18 años de edad, ya que carecen de capacidad jurídica.

Beneficio Máximo.- Es la cantidad límite de responsabilidad de la aseguradora, que se pagará a los beneficiarios designados por el asegurado.

Fallecimiento Natural.- Se entenderá por Fallecimiento Natural el ocasionado por la acción de agentes morbosos<sup>1</sup> de origen interno o externo con relación al organismo.

Accidente.- Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita y violenta, que produzca lesiones o la muerte en el asegurado. No se considerará accidente las lesiones o la muerte provocadas intencionalmente por el mismo asegurado.

<sup>1</sup> Agentes Morbosos.- Conjunto de casos patológicos que caracterizan el estado sanitario de un país.

**Pérdida de Miembros.**- Se entenderá por Pérdida de Miembros la amputación quirúrgica o traumática de algún miembro del cuerpo humano, indispensable para el desarrollo de una actividad.

**Invalidez Total y Permanente.**- Se considerará que hay Invalidez Total y Permanente cuando el asegurado haya sufrido lesiones o padezca una enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación compatible con sus aptitudes, conocimientos y posición social, de la que pueda derivar alguna utilidad pecunaria y cuando se presuma que dicha imposibilidad es de carácter permanente, siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un período no menor de tres meses; se considerará también como Invalidez Total y Permanente, la pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano o un pie y la vista de un ojo. En estos casos no opera período de espera, mismo que definimos más adelante.

**Registro de Asegurados.**- Listado en el cual aparecen los siguientes datos, básicamente:

- Nombre.
- Fecha de Nacimiento o Registro Federal de Contribuyentes.
- Fecha de ingreso a la empresa, en caso de ser necesario.
- Fecha de ingreso al plan.
- Salario mensual de cada empleado.
- Costo Neto del plan.

### **2.3. DEFINICIONES RELATIVAS A PLANES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

Acto continuo se enumeran algunas definiciones que sirven para un mejor conocimiento del beneficio de Gastos Médicos Mayores.

Grupo.- Para que un plan pueda ser contratado bajo las condiciones de un grupo se requieren las siguientes características por lo general:

- I. Considerar al 100% del personal de confianza y/o sindicalizado como elegible.
- II. Que el personal participante sea por lo menos el 75% del personal elegible con un mínimo de titulares; en caso de que el 100% del personal sea participante se requieren como mínimo 10 titulares.
- III. Para asociaciones, sindicatos, uniones o agrupaciones, deberá participar al menos el 75% del grupo con un mínimo de 50 titulares y, en caso de que el 100% del personal sea participante, se requieren como mínimo 25 titulares.
- IV. Se entregará un solo documento al contratante para el pago de todos los participantes.
- V. Todo grupo tendrá una misma fecha de aniversario del plan.

Asegurado.- Es aquél que presta servicio activo directamente al contratante, o cualquiera de sus dependientes económicos, y que se encuentre incluido en el registro de asegurados.

Dependientes Económicos.- Por dependientes económicos del participante se entenderán el cónyuge o concubino del mismo que tenga tal carácter conforme a lo dispuesto en el Código Civil, así como los hijos solteros menores de 25 años y que no perciban remuneración alguna por concepto de trabajo personal. En algunas ocasiones se consideran como dependientes económicos a los ascendientes que dependan económicamente del participante, siempre y cuando éste sea soltero.

Reporte de movimientos.- Documento en el cual el contratante informa las altas y bajas de los participantes dentro de los primeros 30 días siguientes a la fecha de ingreso o baja.

Ajustes.- En caso de altas o bajas de asegurados o sus dependientes, o disminución o aumento de beneficios, la administradora cobrará o devolverá al contratante, según sea el caso, una cantidad proporcionalmente calculada desde la fecha del movimiento hasta el aniversario del plan.

Accidente.- Se entenderá como accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta e imprevista, derivada de actos no intencionales que produzcan la muerte o lesiones a la persona. Por tanto, no se consideran accidentes las lesiones o la muerte provocados intencionalmente por la misma persona.

Enfermedades Congénitas.- Son aquéllas que están presentes en el momento del nacimiento.

Padecimientos Preexistentes.- Se entienden como padecimientos preexistentes aquéllos que, en fecha anterior al plan:

- a) Hayan sido diagnosticados por un médico;
- b) Hayan sido notables a la vista; y/o
- c) Sean de los que, por sus signos o síntomas, no pudieron pasar desapercibidos.

Salario Mínimo General Mensual (SMGM).- Cantidad sobre la que se especifican, en algunas ocasiones, los límites máximos reembolsables por el plan, de acuerdo a las condiciones de cada cobertura. Dicho salario será el que se encuentre vigente en la ciudad de México al momento en que se efectúe el primer gasto correspondiente a cada padecimiento.

Beneficio Máximo.- Es la cantidad límite de responsabilidad de la aseguradora, que se reembolsará por cada enfermedad o accidente cubierto, quedando fija a partir de que se efectúe el primer gasto.

**Deducible.**- Cantidad fija que el participante deberá absorber por cada accidente o enfermedad cubierta por el plan.

**Coaseguro.**- Porcentaje del gasto al que hará frente el participante por cada accidente o enfermedad, una vez cubierto el deducible.

**Prima Teórica.**- Costo estimado que se calcula al inicio de un plan, de acuerdo a las condiciones, número de participantes y/o siniestralidad esperada.

**Participante.**- Por participante se entenderá aquella persona que, siendo empleado, reúna las requisitos de elegibilidad para gozar del beneficio o toda persona que pertenezca a una colectividad que tenga un plan de gastos médicos mayores.

**Período de Espera.**- Es el tiempo en el que el participante tiene que estar protegido ininterrumpidamente bajo el mismo plan, para que se le puedan pagar ciertos riesgos cubiertos de acuerdo a las condiciones estipuladas en el plan.

**Antigüedad.**- Tiempo ininterrumpido durante el cual una persona ha tenido una cobertura de Gastos Médicos Mayores a su favor.

**Franquicia.**- Gasto Mínimo que debe de tener una reclamación para que su gasto sea susceptible de recuperación en su totalidad.

**Tabla de Intervenciones Quirúrgicas.**- Relación de intervenciones quirúrgicas en la que se indica el porcentaje que, aplicado a la suma asegurada o beneficio máximo contratado para tal efecto, determina el monto máximo que se pagará sobre la base establecida en el catálogo de honorarios estipulado en las condiciones del plan para este concepto.



Cobertura en el Extranjero.- Es el beneficio que ampara los gastos médicos efectuados fuera de la República Mexicana por los participantes, siempre y cuando se hayan erogado durante la vigencia del plan, conforme a las condiciones generales del mismo.

Emergencia Médica.- Es la aparición repentina de una alteración en la salud, del participante, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos, de tal severidad que requieran atención médica de inmediato. Al estar estabilizada y controlada la condición patológica del paciente, cesará la emergencia y, por tanto, los efectos de este beneficio.

Cláusula de Emergencia en el Extranjero.- Es el beneficio que ampara al participante cuando éste se encuentra en el extranjero y presenta una emergencia médica.

Reinstalación Automática de Suma Asegurada o Reinstalación del Beneficio Máximo.- En caso de que por algún accidente o enfermedad se llegare a agotar la suma asegurada contratada para cada participante, la vigencia del plan no terminará, sino que se reinstalará la suma asegurada de manera automática para cubrir nuevos accidentes o enfermedades hasta por el total de la suma asegurada convenida.

Enfermera.- Persona que ejerce la enfermería con título, legalmente autorizada para la práctica de su profesión.

Hospitalización.- Toda estancia continua en el hospital, mayor a 24 hrs.

Médico.- Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para la práctica de su profesión, pudiendo ser:

- Médico General,
- Médico Especialista,

- Médico Cirujano.

Registro de Asegurados.- Listado en el cual aparecen los siguientes datos, básicamente:

- Nombre tanto del empleado como de sus dependientes económicos.
- Fechas de nacimiento de todos ellos.
- Parentesco con el empleado.
- Fecha de ingreso al plan.
- Costo neto del plan.

Con esto se engloban las definiciones más importantes, y de uso más frecuente, para el manejo y conocimiento de los planes de Grupo Vida y Gastos Médicos Mayores. En el capítulo siguiente se procederá a mencionar las condiciones generales que rigen este tipo de planes, así como a analizar las diferentes coberturas adicionales que se pueden agregar a los mismos.

## CAPITULO 3

### 3. CONDICIONES GENERALES Y BENEFICIOS ADICIONALES

En este capítulo se presentan los siguientes dos puntos:

- Las características de estos Planes, es decir Condiciones Generales relativas a los planes de Grupo Vida, así como Gastos Médicos Mayores Grupo; y
- Los beneficios adicionales con que cuentan.

#### 3.1. CONDICIONES GENERALES RELATIVAS A LA COBERTURA EN PLANES DE GRUPO VIDA

A continuación se mencionan las condiciones generales de los planes de Grupo Vida, así como algunas coberturas especiales que lo conforman.

#### CONDICIONES

Contrato: El contrato celebrado entre el contratante y la administradora está conformado por la póliza, la solicitud, el registro de asegurados correspondiente, los consentimientos, los certificados individuales y las cláusulas adicionales que se agreguen.

Vigencia y Cobertura del Contrato: El contrato celebrado por ambas partes entra en vigor desde la fecha de expedición de la póliza o desde el momento en que el Contratante tuviere conocimiento por escrito de que la aseguradora

lo haya aceptado. Asimismo, deberá cubrir a todos los miembros del grupo asegurable, bajo planes de Seguro de Grupo Vida temporal a un año, renovable, con participación en las utilidades.

**Omissiones o declaraciones inexactas:** El Contratante y sus empleados tendrán la obligación de declarar por escrito, a la administradora, todos los hechos importantes que se les pregunten, para que ésta pueda apreciar el riesgo a cubrir. En el caso de declaraciones inexactas u omisiones, la administradora podrá rescindir el contrato de pleno derecho .

El Contratante se obliga al pago de las primas según las condiciones establecidas para dicho pago; a la presentación de la relación de asegurados año tras año, para la renovación del plan, de querer continuar con él; y a la presentación de la documentación completa a la administradora, para solicitar el pago de siniestros.

Algunos de los beneficios con que cuentan estos planes en forma automática y general son los que se relacionan a continuación.

- **Derecho a Seguro Individual.** La administradora tendrá la obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, a la persona que se separe definitivamente del grupo asegurado, en cualquiera de los planes individuales de seguro que opere dicha administradora, bajo las características que establezca en su contrato, siempre y cuando el asegurado lo solicite por escrito, dentro de los 30 días posteriores a su separación.
- **Participación de utilidades.** El Contratante participará de la utilidad que obtenga la administradora por concepto de mortalidad favorable <sup>2</sup>, para

---

<sup>2</sup> Mortalidad favorable.- Circunstancias en las que, durante la vigencia de la póliza, hay pocas muertes, por lo que los pagos no decretan las utilidades de la compañía.

lo cual deberá elegir alguna de las opciones siguientes:

a) Recibir la participación de acuerdo a la siniestralidad de la totalidad de las pólizas expedidas en el mismo plan por ella contratado, la cual se determinará de acuerdo con las bases registradas en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

b) Que la participación sea calculada con base en su propia experiencia en siniestralidad, de acuerdo a los sistemas registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, siempre y cuando cuente el grupo con más de 500 asegurados.

Este pago no estará condicionado a la renovación del plan. Sin embargo en el momento de que no se renueve el mismo, se tendrán que calcular tanto la utilidad como el ajuste anual del plan, y saldar ambas cantidades para dar por concluida la relación.

- Suicidio. En caso de muerte por suicidio del respectivo asegurado, ocurrido dentro del primer año de vigencia continua del contrato, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del propio asegurado, la administradora solamente devolverá la parte no devengada de la última prima pagada respecto del miembro del grupo asegurado al cual corresponda la cobertura. Este será el pago total que hará la administradora por concepto del seguro del expresado miembro.
- Anticipo de Ultimos Gastos. Con la sola presentación del certificado del seguro y del certificado médico de defunción, salvo restricción legal en contrario, la administradora otorgará un anticipo de un porcentaje que varía desde un 10 hasta un 30% de su obligación total, al beneficiario

que lo solicite, con un límite superior que varía entre una o dos veces el Salario Mínimo General Anual vigente en el Distrito Federal en la fecha en que ocurra el fallecimiento. Ambas variaciones dependen de la administradora. El límite superior no excederá del importe a que el asegurado tuviera derecho.

- Interés Moratorio. En el caso de que la administradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal quedará convencionalmente obligada a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio anual equivalente a la tasa de interés que resulte más alta de los documentos en que mantenga invertidas sus reservas técnicas durante el lapso de mora. Lo dispuesto anteriormente no es aplicable en los casos a que se refiere el Artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, en los que deberá estarse a lo establecido por dicho Artículo y por el 136 de la citada Ley.

## EXCLUSIONES

A continuación se mencionan las exclusiones existentes en este tipo de planes, haciendo una división con base en las coberturas con que cuenta el contratante.

- No estará cubierto bajo ninguna de las coberturas al momento de la contratación o renovación, el personal que no se encuentre en servicio activo. Sin embargo podrá darse de alta en el momento en que se reintegre nuevamente a sus actividades.

No estará cubierto en los beneficios adicionales de muerte accidental y pérdida de miembros en los siguientes casos:

- La muerte o lesiones provocadas intencionalmente por el propio asegurado.
- La muerte o lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones, así como en las que sufra cuando el asegurado participe en la comisión de actos delictuosos en forma intencional.
- La muerte o las lesiones que el asegurado reciba al participar, siendo él el provocador en una riña.
- Accidentes que ocurran cuando el asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, entendiéndose que si la nave es de tipo comercial y pública, debidamente autorizada, esta exclusión no opera.
- Accidentes que ocurran mientras el asegurado practique pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- Accidentes ocurridos mientras el asegurado viaje en motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.
- Accidentes ocurridos mientras el asegurado realice actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia.
- Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.
- Radiaciones atómicas (ionizantes).

- La muerte o las lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similares, salvo cuando fueren prescritos por un médico.
- Envenenamiento, excepto si se muestra que fue accidental. .
- Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

No estarán cubiertos en los beneficios adicionales por invalidez que se tengan contratados los siguientes casos:

- Lesiones provocadas intencionalmente por el propio asegurado.
- Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, rebelión o insurrecciones, así como cuando el asegurado participe en actos delictivos intencionales.
- Lesiones que el asegurado reciba al participar, siendo él el provocador en una rifa.
- Accidentes que ocurran cuando el asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, entendiéndose que si la nave es de tipo comercial y pública, debidamente autorizada, esta exclusión no opera.
- Accidentes que ocurran mientras el asegurado practique pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- Accidentes ocurridos mientras el asegurado viaje en motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.



- Accidentes ocurridos mientras el asegurado realice actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia.
- Radiaciones atómicas (ionizantes).
- Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similares, salvo si fueren prescritos por un médico.
- Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- Enfermedades preexistentes, bajo la definición ya mencionada.

### **3.2. CONDICIONES GENERALES RELATIVAS A LA COBERTURA EN PLANES DE GASTOS MEDICOS MAYORES**

A continuación se hará mención de los beneficios que se puedan contratar en un plan de Gastos Médicos Mayores, los cuales dependerán de la cobertura que se desea otorgar a los participantes.

Los planes son flexibles para el otorgamiento de los beneficios, pero se debe tener cuidado en no encarecerlos, ya que la disminución de las exclusiones impacta directamente en el costo.

#### **CONDICIONES (GASTOS MEDICOS CUBIERTOS)**

- Honorarios de médicos y/o cirujanos y ayudantes - Estrictamente estos profesionistas deben estar autorizados para el ejercicio de su actividad y no pueden ser familiares directos del afectado.

- Honorarios por consultas médicas - La mayoría de los planes cubren 30 consultas médicas por algún accidente o enfermedad cubiertos en el plan, siempre y cuando no se efectúen más de una el mismo día; las consultas post-operatorias quedarán incluidas en los honorarios quirúrgicos.
- Honorarios de anestésista - Los honorarios del anestésista se limitan, por lo general, de un 20% hasta un 30% de los honorarios del cirujano. Esta limitación sirve para evitar el abuso en los honorarios que se ha presentado en años anteriores por parte de los anestésistas; sin embargo, a petición del contratante, se pueden eliminar dichos porcentajes. Cabe hacer mención que el anestésista debe estar autorizado para el ejercicio de su actividad.
- Honorarios de enfermera - Dentro del hospital no existe ningún límite para la contratación de una enfermera, siempre y cuando sea necesaria para la convalecencia del afectado. Fuera del hospital se limita la enfermera particular con un máximo de 30 días, con tres turnos por día. Es pertinente indicar que la enfermera fuera del hospital debe ejercer únicamente su actividad ya que, en ocasiones, la contratación no se destina al cuidado o convalecencia del paciente. La enfermera debe estar legalmente autorizada para el ejercicio de su profesión.
- Cuarto de Hospital o Sanatorio - Comprende la renta de un cuarto privado estándar y alimentos del paciente, incluyéndose cama extra para algún acompañante.
- Suministro del hospital - Son los que están representados por las drogas, medicamentos, material médico, equipo anestésico, material quirúrgico, sala de operaciones, sala de recuperación y curación, y terapia intensiva.

Cualquier gasto que no tenga relación directa con el tratamiento quedará a cargo del afectado.

- Medicamentos adquiridos fuera del hospital o sanatorio - Se cubrirán siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante y se acompañen de la nota de farmacia y la receta médica. En caso de tratarse de un medicamento de venta restringida, se deberá presentar copia fotostática de la receta médica. Es indispensable que en las notas de farmacia se desglose cada uno de los medicamentos adquiridos, indicando su costo, y que contengan todos los requisitos que marca la Ley.
- Servicio de Diagnóstico - Comprende los exámenes de laboratorio y gabinete, estudios de rayos "X", isótopos radioactivos de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para el diagnóstico de un accidente o enfermedad. Dichos diagnósticos se cubrirán siempre y cuando exista un motivo que origine que se efectúen, ya que si se realizan por cuestiones preventivas quedarán excluidos del plan.
- Transfusiones - Sangre, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.
- Consumo de Oxígeno - Gastos originados por el consumo de oxígeno
- Servicios de Terapia - Física, radioactiva y fisioterapia
- Aparatos Ortopédicos y Prótesis - Los necesarios para el tratamiento integral del padecimiento. En ocasiones se limita hasta un 10% de la suma asegurada contratada. Particularmente, las prótesis dentales se cubren únicamente por accidente y con un máximo de cinco Salarios Mínimos Generales Mensuales (S.M.G.M). Los planes no cubren

reposición de prótesis ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad. Los límites antes mencionados pueden ser eliminados mediante solicitud expresa del cliente.

- Ambulancia Terrestre - Se cubrirá la transportación terrestre dentro de la localidad hacia o desde el hospital.
- Ambulancia Aérea - Se cubrirá siempre y cuando sea indispensable para salvar la vida del afectado.
- Complicaciones del Embarazo - Únicamente se cubrirán los gastos a consecuencia de las siguientes complicaciones del embarazo y parto:
  - a) Intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
  - b) Los estados de fiebre puerperal
  - c) Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica
  - d) Embarazo molar hidatiforme

Cualquiera otra complicación de embarazo (parto o puerperio) queda excluida normalmente en cualquier plan.

- Operación Cesárea - Este beneficio es uno de los más comentados y restringidos en un plan de Gastos Médicos Mayores. Las principales restricciones que tiene este beneficio en el citado son las siguientes:
  - a) Sólo la primera cesárea del participante, siempre y cuando se lleve a cabo dentro de la vigencia del plan.
  - b) Período de espera de 10 meses ininterrumpidamente, dentro de la vigencia del plan.
  - c) Tope de suma asegurada que va entre el 10 y el 20%.
  - d) Con un deducible equivalente a ocho S.M.G.M. y hasta por la

suma contratada

- e) Pagada como enfermedad, pero con un coaseguro del 50%.

Todas las cesáreas se cubren como enfermedad y pueden tener una o más de las restricciones antes mencionadas o, en su defecto, ninguna de ellas. Adicionalmente, se puede decir que en la cesárea se cubre únicamente el evento, lo que significa que se cubre la hospitalización y cama extra para el acompañante. Por tal motivo, si se presentan gastos por concepto de consultas pre-operatorias, post-operatorias, gastos del recién nacido (como pueden ser pediatra, cuna, etc.), quedarán excluidos del reembolso.

- Padecimientos Congénitos - Se cubren todos los padecimientos congénitos de los hijos de los participantes nacidos durante la vigencia del plan.
- Tratamientos de eventraciones<sup>3</sup> - Sólo los que sean a consecuencia de una operación practicada al participante dentro de la vigencia del plan o bien los que se demuestre que son a consecuencia de un accidente.
- Aviación - Se cubren lesiones cuando el participante viaje como pasajero de aeronaves autorizadas para el servicio de transporte particular de pasajeros, siempre y cuando no viaje por más de cierto número de horas al año. La limitante en términos normales del número de horas al año que se puede contratar varía de 40 hasta 100 horas, pero, a petición del contratante y de acuerdo a sus necesidades, se puede eliminar.

<sup>3</sup> Eventraciones.- Hernia congénita o adquirida de los intestinos en masa por un punto cualquiera de las regiones anteriores y laterales del abdomen.

- **Deportes peligrosos** - Se cubren las lesiones que el participante sufra a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos tales como: Montañismo, alpinismo, paracaidismo, box, buceo, equitación, charrería, esquí, tauromaquia, artes marciales, motociclismo deportivo, cualquier tipo de deporte aéreo, excluyéndose todas aquellas actividades que se practiquen profesionalmente. Se debe tener cuidado en las condiciones generales de algunos planes asegurables, ya que en algunas aseguradoras se excluye cualquier deporte peligroso dentro o fuera de competencia; sin embargo, a petición del contratante, se puede modificar esa cláusula previamente a que ocurra el siniestro.
- **Motociclismo** - Se cubren lesiones que el participante sufra cuando viaje como ocupante de alguna motocicleta, motoneta u otros vehículos similares de motor, siempre y cuando el motivo de su viaje sea en el desempeño de funciones de trabajo.
- **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales** - Este beneficio es de los más comentados y restringidos en un plan de Gastos Médicos Mayores. Las principales restricciones que tiene este beneficio en el plan mencionado son las siguientes:
  - a) Se cubren únicamente esos padecimientos cuando son a consecuencia de un accidente.
  - b) Se cubren por cualquier causa, siempre y cuando el participante se encuentre incluido dentro del plan por lo menos dos años ininterrumpidamente.
  - c) Se cubre únicamente a consecuencia de accidente con coaseguro del 50%.
  - d) Se cubre a consecuencia de accidente o enfermedad con coaseguro del 50%.

Este beneficio se puede contratar con alguna de las restricciones antes

mencionadas según lo desee el contratante y lo permita la administradora. Para que se esté en posibilidades de reembolsar cualquier gasto, por concepto de tratamientos médicos y/o quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales, es indispensable entregar radiografías pre-operatorias del afectado y una historia clínica perfectamente detallada.

- Litotripsias - <sup>4</sup> Se cubrirán los gastos originados a consecuencia de tratamientos para el desmenuzamiento o fragmentación de un coágulo. En la mayoría de los planes, los gastos por este concepto se cubren siempre y cuando el participante se encuentre incluido en el plan por lo menos 2 años ininterrumpidamente.
- Circuncisión - En algunos planes se cubren las circuncisiones, siempre y cuando se practiquen con fin higiénico <sup>5</sup> y que el participante se encuentre incluido en el plan por lo menos 2 años ininterrumpidamente.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos de amígdalas <sup>6</sup> y adenoides <sup>7</sup> - Dentro de los planes de Gastos Médicos Mayores los tratamientos antes mencionados se pueden cubrir de acuerdo a las siguientes opciones:
  - a) A partir del primer día de vigencia del plan
  - b) Con un periodo de espera de 2 años ininterrumpidamente.
  - c) A partir del primer gasto efectuado dentro de la vigencia del plan y hasta por un año de cobertura.

<sup>4</sup> Litotripsia.- Desmenuzamiento o fragmentación de un cálculo en la vejiga, por la vía uretal, por medio de un litotritor.

<sup>5</sup> Fin Higiénico.- En este caso se habla de fin higiénico ya que este tipo de intervenciones también se pueden realizar por carácter estético. Se trata de preservar la salud en una región que, por requerir mucha higiene, puede ocasionar problemas de salud mayores.

<sup>6</sup> Amígdalas.- Uno de los lóbulos situados en la superficie interior de cada hemisferio cerebeloso.

<sup>7</sup> Adenoides.- Hipertrofia del tejido ganglionar que existe normalmente en la nasofaringe de los niños.

- Hernioplastia <sup>8</sup>, hemorroidectomía <sup>9</sup>, cualquier padecimiento anorrectal <sup>10</sup>, tratamiento de prolapso <sup>11</sup>, tumoraciones mamarias <sup>12</sup>, mímectomías <sup>13</sup>, histerectomías <sup>14</sup>, endometriosis <sup>15</sup> y padecimientos ginecológicos <sup>16</sup>. Los padecimientos anteriormente mencionados se cubren en algunos planes después de que el participante haya estado incluido no menos de un año ininterrumpidamente. No obstante lo anterior, cabe mencionar que en un plan de Gastos Médicos Mayores se pueden solicitar los beneficios que el contratante desee, de acuerdo a sus necesidades, pero a mayor beneficio otorgado será mayor el costo del plan.

Dentro de las condiciones generales de un plan de Gastos Médicos Mayores se deben contemplar los gastos no cubiertos por el mismo. Por tal motivo, a continuación se analizan los gastos no cubiertos.

---

<sup>8</sup> Hernia.- Tumor blando, elástico sin mudanza de color en la piel, producido por la dislocación y salida total o parcial de una víscera u otra parte blanda, fuera de la cavidad en que se halla ordinariamente encerrada.

Hernioplastia.- Operación plástica para la cura radical de una hernia.

<sup>9</sup> Hemorroide.- Várice desarrollada en las venas submucosas del recto y el ano, que da lugar a la formación de tumores que tapizan la cara interior del recto y la región anal. Se llaman internas las que se desarrollan por encima del esfínter anal, y externas las que lo hacen por debajo.

Hemorroidectomía.- División, rompimiento, fisión, escisión de las hemorroides.

<sup>10</sup> Anorrectal.- Relativo al ano y al recto.

<sup>11</sup> Tratamiento de prolapso.- Tratamiento para corregir la salida, caída o deslizamiento de un órgano o una de sus partes a través de un orificio.

<sup>12</sup> Tumoraciones mamarias.- Tumoración o hinchazón morbosa del órgano glandular mamario.

<sup>13</sup> Ablación.- Extirpación de una parte, especialmente cortando.

Mioma.- Tumor formado por elementos musculares.

Miomectomía.- Ablación quirúrgica de un mioma, uterino especialmente.

<sup>14</sup> Histerectomía.- Operación para extirpar parcial o totalmente el útero por vía vaginal o abdominal.

<sup>15</sup> Endometriosis.- Ectopia o desplazamiento congénito del tejido endometrial, que puede ser interna cuando este tejido se encuentra en la trompa de Falopio o en la pared del mismo útero, o externa si ocupa otro lugar fuera del útero; ovario, vejiga, peritoneo, etc.

<sup>16</sup> Padecimientos ginecológicos.- Ramo de la medicina que trata de la mujer y las enfermedades que le son propias, principalmente las sexuales.



## EXCLUSIONES

- Accidentes o enfermedades que se originen por participar en:
  - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
  - b) Actos delictivos intencionales que provoque directamente el participante (homicidio intencional, riñas, etc)
  - c) Aviación privada en calidad de piloto, pasajero, mecánico o tripulante, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
  - d) Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.
  - e) Conducción de motocicletas y vehículos de motor similares, ya sea como piloto o pasajero.
  - f) Deportes practicados en forma profesional.

Los incisos c), d), e) y f) pueden ser incluidos en un plan, previa solicitud del contratante y aceptación de la administradora de acuerdo a sus condiciones.

Gastos erogados a consecuencia de:

- Padecimientos preexistentes - Se considera como padecimiento preexistente aquél que en fecha anterior a la inclusión del participante al plan:
  - a) Haya sido diagnosticado por algún médico.
  - b) Haya sido objeto de un tratamiento.
  - c) Haya sido aparente a la vista.
  - d) Fuere de los que, por sus signos o síntomas, no pudiese pasar inadvertidos.

- e) Haya existido una reclamación previa en otro plan de Gastos Médicos Mayores.

La preexistencia se puede contratar como un beneficio adicional dentro de un plan de Gastos Médicos Mayores. Más adelante se detallan las opciones que existen para incluir este beneficio como adicional de los planes.

- Tratamientos psiquiátricos o psicológicos - Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas. Debido a la complicada cuantificación de este tipo de tratamientos, en todos los planes se excluyen totalmente estos gastos.
- Enfermedades congénitas - Este tipo de enfermedades son susceptibles de inclusión como un beneficio adicional dentro de los planes de Gastos Médicos Mayores, y más adelante se comentará bajo qué condiciones se puede llevar a cabo tal inclusión.
- Parto normal - Debido a que el parto no es una enfermedad o accidente, queda excluido dentro de un plan de Gastos Médicos Mayores. Sin embargo, existen mecanismos de financiamiento que pueden ofrecerse; los que se analizan más adelante.
- Complicaciones del embarazo - Abortos, legrados cualesquiera que sea su causa, partos anormales o prematuros, y cualquiera otra complicación derivada de ellos.
- Tratamientos dentales, alveolares <sup>17</sup>, gingivales <sup>18</sup>, máxilo-faciales <sup>19</sup> y sus

<sup>17</sup> Tratamientos alveolares.- Tratamiento para la cura de afecciones en las cavidades maxilares donde se implantan las raíces dentales.

complicaciones, cualesquiera que sea su naturaleza y origen. Sin embargo, es posible solicitar a la administradora se cubran los gastos a consecuencia de un accidente no excluido en lo mencionado anteriormente. Existen métodos de financiamiento que permiten brindar el servicio odontológico, mismos que se comenta más adelante.

- Medicina Preventiva - Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocido como "check-up". Es condición indispensable para que una reclamación de Gastos Médicos Mayores proceda, el que exista un diagnóstico definitivo y un tratamiento suministrado, razón por la cual no se puede cubrir lo antes mencionado. Sin embargo, si después de realizado un examen se descubre algún padecimiento, se cubrirán los gastos erogados por el tratamiento de éste y la parte proporcional del examen que sirvió para descubrirlo.
- Cirugías plásticas o estéticas - Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertos, ocurridos durante la vigencia del plan.
- Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie, esterilidad, infertilidad, reducción de peso u obesidad y delgadez sin causa orgánica. Esto se debe a que lo anterior no se considera accidente ni enfermedad.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir cifosis <sup>20</sup>, lordosis <sup>21</sup> o

---

<sup>18</sup> Tratamientos gingivales.- Tratamientos referentes a las afecciones de las encías.

<sup>19</sup> Tratamientos maxilo-faciales.- Los tratamientos relativos a la mandíbula.

<sup>20</sup> Cifosis.- Curvatura anormal con prominencia dorsal de la columna vertebral.

<sup>21</sup> Lordosis.- Curvatura de los huesos, especialmente la curvatura de la columna vertebral de convexidad anterior.

escoliosis <sup>22</sup> de columna vertebral. Estos padecimientos no se cubren debido a que, en dichos casos, se consideran como congénitos y en otros casos son consecuencia de malas posturas.

- Alcoholismo o toxicomanía - Todo tratamiento de alcoholismo o toxicomanía, así como los padecimientos que resulten consecuencia de ello.
- Suicidio o lesión autoinflingida - Lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo asegurado, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental o psicológica.
- Tratamientos quiroprácticos o de acupunturistas - En la gran mayoría de los planes se cubren los tratamientos quiroprácticos o acupunturistas siempre y cuando el médico sea autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y el tratamiento sea recomendado por el médico general o especialista que trate al participante o sus dependientes económicos.
- Control de natalidad - Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control de la natalidad y sus complicaciones.
- Estrabismo <sup>23</sup> - Tratamiento médico o quirúrgico para corregir el estrabismo, excepto para aquellos participantes que hayan estado cubiertos por el plan desde su nacimiento.
- Envenenamiento e inhalación de cualquier clase - Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gas de cualquier clase, salvo las que se demuestre hayan ocurrido a consecuencia de un accidente.

---

<sup>22</sup> Escoliosis.- Desviación lateral de la columna vertebral.

<sup>23</sup> Estrabismo.- Desviación de uno de los ojos de su dirección normal, de suerte que los ejes visuales no pueden dirigirse simultáneamente a un mismo punto.

- Adquisición de aparatos auditivos, lentes interoculares, lentes de contacto, anteojos; tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo <sup>24</sup>, presbicia <sup>25</sup>, hipermetropía <sup>26</sup> y miopía <sup>27</sup>; no se cubre la queratotomía radiada <sup>28</sup>, queratomileusis <sup>29</sup> y epiqueratofaquia <sup>30</sup>. En algunas ocasiones es posible cubrir las queratotomías radiadas, siempre y cuando un médico de la administradora certifique que la intervención no sea con fines estéticos.
- Lunares o Nevus <sup>31</sup>- Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o *nevus*.
- Hallux valgus <sup>32</sup>- Tratamiento médico o quirúrgico de *hallux valgus* o "juanetes"
- Hipnotismo y quelaciones <sup>33</sup> - Tratamiento médico o quirúrgico a base de hipnosis o quelaciones.

<sup>24</sup> Astigmatismo.- Defecto de la curvatura de los medios refringentes del ojo que impide la convergencia en un solo foco de los rayos luminosos de diferentes meridianos.

<sup>25</sup> Presbicia o Presbiopía.- Hipermetropía adquirida por efecto de la edad; visión confusa de cerca y clara de lejos, efecto de la disminución de la acomodabilidad por debilidad del músculo ciliar y menor elasticidad del cristalino.

<sup>26</sup> Hipermetropía.- Estado del ojo en el cual los rayos luminosos paralelos al eje del mismo forman un foco más allá de la retina, caracterizado principalmente por la dificultad de ver con claridad los objetos situados cerca de los ojos.

<sup>27</sup> Miopía.- Cortedad de la vista, defecto visual debido a la mayor refracción del ojo, en que los rayos luminosos procedentes de objetos situados a distancia forman el foco antes de llegar a la retina.

<sup>28</sup> Queratotomía radiada.- Incisión quirúrgica de la córnea para la corrección de trastornos de refracción visual.

<sup>29</sup> Queratomileusis.- Incisión quirúrgica de la córnea para la corrección de trastornos de refracción visual.

<sup>30</sup> Epiqueratofaquia.- Trasplante de la córnea para la corrección de trastornos de la refracción visual.

<sup>31</sup> Nevus.- Anomalia congénita de la piel circunscrita producida por exceso de pigmentación, desarrollo exagerado de los vasos o hipertrofia de los tejidos epidérmico y conjuntivo.

<sup>32</sup> Hallux Valgus.- Desviación del dedo gordo hacia los demás dedos, a los que cruza por encima o por debajo.

<sup>33</sup> Quelaciones.- Propiedad de separar iones inorgánicos incorporándolos a complejos orgánicos no disociables.

- Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones, expresamente excluidas anteriormente, siempre y cuando la complicación sea comprobada por la administradora.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales, de los que no esté debidamente comprobada su eficacia para corregir lesiones o afecciones del organismo.
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) - Tratamientos que requiera el paciente afectado por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En algunos contratos se cubre con un período de espera que varía entre 3 y 5 años.

Se puede observar que gran parte de las exclusiones mencionadas anteriormente se deben a que no están comprendidas en la definición de accidente o enfermedad, tales como calvicie, miopía, lunares o *nevus*, etc. Otros más son ocasionados por malos hábitos que tiene la persona en el transcurso de los años como son: *hallux valgus*, lordosis, xifosis o escoliosis de columna vertebral, alcoholismo, etc.

### **3.3. BENEFICIOS ADICIONALES PARA PLANES DE GRUPO VIDA**

Los planes de Vida en Grupos han sido ideados para dar protección a una familia, en el momento en que llegue a ocurrir algún hecho que desestabilice la economía de la misma.

Existen dos factores que pueden ocasionar esta desestabilización: uno consiste en el fallecimiento del empleado, cabeza de familia; y otro en que éste se vea sometido a una incapacidad que le impida seguir desarrollando un trabajo remunerativo.

Las causas principales que pueden ocasionar cualquiera de estas dos eventualidades son una enfermedad o un accidente.

Con los beneficios adicionales se pretende cubrir todas estas posibilidades de desestabilización económica.

Primero se mencionan los beneficios que se pretende cubrir en caso de accidente sufrido por el empleado. En el mercado mexicano se conocen como beneficios de Doble o Triple Indemnización por Accidente, ya que consisten, como su nombre lo dice, en duplicar o triplicar el monto del seguro, según la forma en que ocurra el accidente.

- Beneficio por Accidente. De acuerdo a la definición que se presentó en la parte respectiva de accidente, la administradora pagará a los beneficiarios designados por el empleado la suma asegurada contratada para este beneficio cuando el empleado fallezca en forma accidental, y siempre que dicho fallecimiento se haya dado dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

El costo que representa este beneficio varía según la aseguradora, desde el 1.60 hasta 2.20, por cada millar de la suma asegurada que se contrate.

La suma asegurada que se estipula, para este beneficio, depende de las necesidades del contratante, ya que no necesariamente se tiene que duplicar el beneficio por muerte natural; en muchas ocasiones los contratos colectivos manejan sumas aseguradas inferiores o superiores al

plan básico, de acuerdo a la agudización del riesgo de sufrir un accidente.

Es necesario tomar en cuenta las características del grupo; en cuanto a riesgo que corren los trabajadores, por el giro de la empresa, y a edades de los mismos para, con estos factores, determinar la conveniencia de contratación de este beneficio, ya que, por ejemplo, una población joven está sujeta a que sus miembros fallezcan más por un accidente que por una causa natural, mientras que en una población ya adulta los papeles se invierten, a medida que mayor sea la edad.

- Beneficio de Indemnización por Pérdida de Miembro. Si, a consecuencia de un accidente, el empleado no fallece, pero sufre la pérdida de algún miembro y cuenta con este beneficio, la administradora pagará la indemnización total o la proporción que corresponda según la tabla que opere en la aseguradora que administra el plan (más adelante se muestra un ejemplo de la tabla específica de una aseguradora x), operando la misma restricción de que la pérdida ocurra dentro de los 90 días posteriores al accidente.

* Tabla de Indemnizaciones	
La pérdida de la vida	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una manos o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

\* Seguros Interamericanas, S.A. Forma GPO 7/N 187



Entendiéndose como pérdida de un miembro cualquiera de las partes citadas, la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa; por pérdida de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Este beneficio, por lo general, se contrata en forma conjunta con el beneficio por muerte accidental y tiene un costo, a nivel nacional asegurador, entre 0.40 y 1.00 al millar sobre el monto del seguro.

En la misma forma que el anterior, la contratación de este beneficio va ligada a la agravación del riesgo conforme al giro de la empresa. Aunque, como se mencionó al inicio, en la actualidad la incidencia en los fallecimientos por muerte accidental se ha incrementado considerablemente por el gran crecimiento de las ciudades, lo que ha ocasionado una distribución diferente entre los fallecimientos por riesgos profesionales y no profesionales.

- Beneficio de Triple Indemnización por Accidente Colectivo. Las coberturas anteriores, es decir el Beneficio de Indemnización por Muerte Accidental y el de Pérdida de Miembros, se duplicarán cuando se contrate este beneficio, siempre y cuando el accidente ocurra bajo las siguientes circunstancias:
  - a) Mientras el asegurado viaje como pasajero en algún vehículo operado regularmente por una empresa de transportes públicos autorizada, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares; o
  - b) Mientras el asegurado use un ascensor que opere para servicio público; o
  - c) A causa de incendio en algún teatro, hotel u otro edificio abierto al público en el que se encuentre al iniciarse el incendio.

El beneficio de triple indemnización sólo se otorga cuando ya se han contratado los de doble indemnización, y al contratar éste se adiciona entre el 0.25 y 0.75 al millar de la suma asegurada, dependiendo de la aseguradora. Sin embargo, los dos beneficios anteriores no están sujetos a que se contrate éste.

Aunque tiene su razón de ser, este beneficio sólo debe contratarse para aquellas empresas que afrontan con frecuencia este riesgo. Como el beneficio cubre situaciones preestablecidas, resulta fácil determinar la necesidad de su contratación. Fuera de estas situaciones no se recomienda, aunque su costo sea relativamente bajo. Es bueno mencionar que muchos sindicatos, sobre todo de obreros, tienen establecido en el contrato colectivo el disfrutar de este beneficio.

Es necesario recordar que estos beneficios se contratan en adición al plan básico, de ahí que si para estos beneficios se contrató una suma asegurada igual al beneficio básico, al ocurrir un fallecimiento por accidente, en este caso los beneficiarios reciben una vez la suma asegurada contratada por la cobertura básica y otro tanto igual por el beneficio de accidente (o lo que tenga contratado).

Ahora se procederá a mencionar los beneficios adicionales que por Incapacidad Total y Permanente existen en el mercado mexicano. Es de suma importancia tener bien entendida la definición de Invalidez Total y Permanente que se mencionó en la sección respectiva, ya que en la actualidad no existe ninguna cobertura adicional por Invalidez parcial o temporal.

- Beneficio de Invalidez Total y Permanente con Pago Anticipado de la Suma Asegurada. Si el Grupo asegurado cuenta con este beneficio, la cobertura que tiene mediante éste consiste en que, al invalidarse alguno

de sus empleados en forma total y permanente, la administradora pagará en una sola exhibición la suma asegurada contratada para este beneficio.

El costo por este beneficio se determina, en la mayoría de las aseguradoras, con base a una tabla que varía dependiendo de la edad del participante, misma que se podrá ver en el desarrollo de un plan normal que se expondrá más adelante.

Dado el creciente riesgo de que, a consecuencia de un accidente o una enfermedad, los participantes queden incapacitados total y permanentemente, es importante considerar que en estos casos no opera el pago de ninguna de las coberturas por muerte, pero dado que el participante ya no resulta productivo para su familia, pues no puede desempeñar ninguna actividad o trabajo remunerado, resulta claro que este beneficio es imprescindible en un buen plan de seguros.

- **Beneficio Adicional de Invalidez Total y Permanente por Accidente con Pago de la Suma Asegurada.** Si el Grupo asegurado cuenta con este beneficio, la cobertura que tiene consiste en que, al invalidarse alguno de sus empleados en forma total y permanente por un accidente, la administradora pagará en una sola exhibición la suma asegurada contratada para este beneficio.

Para este beneficio también se cuantifica su costo con base a una tarifa de acuerdo a la edad del participante, y viene a complementar los beneficios que por un accidente se tienen, pero considerando, como ya se vió, no el fallecimiento, sino la invalidez total y permanente del participante a consecuencia del evento accidental.

- **Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y**

**Permanente.** Mediante este beneficio se garantiza que, al invalidarse total y permanentemente el miembro del grupo, la administradora eximirá al contratante del pago de las primas correspondientes a dicho miembro. La administradora le proporcionará al asegurado una póliza de seguro donde se hará constar que el seguro de vida seguirá en vigor sin más pago de primas mientras dure el estado de invalidez, por la misma suma asegurada que tenía contratada al momento de invalidarse.

La administradora podrá comprobar, no más de una vez por año, que continúe el estado de invalidez; en caso de que éste desaparezca, los beneficios que esta cobertura ofrece cesarán automáticamente.

Este beneficio garantiza a los participantes continuar asegurados de por vida en el caso de que queden incapacitados total y permanentemente, ya sea por una enfermedad o por un accidente. También se cuantifica con base a una tarifa y con él puede quedar redondeado el plan que considera todas las eventualidades posibles.

También existen beneficios que tienen como fin cubrir los gastos funerarios del participante; sin embargo no son muchas las aseguradoras que los manejan.

- **Indemnización por Servicios Funerarios.** Con la sola presentación del certificado médico de defunción, al producirse la muerte del asegurado, la aseguradora también se compromete a pagar al beneficiario bien la suma asegurada contratada por este beneficio, o bien a otorgar los beneficios funerarios contratados.

Generalmente, las aseguradoras que ofrecen este beneficio, además de ofrecer la entrega de la suma asegurada a los beneficiarios, han

implantado, como opción, paquetes con compañías funerarias de varios niveles, para poder otorgar, por cuenta de un prestador de esos servicios, todas las diligencias funerarias respectivas de acuerdo al nivel escogido por el grupo.

Los costos de este beneficio varían con base en la edad del participante, y la suma asegurada contratada determinará el tipo o nivel de servicio que se pueda otorgar.

Estos son los beneficios adicionales que, para los planes de Vida Grupo, ofrece el mercado asegurador mexicano. A continuación se procederá a revisar los ofrecidos en los planes de Gastos Médicos Mayores.

#### **3.4. BENEFICIOS ADICIONALES PARA PLANES DE GASTOS MEDICOS MAYORES GRUPO.**

Los beneficios adicionales que a continuación se mencionan pueden contratarse en forma opcional, incrementándose al plan siempre y cuando la población cumpla con los requisitos de aceptación de la administradora, ya que en muchas ocasiones la administradora, bajo ningún caso, asume el riesgo.

- Reinstalación automática de suma asegurada - En todos los planes se puede otorgar este beneficio sin costo adicional, siempre y cuando estén cubiertos como mínimo 10 titulares y 25 participantes o dependientes económicos de los titulares como personal elegible.
- Preexistencia - En la gran mayoría de los planes se otorga el beneficio de preexistencia cuando el participante ha tenido la cobertura a su favor

por 2 años, ininterrumpidamente.

Sin embargo, algunos planes asegurables incluyen el beneficio sin importar la antigüedad del participante. Es posible otorgar este beneficio por solicitud expresa del contratante y aceptación de la administradora, siempre y cuando existan más de 500 participantes.

Cabe hacer mención que el otorgamiento de este beneficio aumenta considerablemente la siniestralidad del plan.

El costo promedio de este beneficio oscila entre un 20 y un 40% adicional al costo del plan. Esto estará impactado en el primer año, ya que en los años subsiguientes se considera dentro de la siniestralidad del plan para afectar el costo.

En algunos casos en los que el plan se encuentre contratado a través de una compañía de seguros y se haya pagado por el beneficio de preexistencia, la compañía de seguros no reembolsará todas aquellas reclamaciones en las cuales el afectado haya erogado el primer gasto o se le haya manifestado el primer síntoma o signo patológico bajo cobertura en otro plan asegurable.

Es recomendable que el beneficio de preexistencia sólo se contrate cuando el plan de Gastos Médicos no tenga más de 2 años de haberse implantado, ya que los participantes no cumplen con la antigüedad requerida y tanto el costo como la siniestralidad del riesgo se ven incrementados. En cuanto se cumpla el requisito de antigüedad, el beneficio se otorga sin costo alguno a los participantes y sólo los de nuevo ingreso deberán esperar para gozar del mismo beneficio.

Este beneficio sólo se puede contratar si se otorga al 100% de los

participantes.

- Padecimientos congénitos - Sin necesidad de negociación especial alguna con la administradora, se otorga el beneficio de padecimientos congénitos a todos aquellos participantes que nazcan dentro de la vigencia del plan.

Sin embargo, es posible negociar sin costo adicional aquellos padecimientos congénitos que se manifiesten al participante estando en cobertura, después de los 10 años de edad. Lo anterior sólo es posible siempre y cuando existan más de 500 participantes en el plan. Al igual que el beneficio de preexistencia, este beneficio sólo se puede contratar si se otorga al 100% de los participantes.

- Cláusula de Emergencia en el Extranjero - Emergencia Médica. La emergencia médica cubre los padecimientos agudos o de emergencia, entendiéndose como tales:

La aparición repentina de una alteración de la salud del participante, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de severidad tal que requieran de atención médica inmediata.

Al estar estabilizada la condición patológica del paciente, cesará la emergencia y, por lo tanto, los efectos de esta cláusula. Generalmente la suma asegurada contratada para este beneficio es independiente de la del plan básico.

La suma asegurada otorgada es igual a la suma asegurada básica o al equivalente, en moneda nacional, a 50,000 U.S.D. al momento del primer gasto.

De igual manera, el deducible se cobra independientemente del plan básico al equivalente, en moneda nacional, de 50 U.S.D. al momento del primer gasto.

Mientras el gasto incurrido se cause únicamente por el estado de emergencia en el extranjero, no se aplicará coaseguro en el momento del reembolso.

Sin embargo, si el tratamiento continúa en el territorio nacional, se le aplicará el coaseguro estipulado en el plan básico.

El costo de este beneficio, generalmente, es una cantidad fija independiente al costo del plan básico; sin embargo, es posible negociar el otorgamiento del mismo, sin costo adicional, sólo para aquellos grupos con más de 500 participantes.

Cabe aclarar que uno de los factores determinantes del costo fijo de este beneficio es el lugar geográfico en que desempeñen sus labores, pues hay la tendencia a que entre más cerca se encuentren de la frontera Norte, más accesible será el transporte para usar este beneficio.

En algunos planes asegurables es posible otorgar el beneficio anterior bajo las siguientes condiciones:

- a) Aplicando el costo correspondiente a un seguro de grupo, siempre y cuando se contrate para el 100% del grupo.
- b) Cuando la contratación sea para un sector del grupo, se puede otorgar bajo un costo superior a la anterior opción, siempre y cuando participe como mínimo el factor mayor entre 20% del grupo ó 100 asegurados.

En los casos de los planes con menos de 500 participantes, este



beneficio podrá otorgarse mediante un costo adicional, previa aceptación de la administradora, siempre y cuando se incluya al 100% del personal elegible. Existen aseguradoras que bajo ningún costo otorgan este beneficio. Esta cláusula tiene los mismos beneficios y exclusiones que el plan básico; sin embargo, se adicionan principalmente las siguientes exclusiones:

- No quedan cubiertos los accidentes o enfermedades que se hayan originado en la República Mexicana.
- No queda cubierto el servicio de enfermería fuera del hospital.
- No queda cubierta la operación cesárea.
- Por concepto de habitación, queda cubierta la tarjeta correspondiente a cuarto semiprivado.

Es conveniente recomendar al cliente la contratación de este beneficio cuando la población requiera efectuar frecuentes viajes al extranjero por cuestiones de trabajo.

- Cobertura en el Extranjero - Al contratarse este beneficio se tendrán cubiertos los gastos médicos que se originen en el extranjero a consecuencia de una enfermedad o accidente no excluidos en el contrato; esos gastos quedarán cubiertos conforme a lo acordado en las condiciones estipuladas para esta cobertura.

Este beneficio podrá ser contratado únicamente para las personas que radican en la República Mexicana y que realicen viajes al extranjero por periodos no mayores a 3 meses de duración ininterrumpidamente.

Sin embargo, a petición del contratante, se puede otorgar este beneficio para personas del propio contratante que radiquen en el extranjero,

previa aceptación de la administradora y con el costo que para este beneficio se determine.

El reembolso de los gastos efectuados por el participante en el extranjero se cubrirá en moneda nacional, de acuerdo al tipo de cambio que esté en vigor en la fecha en que se haya hecho el primer gasto.

Normalmente, los gastos cubiertos y las exclusiones serán los mismos que se estipulan en el plan básico, a excepción del concepto de habitación, el cual quedará cubierto a la tarifa del cuarto semiprivado

Es importante revisar la suma asegurada con que se contrate este beneficio, ya que los gastos en el extranjero son aproximadamente un 500% mayores a los erogados en la República Mexicana.

En algunas ocasiones se maneja la suma asegurada contratada para este beneficio en forma independiente a la del plan básico; esto quiere decir que si el afectado agota en el extranjero la suma asegurada contratada y continúa con el mismo tratamiento en territorio nacional, se reinstalará automáticamente la suma asegurada .

Este beneficio da la oportunidad de atender el padecimiento en el extranjero independientemente del lugar en que se originó.

En algunos planes se otorga este beneficio con catálogo de honorarios quirúrgicos pero no es recomendable, ya que lo que se podría recuperar, en comparación a lo gastado, sería un porcentaje reducido dependiente del tipo de padecimiento tratado.

En la mayoría de los casos este beneficio se otorga a los funcionarios de las empresas tales como directores, subdirectores y gerentes, ya que

estas personas son las únicas que tienen el nivel económico para, en caso de enfermedad, hacer frente a los gastos de traslado al extranjero.

En los planes que cuentan con menos de 500 participantes, este beneficio se debe otorgar al 100% de los mismos participantes; sin embargo, para aquellos planes que cuenten con más de 500 participantes, este beneficio se puede otorgar a un subgrupo de la población.

En el mercado este beneficio varía, de acuerdo a la administradora y a la experiencia en su cartera, entre un 70% y un 400% adicional al costo del plan.

Es pertinente aclarar que uno de los factores que determinan el costo de este beneficio depende del poder adquisitivo de los participantes y del lugar geográfico en el que se desempeñen sus labores, ya que entre más cerca se encuentren de la frontera Norte más accesible será el transporte para llevar a cabo el uso de este beneficio.

- Reconocimiento de antigüedad - Este beneficio adicional brinda la oportunidad de conservar la antigüedad adquirida bajo una cobertura de gastos médicos similar, en el momento en que se lleve a cabo un cambio de administradora por convenir a los intereses del contratante.

En forma muy principal, se tiene que reconocer la antigüedad, para conservar los beneficios de la cláusula de preexistencia en aquellos planes en los que se cubre a partir del tercer año de estar incluido en el plan.

De manera adicional, para aquellos participantes cuyo nacimiento estuvo bajo cobertura dentro de un plan de gastos médicos mayores, este

beneficio permite ampararlos por los gastos en que incurrieron por concepto de padecimientos congénitos.

En los casos de personal de nuevo ingreso al plan, es posible reconocer la antigüedad adquirida en planes similares anteriormente contratados bajo otra administradora, siempre y cuando se demuestre que se tenía la cobertura contratada a su favor y no transcurran más de 30 días al descubierto entre una cobertura y otra.

Este beneficio se otorga sin costo adicional, siempre y cuando se solicite por el contratante y sea aceptado por la administradora.

En la mayoría de los casos las administradoras aceptan este beneficio, pues de lo contrario no le convendría al contratante un cambio de administradora. Algunas administradoras otorgan este beneficio cuando el contratante no cumple con los requisitos necesarios para otorgarle el beneficio de preexistencia.

Las administradoras otorgan este beneficio únicamente a aquellos contratantes en los que se tenga un interés adicional, ya que se cubren, en la mayoría de los casos, padecimientos preexistentes en estados de emergencia.

- Riesgos catastróficos - Este beneficio adicional da la oportunidad de incrementar la suma asegurada del plan básico, para aquellas reclamaciones que agoten la suma asegurada básica.

La principal razón por la que se recomienda este beneficio consiste en que no hay participación por concepto de coaseguro.

Actualmente, en el mercado, la mayoría de las administradoras ya no

otorgan este beneficio, que está siendo substituído por planes que limitan la participación en coaseguro por parte del afectado.

- Ambulancia Aérea - Este beneficio se otorga a grupos o colectividades con más de 500 participantes.

La suma asegurada contratada para este beneficio es independiente de la del plan básico.

El costo del beneficio, en caso de ser aceptado por la administradora, representa un incremento aproximadamente del 10% sobre el costo del plan básico.

- Cirugía Programada - La finalidad del otorgamiento de este beneficio es la de brindar al participante un apoyo económico por anticipado, para hacer frente a un gasto por concepto de cirugía mayor programada a consecuencia de un accidente o enfermedad, una vez que la administradora haya dictaminado como procedente el padecimiento, de acuerdo a las condiciones del plan.

Generalmente este anticipo varía entre un 60 y un 80% del presupuesto que se presenta por concepto de honorarios médicos y hospitalización.

Una vez efectuada la intervención, se reembolsará la diferencia a la presentación de las facturas y los recibos correspondientes.

Este beneficio se otorga sin costo adicional para el contratante; sin embargo, la administradora requiere que el contratante se comprometa a que el afectado entregue los documentos que comprueben una intervención quirúrgica en un plazo que puede variar entre los 10 y 30 días como máximo después de efectuada; de no ser así, el contratante se

verá obligado a devolver la cantidad anticipada con un recargo previamente acordado.

- **Sistema de Pago Directo** - Este beneficio se otorga sin costo adicional y casi el 100% de las aseguradoras lo tienen ya contemplado dentro de sus planes de gastos médicos mayores.

Algunos de los consultores en este ramo otorgan este beneficio, ya que cuentan con los convenios necesarios.

Este beneficio le permite al participante no efectuar un desembolso en el momento de presentarse un accidente o enfermedad que requiera de una hospitalización mayor a 24 horas, pues a través de un convenio establecido con distintos hospitales en la República Mexicana y aun en el extranjero, se efectúa el pago al hospital directamente por la aseguradora, o bien a través de un consultor que tenga convenios establecidos.

Cabe señalar que estos convenios de pago directo se pueden establecer únicamente con hospitales, o con hospitales y médicos.

En el momento en el que el participante ingrese al hospital deberá presentar la credencial o pase que lo acredita como derecho habiente de este beneficio, el cual es expedido por la administradora, además de identificarse con algún documento con fotografía y dejar un depósito, el cual servirá para:

- a) Descontar el importe de la reclamación, en caso que ésta no estuviera cubierta por el plan.
- b) Descontar el deducible y coaseguro estipulado, en las condiciones del plan, para cada accidente o enfermedad.

- c) Cubrir el importe de los gastos no amparados por el plan.

En algunos convenios es posible efectuar pago directo por concepto de consultas externas, así como obtener descuentos de algunas farmacias y laboratorios.

- Cláusula de Maternidad y Complicaciones del Embarazo - Este beneficio, generalmente, no se incluye en un plan de Gastos Médicos Mayores, ya que el parto normal no cae dentro de la definición de accidente o enfermedad.

En caso que el contratante desee cubrir este beneficio adicional en el plan, sólo se reembolsarán los gastos por los siguientes conceptos :

- a) La sala de labor, honorarios médicos, sala de recuperación, medicamentos dentro del hospital, cuarto y alimentos del paciente, así como la cama extra para un acompañante.
- b) Complicaciones del embarazo excluidas en un plan normal, siempre y cuando vaya de por medio la salud de la participante.

Quedarán excluidas las consultas anteriores y posteriores al parto, así como la atención al recién nacido, ya que se cubren únicamente el parto y posibles complicaciones.

Cuando este beneficio se integra dentro una póliza de gastos médicos mayores, el costo va de acuerdo al número de mujeres participantes cuyas edades estén entre 18 y 45 años, y a la suma asegurada que se requiera para otorgar dicho beneficio.

La cuota que se cobra depende de la suma asegurada; cuando no existe período de espera, está entre un 200 y 300 por cada millar de la suma

mencionada.

Para los planes en los que el beneficio se otorga con período de espera de 9 meses, la cuota oscila entre un 150 y 177 al millar de la suma asegurada.

De lo anterior se puede observar que, por cada cinco millones de suma asegurada, en promedio, se tendrá que pagar un millón de pesos de prima; o, visto de otra forma, la aseguradora supone que, por cada 5 mujeres cuyas edades estén entre 18 y 45 años, una tendrá un hijo por parto normal dentro del año póliza. Es recomendable que este beneficio se otorgue a través de un plan autofinanciado, con la finalidad de abatir costos, el cual se detallará más adelante.

- Plan Oftalmológico - Generalmente los planes de Gastos Médicos Mayores excluyen este beneficio, ya que, en la mayoría de los casos, los tratamientos son para corregir estados físicos de la persona tales como miopía, astigmatismo, etc., y por lo tanto no caen en la definición de accidente o enfermedad.

Por lo anterior, se contrata este beneficio cubriendo únicamente el gasto por la adquisición de lentes, ya sean de contacto o de armazón, hasta por una suma asegurada estipulada en el contrato, que puede variar entre uno y dos salarios mínimos mensuales aproximadamente, con independencia de la suma asegurada contratada en el plan.

El costo de este beneficio va de acuerdo a la frecuencia con que se utilice el servicio.

Actualmente las aseguradoras no otorgan este beneficio bajo ningún costo, pero es posible otorgarlo bajo un plan autofinanciado, haciendo



participe a la administradora con un costo administrativo.

- Plan Dental - Actualmente, en los planes de Gastos Médicos Mayores no se cubren los gastos erogados por concepto de tratamientos dentales, salvo los que se mencionaron anteriormente dentro de gastos cubiertos, ya que el costo es muy elevado.

Sin embargo, es posible otorgarlo a través de un plan autofinanciado o a través de empresas especializadas en ese beneficio.

El costo dependerá de los alcances en cobertura que se desee contratar.

Todos los beneficios adicionales mencionados anteriormente no son los únicos que existen en el mercado, pero sí los más comunes.

Sin embargo, de acuerdo a las necesidades del contratante y a la capacidad de la administradora, puede incluirse cualquier beneficio adicional y cuantificar de una manera estimativa sus costos.

Con lo expuesto, es posible formarse un criterio acerca de las características de los planes de Grupo Vida y Gastos Médicos Mayores existentes en el territorio mexicano, así como de los alcances que esos planes tienen.

## **CAPITULO 4**

### **4. SISTEMAS DE ADMINISTRACION Y MANEJO DE RECLAMACIONES**

A continuación se describen diferentes opciones que existen para llevar a cabo la administración de los planes de Grupo Vida y Gastos Médicos Mayores, la cual está íntimamente relacionada con el número de participantes, los sistemas de financiamiento y los beneficios adicionales.

#### **4.1. SISTEMAS DE ADMINISTRACION NORMAL**

Este sistema consiste en notificar a la administradora, en el momento de la contratación, haciéndole llegar la solicitud maestra y el consentimiento de todos los participantes asegurables, para que aquella emita los certificados correspondientes; asimismo se le deben notificar mensualmente todos los movimientos que ocurran en la póliza, que pueden ser altas, bajas, cambios, aumentos de sumas aseguradas, etc., para que la aseguradora pueda emitir los recibos o notas de crédito correspondientes.

Este sistema, en los planes de Grupo Vida ya no se utiliza; sólo se llega a emplear en planes colectivos, en los cuales existen características diferentes por cuanto a la conformación de la colectividad (como pueden ser: que la colectividad no esté formada por una misma razón social, que los participantes contribuyan con un porcentaje del pago de las primas, etc.), lo que hace necesario un control detallado de los movimientos.

En los planes de Gastos Médicos Mayores se utiliza con el propósito de mantener actualizado el personal participante ante la administradora para:

- a) Reflejar el costo de los movimientos mensuales;
- b) Reconocer, por separado, la antigüedad de cada uno de los participantes en el plan, de acuerdo a su fecha de ingreso al mismo.
- c) Llevar a cabo la elaboración de tarjetas para nuevos participantes, a fin de que gocen del beneficio del pago directo.

En el plan de Gastos Médicos Mayores, sin tomar en cuenta el número de participantes, resulta conveniente, si no es que indispensable, contratar con la administradora el beneficio del pago directo, pues no implica un costo adicional y permite que los participantes no tengan que afrontar desembolsos inmediatos en caso de necesidad.

Lo anterior permite que el sistema de administración que se trate sea utilizado sin importar el número de participantes en el plan, informando a la aseguradora de todos los movimientos del grupo.

Los movimientos del personal deberán notificarse mensualmente a la administradora y en un plazo no mayor de 30 días posteriores a la fecha de ingreso al plan de cada participante, pues de lo contrario se tendrá que realizar una negociación especial con la administradora y, a juicio de ésta, se aceptará o no la fecha en que se esté dando de alta a los participantes, ya que la administradora reconocerá normalmente, como máximo, avisos dados hasta 30 días antes de la fecha en que se le notifique el movimiento.

Cabe señalar que para la contratación del plan, así como en cada aniversario y para cualquier tipo de sistema de administración, se deberá entregar a la administradora un listado de todo el personal participante, según el plan, con la información abajo detallada:

### Grupo Vida

- Nombre completo del empleado participante.
- Fecha de nacimiento (AA/MM/DD) del empleado participante.
- Fecha de ingreso a la empresa, en caso de que ésta sea necesaria.
- Sueldo del empleado, en caso de requerirse para la determinación de la suma asegurada.

### Gastos Médicos Mayores

- Nombre completo del empleado participante.
- Nombre completo de cada uno de los dependientes económicos del participante, indicando parentesco.
- Fecha de nacimiento (AA/MM/DD) del empleado participante, así como de cada uno de sus dependientes económicos.

En el caso de un cambio de administradora, se sugiere indicar la fecha de ingreso al plan de cada uno de los participantes, siempre y cuando no haya transcurrido más de un mes fuera de cobertura.

En el caso de los informes mensuales en los planes de Gastos Médicos Mayores, se debe ser específico al dar la siguiente información:

**Contratante.-** Especificar a la administradora la razón social o colectividad a la que corresponde.

**Número de Contrato.-** Consignar el número de referencia correspondiente dentro de un plan autofinanciado, o el número de póliza cuando esté contratado con una aseguradora.

**Mes y año.-** Indicar la fecha en que se está informando a la administradora el movimiento de altas y bajas, así como las complementaciones (dependientes económicos) del personal comprendido en el plan.

**Número de hoja.**-Se puede indicar de la siguiente manera:

(Núm. de hoja / Núm. total de hojas que componen el movimiento del mes, por ej.: 2/10 )

Lo anterior tiene como finalidad el poder identificar fácilmente, en caso de extravío, la o las hojas faltantes.

**Certificado número.**- Esta columna se emplea para consignar el número de un empleado en caso de que se relacione con el número del certificado. Cuando la administradora sea la que asigne el número del certificado, esta columna se llenará exclusivamente para dar de baja a un participante o cuando se quiera dar de alta a un nuevo dependiente económico del titular en Gastos Médicos Mayores; cabe mencionar que se maneja el mismo número de certificado para el titular y para sus dependientes económicos, y que en ningún caso podrá haber dos titulares con un mismo número de certificado.

**Nombre.**- Anotar claramente el nombre completo del titular cuando se trate de un nuevo certificado y, a continuación, el de cada uno de sus dependientes económicos. Cuando se trate de la alta o baja de un dependiente económico, sólo será necesario anotar el nombre completo del mismo. Cuando se trate de la baja de un certificado completo, únicamente será necesario anotar el nombre del titular. Es recomendable dejar un reglón en blanco entre un certificado y otro.

Conforme a lo expuesto, en columnas específicas debe indicarse el parentesco y sexo de los dependientes económicos del titular.

**Fecha de nacimiento.**- Indicar claramente la fecha de nacimiento de cada uno de los participantes.

**Fecha de movimiento.-** Precisar la fecha a partir de la cual los participantes cuentan con el beneficio. Generalmente esta fecha coincide con la fecha de alta en el IMSS.

**Observaciones.-** Principalmente, en esta columna se asienta el nombre del titular en caso de dar de alta a un nuevo dependiente económico; la fecha en que el participante tuvo derecho a un plan similar con otra administradora, etc.

Es importante que, cuando se de de alta a un participante en el plan, se anexe al informe de movimientos el consentimiento individual firmado por el titular.

Con esta información la aseguradora podrá proceder a emitir los endosos, recibos y notas de crédito respectivos a cada movimiento, para el fácil manejo del plan.

Es de importancia profundizar acerca de la emisión de endosos, los cuales, cuando se otorgan bajo el sistema de administración normal, se elaboran conjuntamente con el cálculo de primas a pagar (en caso de altas) o a devolver (en caso de bajas) que representen, corriendo a cargo del contratante la responsabilidad del pago o cobro de dichos recibos, en forma mensual.

Otra forma de manejar este sistema en los planes de Gastos Médicos Mayores, que es la más comunmente utilizada, consiste en elaborar los mismos informes de movimientos mensuales, pero llevando el cobro de las primas a un Ajuste Anual al final de la vigencia, el cual se determina en la siguiente forma:

La aseguradora emite, mensualmente los endosos de movimientos, registrándolos en sus sistemas computacionales sin emitir un recibo o nota de

crédito para su cobro; al finalizar la vigencia únicamente tendrá que realizar los cálculos mediante la aplicación de las tarifas que estuvieron en vigor durante el período que finalizó, a las fechas en que se cubrieron los movimientos solicitados.

Ese ajuste anual es el resultado de un cálculo exacto de los movimientos realizados, que ofrece la ventaja de que debe ser liquidado hasta que concluye la vigencia respectiva, por lo que sólo puede ser pagado en una sola exhibición, junto con la primera periodicidad de primas de la vigencia siguiente.

Como se indicó antes, este sistema no es utilizado en planes de Grupo Vida, y en los planes de Gastos Médicos Mayores se emplea principalmente por la necesidad de poder emitir las tarjetas respectivas para proporcionar, a los participantes, el servicio de pago directo a partir de su inclusión en el grupo.

#### **4.2. SISTEMA DE ADMINISTRACION SIMPLIFICADO (AUTOADMINISTRADO)**

Este sistema consiste en notificar a la administradora, en cada aniversario del plan, quienes son los participantes a los que se otorga este beneficio, con la finalidad de:

- a) Cuantificar el costo o prima teórica del siguiente ejercicio; y
- b) Poder llevar a cabo el ajuste anual en caso de que esté contemplado.

Este sistema se recomienda para aquellos grupos que no contratan el beneficio de pago directo en Gastos Médicos Mayores y que, además,

cuentan con más de 500 participantes en ambos planes.

Cabe mencionar que, en cada aniversario del plan, deberá proporcionarse a la administradora un listado que contenga la siguiente información:

#### **GASTOS MEDICOS MAYORES**

- \* Nombre completo del titular
- \* Nombre completo de cada uno de los dependientes económicos del titular, indicando parentesco.
- \* Fecha de nacimiento (AA/MM/DD) del titular, así como cada de cada uno de sus dependientes económicos.
- \* Fecha de ingreso al plan de todos aquellos participantes que no se encontraban incluidos en el listado anterior.

#### **GRUPO VIDA**

- \* Nombre completo del titular
- \* Fecha de nacimiento (AA/MM/DD) del titular.
- \* Sueldo mensual, en caso de que dependa de éste la suma asegurada.
- \* Fecha de ingreso a la empresa, en caso de ser necesario.

En caso de efectuar un cambio de administradora, se sugiere mencionar la fecha de ingreso al plan de cada uno de los participantes, siempre y cuando no haya transcurrido más de un mes fuera de la cobertura.

En la gran mayoría de los planes asegurables se requiere hacer un ajuste anual, con la finalidad de cobrar o devolver la prima con motivo de las altas y bajas efectuadas durante la vigencia del plan.

Principalmente se utilizan dos criterios para efectuar los ajustes anuales en el mercado y consisten en lo siguiente:



1° Aplicar, por participante, el costo del año anterior, al listado de renovación. Calcular la diferencia en el costo entre el inicial y el final, y cobrar o devolver esta diferencia entre dos. Este sistema supone que todos los movimientos que se den entre el inicio y el fin de la vigencia se efectuarán a la mitad del año póliza. A continuación se detalla la forma de elaborar un ajuste anual bajo este sistema, el cual se resume en la siguiente fórmula:

$$\text{Ajuste Anual} = ( \text{SAF} - \text{SAI} ) \times ( \text{CPA} \div 2 )$$

Donde:

SAF = Suma Asegurada Final

SAI = Suma Asegurada Inicial

CPA = Cuota promedio anual

- Se toma la suma asegurada total que tuvo el grupo en la vigencia que finalizó.
- Con base en el nuevo listado del personal y sus sueldos, se calcula la nueva suma asegurada de todo el grupo, para la vigencia que inicia.
- Se saca la diferencia entre la suma asegurada de la vigencia final y la suma asegurada de la vigencia inicial; si el resultado es positivo, el ajuste resultará a cargo del contratante, ya que hay mayor suma asegurada en la renovación; si el resultado es negativo, el ajuste resultará a favor del contratante.
- Se determina la cuota promedio anual de la vigencia anterior dividiendo, en la póliza ya vencida, la prima neta total entre la suma asegurada al millar.

- La diferencia obtenida entre las sumas aseguradas se multiplica por la cuota promedio anual entre dos, dando como resultado la prima a pagar por seis meses.
- Esta fórmula opera bajo el supuesto de que, en promedio, todos estos movimientos se efectúan a mitad del año póliza, siendo éste el resultado del ajuste anual.
- Como ya se mencionó, según el resultado sea positivo o negativo, el ajuste obtenido será a favor o a cargo del contratante.

2° Calcular a prorrata el costo de cada movimiento mensual. Sumar todos estos movimientos al final del año cobrando o devolviendo la prima según proceda. Es decir, se hace el cálculo exacto de cada movimiento, mediante la aplicación de la tarifa de la vigencia que concluye a dichos movimientos.

En algunos planes contributivos es necesario que se refleje el costo del movimiento en la prima mensual, para que el contratante no financie el plan de los empleados.

### **4.3. INFORMACION REQUERIDA PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES**

A continuación se detalla la información requerida para el pago de una reclamación, primero de los Planes de Grupo Vida y, posteriormente, de los Planes de Gastos Médicos Mayores.

#### **4.3.1. PLANES DE GRUPO VIDA POR FALLECIMIENTO**

**a) Informe del reclamante:**

Este informe es un formato impreso que otorga la administradora, el cual debe ser requisitado, en su primera parte, por el o los beneficiarios y tiene como finalidad proporcionar, a la administradora, la información acerca de: los datos personales del fallecido, las declaraciones, datos y firmas de los beneficiarios, y la certificación y conocimiento de firmas.

**b) Informe del médico que certifica el fallecimiento:**

Al igual que el anterior, es un formato impreso proporcionado por la administradora, el cual es necesario sea requisitado por el médico que certificó el fallecimiento, y en el cual se especifican: los datos sobre el fallecimiento, la Certificación Médica, las especificaciones adicionales y, por último, los datos del médico, como son: Nombre, Número de Cédula Profesional, Registro de S.S.A., domicilio y firma.

**c) En caso que el fallecimiento ocurra por causas naturales o por accidente, se requiere que los reclamantes presenten la siguiente documentación, en adición a los formatos arriba mencionados.**

- Original o Copia Certificada del Acta de Defunción.
- Copia fotostática legible del Acta de Nacimiento del asegurado, Fe de Bautismo o Pasaporte.
- Copia fotostática legible del Acta de Matrimonio, si la esposa fuera beneficiaria.
- Si algún beneficiario ha fallecido, se tiene que presentar original o copia certificada del Acta de Defunción.
- En el caso de que la muerte haya ocurrido en forma accidental, es

necesario presentar original o copia certificada de las actuaciones completas del Ministerio Público, es decir, Averiguaciones Previas, Identificación del Cadáver, certificado de Autopsia o Dispensa, Parte de Tránsito en caso de accidente automovilístico y conclusiones.

- Si el plan tiene contratado una suma asegurada con base a meses de sueldo del empleado, es necesario presentar los últimos recibos de nómina y aviso de modificación al salario ante el I.M.S.S..
  - Si el asegurado ingresó al servicio del contratante después de la última renovación de la póliza, es necesario presentar copia fotostática legible del aviso de alta ante el I.M.S.S., o contrato individual del trabajador.
  - Original del Certificado y Cédula de consentimiento del Seguro de Grupo Vida firmados por el asegurado.
- d) Al presentar toda esta documentación, ya sea directamente a la administradora o al asesor en caso de que éste exista, en el momento en que la administradora reciba la documentación, deberá proceder al análisis correspondiente y contará con 30 días calendario para dar respuesta a los beneficiarios respecto del pago de la suma asegurada.

#### **4.3.2. PLANES DE GRUPO VIDA POR INVALIDEZ O PERDIDAS DE MIEMBROS**

En estos casos el asegurado deberá presentar ante la administradora la siguiente documentación:

- a) Carta solicitud de pago del contratante del beneficio de invalidez o de pérdida de miembros, según sea el caso.

Es necesario que el contratante elabore una carta en la que solicite el pago del beneficio de invalidez o el porcentaje por pérdida orgánica, según sea el caso, en la cual se deben detallar los siguientes conceptos:

- Número de contrato.
- Nombre del titular.
- Número de certificado.
- Fecha de inclusión al plan.
- Beneficio por el cual se está haciendo la reclamación.
- Importe reclamado.
- Desglose de la documentación que se anexa.

La documentación que se tiene que anexar es la siguiente:

**BENEFICIO POR PERDIDA  
DE MIEMBROS**

- Historia clínica detallada por el médico tratante, especificando claramente la forma del accidente, así como la pérdida sufrida.
- Última modificación de salario ante el I.M.S.S., o alta en caso de ser de reciente ingreso.
- Original de certificado y consentimiento con firma del asegurado.
- Original del acta de la autoridad que haya dado fe de los hechos, en caso de que ésta exista.

**BENEFICIO POR INVALIDEZ**

- Documentos originales en los que el I.M.S.S. certifique que la invalidez es de carácter total y permanente.
- Historia clínica detallada por el médico tratante.
- Última modificación de salario ante el I.M.S.S., o alta en caso de ser de reciente ingreso.
- Original del certificado y consentimiento con firma del asegurado.

Con esta documentación, por conducto del asesor o directamente con la administradora, se podrá hacer cualquiera de estas reclamaciones, y la administradora dentro de los tiempos límites deberá dar respuesta a la reclamación.

#### **4.3.3. PLANES DE GASTOS MEDICOS MAYORES**

El beneficio de un plan de Gastos Médicos Mayores se aprecia en forma culminante en el momento que el participante no ve mermado su patrimonio por el gasto que ocasiona la utilización de los servicios médicos que se necesitan en forma fortuita e imprevista.

**a) Informe del reclamante:**

Este informe es un formato impreso que otorga la administradora, el cual debe ser requisitado por el titular, y tiene como finalidad proporcionar a la administradora la información acerca del accidente o enfermedad que esté presentando el participante, para que aquélla dictamine la procedencia de la misma, de acuerdo a las condiciones generales en que esté contratado el plan.

**b) Informe del médico tratante:**

Al igual que el anterior es un formato impreso por la administradora, el cuál deberá ser requisitado por el médico tratante y tiene como finalidad conocer, en términos médicos, el padecimiento y, asimismo, conciliar con el informe del reclamante el cómo, cuándo y dónde empezó el padecimiento y, adicionalmente, informar sobre el tipo de tratamiento que se aplicó.

**c) Carta remesa:**

Documento en el cual el participante desglosa cada uno de los gastos que

realizó con motivo del tratamiento y/o intervención quirúrgica del padecimiento, esto es, indicar el importe por concepto de honorarios del cirujano, anestesista, consultas médicas, hospitalización, análisis de laboratorio, medicamentos fuera del hospital, etc.

d) Recibos por honorarios médicos:

Todos los recibos por concepto de honorarios médicos deberán cumplir con los siguientes requisitos :

1. Ser documento original.
2. Contener número de folio impreso.
3. Contener R.F.C. del otorgante.
4. Estar expedido a nombre del titular y consignar su R.F.C.
5. Contener el número de cédula profesional del médico y su firma
6. Especificar el concepto e importe de honorarios médicos.
7. Fecha de emisión.
8. Satisfacer los requisitos fiscales.

e) Facturas:

Las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales que marca la ley; adicionalmente, se deberán desglosar cada uno de los conceptos que se están cargando con sus respectivos importes.

Es importante que el I.V.A. se indique por separado y que la factura sea expedida a nombre del titular y/o administradora, ya que en caso de ser procedente la reclamación y causar coaseguro, se reembolsará al asegurado el I.V.A al 100%

f) Notas de farmacia:

Deberán cumplir con todos los requisitos fiscales que marca la ley y especificar cada uno de los medicamentos que se está adquiriendo, debiendo estar soportados por su respectiva receta médica. En los casos de medicamentos restringidos para su venta, se deberá anexar a la nota una copia de la receta médica.

**g) Carta solicitud de reembolso del contratante:**

Es necesario que el contratante elabore una carta en la que solicite el reembolso de la reclamación del participante, en la cual se deben detallar los siguientes conceptos:

- Número del contrato
- Nombre del titular
- Nombre del afectado
- Número de certificado
- Fecha de inclusión al plan
- Número de siniestro, en caso de ser un complemento a una reclamación presentada con anterioridad
- Importe reclamado
- Desglose de la documentación que se anexa

Adicionalmente se hacen algunas recomendaciones, para agilizar ante las administradoras el trámite del reembolso de las reclamaciones.

- Anexar los resultados de los estudios practicados al paciente
- Anexar radiografías
- Presentar un informe médico por cada médico tratante
- Recordar que no se reembolsarán pagos a instituciones de beneficencia y a establecimientos oficiales de servicio.

Es importante mencionar que la administradora se reserva el derecho de



solicitar información adicional si, después de efectuar el análisis de la reclamación, así lo requiera.

En caso de hacer uso del beneficio adicional de Cirugía Programada será necesario presentar la siguiente documentación:

- Informe del médico tratante
- Informe del reclamante
- Presupuesto de honorarios médicos y hospital, de acuerdo a lo comentado dentro de beneficios adicionales.

Los tiempos normales de respuesta para otorgar el anticipo van desde un día hábil hasta 20 días hábiles. Esto depende de quien sea la administradora y el intermediario, en caso de que exista.

Con lo antes enumerado, se visualiza el manejo administrativo que se da a estos planes, tanto para su mantenimiento como para obtener el resultado tangible de la razón de ser de las reclamaciones.

## CAPITULO 5

### 5. DESARROLLO DE LAS DIFERENTES OPCIONES DE PLANES ASEGURABLES

En este capítulo se describen las opciones existentes para manejar los planes de Grupo Vida y Gastos Médicos Mayores, a saber:

- Plan Asegurable Normal.
- Flujo de Efectivo (*Cash Flow*).
- Coberturas de Exceso de Pérdida (*Stop-Loss*) y Cobertura de Trabajo (*Working Cover*) para Planes de Gastos Médicos Mayores.
- Plan Autofinanciado. \*

Los dos primeros planes antes mencionados, junto con las Coberturas de Exceso de Pérdida y de Trabajo, son los que se utilizan en el presente estudio para demostrar como es posible lograr una mayor versatilidad en la implantación y administración para obtener un ahorro significativo en los planes de Grupo Vida y Gastos Médicos Mayores.

\* El Plan Autofinanciado sólo se menciona como una buena opción adicional; sin embargo, por no ser un plan asegurable, no se profundizará en él.

En los siguientes tres subcapítulos se desarrollará todo el mecanismo de un plan asegurable normal que involucra tanto al contratante como a la aseguradora, para la contratación de los planes de Grupo Vida y Gastos Médicos Mayores.

## **5.1. GENERALIDADES DE PLANES ASEGURABLES NORMALES**

Los planes asegurables normales son los comúnmente manejados por las compañías aseguradoras, mismas que cuentan con todo un sistema de financiamiento adecuado para la venta y administración de seguros, entendiéndose por tal la estructura administrativa, mecanismos de emisión, tarifas y la papelería específica para dicho manejo, todo ello reglamentado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Para la contratación de un plan asegurable normal es necesaria la intermediación de un agente individual, profesional de seguros, o una Sociedad Anónima que tenga entre sus objetivos sociales la administración de planes de seguros.

El mecanismo utilizado por las aseguradoras consiste básicamente en la emisión de un documento llamado póliza, en el cual se consignan las estipulaciones convenidas entre el asesor de seguros y el contratante con base en lo ofrecido por la aseguradora, y en dicho documento se determina, al inicio de vigencia, un costo anual llamado prima, conformado a las características de la población .

El citado costo o prima no tendrá modificación durante la vigencia del contrato, ya que la aseguradora con motivo de los posibles siniestros corre un riesgo, independientemente de las cantidades que probablemente tenga que devolver al contratante.

Por lo general, estos planes tienen una vigencia equivalente a un año calendario; sin embargo, es posible pactar vigencias menores, pero no mayores, ya que la aseguradora correría un riesgo mucho más grave, ya que las primas se calculan en forma anual y cada vigencia se deben incrementar en

proporción a la inflación que presente el sector salud para los planes de Gastos Médicos Mayores y a los incrementos en sumas aseguradas en los planes de Grupo Vida, pues en éstos las tarifas no dependen de la inflación.

Los planes asegurables normales son los únicos que se pueden otorgar a grupos con menos de 500 asegurados, ya que, en caso de presentarse algún evento que rebase el costo anual del plan, la aseguradora tendrá que hacer frente al monto reclamado.

Para llevar a cabo la contratación de una póliza de Grupo Vida o de Gastos Médicos Mayores es necesario entregar a la aseguradora el listado de participantes que consigne los datos mencionados en el capítulo anterior, y la solicitud maestra. Con esta información, la aseguradora expedirá la póliza con base a las condiciones previamente pactadas.

La póliza se integra con los siguientes elementos:

- a) Carátula de la póliza.
- b) Condiciones generales.
- c) Endosos.
- d) Registros de asegurados.

La información principal que consigna cada uno de los elementos mencionados es la siguiente:

- a) Carátula de la póliza:
  - Nombre y dirección del contratante.
  - Número de la póliza.
  - Vigencia del contrato.
  - Prima neta anual.
  - Recargo por pago fraccionado.

- Costo de expedición de la póliza sólo en el caso de pólizas de Gastos Médicos Mayores.
- Prima total.
- Forma de pago (anual, semestral, trimestral o mensual).
- Elegibilidad.
- Nivel de cobertura (en los planes de Gastos Médicos Mayores: suma asegurada, deducible y coaseguro, y límite de intervenciones quirúrgicas; en planes de Grupo Vida: suma asegurada, tanto para la cobertura básica como para los beneficios adicionales).
- Límite en el nivel de beneficios.
- Beneficios adicionales,
- Firma de un representante legal de la aseguradora.

**b) Condiciones generales:**

- Definiciones.
- Edades de aceptación.
- Siniestros.
- Pago de indemnizaciones.
- Aplicación de deducible y coaseguro.
- Funcionamiento de la cobertura.

Los puntos mencionados se explicaron ya con anterioridad.

Adicionalmente, las condiciones generales de una póliza de Grupo Vida y Gastos Médicos Mayores se ajustan a lo regulado por la Comisión Nacional de Seguro y Fianzas.

- c) Endosos. Son los documentos que se expiden para registrar movimientos dentro de la vigencia de la póliza, como pueden ser altas,

bajas o correcciones de asegurados, así como modificaciones o correcciones al plan.

Existen tres clases de endosos:

- Los que aumentan el costo del plan (endoso "A").
- Los que disminuyen el costo del plan (endoso "D").
- Los que no afectan el costo del plan (endoso "B").

Todos los endosos sirven para modificar, agregar o eliminar la información contenida en la carátula de la póliza, las condiciones generales o el registro de asegurados.

Los endosos deben de consignar la siguiente información:

- Fecha.
- Nombre del contratante.
- Vigencia.
- Prima, en caso de tratarse de un endoso "A" o "D".
- Especificación de la modificación, incremento o eliminación que se esté llevando a cabo en la póliza.
- Firma de un representante legal de la aseguradora.

d) Registro de los asegurados:

- Nombre del contratante.
- Número del contrato.
- Número de hoja.
- Vigencia.
- Para planes de Grupo Vida: Número de certificado, nombre del asegurado, edad, fecha de nacimiento, suma asegurada, beneficios adicionales cubiertos y prima total por participante.

- Para planes de Gastos Médicos Mayores: Número de certificado, nombre del asegurado así como de sus dependientes económicos indicando parentesco, edad, fecha de ingreso, prima neta (por asegurado y por certificado).
- Número total de asegurados.
- En planes de Grupo Vida: Prima neta desglosada por cada beneficio contratado, descuentos alcanzados por volumen de suma asegurada y de primas, y enseguida la prima neta total.
- En planes de Gastos Médicos Mayores: Prima neta de la póliza.

## **5.2. PLAN ASEGURABLE NORMAL DE GRUPO VIDA**

### **A) Características del sistema**

#### **Plan Nuevo.**

Para poder llevar a cabo la cuantificación de planes de Grupo Vida es necesario contar con la información mencionada en la parte correspondiente y tener a mano una tarifa, por edad, de la prima básica y los beneficios adicionales, como la que se muestra a continuación:

TARIFAS ANUALES, AL MILLAR, DE SUMA ASEGURADA \*

EDAD	BASICA	( 1 )	( 2 )	( 3 )	EDAD	BASICA	( 1 )	( 2 )	( 3 )
15	3.05	1.27	0.66	0.48	43	5.48	3.30	1.00	1.08
16	3.06	1.27	0.66	0.48	44	5.78	3.59	1.06	1.16
17	3.08	1.27	0.66	0.48	45	6.12	3.91	1.12	1.26
18	3.09	1.27	0.66	0.48	46	6.50	4.25	1.10	1.36
19	3.11	1.27	0.66	0.47	47	6.92	4.62	1.24	1.46
20	3.13	1.27	0.66	0.47	48	7.39	5.01	1.30	1.58
21	3.15	1.27	0.66	0.47	49	7.92	5.57	1.40	1.74
22	3.18	1.27	0.66	0.47	50	8.51	6.41	1.56	1.98
23	3.21	1.27	0.64	0.47	51	9.17	7.44	1.74	2.28
24	3.24	1.27	0.63	0.46	52	9.91	8.66	1.95	2.60
25	3.28	1.27	0.62	0.46	53	10.74	10.11	2.18	3.04
26	3.32	1.27	0.60	0.46	54	11.66	11.79	2.44	3.51
27	3.36	1.27	0.59	0.46	55	12.70	13.70	2.70	4.03
28	3.41	1.30	0.59	0.47	56	13.86	15.90	3.01	4.63
29	3.47	1.36	0.60	0.48	57	15.15	18.45	3.34	5.80
30	3.53	1.43	0.61	0.51	58	16.59	21.42	3.73	6.08
31	3.60	1.51	0.63	0.53	59	18.21	24.00	4.18	6.97
32	3.68	1.59	0.65	0.56	60	20.01			
33	3.76	1.68	0.66	0.58	61	22.08			
34	3.86	1.77	0.68	0.61	62	24.28			
35	3.97	1.87	0.70	0.64	63	26.80			
36	4.10	1.98	0.72	0.69	64	29.60			
37	4.23	2.10	0.75	0.71	65	32.74			
38	4.39	2.23	0.78	0.75	66	36.28			
39	4.56	2.39	0.81	0.80	67	40.14			
40	4.75	2.57	0.85	0.86	68	44.49			
41	4.97	2.79	0.90	0.92	69	49.34			
42	5.21	3.03	0.95	1.00	70	54.74			

\* Seguros La Comercial, S.A. Guías de Aceptación. Septiembre '88.

Las columnas numeradas se refieren a las siguientes coberturas:

- ( 1 ) : Beneficio de invalidez total y permanente, con pago adicional de la suma asegurada.
- ( 2 ) : Beneficio adicional de invalidez total y permanente por accidente, con pago de la suma asegurada.



- ( 3 ): Beneficio de exención de pago de primas por invalidez total y permanente.

Además:

- Beneficio de indemnización por muerte accidental. Como ya se expresó antes, este beneficio tiene un costo general para todas la edades. Para este ejemplo se tomará el correspondiente a la fuente (Seguros La Comercial, S.A.) de 1.60 al millar sobre la suma asegurada, para cualquier edad.
- Beneficio de indemnización por pérdida de miembros; costo general de 0.40 al millar sobre la suma asegurada (misma fuente).
- Beneficio de triple indemnización por muerte accidental colectiva, costo general de 0.20 al millar sobre la suma asegurada (misma fuente).
- Se utilizan tarifas al millar, es decir, que se aplica el factor por cada 1000 nuevos pesos de suma asegurada y el término se representa (‰). Cuando no se especifique esto se aplican al %.

Es necesario conocer, además, las edades límite de aceptación para cada uno de dichos beneficios.

TABLA DE EDADES LIMITE DE ACEPTACION *			
	Mínima	Máxima	Cancelación
Beneficio por muerte natural	15	70	- 0 -
Beneficios por accidente	15	69	70
Beneficios por invalidez	15	64	65
Beneficio por Serv. Funerarios	15	70	- 0 -

\*Grupo Nacional Provincial, S.A. Tarifa Simplificada '93.

Otro de los factores importantes para la determinación de los costos de un plan de Grupo Vida son:

1. Descuentos por volúmenes de sumas aseguradas,
2. Descuentos por volúmenes de primas y
3. Suma asegurada máxima sin requisitos médicos.

A continuación se muestran las tablas más comunes y, en seguida, la forma de utilizarlas.

**TABLA DE DESCUENTO POR VOLUMEN DE SUMA ASEGURADA \***

(Este tipo de descuento sólo se otorga a grupos con más de 10 participantes)

Suma Asegurada por beneficio básico  
total, representada en número de  
veces del Salario Mínimo Mensual

<u>Desde</u>	<u>Hasta</u>	<u>Descuento por cada millar</u>
1,200	3,599	0.25
3,600	6,599	0.40
6,600	11,999	0.55
12,000	17,999	0.70
18,000	23,999	0.85
24,000	en adelante	1.00

\*Grupo Nacional Provincial, S.A. Tarifa Simplificada '93.

## DESCUENTO POR VOLUMEN DE PRIMAS

Este tipo de descuento se otorga a discreción por las aseguradoras y, por tanto, son muy variables, pues no existen tablas específicas. Los rangos de descuento, en general, van desde un 5 hasta un 15 % de la prima neta. Su otorgamiento depende de varios factores, como pueden ser: el importe de las primas a pagar, la percepción de otras primas mediante el manejo de seguros en otros ramos, etc. En este caso, a diferencia de los descuentos por volumen de suma asegurada, se aplica el descuento considerando tanto la prima básica como las correspondientes a beneficios adicionales. Además, queda sujeto a que se mantenga en renovación, conforme al comportamiento del grupo en cuanto a crecimiento del mismo.

## TABLA DE SUMA ASEGURADA MAXIMA SIN REQUISITOS MEDICOS \*

<u>Número de Asegurados</u>		<u>Tope Max.</u>	<u>Factor</u>
<u>Desde</u>	<u>Hasta</u>	<u>(S.M.A.)</u>	
10	- 24	20	2
25	- 49	25	3
50	- 99	35	4
100	- 149	40	5
150	- 199	42	6
200	- 299	44	7
300	- 399	46	8
400	- 499	48	9
500	- 649	50	10
650	- 799	52	11
800	- 999	55	12
1000	- 1499	60	13
1500	- 2499	65	14
2500	ó más	70	15

\* Seguros La Comercial, S.A. Guías de Aceptación. Septiembre '88.

Donde:

S.M.A. = Salario Mínimo Anual General.

Factor = Cantidad por la que se va a multiplicar la suma asegurada promedio del grupo, para obtener la Suma Asegurada Máxima sin requisitos médicos.

Es pertinente mencionar otro recurso para reducir costos. Y si se menciona hasta este momento se debe a que el otorgamiento del mismo involucra a una tercera persona, que es el asesor de seguros (Agente o Sociedad Anónima). Este recurso es denominado Descuento por Reducción de Comisiones, es decir que el asesor cede una parte de su comisión para la reducción directa del costo del seguro; y resulta claro que, al tratarse de una cesión de comisiones, representa un descuento directamente proporcional.

Estas tarifas, edades de aceptación y sumas aseguradas máximas sin requisitos médicos varían muy poco de aseguradora a aseguradora, ya que todas están elaboradas con base en tablas de mortalidad y experiencias similares.

Anteriormente las tarifas debían ser autorizadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; sin embargo, en los primeros meses de 1993 estas restricciones cesaron, dándose libertad a las aseguradoras para establecer sus propias tarifas, en un sistema de libre mercado.

### **B) Cuantificación del plan.**

Para proceder a determinar el costo de un plan de Grupo Vida, se utilizan los siguientes conceptos, que se deben adecuar con base a la relación proporcionada por el contratante.

Pueden existir dos procesos para cotizar, según se haya determinado la suma

asegurada a otorgar a cada participante. Por tanto, se tratará en forma separada.

Cuando la suma asegurada es fija, se asignará a todos y cada uno de los participantes que forman el grupo una suma asegurada igual, ya sea una cantidad fija, como por ejemplo N\$5,000.00, o una cantidad fija pero que tenga como base una variable más o menos estable, como puede ser un número determinado de veces del Salario Mínimo General vigente en el D.F.

Ejemplo 1. (Se utilizan las tablas mostradas antes como ejemplo)

- Cuando la suma asegurada es fija.

Considérese, a manera de ejemplo, un grupo de 360 empleados, a los que se va a otorgar una suma asegurada de N\$ 10,000.00 por participante, con los beneficios adicionales siguientes: Básico, indemnización por muerte accidental y por pérdida de miembros, y los beneficios de pago anticipado y exención de pago de primas por invalidez total y permanente. Por último la distribución por edades del grupo es la que se muestra a continuación, aprovechándose para alinear a la siguiente tabla, las tarifas correspondientes mostradas como ejemplo de Básico: pago anticipado (1), exención de pago de primas (2) por invalidez total y permanente, por edad:

Como podrá observarse en la primera columna se muestra la edad; en la segunda el número de participantes del grupo que tienen esa edad; en la tercera, cuarta y quinta, las tarifas por edad relativas a cada uno de los beneficios que se indican; en la sexta columna se suman los tres beneficios a otorgar (nótese que no se incluyen los beneficios por accidente); y, por último en la séptima columna, se muestra el resultado de multiplicar la suma de la tarifa de los beneficios por el número total de participantes de cada una de las edades.

**TABLA DE TARIFAS APLICADAS A UN GRUPO  
POR CADA MILLAR DE SUMA ASEGURADA**

EDAD	# PART.	BASICO	( 1 )	( 2 )	SUMA	TOTAL
20	15	3,13	1,27	0,47	4,87	73,05
21	20	3,15	1,27	0,47	4,89	97,80
22	27	3,18	1,27	0,47	4,92	132,84
23	18	3,21	1,27	0,47	4,95	89,10
24	25	3,24	1,27	0,46	4,97	124,25
25	16	3,28	1,27	0,46	5,01	80,16
26	32	3,32	1,27	0,46	5,05	161,60
27	21	3,36	1,27	0,46	5,09	106,89
28	10	3,41	1,30	0,47	5,18	51,80
29	8	3,47	1,36	0,48	5,31	42,48
30	14	3,53	1,43	0,51	5,47	76,58
31	18	3,60	1,51	0,53	5,64	101,32
32	11	3,68	1,59	0,56	5,83	64,13
33	9	3,76	1,68	0,58	6,02	54,18
34	10	3,86	1,77	0,61	6,24	62,40
35	4	3,97	1,87	0,64	6,48	25,92
36	2	4,10	1,98	0,69	6,77	13,54
37	8	4,23	2,10	0,71	7,04	56,32
38	5	4,39	2,23	0,75	7,37	36,85
39	5	4,56	2,39	0,80	7,75	38,75
40	9	4,75	2,57	0,86	8,18	73,62
41	12	4,97	2,79	0,92	8,68	104,16
42	8	5,21	3,03	1,00	9,24	73,92
43	6	5,48	3,30	1,08	9,86	59,16
44	4	5,78	3,59	1,16	10,53	42,12
45	10	6,12	3,91	1,26	11,29	112,90
46	11	6,50	4,25	1,36	12,11	133,21
47	3	6,92	4,62	1,46	13,00	39,00
48	1	7,39	5,01	1,58	13,98	13,98
49	0	7,92	5,57	1,74	15,23	0,00
50	2	8,51	6,41	1,98	16,90	33,80
51	4	9,17	7,44	2,28	18,89	75,56
52	3	9,91	8,66	2,60	21,17	63,51
53	1	10,74	10,11	3,04	23,89	23,89
54	0	11,66	11,79	3,51	26,96	0,00
55	2	12,70	13,70	4,03	30,43	60,86
56	4	13,86	15,90	4,63	34,39	137,56
57	1	15,15	18,45	5,80	39,40	39,40
58	1	16,59	21,42	6,08	44,09	44,09
<b>TOTALS</b>	<b>360</b>					<b>2620,90</b>

Con los dos totales obtenidos en la tabla anterior, se puede continuar con el cálculo.

**Datos Generales:**

Número total de participantes:	360
Suma asegurada por cada participante:	N\$ 10,000.00
Suma asegurada del Grupo Total (10,000.00 × 360):	N\$ 3,600,000.00

**Cálculo de primas:**

a) Tarifa a cobrar por Básico y beneficios por invalidez:	N\$ 2,620.90
b) Tarifa a cobrar por muerte accidental y pérdidas de miembros (2.00 al millar × 360 asegurados):	N\$ 720.00
Tarifa total a aplicar por cada millar de suma asegurada (a + b):	N\$ 3,340.90

Con esta información se obtienen los cálculos siguientes:

La Suma Asegurada al millar = (S.A. ÷ 1000)

por lo que se tiene (10,000 ÷ 1000)

Aplicando los datos ya obtenidos:

$$\text{S.A. al millar} \times \text{Tarifa total} = \text{Prima total.}$$

$$(10,000 \div 1000) \times 3,340.90 = \text{N\$ } 33,409.00$$

Por tanto N\$ 33,409.00 es la prima neta a cobrar, considerando ya todos los beneficios.

Ahora se calculará el descuento por volumen de suma asegurada a que tiene derecho el grupo.

Como el contratante cuenta con más de 100 asegurados, tiene derecho a un descuento por volumen de suma asegurada, que se calcula con base a la tabla

mostrada y depende de las veces que el salario mínimo general mensual vigente en el D.F., represente a la suma asegurada total por beneficio básico, para lo que se hará el cálculo como sigue:

La suma asegurada total del beneficio básico es de N\$ 3,600,000.00 y el salario mínimo mensual actual es de N\$ 428.10; entonces:

$$3,600,000 \div 428.10 = 8,421.21$$

Es decir, la suma asegurada representa 8,421.21 veces el salario mínimo mensual. Este resultado se encuentra en el último rango de la tabla, es decir el de 2,000 en adelante, por lo que le corresponde un descuento por volumen de suma asegurada del uno al millar.

Entonces, al tomar la suma asegurada total por el beneficio básico y multiplicarla por el uno al millar, se obtiene el descuento por volumen de suma asegurada que se habrá de aplicar:

$$3'600,000.00 \times 1\% = \underline{\text{N\$ 3,600.00}}$$

Por último se calculan los descuentos por volumen de primas que se puede otorgar; este aspecto se aplica a discreción de cada aseguradora, según la importancia del grupo. Supóngase que, por el tamaño del grupo, se le puede otorgar un descuento del 10%;, este descuento se aplica sobre el cálculo total de primas a pagar, tomándose también en cuenta los beneficios adicionales otorgados al grupo, por lo que se calcula como sigue:

Prima total con beneficios adicionales:	33,409.00
por el 10%, para obtener el descuento por volumen de primas a otorgar:	3,341.00



Así, con todos estos elementos, se determina la prima total anual a pagar por el contratante.

Prima Neta Anual:	N\$ 33,409.00
(-) Descuento por volumen:	- 3,600.00
	<hr/>
Sub-total:	29,809.00
(-) Descuento por primas:	- 3,341.00
	<hr/>
Sub-total:	26,468.00
(+) Derecho de expedición:	+ 1.00
	<hr/>
<b>Prima Anual Total a Pagar:</b>	<b>N\$ 26,469.00</b>

El derecho de expedición es una cantidad fija que cobran todas las aseguradoras por la emisión de un documento y, como se puede ver, este rubro es sólo una cantidad simbólica.

Todo lo relativo a seguros que amparen la vida de una persona no está sujeto al pago del I.V.A., como se vió en la ley correspondiente. El derecho de expedición varía según la aseguradora, pero en todas resulta insignificante.

Este cálculo está hecho bajo el supuesto de que el contratante efectúe su pago en una sola exhibición; sin embargo, es posible que se opte por realizarlo en parcialidades, para lo cual se han establecido recargos por pago fraccionado, regulados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y varían de acuerdo a las tasas de interés. Los más comúnmente utilizados son: Semestral, Trimestral y Mensual.

Debido a la carga innecesaria de trabajo, las aseguradoras han establecido límites mínimos para la expedición de recibos; es decir que, al hacer el cálculo

del pago de una prima en forma fraccionada, si el resultado de cada fracción es inferior a ese límite, se tiene que optar por el pago fraccionado siguiente superior, a saber: de mensual a trimestral o de trimestral a semestral.

- Cuando la suma asegurada es variable.

En este caso se debe considerar si las empresas desean, bien otorgarle a sus empleados una suma asegurada con base a un número determinado de veces el sueldo que perciben, o bien una suma asegurada con base en la jerarquía, antigüedad, nivel de sueldos, etc., de lo que la empresa decida otorgar, se tendrá que calcular para cada participante, por separado, la suma de su seguro.

Para este tipo de cálculos se tiene que contar con una relación específica, en la que se establezca la edad y se determine la suma asegurada con base a la regla escogida para, con estos datos, proceder al cálculo de primas de cada participante en forma individual, con el mismo método empleado en la sección anterior.

Conviene aclarar que casi ya todas las aseguradoras cuentan con paquetes computacionales que se pueden grabar en un diskette, y que realizan estas cotizaciones en una forma rápida y sencilla, previa captura de la información necesaria, que a lo sumo es la siguiente:

- Edad o fecha de nacimiento.
- Suma asegurada, en caso de que sea variable, o sueldo si éste es la base.
- Fecha de ingreso al plan.

Como último punto de esta sección, mediante un ejemplo numérico pequeño, se mostrará la forma en que se determina la suma asegurada máxima sin

requisitos médicos.

Cuando el plan se contrata con una suma asegurada fija, esta cantidad determina la suma asegurada máxima sin requisitos médicos; sólo cuando las sumas aseguradas son variables se tiene que efectuar el cálculo respectivo.

Ejemplo 2. (Se utilizan las tablas mostradas antes como ejemplo)

Supóngase que se tiene un grupo con las siguientes características:

Número de participantes: 150

de los que la distribución de sumas aseguradas a otorgar es la siguiente:

<u># de participantes</u>	<u>Suma asegurada</u> <u>por cada uno</u>	<u>Suma Asegurada</u> <u>total</u>
30	N\$ 10,000.00	N\$ 300,000.00
40	15,000.00	600,000.00
25	20,000.00	500,000.00
15	17,500.00	262,500.00
40	7,500.00	300,000.00
<b>Gran total de suma asegurada:</b>		<b>N\$ 1'962,500.00</b>

Como se vió en la tabla de suma asegurada máxima sin requisitos de asegurabilidad, se tiene que determinar cuántas veces está representado el salario mínimo anual general en la suma asegurada promedio del grupo, para encontrar qué factor le corresponde al mismo.

Se utiliza el Salario Mínimo Anual General que es de: N\$ 5,137.20

Primero se tiene que calcular el salario promedio del grupo a asegurar:

Suma asegurada total ÷ total de participantes = Salario promedio del grupo

$$1'962,500.00 + 150 \text{ participantes} = 13,083.33$$

Se divide esta suma asegurada promedio entre el salario mínimo anual se obtiene:

$$13,083.33 \div 5,137.20 = 2.55$$

Por tanto, el resultado está en el primer grupo de la tabla, es decir máximo 20 S.M.A., por lo que le corresponde un factor 2, el cual se multiplica por la Suma Asegurada promedio del grupo para obtener la suma asegurada máxima sin requisitos médicos.

$$13,083.33 \times 2 = 26,166.66$$

Todo este desarrollo está expresado en nuevos pesos.

Esta cantidad, como se vió, representa la suma asegurada máxima que se puede otorgar a cualquier miembro del grupo, siempre y cuando le corresponda, sin requerir por parte de la aseguradora ningún examen médico. Si a algún miembro del grupo, en el transcurso del año póliza, ya sea por alta o por incremento de prestación o de sueldo, le corresponde una suma asegurada mayor a ésta, será necesario que cumpla con los requisitos médicos que la aseguradora establezca, conforme a las tablas que al respecto maneje ésta y que dependen de la cuantía con la que se supera la suma asegurada máxima sin requisitos.

#### Renovación.

En los planes de seguro de Grupo Vida, la renovación se calcula en igual forma que la expedición inicial, pues si el contratante quiere aumentar las sumas aseguradas, o si el plan que tiene contratado está considerado con base

al sueldo del empleado, al cotizar de nuevo, se ajustan automáticamente los costos. Por otra parte, las tarifas que se utilizan para cotizar son revisadas cada vez que se presentan variaciones en las causantes de mortalidad del territorio comprendido en la elaboración de la tabla de mortalidad existente, y estas variaciones se dan muy esporádicamente.

En la renovación se tiene que llevar a cabo el cálculo del Ajuste Anual, con base al sistema de administración autoadministrado que se vió en el capítulo anterior.

### **C) Participación en las utilidades (Dividendo)**

En los planes asegurables se puede optar por cualquiera de las tres opciones existentes en cuanto a fórmula de Dividendos para el grupo: Experiencia Global, Experiencia Propia o Experiencia Combinada. A continuación, en primer término, se describirá brevemente cada una, para después analizar las ventajas que tienen para reducir el costo de un plan.

Experiencia Global. Consiste en el otorgamiento de dividendos calculados con base en la experiencia de las pólizas consideradas dentro de toda la cartera de la aseguradora, siempre y cuando no estén sujetas a una fórmula de dividendos individual o combinada. Los factores que sirven de base a la aseguradora para realizar el cálculo del porcentaje de dividendos a otorgar anualmente son: Siniestros esperados, siniestros pagados, siniestros recuperados por reaseguro y primas devengadas de reaseguro.

Una vez determinada la utilidad repartible, se genera un modelo de ponderación para asignar a cada póliza el dividendo correspondiente en función de la prima, del número de asegurados y del total de siniestros que haya presentado durante el año póliza.

Para efectos de dividendos, los grupos con menos de 400 participantes entran en la cartera general de la aseguradora; es decir, la participación que tienen en las utilidades se determina con base en la experiencia global de la cartera de la aseguradora.

Este cálculo se hace en forma anual y varía entre 10 y 40%; este porcentaje es el que otorgará a cada una de las pólizas que estén dentro de su cartera, cuando aquéllas se renueven, descontándoseles los siniestros que hayan tenido durante el año.

Experiencia Propia. En este caso, el grupo obtendrá dividendos calculados con base a su propia experiencia, es decir, a las primas pagadas, a los siniestros de su propio grupo y a las comisiones totales.

Este tipo de dividendo sólo se otorgará a grupos con más de 500 asegurados, pudiéndose tratar de pólizas agrupadas que pertenezcan a un mismo dueño o grupo industrial, y se aplica de acuerdo con la siguiente tabla:

<u>Prima Anual</u> <u>(S.M.M.)</u>	<u>Prima Anual</u> <u>en N\$ al 06/93</u>	<u>Fórmula</u> <u>% P-S</u>	<u>Comisión total</u> <u>Agente y</u> <u>Promotor</u>	<u>Margen</u> <u>Mínimo</u>	<u>Periodicidad</u> <u>de Cálculo</u>
80 - 250	34,248 - 107,025	70 %	12 %	18 %	Anual
250 - 500	107,025 - 214,050	72 %	11 %	17 %	Anual
500 - 1000	214,050 - 428,100	76 %	10 %	14 %	Semestral
1000 - 2000	428,100 - 856,200	79 %	8 %	13 %	Trimestral
2000 - 3000	856,200 - 1284,300	82 %	7 %	11 %	Trimestral
3000 - 4000	1284,300 - 1712,400	85 %	6 %	9 %	Mensual
4000 en adel.	1712,400 - en adel.	87.5%	5 %	7.5%	Mensual

Donde:

P = Primas

S = Siniestros

S.M.M = Salario mínimo mensual general vigente (a Junio de '93, N\$ 428.10)

\* Seguros La Comercial, S.A. Circular No. 107.

Experiencia Combinada. Es una combinación de las dos fórmulas anteriores.

Este tipo de manejo de dividendos tiene los mismos lineamientos fijados para dividendos en experiencia propia, y se otorgan de acuerdo a la siguiente tabla.

<u>Núm. de Asegurados</u>	<u>* Factor</u>	<u>Porcentaje de Experiencia Propia</u>	<u>Experiencia Global</u>
500 - 749	3.0	50 %	50 %
750 - 999	4.0	60 %	40 %
1000 - 1999	6.5	70 %	30 %
2000 - en adelante	9.0	80 %	20 %

\* Factor aplicable a la suma asegurada promedio del grupo, para determinar la suma asegurada máxima en experiencia propia.

\* Seguros La Comercial, S.A. Circular No. 107.

En este tipo de experiencia reduce la posibilidad de no obtener dividendos por una alta siniestralidad, ya que sólo un porcentaje de las primas se va a experiencia propia y el porcentaje restante a la experiencia global.

Ejemplo 3: (Se utilizan los datos antes mostrados, como ejemplo)

Si tiene un grupo con las siguientes características:

Prima Total anual 900,000.00

Suma asegurada promedio del grupo 60,000.00

Número de participantes 800

Por el monto de la prima total anual, al grupo se le puede otorgar un dividendo de experiencia propia del 82 %, con una comisión total para el agente y el promotor del 7 %, un margen mínimo del 11 % y una periodicidad de cálculo trimestral.

Pero si se analiza cómo quedaría su fórmula de dividendos en experiencia combinada, vería:

A la suma asegurada promedio le corresponde el factor 4.0 de la tabla y da como total de suma asegurada máxima en experiencia propia de 240,000.00, es decir que todas las primas correspondientes a los asegurados que tengan una suma asegurada inferior a 240,000.00 se les aplicará el porcentaje de experiencia propia que es del 60 %, y a las primas pagadas por los excedentes de sumas aseguradas se les aplicará el porcentaje de experiencia global que es del 40 %.

El cálculo de dividendos se realiza sobre prima neta, así como sobre el recargo por pago fraccionado en caso de que la forma de pago no sea anual.

#### **D) Comisión**

a comisión es el ingreso que cubre la aseguradora al intermediario por colocar con ella un plan de Grupo Vida. El porcentaje de comisión que se otorga en caso de contratar el plan utilizando las tarifas que tiene la aseguradora para su experiencia global, puede ser un porcentaje nivelado que varía entre 10 y 20%, o una combinación entre primas de primer año y primas de renovación, siendo mayor el porcentaje otorgado a las primas de primer año que a las de



renovaciones, pues así se incentiva al asesor a buscar que sus pólizas se actualicen e incrementen a cada renovación, mejorando los planes otorgados. En este tipo de comisiones, las de primer año oscilan entre un 20 y 25 %, y las de renovación entre un 8 y 15%.

Otra forma de abatir costos consiste en el Descuento por Reducción de Comisiones, mismo descuento que se calculará en forma directa, afectando las comisiones del conducto (agente o S.A.), cediendo éste una proporción directa de sus comisiones a su cliente.

En algunas ocasiones, para aquellos planes que pagan al año a la aseguradora el equivalente a 2,000 SMGM o más, la comisión que solicita el intermediario debe de ser la más aproximada a los honorarios que cobraría por la administración de los mismos.

### **5.3. PLAN ASEGURABLE NORMAL DE GASTOS MEDICOS MAYORES**

#### **A) Características del sistema.**

Plan Nuevo.

Se entenderá como un plan nuevo el de un grupo que nunca ha tenido un plan de Gastos Médicos Mayores y desea implantarlo.

Para poder llevar a cabo la cuantificación del plan es necesario calcular la distribución de los participantes, con base en la tabla de edad y sexo.

EDAD

HOMBRE

MUJERES

0-19  
20-24  
25-29  
30-34  
35-39  
40-44  
45-49  
50-54  
55-59  
60-64  
65-69

**NUMERO  
DE  
PARTICIPANTES**

Esto se debe a que la mayoría de las aseguradoras en México otorgan sus tarifas anuales con base a esta distribución, para que se multipliquen por el número de participantes y la suma de la prima neta.

Adicionalmente, las cuotas de las aseguradoras indican los factores que se tienen que aplicar a éstas para modificar la suma asegurada, deducible, coaseguro y límite de intervención quirúrgica.

**B) Cuantificación del plan**

Para tener un concepto más claro de lo expuesto, se mostrará un ejemplo.

Ejemplo 4.

Considerar que las cuotas anuales que fija la aseguradora por edad y sexo de los asegurados son las siguientes:

<u>EDAD</u>	<u>HOMBRE</u>	<u>MUJER</u>
0-19	N\$ 240.00	N\$ 240.00
20-24	300.00	450.00
25-29	330.00	480.00
30-34	390.00	570.00
35-39	450.00	630.00
40-44	540.00	750.00
45-49	690.00	840.00
50-54	870.00	900.00
55-59	1,200.00	1,140.00
60-64	1,410.00	1,410.00
65-69	1,800.00	1,800.00

Actualmente, algunas aseguradoras proporcionan sus sumas aseguradas y deducibles como porcentajes del Salario Mínimo General Mensual, para que se vayan incrementando de acuerdo a los aumentos que tenga el citado salario.

La mayoría de las aseguradoras ha establecido la suma asegurada, el deducible y el límite de intervenciones quirúrgicas con base a un número de veces el Salario Mínimo General Mensual, como se muestra a continuación:

<u>Suma Asegurada</u>	<u>Factor</u>	<u>Deducible</u>	<u>Factor</u>
100 SMGM	0.70	0.50 SMGM	1.15
300 SMGM	1.00	1.00 SMGM	1.00
500 SMGM	1.05	1.50 SMGM	1.07

<u>Coaseguro</u>	<u>Factor</u>	<u>Tabla de I.Q.</u>	<u>Factor</u>
10 %	1.05	Con catálogo	1.00
25 %	1.00	Sin catálogo	1.45

Cabe aclarar que las cuotas antes señaladas contemplan un nivel de cobertura predeterminado, como podría ser:

Plan Base.

Suma asegurada	500 SMGM
Deducible	1 SMGM
Coaseguro	15 %
Con catálogo de Intervenciones Quirúrgicas.	

Lo anterior se debe a que los factores que integran cada uno de los conceptos antes mencionados son iguales a uno.

A continuación se propone un grupo de asegurados distribuido en la siguiente forma, para aplicarle las cuotas mencionadas para el plan base.

DISTRIBUCION DEL GRUPO

COSTO ANUAL POR  
QUINQUENIO Y SEXO

<u>EDAD</u>	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>
0-19	193	185	46,320.00	44,400.00
20-24	67	79	20,100.00	35,550.00
25-29	8	7	2,640.00	3,360.00
30-34	12	14	4,680.00	7,980.00
35-39	34	39	15,300.00	24,570.00
40-44	29	28	15,660.00	21,100.00
45-49	12	23	8,280.00	19,320.00

50-54	4	3	3,480.00	2,700.00
55-59	0	1	0.00	1,140.00
60-64	1	0	1,410.00	0.00
65-69	0	0	0.00	0.00
<b>TOTAL POR SEXO</b>	<b>360</b>	<b>379</b>	<b>117,870.00</b>	<b>160,020.00</b>

#### SEXO

#### TOTAL DE

**POBLACION** 739 **N\$ 277,890.00**

N\$ 277,890.00 corresponde a la prima neta anual del plan. A este costo deberá agregársele el recargo por pago fraccionado en caso de que la forma de pago del plan sea diferente a un año, el costo por expedición de póliza y por último el I.V.A. La suma indicará el costo anual del plan.

Suponiéndose que el contratante desea pagar el costo del plan en forma mensual, si se consideran 242 certificados, que representa el número total de titulares en la póliza, es decir los trabajadores sin sus dependientes económicos (este dato es necesario pues se cobra un derecho de expedición de póliza por cada titular al emitir la póliza), se tendría lo siguiente:

#### Porcentaje

de recargo supuesto: 18 %

#### Costo de expedición de póliza :

6.00 por certificado total 242 titulares = 1,452.00

#### Recargo por pago

fraccionado : N\$ 50,281.56

#### Expedición

de póliza 1,452.00

I.V.A. : 32,962.36

**Costo anual total N\$ 362,585.92**

El contratante tendrá que efectuar 12 pagos iguales en los primeros 30 días de cobertura mensual de N\$ 30,215.49

Si el contratante solicita otro nivel de cobertura para su plan, se multiplicarán las cuotas utilizadas para el plan base por los factores que correspondan a cada concepto que se desee modificar, como se muestra a continuación.

		FACTOR
Suma asegurada :	500 SMGM	1.05
Deducible :	0.50 SMGM	1.15
Coaseguro :	10 %	1.05
Sin catálogo de Intervención Quirúrgica:	1.45	

Estos factores representan el porcentaje de incremento que se tiene que hacer a las tarifas bases, es decir un 5% de incremento por la suma asegurada, un 15 % de incremento por el deducible, etc, al considerarlos como 1.05 estamos tomando el plan base más el 5 %.

Por lo que el factor que se tendrá que aplicar a las cuotas o, en su defecto, a la prima neta, es el siguiente:

$$\text{FACTOR} = 1.05 \times 1.15 \times 1.05 \times 1.45 = 1.8384$$

$$\text{PRIMA NETA} = 277,890.00 \times 1.8384 = \text{N\$ } 510,872.98$$

Si se desee una opción adicional distinta a la anterior, se deberá regresar al plan base y aplicar los nuevos factores de acuerdo al nivel de cobertura que se desee.

El costo de algunos beneficios adicionales se da como un factor o como un

costo fijo aplicado a cada uno de los participantes; esto afecta directamente a la prima neta, como se verá a continuación:

Costo anual de la cláusula de emergencia en el extranjero (CEE):	N\$ 10.00
Costo de la cláusula de preexistencia:	1.25
Num. de participantes:	739
Prima neta plan base:	N\$ 277,890.00
Costo por Beneficios Adicionales C.E.E. ( $10.00 \times 739$ ):	N\$ 7,390.00
Preexistencia ( $277,890.00 \times 0.25^*$ ):	N\$ 69,472.50
<b>Prima Neta Anual Incluyendo Beneficios Adicionales:</b>	<b>N\$ 354,752.50</b>

\* El costo del beneficio de preexistencia consiste de un 25% de la prima neta base.

Para simplificar la cuantificación del costo del plan en grupos mayores de 500 participantes, se utilizan diferentes criterios que deben dar como resultado un costo igual al obtenido a través de la aplicación de las cuotas normales, como se vió antes.

Algunos de los criterios que normalmente se utilizan en el mercado, son los siguientes:

- Se asigna un costo a los hombres, a las mujeres y a los hijos, sin importar su edad. Esos costos se pueden determinar fácilmente al tener el número de participantes y el costo de cada uno de los grupos o por asegurado.
- El costo dependerá de si el titular es soltero o casado, otorgándose una cuota individual o familiar, respectivamente, sin importar la edad y el número de participantes que integren la familia.

- c) De igual manera, si se tiene el número de titulares solteros y casados y el costo total de cada uno de estos grupos se puede determinar el costo por cada titular.

En algunas ocasiones el contratante proporciona, al intermediario o a la aseguradora, únicamente el listado con la información de los titulares. Debido a esto, para conocer el costo que tendría el plan incluyendo a los dependientes económicos, es necesario se estimen el número y edades de estos últimos.

Algunos de los criterios utilizados para obtener lo anterior son los siguientes:

- a) Considerar a todos los titulares entre cero y 24 años de edad solteros. Al 30% de los titulares entre 25 y 29 años casados; y al 90% de los titulares mayores a 30 años casados. Todos los cónyuges se consideran con la misma edad que el titular, y se estiman dos hijos menores de 19 años de edad para cada matrimonio.
- b) Considerar a todos los titulares entre cero y 24 años de edad solteros, al 25% de los titulares entre 25 y 29 años de edad solteros y al resto de los titulares casados. Todos los cónyuges se considerarán con dos años menos que los titulares y todos los matrimonios con dos hijos menores de 19 años.

#### Renovación.

Se llama renovación de un plan de Gastos Médicos Mayores cuando el grupo asegurable ya ha tenido una cobertura a su favor durante un año o más.

Además de la elaboración del Ajuste Anual, es necesario considerar que los servicios por gastos médicos, tienen un incremento en el transcurso del



tiempo, lo que redunda en un aumento del costo del plan en cada aniversario del mismo.

Este aumento se da directamente en las cuotas del plan.

Lo que a continuación se tratará son las bases que determinan el incremento que se le dará a un plan de Gastos Médicos Mayores.

Para analizar lo anterior, en el mercado se acostumbra dividir en dos grupos los planes de Gastos Médicos Mayores, que son los siguientes:

**Grupo 1 :** Los grupos que cuentan con menos de 400 participantes, aproximadamente.

**Grupo 2 :** Los grupos que cuentan con más de 400 participantes, aproximadamente.

Para los planes que se catalogan dentro del grupo 1 se cuenta únicamente con la opción de renovar el plan, utilizando las tarifas que en ese momento estén vigentes en la aseguradora.

Dado que las aseguradoras no incrementan sus tarifas en la misma fecha, es recomendable se de a cotizar el plan de Gastos Médicos Mayores a diferentes compañías de seguros en el momento de la renovación del mismo, para poder abatir costos.

Al llevar a cabo la renovación es indispensable otorgar al intermediario o a la aseguradora la información actualizada de los participantes, con los datos que antes se mencionaron.

Para los planes catalogados dentro del grupo 2 la renovación del plan se puede llevar a cabo considerando básicamente la siniestralidad que éste tuvo

durante la vigencia por concluir.

Esto es posible mediante la aplicación de un factor a las cuotas de la vigencia que termina, el cual se obtiene con la siguiente fórmula:

$$\text{FACTOR} = \frac{\text{SINIESTROS ( 1 + INCREMENTO SECTOR SALUD)}}{( 1 - \text{GA} - \text{C} ) \times \text{PRIMA NETA}}$$

GA : Gastos de Administración

Siniestros = Es la cantidad que devuelve la aseguradora al contratante por concepto de reclamaciones presentadas durante la vigencia del plan.

La siniestralidad considerada para obtener este factor deberá ser la que haya registrado el plan durante todo el año póliza.

En caso de no haber terminado el año póliza, se deberá anualizar la siniestralidad obtenida hasta ese momento.

Incremento sector salud = Aquí se considera el incremento que tuvo durante ese período, en forma anual, el índice de precios del sector salud.

Hay que tomar en cuenta que este índice es más elevado que el Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Algunas aseguradoras consideran un recargo para las desviaciones y un factor que proyecta los siniestros a los 12 meses.

GA = Considera el porcentaje de la prima neta que la aseguradora considera para sus gastos de administración, excluyendo comisión.

Normalmente este porcentaje es igual a la comisión que lleva el intermediario.

C = Porcentaje con relación a la prima neta, que tiene el intermediario por colocar el negocio en la aseguradora, conocida como comisión.

Prima Neta = Es la prima pagada durante la vigencia, sin incluir los siguientes conceptos:

- Recargo por pago fraccionado;
- Costo de expedición de póliza;
- I.V.A.; y
- Ajuste anual de la vigencia anterior, en caso de que éste exista

Para comprender lo anterior, a continuación se expone un ejemplo de la obtención del factor de incremento a aplicar en la cuotas de la vigencia que termina:

#### Ejemplo 5.

Información Indispensable:

Vigencia del plan:	01-01-92 / 93
Prima neta:	N\$ 277,890.00
Siniestros al 01-10-92:	N\$ 182,435.26
Comisión (20%):	N\$ 55,578.00

- Para este ejemplo se considera el supuesto de un incremento en el sector salud del 35 %

Procedimiento.

Conversión de la siniestralidad a la equivalencia anual:

$$\begin{aligned} \text{Siniestralidad anualizada} &= \frac{182,435,260}{10} \times 12 = 218,922,312 \\ \text{Factor} &= \frac{218,922,312 \times (1 + 0.35)}{(1 - 0.2 - 0.2) \times 277,890,000} = \frac{295,545,121}{166,734,000} = 1.7726 \end{aligned}$$

Debido a que el factor resultante es de 1.7726, esto significa que las cuotas de la vigencia anterior se deben incrementar en un 77.26%.

Es recomendable que, cuando se vaya a llevar a cabo la renovación de un plan de Gastos Médicos Mayores, se proporcione a cada una de las aseguradoras o intermediarios con los que se desee cotizar, la siguiente información:

- Vigencia del plan
- Prima neta anual
- Siniestralidad alcanzada
- Número de participantes (titulares y dependientes económicos)
- Porcentaje de comisión (real o estimada)
- Nivel de cobertura
- Nivel de beneficios
- Beneficios adicionales
- Forma de pago
- Cuotas anuales sin recargo
- Fórmula de dividendos

### **C) Participación en las utilidades (Dividendo)**

Este tipo de pólizas normalmente no otorgan participación en las utilidades, sin embargo para aquellos grupos que cuentan con más de 400 participantes, es posible negociar con las aseguradoras que el contratante, por lo general, participe al final de la vigencia del plan en las utilidades que se obtengan del mismo, siempre y cuando la siniestralidad registrada durante la vigencia del plan no sea mayor al porcentaje de prima neta previamente acordado .

Este porcentaje de participación en las utilidades, oscila de un 50% hasta un 90% de la prima neta.

El procedimiento para otorgar al contratante el dividendo es el siguiente:

Al final de la vigencia, se multiplica la prima neta por el porcentaje de participación en las utilidades previamente acordado y se resta el monto de los siniestros pagados; si esta cantidad resulta positiva, será el dividendo que se le reembolse al contratante.

La forma de calcular el porcentaje de dividendo a reembolsar al contratante es la siguiente:

Fórmula de dividendo =  $[(1 - 2 \times \% \text{ de comisión}) \times \text{prima}] - \text{siniestros}$

#### **D) Comisión**

La comisión es la remuneración que otorga la aseguradora al intermediario por colocar un plan de Gastos Médicos Mayores con ella.

El porcentaje de comisión que se otorga en los casos de contratar el plan utilizando las tarifas que tiene la aseguradora para su experiencia global es del 20% nivelado. Lo que significa que se le otorgará al intermediario la misma comisión por el primer año y por las renovaciones ulteriores.

Sin embargo, es posible negociar con la aseguradora una reducción de este porcentaje para disminuir el costo del plan al contratante. El porcentaje se puede reducir hasta un 4% dependiendo del volumen de primas que pague el contratante a la aseguradora.

Como antes se ha dicho, en algunas ocasiones, para aquellos planes que pagan al año a la aseguradora el equivalente a 2,000 SMGM o más, la comisión que solicita el intermediario debe de ser el más aproximado a los honorarios que cobraría por la administración de los mismos.

## **5.4. FLUJO DE EFECTIVO (CASH-FLOW)**

### **A) Características del sistema**

Este sistema de financiamiento únicamente puede llevarse a cabo cuando la administración del o de los planes esté a cargo de una aseguradora.

Las aseguradoras aceptan este tipo de financiamiento únicamente en los casos de grupos que cuenten con más de 500 participantes.

Por lo general este tipo de planes se controlan a través de un agente individual profesional de seguros o de una sociedad anónima.

El sistema consiste básicamente en que la aseguradora determina al inicio de la vigencia, una prima teórica o siniestralidad esperada, de acuerdo a las características que el contratante solicita y, para el caso de planes de Gastos Médicos, en función de las expectativas en el sector salud para el siguiente ejercicio.

Esa prima teórica o siniestralidad esperada no podrá ser objeto de modificaciones durante la vigencia del plan, a menos que la población asegurada aumente o disminuya, por lo menos, en un 20%.

Este tipo de planes tienen, por lo general, una vigencia equivalente a un año calendario; sin embargo, es posible pactar vigencias menores a un año.

Una vez establecida la prima teórica anual, la aseguradora expide un recibo por concepto de prima en depósito, el cual equivale a 2/12 de la prima total.

El importe del depósito se aplicará al pago de los fallecimientos o al reembolso de los siniestros que se presenten, de acuerdo a las condiciones previamente establecidas en cada plan.

Mes a mes se harán cortes para que el contratante reintegre a la aseguradora el importe de los pagos efectuados por siniestros en el mes inmediato anterior y, así, restablecer el fondo constituido.

En este sistema existe un costo administrativo que fluctúa desde un 10% hasta un 30% de la siniestralidad registrada, mismo que la aseguradora contemplará en el recibo mensual, incluyendo la siniestralidad.

Para llevar a cabo la contratación de una póliza de *Cash-Flow* es necesario proporcionarle a la aseguradora el listado de participantes, la solicitud maestra y la siniestralidad registrada en los últimos dos años; en caso de que se haya tenido anteriormente una cobertura en favor de los participantes.

Con esta información la aseguradora determinará la prima teórica y expedirá la póliza con base en las condiciones previamente pactadas.

La póliza comprende lo siguiente:

1. Carátula de la póliza.
2. Condiciones generales.
3. Endosos.
4. Registro de asegurados.

La información que contienen esos elementos es la misma que se mencionó en el plan normal, a excepción de lo siguiente:

La carátula de la póliza mencionará como prima neta la prima en depósito y en ningún caso se cobrará recargo por pago fraccionado.

El registro de asegurados no indicará la prima neta por participante.

## B) Cuantificación del plan.

### Plan Nuevo.

Se entenderá como un plan nuevo a aquel grupo que nunca ha tenido un plan de Grupo Vida y Gastos Médicos Mayores y que desea implantarlo.

Para poder efectuar la cuantificación del plan será necesario determinar la prima neta del mismo, utilizándose el método que se mencionó para un plan normal.

Una vez obtenida la prima neta anual, la prima teórica equivaldrá al 60% de aquélla.

### Renovación.

Se considera que hay renovación de un plan de *Cash-Flow* cuando el grupo asegurable ha tenido durante un año o más, cobertura a su favor, sea cual fuere el tipo de financiamiento que se haya utilizado.

La prima teórica o siniestralidad esperada se determina con base a la siniestralidad alcanzada durante el ejercicio inmediato anterior y en el número de participantes para la nueva vigencia, con base en la siguiente fórmula:

$$PT = \frac{S(VA)}{N(VA)} \times N(NV) \times PISS$$

Donde:

PT = Prima teórica ó siniestralidad esperada

S(VA) = Siniestralidad alcanzada durante la vigencia anterior

N(VA) = Número de participantes al inicio de la vigencia anterior

N(NV) = Número de participantes en la nueva vigencia



PISS = Porcentaje de inflación en el sector salud del último año únicamente para planes de Gastos Médicos Mayores.

En el mercado asegurador existen dos tipos de pólizas *Cash-Flow*.

- a) *Cash-Flow* puro. La prima teórica para un *Cash-Flow* puro sólo servirá para estimar cuál será la siniestralidad esperada durante el siguiente año póliza. El costo de este plan será la siniestralidad reflejada en el año póliza, más gastos de administración que cobre la aseguradora, independientemente de si la siniestralidad, al final del año, es mayor o menor que la prima teórica.
- b) *Cash-Flow* con cobertura de exceso de pérdidas (*stop-loss*). El costo máximo que tendrá un *Cash-Flow* con cobertura de exceso de pérdida (*stop-loss*) será el que considere los siguientes factores:
- Prima teórica por siniestralidad esperada;
  - Deducible de pasillo (Sólo opera para planes de Gastos Médicos Mayores);
  - Gastos de administración sobre la prima teórica y el deducible de pasillo; y
  - Costo de la cobertura de exceso de pérdida (*stop-loss*)

El deducible de pasillo equivale al 25% de la prima teórica.

La finalidad del deducible de pasillo consiste en dar un margen de seguridad a la siniestralidad esperada por cualquier siniestro que, por su monto, no estuviera considerado en el comportamiento normal del plan.

El costo de la cobertura de exceso de pérdida (*stop-loss*) y las características de la misma se ven en el correspondiente subcapítulo de coberturas de exceso de pérdida.

- Modificaciones en el nivel de beneficio y cobertura

En caso que el contratante solicite alguna modificación en el nivel de beneficio y cobertura, durante la vigencia del plan o en su aniversario, se aplicará a la prima teórica, para el plan Grupo Vida un incremento o decremento proporcional con base a los costos por tarifa; o para planes de Gastos Médicos Mayores los correspondientes factores antes mencionados para un plan normal, o los porcentajes o costo fijo que tiene asignados la aseguradora para los beneficios adicionales.

### **C) Participación en las utilidades**

Debido a que la aseguradora cobra gastos de administración de acuerdo a la siniestralidad que se vaya presentando durante la vigencia del plan, el contratante tiene un ahorro directo en el costo por la baja siniestralidad registrada.

### **D) Comisión**

El porcentaje de comisión que se otorga, en caso de contratar un plan de *Cash-Flow*, es por lo general el 50% de los gastos de administración.

Sin embargo algunas aseguradoras otorgan al intermediario un porcentaje menor, al tomar en cuenta la intensidad que esa tarea administrativa representa para el intermediario.

## **5.5. COBERTURAS DE EXCESO DE PERDIDA (Sólo en Planes de Gastos Médicos Mayores)**

Las coberturas de exceso de pérdida siempre vienen acompañadas de un plan

base, ya sea *cash-flow* o autofinanciado.

Una de las principales razones por las que se contratan estas coberturas consiste en proteger al contratante de una desviación en la siniestralidad esperada, ya sea por frecuencia o por severidad; y por una desviación en el costo, como se verá más adelante.

Asimismo, la principal razón por la que las aseguradoras aceptan otorgar este tipo de coberturas estriba en que su exposición al riesgo es menor que cuando otorga un plan normal. No obstante, en caso de una siniestralidad favorable, con este sistema sus ingresos son muy bajos.

A continuación se analizan los dos tipos de cobertura de exceso que existen en el mercado, sin perder de vista que el manejo de estas coberturas es muy delicado, pues de no contar con una asesoría adecuada puede resultar más costoso que un plan normal.

### **5.5.1. *Stop-Loss* (Exceso de Pérdida)**

#### **A) Características de la cobertura.**

Una cobertura de *stop-loss* comenzará a operar una vez que la siniestralidad ocurrida durante la vigencia rebase la prima teórica; o la siniestralidad esperada y el deducible de pasillo que se tengan contratados en el plan de Gastos Médicos Mayores, sin importar el número de reclamaciones que se hayan presentado.

Esta cobertura tiene vigencia de un año, lo que implica que la aseguradora dejará de pagar las reclamaciones contra la cobertura después de terminada la

vigencia, independientemente de la fecha en que se erogarán los gastos.

El costo de esta cobertura es fijo y se determina al inicio de la vigencia, y la protección de ésta es, por lo general, un tanto igual a la prima teórica o siniestralidad esperada del plan.

Es importante mencionar que en un plan de *cash-flow* con cobertura de *stop-loss* no es necesario que ambas coberturas se contraten con la misma aseguradora.

Es indispensable que una cobertura de *stop-loss* cuente con los mismos niveles de cobertura, beneficios adicionales, gastos cubiertos y exclusiones que el plan básico.

Esta cobertura sólo puede otorgarse a grupos con más de 500 participantes, pues de lo contrario cualquier desviación agotaría la prima teórica o la siniestralidad esperada, así como la cobertura de *stop-loss*.

Es recomendable, para grupos cuyo número de participantes se aproxime a 500 que se contraten sumas aseguradas bajas, pues cualquier siniestro severo podría agotar la prima teórica o la siniestralidad esperada y la cobertura de *stop-loss*.

## **B) Cuantificación de la cobertura**

En la actualidad las aseguradoras que otorgan esta cobertura no han unificado criterios para cobrarla; sin embargo el costo anual de este sistema de financiamiento, aunado al plan base, deberá ser menor al costo de un plan normal.

Para comprender lo anterior, a continuación se analiza un ejemplo con base

en el plan de Gastos Médicos Mayores:

Ejemplo 6.

Supóngase que la prima neta de renovación de un plan normal, con comisión para el intermediario del 20%, es de 100 nuevos pesos.

De acuerdo a lo que antes se mencionó, se obtiene lo siguiente:

$$\text{Prima Teórica} = 100[1 - (.20) \times (2)] = 60$$

$$\text{Deducible de Pasillo} = 60 \times 0.25 = 15$$

$$\text{Gastos de Administración} = A$$

$$\text{Costo de la Cobertura de } \textit{Stop-Loss} = B$$

En todos los casos  $A + B$  tendrá que ser menor a 25 ya que, aunado a la prima teórica y al deducible de pasillo, no deberá sobrepasar la prima neta de un plan normal.

### **C) Participación en las utilidades**

En esta cobertura no se obtiene participación en las utilidades por buena siniestralidad.

### **D) Comisiones**

La comisión para esta cobertura dependerá del volumen de prima y puede variar desde un 4 hasta un 20%

## 5.5.2. Cobertura de Trabajo (*Working Cover*).

### A) Características de la cobertura

Una cobertura *working-cover* da la oportunidad de incrementar la suma asegurada o beneficio máximo por evento que se tengan contratados en el plan base.

La póliza de *working-cover* tendrá como deducible la suma asegurada del plan base y podrá contratarse con coaseguro o sin éste.

Es importante que se analice la conveniencia de contratar o no una póliza de *working-cover* con coaseguro, pues en algunas ocasiones la participación del empleado por este concepto arroja un porcentaje elevado si se compara con los ingresos del mismo.

Aunque la vigencia de la póliza es por un período pactado previamente, la aseguradora tendrá la obligación de mantener la cobertura por dos años o hasta el agotamiento de la suma asegurada, lo que suceda primero, respecto de las reclamaciones que se hayan tramitado durante la vigencia de la póliza.

El costo de esta cobertura es fijo y se determina al inicio de la vigencia.

Es importante mencionar que si esta cobertura se contrata, en adición a un plan normal o un *Cash-Flow* no es necesario que éstas se pacten con la misma aseguradora; no obstante es indispensable que el nivel de beneficio que se contrate en el *working-cover* sea igual al contratado en el plan base.

### B) Cuantificación de la cobertura

Tampoco en este caso las aseguradoras que otorgan esta cobertura han unificado sus criterios para cobrarla.

Esto se complica más cuando esta póliza se otorga en forma opcional a los empleados o a un solo sector de la población asegurada.

Por lo anterior, el costo de la cobertura está directamente relacionado con las características del contratante y las necesidades del mismo, por lo que no es posible generalizar el costo para este tipo de coberturas.

### **C) Participación en las utilidades**

En esta cobertura no se otorga participación en las utilidades por una buena siniestralidad; sin embargo, cuando participan más de 500 asegurados en un plan no contributivo, es posible negociar con la aseguradora una fórmula de dividendos por buena siniestralidad en favor del contratante.

### **D) Comisión.**

La comisión para esta cobertura depende del volumen de prima y puede variar desde un 4% hasta un 20%

## **5.6. PLAN AUTOFINANCIADO (PLAN NO ASEGURABLE)**

### **A) Características del sistema**

Este sistema de financiamiento es el más versátil que puede pactar el contratante, conforme a las características que se mencionan más adelante.

El contratante debe conceder la administración de un plan autofinanciado a una sociedad anónima.

La sociedad anónima o administradora, como se le llamará en adelante, debe

tener contemplada, dentro de sus objetivos en el acta constitutiva, la administración de los planes de previsión social, establecida en el artículo 24, fracc. XII, de la Ley del Impuesto sobre la Renta y del Reglamento relativo.

El sistema consiste básicamente en que la administradora, al inicio de vigencia, estima la siniestralidad esperada según las características, nivel de cobertura y nivel de beneficios que el contratante solicite en favor de los participantes.

Este tipo de planes tiene, por lo general, una vigencia equivalente a un año calendario, ya que el contrato que firman, por una parte el contratante y por la otra la administradora, tiene vigencia de un año y es renovable indefinidamente.

Como en este sistema no se toma en cuenta el número de participantes ni se limita la elegibilidad de los mismos por el volumen de asegurados o por el costo, el mismo sistema ofrece a los propios participantes una serie de beneficios que las aseguradoras no otorgan en algún otro plan.

Una vez calculada la siniestralidad anual esperada conforme al beneficio que se desea otorgar a los participantes, el contratante abrirá un fondo de inversión (cuenta de cheques), mismo que administrará la Sociedad Anónima con 2/12 partes del total de la siniestralidad esperada.

Es pertinente mencionar que el rendimiento que produzca este fondo de inversión pertenece única y exclusivamente al contratante.

El fondo antes mencionado servirá a la administradora para pagar los seguros por fallecimiento y/o reembolsar los siniestros que se presenten, de acuerdo a las condiciones previamente establecidas.



Mes a mes se harán cortes para reintegrar, al fondo, el importe de la siniestralidad registrada en el mes inmediato anterior.

En estos cortes mensuales, la administradora devolverá, al contratante, toda la documentación referente a fallecimientos o los comprobantes y facturas presentados por los participantes afectados para su reembolso, según sea el caso, para así contar con el soporte fiscal que marca la Ley.

En este sistema existe un costo de administración, el cual se cuantifica básicamente en dos formas.

- a) Como un porcentaje de la siniestralidad, que oscila de un 4 hasta un 20% aproximadamente.
- b) Como una iguala mensual, independientemente del número y monto de siniestros que se presenten durante la vigencia del plan.

Para llevar a cabo la contratación de un plan autofinanciado, es recomendable se proporcione a la administradora un listado del personal participante y establecer con ella los alcances en cobertura que deberá tener el plan.

Al igual que los planes de *cash-flow*, los planes autofinanciados se pueden clasificar en dos grupos:

- a) Plan autofinanciado puro.

Los planes autofinanciados puros se utilizan para cubrir, básicamente, lo siguiente:

- Riesgos o beneficios que no contemplan las aseguradoras en las pólizas de seguro de Grupo Vida, gastos médicos y accidentes personales.
- Las desviaciones que se registren dentro del plan en grupos que por su gran número de participantes pueden absorber

en su siniestralidad esperada.

- La base de lo anterior, es la Ley de los Grandes Números.
- Aquellos beneficios adicionales en que, dentro de un plan asegurable, las primas superarían sin duda la siniestralidad esperada.
- Aquellos beneficios adicionales en los que no se corre ningún riesgo, salvo por su frecuencia.

b) Plan autofinanciado con cobertura de exceso de pérdida.

El plan autofinanciado con cobertura de exceso es aquél que contrata con una aseguradora una póliza de exceso de pérdida (*stop-loss* o *Working-cover*) con la misma vigencia que el plan autofinanciado.

Para los planes que tienen contratada una póliza de *stop-loss* se requiere que cuenten con más de 500 participantes. Adicionalmente, se requiere que tanto el plan autofinanciado como la póliza de *stop-loss* tengan las mismas condiciones, nivel de beneficio, nivel de coberturas, gastos cubiertos y exclusiones.

Este tipo de planes sólo pueden ser administrados por sociedades anónimas que estén respaldadas por las aseguradoras, ya que éstas reconocen fehacientemente su administración.

Para llevar a cabo la contratación de un plan autofinanciado es necesario que la administradora elabore los siguientes documentos en papel con su membrete:

- i) Contrato de prestación.
- ii) Texto del plan de servicios.
- iii) Endosos que modifiquen el texto durante el transcurso de la

vigencia del plan.

Las características que contienen cada uno de los puntos antes mencionados es la siguiente:

i) Contrato de prestación

El contrato debe celebrarse entre el contratante y la administradora, en el cual ésta deberá declarar que el contratante ha instituido un plan de previsión social en favor de los participantes.

El contrato debe hacer referencia a un texto único que lo regirá.

Deberán mencionarse las cláusulas abajo detalladas, en cuyo contenido ambas partes convendrán.

- La administradora, generalmente, asume las siguientes obligaciones:
  - a) Estimar el costo del plan para el contratante, con el propósito de determinar el fondo inicial (2/12 partes de la siniestralidad esperada )
  - b) Analizar las coberturas y los gastos médicos en que incurran los participantes, con sujeción a los términos del plan indicados en el texto.
  - c) Expedir cheque a cargo del fondo, y en favor del participante directo, por la suma de dinero que corresponda, preparando para el mismo un informe de sus gastos erogados (finiquito).
  - d) Llevar cuenta precisa y detallada de los movimientos del fondo: ingresos, egresos y cualquiera otra operación al amparo del contrato, teniendo siempre a disposición del contratante, por conducto de su representante, los libros y registros que los consignent, para que los inspeccione libremente.
  - e) Informar mensualmente por escrito al contratante, sobre los movimientos realizados en este lapso en el fondo y, anualmente,

rendir informe de la operación total del mismo.

- f) Proporcionar anualmente a la contratante las estadísticas necesarias para comparar los resultados del plan y su costo.
- Por su parte el contratante asumirá las siguientes obligaciones:
  - a) Proporcionar a la administradora, al inicio del contrato, los datos de los participantes y la información necesaria, durante la vigencia del plan, de acuerdo al sistema de administración que se haya estipulado.
  - b) Aportar al fondo de inversión, al inicio del plan, una cantidad equivalente a 2/12 de la siniestralidad esperada, como apertura.
  - c) Recabar de cada participante su solicitud de ingreso al plan.
  - d) Proporcionar a la administradora toda la documentación comprobatoria de los gastos erogados por el participante.
  - e) Pagar a la administradora los honorarios acordados por la administración del plan, a cambio de la factura correspondiente.
  - f) Revisar y aprobar, en su caso, los informes que le proporcione la administradora, disponiendo de 30 días hábiles para examinarlos y hacer las observaciones que estime convenientes. Si transcurrido este plazo no hiciera observaciones, se entenderá que está conforme.
  - g) Restituir el fondo inicial en el momento que la administradora pague o reembolse el importe de los gastos presentados.
- El contratante podrá remover de su cargo a la administradora en cualquier momento, previo aviso por escrito, con la anticipación que se estipule.
- La administradora podrá renunciar a su cargo, dando por terminado el contrato, en los siguientes casos:

- a) Previo aviso por escrito a la contratante, con 90 días de anticipación.
- b) Por incumplimiento de las obligaciones del contratante, estipuladas en las cláusulas del contrato y que sean causales expresas de rescisión inmediata.

En caso de agotamiento del fondo antes mencionado, la administradora suspenderá la ejecución del plan sin responsabilidad alguna para ella, reinstalándose el servicio cuando el fondo haya sido restablecido por el contratante.

- La administradora quedará obligada a rendir, dentro de los 30 días siguientes a la terminación del contrato por solicitud de cancelación o rescisión por cualquiera de las dos partes, un informe por escrito que contenga el registro de todas las operaciones efectuadas desde el último informe anual rendido, entregando a la contratante el saldo existente del fondo.
- La administradora se sujetará a las órdenes que reciba del representante del contratante y no habrá relación contractual entre los participantes y la administradora.
- El contratante se reserva el derecho de modificar parcial o totalmente, y en cualquier tiempo, cualquiera de las estipulaciones del plan, siempre que no violen las disposiciones legales en vigor.
- Estas modificaciones deberán comunicarse por escrito a la administradora y ésta expedirá el o los endosos correspondientes que modifiquen el plan. En caso de que exista una cobertura de exceso, la administradora únicamente podrá expedir el endoso correspondiente, con

la previa aceptación del contralor externo.

- Para la interpretación y complemento de este contrato, las partes se someterán expresamente a las leyes y los tribunales competentes del domicilio de la administradora, y renunciarán a cualquier otro fuero de domicilio que tengan o lleguen a adquirir.
- Ambas partes convendrán en que, en la celebración del contrato, no se ha incurrido en dolo, lesión, error, mala fe o cualquiera otro vicio de voluntad que pudiera invalidarlo en todo o en parte, razón por lo que plenamente sabedoras de su fuerza y alcances legales, lo suscriben de conformidad.

Es importante que el contrato esté fechado y firmado por un representante legal de la administradora, por el contratante o su representante legal y por dos testigos, y que cada uno de los representantes legales de la administradora y del contratante, en su caso, inicialicen cada una de las hojas del mismo.

#### ii) Texto del plan de servicios

El texto del plan deberá contener básicamente los siguientes puntos:

- Definiciones.
- Elegibilidad.
- Beneficio de la prestación.
- Aspectos principales de su funcionamiento.
- Gastos cubiertos.
- Exclusiones.
- Fondo de depósito.

#### iii) Endosos que modifiquen el texto en el transcurso de la vigencia del

plan.

Los endosos deberán ser otorgados por la administradora en papel membretado y con la firma de su representante legal y del contratante o su representante legal.

Deberán estar fechados y especificar el tipo de modificación que se desea realizar.

Cuando el plan cuente con una póliza de exceso de pérdidas, la aseguradora deberá expedir un endoso que avale la modificación solicitada por el contratante.

Bajo un plan de Gastos Médicos Mayores autofinanciado no es posible reembolsar los gastos erogados fuera de la República Mexicana; sin embargo, si se tiene contratada una cobertura de exceso con una aseguradora, ésta servirá, mediante una negociación especial y cobrando un gasto extra por administración, para reembolsar dichos gastos.

## **B) Cuantificación del plan**

### **Plan Nuevo**

Se entenderá como plan nuevo al grupo o colectividad que nunca ha tenido un plan de Grupo Vida o de Gastos Médicos Mayores y que desea implementarlo.

Para poder determinar la siniestralidad esperada, será necesario utilizar el método que se mencionó en los planes de *cash-flow*.

Es importante mencionar que si el plan autofinanciado va a contar con una póliza de exceso de pérdida, el cálculo de la siniestralidad esperada deberá

hacerse utilizando las cuotas vigentes para la aseguradora con la que se contratará dicha cobertura.

Si el plan se contrata sin cobertura de exceso, para poder calcular la siniestralidad esperada, además de utilizar las cuotas de las aseguradoras, será necesario que el contratante lleve a cabo, para el plan de Gastos Médicos Mayores, una encuesta con cada uno de los participantes, en la que se exponga el estimado de gastos médicos efectuados durante el último año, especificándose los tipos de atenciones médicas recibidas, para que de esta forma se conozca, de una forma más adecuada, el comportamiento de la siniestralidad del grupo.

#### Renovación

Llamamos renovación de un plan autofinanciado a los casos en que el grupo ya ha tenido a su favor una cobertura, independientemente del tipo de financiamiento utilizado.

La siniestralidad esperada se calcula en la misma forma en que se cuantificó la renovación de un plan de *cash-flow*.

#### **C) Participación en las utilidades**

Dado que en un plan autofinanciado no interviene una aseguradora, los gastos por la administración del mismo se ven reducidos únicamente a los erogados por la Sociedad Anónima a causa de su administración.

Adicionalmente, en un plan autofinanciado el contratante tiene un ahorro directo en el costo si su siniestralidad es favorable.



## **D) Honorarios**

Los honorarios de un plan autofinanciado deben contemplar los siguientes aspectos:

- La papelería que se otorga al contratante, como las formas de reclamación, informe médico, aviso de accidente o enfermedad, consentimientos para la inclusión al plan, etc., necesaria para el financiamiento del mismo.
- Para planes de Gastos Médicos Mayores los honorarios o sueldo de médicos capacitados en este rubro, que se encargan de dictaminar la procedencia de las reclamaciones que presenta el contratante y las visitas que realizan a los hospitales que se encuentran bajo convenio.
- Los gastos que representan para la sociedad anónima la sistematización del plan, la administración y sueldos del personal encargado de llevarlo a cabo.
- El porcentaje de utilidad que representa para la sociedad anónima el negocio.

Se considera que con lo expuesto en el presente capítulo se han previsto los distintos planes asegurables que en la actualidad se ofrecen en el mercado nacional.

## CAPITULO 6

### CONCLUSIONES

Mediante la exposición y comentarios expresados en el presente estudio, se ha intentado proporcionar una visión panorámica de los niveles de cobertura y beneficios que, en el mercado mexicano, pueden proporcionar los planes de seguros Grupo Vida y de Gastos Médicos Mayores a los empresarios y, colateralmente, a los trabajadores que les prestan sus servicios y a los dependientes económicos de los mismos, que, conforme a la necesidad de una modernización cada vez más imperativa, cubran eficaz y ampliamente los riesgos que en forma constante se afrontan por los inversionistas y, al mismo tiempo, actualicen en forma eficiente los sistemas empresariales particulares y, como consecuencia, el sistema de seguridad nacional, hasta equipararlos con los vigentes en los países desarrollados.

La asesoría profesional en el campo de los seguros implica una metodología que comprende las siguientes fases:

#### **I. Diseño del Plan.**

Resulta indispensable que las empresas puedan contar con el asesoramiento de profesionales capacitados que no sólo conozcan el desarrollo histórico del ramo de seguros y cuenten con una amplia experiencia en el mismo, sino que, mediante una actualización constante, estén al tanto de la legislación aplicable vigente en el ramo y de las tendencias, a corto plazo, de su modificación, para:

- a) Adecuarlos a las necesidades del mercado;
- b) Determinar las condiciones de elegibilidad necesarias en cada plan;
- c) Establecer con acierto los niveles de beneficios y de cobertura de riesgos que sean necesarios en cada caso concreto, mediante el señalamiento atinado de los eventos en que los beneficios serán pagados, así como de los niveles de los propios beneficios en los casos de eventos especiales;
- d) Integrar, en forma conveniente, los repetidos beneficios con los del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Sistema de Ahorro para el Retiro, a fin de lograr, mediante esa integración, los efectos más convenientes para la empresa y sus servidores, e implantar un paquete completo de prestaciones que abarque el mayor número posible de eventualidades en beneficio del trabajador;
- e) Establecer con precisión lo más posiblemente ajustada a la realidad, las hipótesis de siniestralidad y frecuencia esperada, previos análisis de las características de cada empresa solicitante, a través también del estudio de su problemática laboral y de las experiencias logradas en la rotación de los sectores del personal al servicio de cada empresa; y
- f) Finalmente, establecer el programa más conveniente para poder recopilar información substancial y establecer planes de comunicación trabajador-empresa, trabajador-asesor y empresa-asesor.

Con el conocimiento de estos factores y previa discusión de los mismos con el empresario contratante, el asesor estará capacitado para, conforme a las necesidades y características propias del mencionado contratante, elaborar el diseño del plan con las directrices adecuadas y el énfasis más conveniente.

## **II. Recopilación de información.**

La segunda fase, aparentemente fácil, implica la comunicación del asesor con

el personal de la empresa, en la cual deberá lograrse conquistar la confianza del propio personal y, mediante una labor de convencimiento, obtener del mismo la información veraz y la documentación necesaria para un eficaz funcionamiento de las coberturas consignadas en el diseño del plan.

### **III. Cuantificación del plan.**

A continuación, establecidos ya los niveles de beneficio y cobertura, la tercera fase metodológica consiste en determinar, el asesor, la estimación del costo del plan.

La cuantificación deberá elaborarse con base en las posibilidades existentes en ese momento en el mercado, para establecer, sobre fundamentos reales, las diferentes opciones del plan.

Este establecimiento de opciones requiere del análisis detallado de las necesidades del empresario contratante; de todas las variables expuestas a lo largo del presente estudio; y de la capacidad económica, a mediano plazo, del propio contratante, en igual forma que si se le confeccionara un traje a la medida, pues sus expectativas pueden consistir en otorgar a sus empleados los beneficios más ventajosos, caso en el cual será imprescindible determinar cualitativamente, mediante un estudio a fondo, el nivel de la situación financiera del repetido contratante y la implementación del mejor plan al menor costo posible, en concordancia, se insiste, con su capacidad económica.

### **IV. Toma de decisiones.**

Una vez establecidos los resultados de la cuantificación del plan, será necesario tomar una decisión financiera, es decir, crear el mecanismo que haga posible el cumplimiento, por parte del contratante, de las obligaciones

contraídas en virtud del plan seleccionado, lo que implica la necesidad de proporcionar, el asesor al contratante, el marco de referencia más concorde con la capacidad económica de la empresa, todo ello mediante un asesoramiento jurídico, fiscal y contable que haga posible la toma de decisiones más conveniente y adecuada a cada empresa en particular.

Se estima conveniente insistir en que el asesor debe, por ética y por un sentido elemental de honradez profesional, tomar en consideración las características de cada empresa en particular, para plantear las soluciones más adecuadas conforme a su experiencia global.

#### **V. Implantación.**

Al tomar el contratante una decisión respecto de las opciones planteadas por el asesor, éste procederá a implementar y documentar el o los planes elegidos por aquél, a cuyo efecto auxiliará al propio contratante para elegir la aseguradora más conveniente, colocar el plan y, en su caso, supervisar la elaboración del contrato relativo y con ello el contexto del plan a ejecutar.

#### **VI. Comunicación.**

La última fase del asesoramiento consiste en lograr que cada peso que se invierta por el contratante de un plan de Grupo Vida y de Gastos Médicos Mayores pueda aprovecharse al máximo.

Con tal propósito, será necesario sensibilizar al personal del contratante, para que pueda evaluar con justeza tanto la preocupación de la empresa por salvaguardar los intereses de sus trabajadores y sus dependientes económicos, como la seguridad que adquieren a través de los beneficios que les proporciona el plan contratado por el empresario, a fin de lograr, de todos ellos, su cooperación y la actualización constante de su información personal

y familiar.

Procede agregar que una asesoría ineficiente en la implementación de los planes analizados puede provocar el desequilibrio financiero de la empresa contratante, ya que, como se ha expuesto en el cuerpo del presente estudio, la siniestralidad que ocurra, ya contratado el plan, terminará siendo pagada, tarde o temprano, por la misma empresa.

Para concluir, es necesario hacer constar que, en el mercado mexicano, se cuenta con asesores eficientes y experimentados que pueden orientar a los empresarios en el diseño y la implementación de planes aplicables dentro de un marco racional de efectividad y congruencia con los objetivos empresariales, conforme a técnicas utilizadas en países desarrollados y a una constante actualización que hace posible la modernización de esas empresas en el campo dinámico de los seguros.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ley del Seguro Social  
México, D.F.  
Experto Fiscal.  
1993
- 2.- Ley y Reglamento del Impuesto sobre la Renta  
México, D.F.  
Experto Fiscal  
1993
- 3.- Ley del Impuesto al Valor Agregado  
México, D.F.  
Experto Fiscal  
1993
- 4.- Ley Federal del Trabajo  
México, D.F.  
Experto Fiscal  
1993
- 5.- Seguros y Fianzas  
Decimonovena Edición  
México, D.F.  
Porrua, S.A.  
1987
- 6.- I.H. de Larramendi, J.A. Pardo y J. Castelo  
Manual Básico de Seguros  
Segunda Edición  
Madrid, España  
Mapre, S.A.  
1982

- 7.- Greene, Mark Richard  
Risk and Insurance  
Séptima Edición  
Cincinnati, OH.  
South-Western Pub.  
1988
- 8.- Gregg, Davis Weinert  
Life and Health Insurance Handbook  
Tercera Edición  
Homewood, ILL.  
R.D. Irwin  
1973
- 9.- Davids, Lewis E.  
Dictionary of Insurance  
Sexta Edición  
Totowa, N.J.  
Rowman and Allanheld  
1984
- 10.- Seguros La Comercial, S.A.  
Guías de Aceptación.  
Septiembre '88.  
Condiciones Generales de Seguro Grupo Vida
- 11.- Seguros La Comercial, S.A.  
Circular No. 107. Servicio de Colaboración Técnica  
Gastos Médicos Mayores
- 12.- Grupo Nacional Provincial, S.A.  
Tarifa Simplificada  
1993.  
Condiciones Generales de Seguro Grupo Vida



- 13.- Grupo Nacional Provincial, S.A.  
Manual de Servicio de Colaboración Técnica  
México, 1990  
Servicio de Colaboración Técnica  
Gastos Médicos Mayores  
Línea Azul
- 14.- Seguros Génesis (Santander), S.A.  
Manual de Tarifas  
México, D.F.  
1991
- 15.- Aseguradora Cuahutémoc, S.A.  
Manual de Colaboración Técnica  
México, D.F.  
1991  
Manual Técnico de Gastos Médicos Mayores.
- 16.- Seguros de México, S.A.  
Condiciones Generales de Seguro Grupo  
de Gastos Médicos Mayores  
México, D.F.  
1989
- 17.- Seguros Monterrey, S.A.  
Manual de Servicio de Colaboración Técnica  
México, D.F.  
1990  
Manual de Seguro de Grupo Vida y  
Gastos Médicos Mayores
- 18.- Seguros Interamericana, S.A.  
Condiciones Generales de la Póliza de  
Seguro de Gastos Médicos Mayores  
México, D.F.  
1990

- 19.- **Diccionario Enciclopédico Quillet en ocho tomos**  
**Editorial Argentina Aristides, Quillet, S.A.**  
**Edición 1971**
  
- 20.- **Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas.**  
**Salvat Mexicana de Ediciones, S.A. de C.V.**  
**Undécima Edición 1982.**

## **TABLA DE CONTENIDO**

INTRODUCCION .....	1
<b>CAPITULO 1. SOPORTE FISCAL PARA PLANES ASEGURABLES</b>	
<b>DE SEGURO DE GRUPO VIDA Y GASTOS MEDICOS MAYORES.....</b>	<b>5</b>
1.1. LEY FEDERAL DEL TRABAJO.....	5
1.2. LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA.....	6
1.3. REGLAMENTO DE LA LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA.....	8
1.4. LEY DEL SEGURO SOCIAL.....	11
1.5. LEY DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO.....	12
<b>CAPITULO 2. DEFINICIONES.....</b>	<b>14</b>
2.1. DEFINICIONES RELATIVAS A AMBOS PLANES.....	14
2.2. DEFINICIONES RELATIVAS A PLANES DE GRUPO VIDA .....	17
2.3. DEFINICIONES RELATIVAS A PLANES DE GASTOS MEDICOS MAYORES.....	18
<b>CAPITULO 3. CONDICIONES GENERALES Y BENEFICIOS ADICIONALES.....</b>	<b>24</b>
3.1. CONDICIONES GENERALES RELATIVAS A LA COBERTURA EN PLANES DE GRUPO VIDA.....	24
3.2. CONDICIONES GENERALES RELATIVAS A LA COBERTURA EN PLANES DE GASTOS MEDICOS MAYORES.....	30
3.3. BENEFICIOS ADICIONALES PARA PLANES DE GRUPO VIDA.....	43
3.4. BENEFICIOS ADICIONALES PARA PLANES DE GASTOS MEDICOS MAYORES.....	50

<b>CAPITULO 4. SISTEMAS DE ADMINISTRACION Y MANEJO DE RECLAMACIONES.....</b>	<b>63</b>
4.1. SISTEMA DE ADMINISTRACION NORMAL.....	63
4.2. SISTEMA DE ADMINISTRACION SIMPLIFICADO.....	68
4.3. INFORMACION REQUERIDA PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES.....	71
4.3.1. PLANES DE GRUPO VIDA POR FALLECIMIENTO.....	72
4.3.2. PLANES DE GRUPO VIDA POR INVALIDEZ O PERDIDA DE MIEMBROS.....	73
4.3.3. PLANES DE GASTOS MEDICOS MAYORES.....	75
 <b>CAPITULO 5. DESARROLLO DE LAS DIFERENTES OPCIONES DE PLANES ASEGURABLES.....</b>	 <b>79</b>
5.1. GENERALIDADES DE PLANES ASEGURABLES NORMALES.....	80
5.2. PLAN ASEGURABLE NORMAL DE GRUPO VIDA.....	84
5.3. PLAN ASEGURABLE NORMAL DE GASTOS MEDICOS MAYORES.....	102
5.4. FLUJO DE EFECTIVO (CASH-FLOW).....	115
5.5. COBERTURAS DE EXCESO DE PERDIDA.....	119
5.5.1. STOP LOSS.....	120
5.5.2. COBERTURA DE TRABAJO (WORKING COVER).....	123
5.6. PLAN AUTOFINANCIADO (PLAN NO ASEGURABLE).....	124
 <b>CAPITULO 6. CONCLUSIONES.....</b>	 <b>135</b>
 <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	 <b>140</b>