

39  
Ejem



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## FACULTAD DE CIENCIAS

BASES GENERALES DEL SEGURO DE GRUPO

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  
MONICA LOPEZ RICHAUD



FACULTAD DE CIENCIAS  
SECCION ESCOLAR

México, D. F.

1994

FALLA DE ORIGEN  
TESIS CON  
NOG\_SISEL

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.

CIUDAD UNIVERSITARIA

FACULTAD DE CIENCIAS  
División de Estudios  
Profesionales  
Exp. Núm. 55

M. EN C. VIRGINIA ABRIN BATULE  
Jefe de la División de Estudios Profesionales  
Universidad Nacional Autónoma de México.  
P r e s e n t e .

Por medio de la presente, nos permitimos informar a Usted, que habiendo  
revisado el trabajo de tesis que realiz ó LA pasante \_\_\_\_\_  
MONICA LOPEZ RICHAUD  
su número de cuenta 8955197-6 con el título: BASES GENE-  
RALES DEL SEGURO DE GRUPO

Consideramos que reúne \_\_\_\_\_ los méritos necesarios para que pueda conti-  
nuar el trámite de su Examen Profesional para obtener el título de -  
ACTUARIO

GRADO NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS

ACT. VICTOR MANUEL SOLIS NAJERA

Director de tesis  
ACT. AURORA VALDES MICHEL

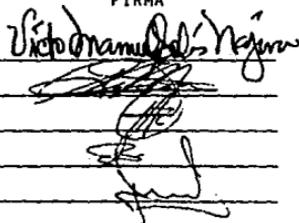
ACT. HECTOR DE LA ROSA ELIZALDE

ACT. MA. SUSANA BARRERA OCAMPO

Suplente  
ACT. ANTONIO LOPEZ CASTELLANOS

Suplente

FIRMA



## **AGRADECIMIENTOS**

**A Manena, porque siempre tuvo una palabra de entusiasmo y aliento que me ayudaron a llegar al final de esta etapa. Por su amor de madre.**

**A mi papito, por su apoyo en los momentos difíciles de mi carrera, gracias al cual hoy llego a mi meta.**

**A Arturo, por sus sacrificios, el empuje y el cariño que me dió cada día para salir adelante y terminar este trabajo.**

**A mi hermanita Sandy, porque siempre creyó en mí y me dió ánimos para seguir luchando día con día a pesar de los problemas.**

**A mi amigo "RICO" :  
Por su amistad .**

**Al Act. Victor Manuel Solís Nájera por su apoyo e interés en la realización de esta tesis.**

**A Toño López, por su ayuda en la recopilación de información para este trabajo.**

**A Grupo Nacional Provincial, por su interés en formar un equipo de colaboradores de Actuarios Titulados.**

# I N D I C E

	PAG
INTRODUCCION.....	I

## CAPITULO I : ANTECEDENTES

1.1.	Desarrollo histórico.....	1
1.2.	Antecedentes del Seguro de Vida.....	7
1.3.	Cambios en el Seguro de Vida.....	10

## CAPITULO 2 : GENERALIDADES

2.1.	El Riesgo.....	18
2.2.	El Contrato del Seguro.....	25
2.3.	La Prima.....	27
2.4.	Retención.....	30
2.5.	Siniestros.....	33
2.6.	Dividendo.....	37

## CAPITULO 3 : EL SEGURO DE VIDA GRUPO

3.1.	Antecedentes.....	38
3.2.	Generalidades.....	39
	3.2.1. Modalidades.....	39
	3.2.2. Mercado.....	40
	3.2.3. Grupos Asegurables.....	45
	3.2.4. Beneficios y Clausulas Adicionales....	45

## **CAPITULO 4 : LA OPERACION DEL SEGURO DE GRUPO**

4.1.	Suscripción.....	53
4.1.1.	Solicitud Principal.....	53
4.1.2.	Solicitud Individual.....	53
4.1.3.	Póliza Principal.....	54
4.1.4.	Certificados individuales.....	55
4.1.5.	Ingresos al grupo asegurable.....	55
4.2.	Sumas Aseguradas.....	56
4.3.	Selección de riesgos.....	59
4.3.1.	Riesgos normales.....	60
4.3.2.	Riesgos subnormales.....	61
4.3.3.	Política para el cálculo de extraprimas	61
4.3.4.	Exclusiones.....	63
4.3.5.	Pruebas médicas.....	64
4.3.6.	Informe confidencial.....	67
4.3.7.	Acreditación automática de excedentes a la S.A.M.S.E.M. ....	67
4.4.	Reaseguro.....	68
4.5.	Dividendos.....	70
4.6.	Primas.....	74
4.7.	Comisiones.....	75
4.8.	Renovaciones, Cancelaciones y Rehabilitaciones	75
4.9.	Administración.....	78
4.10.	Movimiento anual.....	78
	CONCLUSIONES.....	80
	APENDICE:	
	Ejercicio Ilustrativo.....	83
	Condiciones Generales del Contrato del Seguro de Grupo.....	101
	BIBLIOGRAFIA.....	119

## INTRODUCCION

Uno de los sectores que ha vivido cambios importantes en los últimos años es, sin lugar a dudas, la industria del Seguro y particularmente el Seguro de Vida.

Del Seguro de Vida, el Seguro de Grupo es quien ha tenido un desarrollo mayor y muy acelerado debido a la gran rentabilidad que ofrece. Como toda especialidad, es necesario hacer un análisis previo que de a conocer sus características generales.

El Seguro de Grupo existe desde hace más de 70 años pero su verdadero desarrollo tiene apenas 30 ó 35 años, de los cuales los últimos 15 años han sido de un crecimiento muy importante.

De hecho en países como Francia y Argentina el Seguro de Grupo ocupa claramente la primera posición dentro de los ramos de seguros tanto en número de asegurados como en capitales asegurados; en seguida de estos vienen Suecia, Perú, Estados Unidos, Canadá y México con una relación poco más o menos equilibrada entre Seguros de Vida Individual y Seguro de Grupo.

Particularmente en México, el Seguro de Grupo ha tenido gran desarrollo dentro de los medios empresariales ya que con la diversidad de planes con los que hoy en día se cuentan, las empresas pueden satisfacer sus necesidades obteniendo una amplia red de beneficios.

¿ A qué se debe este desarrollo?

En general el Seguro de Grupo ha sido favorecido por varios factores, entre los que destacan:

- la tendencia "paternalista" de los patronos, de los sindicatos y de los gobiernos.

- los conceptos de "producción y venta masiva" de productos penetran también en la industria del Seguro. Las Aseguradoras se interesan más por los grandes volúmenes de primas que este negocio supone (producción en cadena, venta por grandes almacenes, etc)

- "reivindicación de los sindicatos" : cuando piden todo tipo de prestaciones para los empleados, dentro de las cuales están por supuesto "Los Seguros".

- éxito entre los asegurados: en cuanto al "costo" cuando el patrón asume todo o parte del costo del Seguro; "facilidades de pago" cuando se vuelve una deducción automática del sueldo por quincena y finalmente "psicológico" - hacer como los demás -, dentro de un núcleo social, es una motivación muy importante y de gran peso.

Resumiendo, el Seguro de Grupo debe su florecimiento a sus características en sí pero sobre todo a la población que está dirigida, a la protección de masas y brindar seguridad a muchas personas que por si solas no tendrían la suficiencia económica para sufragar el costo del Seguro.

En la primera parte de este trabajo ubico el Seguro de Grupo dentro de todas las ramas de los Seguros comenzando con una breve panorámica del Seguro en general.

Posteriormente en la segunda parte desarrollo la idea general del Seguro del Grupo; a quien está dirigido y los rasgos más importantes de este tipo de Seguro.

Finalmente entraré de lleno a la operación del Seguro de Grupo, principales características y bases de la misma operación del Seguro ayudada por un ejemplo general que puede darnos una idea de lo que sería aplicar las bases teóricas.

Este trabajo está enfocado a la práctica y el fácil manejo y familiarización de bases operativas de este tipo de Seguro, apoyado en las bases técnicas que esto signifique.

## ANTECEDENTES

### 1.1 DESARROLLO HISTORICO

Edad Antigua.

Los mercaderes babilónicos, entre los 4000 y 3000 años a.de J.C., asumían el riesgo de pérdida de las caravanas, concediendo préstamos a elevado interés que eran rembolsables a la feliz terminación del viaje. El código de Hammurabi legalizó esta práctica unos 2250 años a.de J.C. El comercio marítimo de Rodas hace que Grecia legisle, adaptando tal vez el antiguo principio de préstamo sobre caravanas, el préstamo a la gruesa sobre los barcos y sus cargas. También en Grecia se encuentra una asociación llamada Eranoi que tenía como fin socorrer a sus socios desvalidos mediante una cotización de todos sus asociados. Asimismo Grecia regula en su derecho unos 1000 años a.de J.C. la echazón o avería gruesa. La avería gruesa implica que, cuando se lanza por la borda parte de la carga a fin de aligerar la nave en peligro de hundirse, la pérdida debe repartirse proporcionalmente entre todos los comerciantes interesados en el embarque.

En la antigua Roma se crearon y utilizaron con frecuencia el préstamo a la gruesa así como también una primitiva forma del Seguro de Vida, las asociaciones denominadas *Collegia Tenuiorum* y *Collegia Funeraticia*: Estas asociaciones de ciudadanos de clases bajas, libertos y esclavos, obtenían sus fondos según un plan de pagos mensuales e incluso concedían un plazo de gracia a los delincuentes.

Edad Media.

En Inglaterra en el siglo IX aparecen las "Guildas" que son asociaciones con fines caritativos en defensa a la opresión del feudalismo creados para proteger las pérdidas sufridas por incendio, inundaciones o robo. Posteriormente se convierten en agrupaciones de artesanos y mercaderes siendo particularmente nombradas la Guilda de María Santísima, establecida en Inglaterra en el año 1218 y Frith danés o guildas danesas, análogas a las inglesas, que data del siglo XII.

El Seguro explotado con ánimo de lucro tiene su antecedente en la industria italiana del Seguro Marítimo en el siglo XIV. En un documento firmado por el Duce de Génova en 1309, aparece por primera vez la palabra *assicuramentum*, utilizada con el concepto moderno de Seguro. En 1435 se promulga en Barcelona la Ordenanza del Seguro Marítimo, que es la más antigua reglamentación de que se tiene noticia. Por esta época, en el año de 1347, se encuentra el primer contrato de Seguro marítimo que se conserva actualmente en el archivo notarial genovés. Estos contratos se otorgaban casi siempre por mediación de un corredor o agente y recibieron el nombre de "póliza".

En 1501, aparece en Hamburgo una primera manifestación del Seguro de Daños, al conocerse la existencia de unas "Cajas" especiales de propietarios cuyo fin era exclusivamente agruparse para socorrerse en caso de incendio. En 1549 dicta Carlos V en Holanda la primera ley que regula con carácter obligatorio el contrato de Seguro Marítimo.

Desde la decadencia del Imperio Romano hasta el siglo XVII, la institución del Seguro apenas progresó. Aunque para la época de las Cruzadas el préstamo a la gruesa había evolucionado hasta el punto de que se podía asegurar un buque y su carga mediante el pago de una prima fija, el asegurador era todavía un comerciante individual. No existían organizaciones o Compañías Aseguradoras y este estado de cosas persistió hasta el Renacimiento.

#### Edad Moderna.

El Seguro como institución se desarrolló definitivamente en Inglaterra en la segunda mitad del siglo XVII. El incendio en Londres en 1666 que destruyó 13200 casas, la catedral de San Pablo y 89 iglesias, indujo a Nicholas Barbon a abandonar su profesión de médico y a iniciar la reconstrucción de las viviendas arrasadas por el fuego. Para ello creó su propia Aseguradora contra incendios en 1667, la "Fire Office", siguiéndole otras empresas del mismo tipo así como la primera Aseguradora de vida "The Mercers Company" en 1698. Por estas fechas, en 1688, nació el famoso "Lloyd's".

El Seguro sobre la vida humana, puede decirse que se inicia con grandes vicisitudes en el siglo XVII. Anteriormente sólo se tienen antecedentes de contratos aislados de rentas vitalicias sin ningún principio técnico. A mediados del siglo XVII, un banquero italiano, Lorenzo Tonti, propone la explotación por el estado francés de contratos de rentas vitalicias. Surgieron así las famosas "Tontinas" que si no tuvieron un feliz término, fueron en definitiva la semilla del Seguro de Vida. Por esta misma época, las teorías de Galileo y Pascal, toman forma en el cálculo de

probabilidades, por lo que las rentas vitalicias van a ser calculadas ya científicamente, según las edades del rentista y teniendo en cuenta el interés compuesto. Es el origen de las tablas de mortalidad y el principio científico del Seguro de Vida. La aplicación de las tablas de mortalidad favorecen la creación de Mutuas y a finales del siglo XVII aparecen las primeras sociedades anónimas de Seguros e Italia y Holanda van a la cabeza en la legislación y desarrollo del Seguro aunque un tiempo después es Inglaterra quien se mantiene en la supremacía. La primera Compañía de Seguros sobre la vida basada en la técnica actuarial, ciencia que estudia científicamente todo Seguro basado en leyes de probabilidad, se funda en Inglaterra en el año 1762 bajo el nombre de "The Equitable Life Assurance Society". Tanto la Suma Asegurada como el importe de la prima se fijaban en el momento de suscribir la póliza. La primera dependía hasta cierto punto de la edad del asegurado y se calculaba en base a una escala denominada "Northampton Table of Mortality". Como estas tablas sobreestimaban el índice de mortalidad para todas las edades, se producía un excedente que era repartido entre todos los suscriptores de las pólizas, por lo que puede ser considerado precursor del moderno dividendo a los asegurados.

Casi simultáneamente se inicia también el desarrollo del Seguro en Europa continental. Así, Alemania, que se consideraba la cuna del Seguro mutuo de incendios, ante la catástrofe de Londres de 1666, da lugar a nuevas fundaciones de sociedades de Seguros, como el de incendio mobiliario, de ganado y otros. En Francia se funda en 1786 la "Compagnie Royale d'Assurances" para trabajar el Seguro de Vida, pero fue disuelta pocos años después. En Toulouse se crea en 1802 una gran Mutua de Seguros contra incendios, continúan nuevas entidades trabajando otros ramos del Seguro de accidentes, responsabilidad, se inicia el

reaseguro y se introduce la participación de los asegurados en los beneficios de las empresas. Esta mismo camino siguen otras naciones europeas.

A principios del siglo XVIII se inicia la práctica de diversos ramos por las Compañías, así, "The Royal Exchange Insurance Corporation", obtiene la autorización para trabajar, además del ramo de Seguro marítimo, los de vida e incendio. El condicionado impreso y de carácter uniforme de las pólizas, así como la proposición o documento previo de la formalización de un contrato de Seguro aparece en el año de 1820, también en Inglaterra. A partir de estas fechas toman gran incremento los Seguros de Vida e incendios y nace también el Seguro de accidentes de ferrocarril y los Seguros agrícolas.

En el siglo XIX Alemania se sitúa como nación más avanzada y donde puede decirse que surge una nueva era del Seguro: el Seguro Social. Bajo la política de Bismarck, entre los años 1883 y 1889, se promulgan leyes regulando los Seguros de accidentes de trabajo, vejez e invalidez, siguiendo esta pauta otros países europeos.

En Estados Unidos el primer intento de establecer un Seguro de Vida se debe a la iglesia Presbiteriana. En 1759 el sínodo de Filadelfia estableció el "Presbyterian Ministers Fund" para completar la escasa pensión que percibían las familias de los pastores. El desarrollo de este fondo continuó hasta que llegó a emitir pólizas de Seguros de Vida; resulta particularmente notable el buen éxito y duración de las operaciones, que durante muchos años ofrecieron Seguro a sus miembros a un costo muy inferior al predominante en otras Compañías. En Estados Unidos se crea también el llamado "Seguro Popular", en 1847, de gran aceptación entre la clase trabajadora. Para 1959, existían

en Estados Unidos 1431 Compañías de Seguros de Vida, con un activo que excedía de 113,000 millones de dólares.

El Seguro de Vida fue introducido a Canadá por Hugh C. Baker, de Hamilton, quien se había visto obligado a desplazarse a Nueva York para adquirir una póliza de esta clase; en 1841 organizó la primera sociedad de Seguros de Vida canadiense, precursora de otras importantes firmas del mismo ramo. En 1959 trabajaban en Canadá 75 Compañías y 20 sociedades mutuas.

## 1.2 ANTECEDENTES DEL SEGURO DE VIDA

En los comienzos de la llamada economía primitiva, puramente agrícola, la noción del Seguro de Vida era inexistente. En esta economía la población se componía de unidades familiares las cuales generalmente se autoabastecían; la producción era baja, el dinero líquido casi no existía. Si a un miembro de la comunidad le acaecía una desgracia, era la comunidad familiar la que cuidaba del damnificado o de sus deudos. Una descendencia numerosa atenuaba el problema de la vejez.

Con la aparición de actividades lucrativas independientes aparecieron los primeros indicios del Seguro de Vida. Así, al menos ha sido en Europa, donde en caso de fallecimiento, invalidez o enfermedad, las corporaciones o gremios medievales entregaban a sus miembros una determinada suma de dinero o sufragaban una sepultura digna del miembro finado.

Las hermandades en Norteamérica y en Europa en el siglo XVIII operaban en forma similar como las corporaciones o gremios medievales. Los miembros pagaban contribuciones regulares para gozar de los beneficios: es decir, ya se puede hablar de una forma del Seguro. Estos intentos, solían terminar en quiebra por el simple hecho de que se desconocían los fundamentos técnicos del Seguro de Vida, en particular las tablas de mortalidad. A pesar de ello, ya vemos claramente que con el abandono de la economía puramente agraria se presenta una necesidad de seguridad financiera, en caso de desceso del sustentador de la familia. **EL SEGURO DE MUERTE HABIA NACIDO.**

Impulsos decisivos los recibió el Seguro de Vida más tarde con la aparición de la industrialización, trajo grandes

modificaciones sociales; en particular debido a la emigración de la gente de campo hacia las ciudades. Las familias se redujeron y cada vez más gente disponía de mayores cantidades de dinero, ensanchándose la clase media. En éste campo fértil, con el auge del comercio y de la industria, aparecieron a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX en Estados Unidos y en Europa las primeras compañías de Seguro de Vida con una base comercial. Uno de los principales aspectos de ésta nueva forma del Seguro de Vida, era su gestión con fines utilitarios, lo que dió grandes impulsos pues la multitud de vendedores lo hicieron llegar a círculos cada vez más amplios.

En ésta época se hizo más claro el hecho de que también la vejez significaba una especie de muerte, una muerte económica más precisamente, con sus correspondientes consecuencias financieras. Este reconocimiento llevó, en primer lugar, a la invención del seguro mixto o dotal. Este seguro se ha revelado como una idea afortunadísima, pues aún después de cien años de existencia continúa siendo solicitado y ha superado todas las circunstancias adversas, como la devaluación monetaria, inflación, guerra y un modo de vida totalmente diferente. En toda la historia del Seguro de Vida solamente se da otro caso que ha tenido tanto éxito como el Seguro dotal: el Seguro de Grupo o Colectivo.

A principios del siglo XX fue el momento en que se despertó la conciencia social. Se comenzó a opinar que los deberes del patrón no terminaban con el pago del salario, y que por lo menos en caso de accidente de trabajo debía continuar asistiendo al herido o, dado el caso, a sus deudos. Con el paso del tiempo crecieron las prestaciones de los asalariados y en los últimos tiempos en algunos países hasta comenzó a imponerse de algún modo, que debería de ser

asunto del patrón asegurar al trabajador una vejez sin grandes problemas financieros.

En el año de 1911 se inventó en los Estados Unidos una modalidad del Seguro de Vida totalmente nueva que permitía al patrono, globalmente y por consiguiente de un modo relativamente gravoso, proteger a sus empleados contra las consecuencias de un fallecimiento prematuro, y de cumplir así una parte de sus deberes sociales. Este nuevo tipo de seguro es llamado Seguro de Grupo o Colectivo.

El crecimiento del Seguro de Grupo es impresionante. Incluso los sindicatos obreros, que al comienzo rechazaban éste tipo de Seguro como instrumento capitalista, han cambiado su opinión y hoy muestran hacia el mismo una actitud positiva. Con frecuencia, el contenido de un contrato de Seguro Colectivo es importante objeto de negociaciones entre patronos y empleados.

Sin duda éste seguro ha aumentado la difusión del Seguro de Vida en capas muy amplias.

Con esto se llega al último paso en lo que se refiere al Seguro de Vida: la Seguridad Social. En la posguerra, también el Estado ha reconocido la inminente importancia del Seguro de Vida; sobre todo para aquellas capas que no podían costearse un Seguro de Vida individual, ni gozaban de un Seguro Colectivo: debía idearse algo. De ésta necesidad se desarrolló en muchos países un Seguro Estatal de Previsión para la vejez y sobrevivientes para toda la población.

### 1.3 CAMBIOS EN EL SEGURO DE VIDA

En los años sesentas la lenta pero constante mejora del nivel de vida abre las puertas al Seguro. El deseo de no perder lo que se ha adquirido con muchos sacrificios, junto con un mayor sentido de responsabilidad frente a la familia, contribuyen a difundir la conciencia del Seguro de Vida y esto no solo en momentos de euforia económica. También en épocas de inseguridad económica se puede observar el deseo de aumentar la protección eficazmente. En otras palabras, una vez que la mentalidad popular se ha abierto a los sentidos de protección y previsión, el mantenerlos y afirmarlos no es más cuestión de progreso o estancamiento de la situación económica general, sino más bien de confianza en sí mismos y fé en la misión que se cumple por parte de los asegurados.

Sin embargo, los cambios en la situación socio-cultural y económica no han quedado sin efecto sobre lo que la gente espera del Seguro de Vida. En ciertos países éstas expectativas eran también influenciadas por factores nuevos que aparecieron o se agudizaron hace unos veinte años.

Cuando se habla de factores nuevos, me refiero a lo siguiente:

El primero de éstos fenómenos no directamente relacionados con la industria del Seguro, pero que la influenciaron mucho es el llamado "consumismo"; el movimiento de los consumidores, organizado para su propia protección, y que cada vez presenta exigencias más específicas a las diferentes industrias; entre otras también a la industria del Seguro.

El desarrollo de la "inflación" a nivel mundial en los años sesentas fue quizás el desafío mayor para el Seguro de Vida. La creciente erosión de poder adquisitivo de la moneda afectó a todos a mediano plazo y algunas veces a corto plazo. En todo caso aparece en toda su dramática gravedad en contratos a largo plazo como los Seguros de Vida.

Finalmente, otro elemento determinante es "la **intervención directa e indirecta del Estado**". No se trata solo de una intervención bajo el punto de vista de una legislación sino también de la importancia del Seguro Social, un tema en todo caso muy polémico.

Estos tres factores tuvieron efectos directos sobre la política de los aseguradores de vida, algunos de éstos efectos son los siguientes:

#### El consumismo.

Las principales exigencias planteadas por organizaciones de consumidores eran las siguientes:

- mayor variedad de productos,
- abaratamiento del Seguro de Vida,
- redacción más comprensible de las condiciones de la póliza de Seguro,
- mejor aprovechamiento de los recursos de la industria aseguradora a favor del público en general.

Mayor variedad de productos:

La primera de éstas exigencias fue sin duda uno de los factores principales que llevaron a las compañías norteamericanas, y de otros países posteriormente, a

crear las entonces llamadas pólizas "ciclo de vida" del tipo de los tan famosos "Vida Universal" y "Vida Variable".

Aún así, éstas pólizas no han tenido el mismo éxito en todos los países. Cabe reconocer en éstos planes una tendencia de innovación por parte del sector asegurador hacia sus clientes. La experiencia demostró que la extrema flexibilidad inicialmente planeada en las pólizas "Vida Universal" era probablemente excesiva. Con esto observamos el impacto que puede tener la presión del público sobre el sector económico.

#### Abaratamiento del Seguro de Vida:

La introducción de ésta nueva generación de pólizas permitió también una mejor adaptación de las condiciones técnicas del Seguro a la evolución de los factores demográficos y financieros del momento. En las primeras versiones de dichos productos, se eliminó el concepto de cobertura a largo plazo, reemplazándolo por el de garantías anualmente renovables y adaptables. En tales condiciones, las tarifas básicas de riesgo pueden ser algo inferiores a las de las pólizas clásicas, satisfaciendo así otra exigencia de los consumidores.

#### Más transparencia en las condiciones de seguro:

Tercera exigencia de la asociación de consumidores: más claridad en las condiciones de la póliza. Se trataba entonces de luchar en contra de la imagen caricatural - y lamentablemente muy significativa - del ajustador de siniestros frente a un cliente que

ha sufrido un siniestro y al que declara muy solemnemente " me parece, querido amigo, que usted no ha leído bien lo que figura en letra pequeña al final de su póliza ".(1)

La idea, tan clara como justificada, era impedir que las compañías se aprovecharan de su profesionalismo frente a sus clientes... o sea sus "víctimas".

La respuesta del sector asegurador no tardó, ya que muchas compañías introdujeron versiones nuevas de sus condiciones generales, más explícitas y más claras que las tradicionales condiciones contractuales de los planes de vida.

Mejor aprovechamiento de los recursos de la industria de seguros en favor del público en general:

Este aspecto de las exigencias de la clientela de los aseguradores de vida fue satisfecho, en algunos países, por una reorientación parcial de las actividades de las compañías aseguradoras en el campo de la asesoría actuarial, fiscal, financiera (inversiones), informática, etc... Por otro lado las leyes se volvieron más estrictas con referencia a la distribución de utilidades, obligando a las compañías que aún no lo habían hecho a dar un paso hacia el interés general de sus clientes, beneficiándolos en gran parte por sus márgenes financieros y de gestión.

---

(1) "Tendencias del Seguro de Vida" - CSFA - Cía. suiza de reaseguros.

## La inflación.

Comunmente se define "inflación" como el aumento sostenido del nivel general de precios, normalmente medido por el índice de precios al consumidor.

"... la inflación es, al fin y al cabo, un fenómeno social que tiene su raíz, en las expectativas de los seres humanos respecto a la tendencia de los precios. Si estas expectativas permanecen altas, los aumentos de precios y de sueldos siguen en un alto nivel..." (2)

Sus consecuencias:

Hasta principios de los ochentas, en algunos países y aún hoy en muchos otros, la inflación ha sido y sigue siendo una de las preocupaciones básicas de los aseguradores de vida. De hecho, la inflación presenta dos enormes inconvenientes para el asegurador de vida:

En primer lugar, en una situación de inflación, el asegurador tradicional deja de ser la alternativa más interesante para el ahorro de sus clientes. O sea que, además de reducir el potencial del monto ahorrado por cada cliente, la situación inflacionaria orienta éstos ahorros hacia instituciones financieras menos conservadoras que garanticen tasas de rendimiento a corto plazo mucho más interesantes que las que pueda ofrecer un asegurador en el marco de su política de inversión a largo plazo.

---

(2) Timothy Heyman - "INVERSION CONTRA INFLACION" - Editorial Milenio, S.A. de C.V.- México 1992 - Tercera edición - P. 43.

En segundo lugar, el aumento general de precios y salarios que supone una situación inflacionaria también afecta los costos, ante todo los gastos de administración de los aseguradores. Esta situación, combinada con el hecho de que los recargos para administración previstos en las tarifas no tienen siempre en cuenta éstas explosiones de costos, llevó a problemas considerables a muchas compañías.

### La intervención directa e indirecta del Estado.

En éste último punto se comentarán algunos aspectos de los tres factores de influencia del Estado en el Seguro de Vida:

- La Legislación.
- La Autoridad de Vigilancia.
- El Seguro Social.

#### La Legislación:

La medida más drástica que el legislador puede tomar es naturalmente la estatización de todo seguro. Tal postura, ha sido poco frecuente en el mundo libre.

No cabe duda de que en todo país es indispensable una legislación reguladora de la actividad del Seguro privado, que sienta claras bases operacionales, uniformes para todas las compañías. Sin embargo, el defecto principal de la legislación es que una vez aprobada es muy difícil hacerla evolucionar; desafortunadamente el Seguro, a pesar de que se le reconozca su importancia para el país, solo raras

veces recibe del legislador la prioridad que mereciera; de ésta manera, mientras las necesidades de los aseguradores y asegurados cambian constantemente, la ley queda por muchos años la misma, sin adaptarse a muchas situaciones.

En donde gobiernos y parlamentos son mucho más sensibles, es en aspectos fiscales; una legislación tributaria más o menos favorable puede ser motivo de gran atractivo o de indiferencia hacia el Seguro de Vida. Permitir dentro de los límites razonable, deducir las primas de los ingresos para efecto de impuesto sobre la renta y exonerar las prestaciones del Seguro hereditario, por ejemplo, es no solo un importante incentivo para el Seguro de Vida, sino también una prueba de interés para su desarrollo que presenta para todo el país.

#### La Autoridad de Vigilancia:

El problema aquí es la definición exacta de responsabilidades y competencias de la Autoridad de Vigilancia. Se suele decir que " tiene que proteger los intereses de los asegurados "; aunque la definición tradicional ha sido que la Autoridad de Vigilancia tiene que controlar que las compañías puedan hacer frente en cualquier momento a sus obligaciones hacia los asegurados y, cuando ya no sea el caso, imponer las medidas previstas por la ley; en pocas palabras, tiene que prevenir que una compañía por mala conducción técnica o financiera, vaya hacia la quiebra.

## El Seguro Social:

El Seguro Social apareció por que no todas las personas podían costearse una cobertura individual o gozar de una cobertura de grupo financiada por su patrono. El Estado decidió en ésta situación ofrecer para todos los habitantes una cobertura de previsión y sobrevivientes. Sin embargo, su técnica es mucho más sencilla que la empleada por aseguradores privados; también es mucho más peligrosa. En efecto, muchos Estados emplean el llamado sistema del reparto; es decir, no constituyen una reserva individual para cada asegurado, sino que los gastos anuales son cubiertos con los ingresos del mismo año. Es decir, la generación activa de hoy sostiene a los actuales jubilados. El Estado habitualmente no se preocupa mayormente de declarar a donde nos llevará éste sistema en quince o veinte años. En realidad éste problema ya se había considerado y la solución es la oportunidad para el Seguro Privado.

## GENERALIDADES

### 2.1 EL RIESGO.

Empezaremos por definir el concepto de **Riesgo**:

Etimológicamente la palabra riesgo proviene del vocablo inglés "risk", cuyo significado es "contingencia o proximidad de un daño".

El riesgo es la posibilidad de sufrir un daño o una pérdida.

El riesgo proviene de una incertidumbre respecto a los sucesos futuros.

La definición de riesgo como posibilidad de pérdida resume el significado de la palabra en su sentido abstracto. Por transferencia, el término riesgo se usa también a menudo para indicar la cosa concreta que es el objeto del riesgo, como el hombre, la casa habitación, la embarcación sobre la que se efectúa el Seguro, es el interés asegurado, la propiedad o los bienes asegurados.

Los diversos factores que contribuyen a la incertidumbre se llaman azares. La suma de los azares constituye un riesgo.

La palabra azar o peligro se emplea para significar la causa que puede originar la pérdida.

En Seguros, los azares se dividen en :

- Azares físicos
- Azares morales

El azar físico es por ejemplo las fuerzas de la naturaleza, inundaciones y terremotos.

El azar moral tiene su origen en alguna actitud mental y algunas otras causas de naturaleza psicológica por ejemplo, la locura, la negligencia, etc.

**Métodos para hacerles frente:**

Cuando el hombre logra individualizar y caracterizar los riesgos que determinan su inseguridad, inicia el camino de su eliminación como factor dañoso, mediante tres actitudes básicas de su conducta:

- a) Eliminación
- b) Asunción
- c) Transferencia.

#### **Eliminación.**

La eliminación inmediata del hombre frente al riesgo es el intento de eliminarlo como factor de daño, ya sea sustrayendo a su acción el bien afectado o actuando activamente contra el agente causante.

Esta actitud constituye el campo de la prevención, que es una serie de técnicas especiales a la defensa de determinado tipo de riesgo. Sin embargo, la experiencia muestra que la prevención no es mas que un paliativo frente al problema de los riesgos, ya que en algunos casos resulta imposible o ineficaz (guerras, terremotos, huracanes, inundaciones, etc.) por cuanto solo se pueden eliminar aquellos que por su naturaleza lo permiten; mientras que otros es sólo parcialmente efectiva.

Para poder eliminar efectivamente un riesgo es necesario tener conocimiento pleno del mismo, es decir, conocer cada uno de los factores que pueden influir y poner medidas preventivas a cada uno de estos factores.

Respecto a este punto, podemos concluir que la prevención de pérdidas resulta más barata que la indemnización de las mismas.

#### **Asunción.**

La segunda posibilidad está configurada por la actitud de quiénes conociendo la existencia del riesgo resuelven afrontar por sí mismos sus consecuencias dañosas.

En este caso cabe mencionar dos conductas. En primer lugar la indiferencia o pasividad originada ya sea por ignorancia sobre los medios disponibles para evitar el riesgo o daño, o por la imposibilidad de contar con alguno de los medios conocidos por falta de recursos materiales o económicos, en este caso el ser humano afronta la eventualidad.

La segunda posibilidad de conducta es la de asunción del riesgo en forma activa y la determina la actitud del individuo que, además de adoptar medidas de prevención y consciente de su limitada eficacia, las complementa mediante la preparación de recursos financieros que le permiten restituir la integridad patrimonial afectada por la producción del siniestro o por la concertación dañosa del riesgo.

Este es el caso de la previsión representado en este caso por el ahorro, mediante el cual se reúne instantánea o gradualmente en el tiempo el valor de los bienes afectados por determinado siniestro.

#### **Transferencia.**

La última etapa en el proceso considerado está constituida por el medio de mayor eficacia para el logro de la preservación de la integridad patrimonial.

Para obtener este objetivo es evidente que resulta necesario trasladar las consecuencias dañosas del riesgo a otro sujeto.

La mejor forma de transferir los riesgos consiste en trasladar los efectos patrimonialmente adversos producidos por ellos, y esto se logra mediante el **SEGURO**.

#### **Riesgos Asegurables y No Asegurables.**

El Seguro no debe otorgarse a toda clase de riesgos, está concretado a riesgos puros. Aún dentro de los riesgos puros y a pesar de que en nuestros tiempos existe una gama muy extensa de coberturas, hay algunos que tampoco son asegurables por no reunir ciertos requisitos.

Conviene plantear la cuestión de los riesgos que entran dentro de la categoría de asegurables y de los que no tienen tal carácter.

El siguiente esquema nos muestra una clasificación:

#### **I. Riesgos Asegurables.**

A. Riesgos de cosas.- La incertidumbre que rodea al acaecimiento de pérdida en las cosas que causen:

1. Pérdida directa de la cosa.
2. Pérdida indirecta.

B. Riesgos de personas.- La incertidumbre que rodea al acaecimiento de pérdida de la vida o renta, debida a:

1. Muerte prematura.
2. Invalidez física.
3. Vejez.
4. Desempleo.

C. Riesgos de responsabilidad legal.- La incertidumbre que rodea al acaecimiento de pérdida debida a la conducta negligente que produce daños a las personas a consecuencia de :

1. El uso de automóviles.
2. La ocupación de edificios.
3. Empleo.
4. Fabricación de productos.
5. Faltas profesionales (mala conducta).

## **II Riesgos no Asegurables por aseguradores comerciales.**

A. Riesgos de mercado.- Factores que pueden acarrear pérdida en las cosas o rentas, tales como:

1. Cambios de precio, estacionales o cíclicos.
2. Indiferencia del consumidor.
3. Cambios de moda.
4. La competencia que presenta un producto mejor.

B. Riesgos políticos.- La incertidumbre que rodea a los siguientes hechos:

1. El derrocamiento del gobierno o la guerra.
2. La imposición del restricciones al libre comercio.
3. La tributación al libre cambio de monedas.

C. Riesgos de producción.- La incertidumbre que rodea el hecho de :

1. Mal funcionamiento económico de maquinaria.
2. El fracaso en la solución de los problemas técnicos.
3. El agotamiento de los recursos de materia prima.

Debe notarse que en esta clasificación de riesgos no cubiertos, se consideran así desde el punto de vista del

asegurador particular, ya que agencias gubernamentales comúnmente aseguran ciertos riesgos políticos.

### **Requisitos para que un riesgo sea asegurable.**

Como hemos visto anteriormente, no todos los riesgos son asegurables dado que el Seguro descansa en la ley de los grandes números; hay muchas situaciones que pueden causar una pérdida y la ley de los grandes números no opera satisfactoriamente. En algunas situaciones puede funcionar razonablemente bien y en otras opera de forma casi ideal.

Podemos clasificar los requisitos de los riesgos asegurables (principalmente riesgos puros, no especulativos) en dos categorías generales: desde el punto de vista del asegurador y desde el punto de vista del Asegurado.

Desde el punto de vista del Asegurador deben cumplirse varios requisitos:

1. Los objetos deben tener número y calidad suficientes para permitir un razonable cálculo aproximado de la pérdida posible.

La pérdida posible debe sujetarse a una estimación anticipada; la calidad de los objetos debe ser homogénea, de forma que puedan prepararse estadísticas de pérdidas reales.

2. La pérdida, si ocurriese, debe ser accidental y no intencional por naturaleza, en relación al Asegurado.

Debe existir cierta incertidumbre en torno de la pérdida. De otro modo, no habría riesgo. Debido a la exigencia de que la pérdida sea accidental, los aseguradores excluyen normalmente en todas las pólizas cualquier pérdida causada

intencionadamente por el Asegurado. Se ha dicho que el Seguro es un bien que debe adquirirse antes de necesitarlo.

3. La pérdida, cuando ocurre, debe ser susceptible de determinación y cálculo.

La pérdida debe ser definida en cuanto al tiempo y al lugar. Constituye un gran problema para los aseguradores la posibilidad de determinar ciertas pérdidas sin contar con su cálculo.

4. Los objetos asegurados no deben estar sujetos a destrucción simultánea: por ejemplo, el azar catastrófico debe ser mínimo.

Las condiciones no deben ser tales que permitan que todos o la mayor parte de los objetos del grupo experimenten pérdidas al mismo tiempo y, eventualmente, por el mismo tipo de peligro.

Desde el punto de vista del Asegurado debe cumplirse:

Los dos principales requisitos de los riesgos asegurables son que la pérdida potencial debe ser lo suficientemente severa como para causar problemas financieros y que la probabilidad de pérdida no debe ser muy alta.

1. La pérdida potencial debe garantizar protección.

Un principio básico en la compra del Seguro, es que el uso más económico de las primas de Seguro se contrapone primero contra las pérdidas más serias y, luego, con las pérdidas menos serias, y no al revés.

2. La probabilidad de pérdida no debe ser muy alta.

Lo importante es recordar que mientras más probable sea la pérdida, es más cierto que ocurra, y mientras más cierta, más alta será la prima, llegando a un punto en que la pérdida se vuelve tan evidente que el asegurador retira su protección o el costo de la prima se vuelve prohibitivo.

## **2.2 EL CONTRATO DE SEGURO.**

Sabemos que un contrato es un pacto o convenio, oral o escrito, entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada; la Ley del Contrato de Seguro, en su artículo primero nos define:

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

En general, los fundamentos de cualquier contrato consisten en una oferta por parte de una persona o "parte del contrato" y una aceptación a dicha oferta por la otra "parte".

El contrato de Seguro está basado en una oferta "solicitud" hecha por la persona que desea el Seguro y su aceptación por parte de la Compañía (el asegurador).

Las condiciones del contrato se señalan en la póliza, que es un documento escrito o impreso preparado por la Compañía Aseguradora y firmado por un funcionario autorizado para contratar a nombre de la Compañía.

En algunos países es importante adherir a la póliza, una copia fotostática de la solicitud ya que el contrato completo lo constituyen: la solicitud y la póliza; con lo anterior el solicitante queda legalmente obligado por las declaraciones hechas por él en la solicitud.

Resulta conveniente enfatizar la importancia de las declaraciones del solicitante o proponente (presunto

Asegurado): Ya que son la base de la celebración del contrato.

Más específicamente, nuestra Ley del Contrato del Seguro dice en su artículo octavo:

"El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa Aseguradora, de acuerdo al cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato".

Resulta conveniente clasificar el contrato de Seguro de acuerdo a sus caracteres:

1. **Consensual** en cuanto a su forma de contratación ya que en este caso el consentimiento no sólo es necesario sino también suficiente. **Nominado y de Empresa** ya que la ley lo establece en un régimen particular y propio.

2. **De adhesión** puesto que el Asegurado no discute las cláusulas de la póliza ni se le da la opción de solicitar su modificación sino que es redactado previamente por uno de los contratantes (la Aseguradora) que predispone un clausulado que se le conoce con el nombre de condiciones generales de la póliza.

3. **Aleatorio** puesto que cubre un acontecimiento futuro, fortuito y conecuentemente con una fecha de realización incierta (se ignora el número de primas que pagará el Asegurado antes que suceda el siniestro y la fecha de pago de la suma asegurada).

4. **Bilateral** puesto que se establecen prestaciones correlativas (prestaciones recíprocas, equivalentes y

determinadas) de ambas partes contratantes: La suma asegurada y la prima.

5. **Oneroso** ya que no es gratuito.

6. **De duración** puesto que se establece el momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esa garantía.

7. **De buena fe**, esto significa que para aceptar la propuesta y perfeccionar con ello el contrato el Asegurador tiene que confiar en la buena fe del proponente al describir el riesgo y las circunstancias del mismo.

La operación del Seguro en dos grandes grupos:

Los que se tienen que ver con la **VIDA** y los que no tienen relación alguna con la **VIDA: NO VIDA**.

En la parte de vida clasificamos dos subgrupos, quedando la clasificación del los seguros de la siguiente forma:

- 1.- Vida.
- 2.- Accidentes Personales y Enfermedades.
- 3.- Daños.

(vease cuadro 3.1)

### **2.3 LA PRIMA.**

Es el costo, que se exige a cambio de una indemnización eventual. Es el precio de una garantía.

Es el valor de una mercancía que, no por ser intangible, es menos real. El que paga una prima recibe de inmediato una protección que por sí sola, justifica la erogación que aquélla supone.

## CLASIFICACION DE SEGUROS

### RAMOS Y SUBRAMOS

RAMO	SUBRAMO
I VIDA	A Individual B Grupo C Colectivo
II ACCIDENTES PERSONALES Y ENFERMEDADES	A Individual B Familiar C Colectivo D Accidentes en Viajes Aéreos (A.V.A) E Viajero (corto plazo) F Gastos Médicos Mayores
III DAÑOS	A Responsabilidad civil y riesgos profesionales. B Marítimo y Transportes. C Incendio. D Agrícola. E Automóviles. F Crédito. G Diversos. H Los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, conforme a lo dispuesto en el Art. 9 de esta Ley.

El objetivo económico del Seguro es el de mantener protección adecuada contra la eventualidad de que ocurra un siniestro.

La prima debe ser calculada:

- En función al tiempo,
- En función a la gravedad del riesgo (probabilidad de su realización),
- En función de la suma asegurada.

**Prima Pura:**

Es la expresión matemática del valor del riesgo. Constituye el punto de partida para el cálculo de la prima de tarifa o comercial.

La prima pura depende de dos factores principales: la probabilidad del siniestro y la intensidad del riesgo por una parte , y el valor del objeto asegurado o del capital asegurado, por otra parte.

En el Ramo de Vida, la prima pura es la prima teórica que corresponde a un Asegurado, según la Tabla de Mortalidad.

**Prima de tarifa:**

Es la prima que precisamente paga el Asegurado y que está integrada por la suma del valor del riesgo asegurado (o sea la prima pura) más los recargos por los conceptos de gastos de producción, de cobro de administración y beneficio comercial del asegurador.

Tenemos entonces que:

**PRIMA PURA**

(+) MAS	GASTOS DE ADQUISICION GASTOS DE ADMINISTRACION UTILIDAD DEL ASEGURADOR
(-) MENOS	MONTO DEL INTERES
(=) IGUAL	PRIMA DE TARIFA O COMERCIAL.

Disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro respecto a la prima:

Art 31.- El contratante del Seguro estará obligado a pagar la prima en su domicilio, si no hay estipulación expresa en contrario.

Art 32.- En el Seguro por cuenta de tercero, la empresa Aseguradora podrá reclamar del Asegurado el pago de la prima cuando el contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente.

Art 33.- La empresa Aseguradora tendrá el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre póliza que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

Art 35.- La empresa Aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que se convenga que el Seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

**2.4 RETENCION.**

La retención es el importe que la Compañía puede y quiere poner en juego por cuenta propia, en la suscripción de cada negocio o de un conjunto de riesgos.

Precisemos algunos puntos de la definición anterior:

**Retención.-** También llamada: Pleno, Conservación, Participación de la cedente, Compromiso neto, etc.

**Importe.-** El importe de la retención puede expresarse en un porcentaje de la suma asegurada o en una cantidad determinada por riesgo o por siniestro.

Por ejemplo: Una Compañía retendrá el 33% de todas las sumas aseguradas en el sub-ramo de automóviles, un importe de N\$100,000.00 sobre Seguros de incendio de casas particulares y un monto de N\$50,000.00 en cada siniestro ocurrido en el ramo de vida.

**Puede poner en juego.-** La Compañía, tiene posibilidades que son limitadas por sus medios financieros y por las características de su cartera. Desde luego existen disposiciones legales que fijan la retención máxima legal.

**Quiere poner en juego.-** Se subraya por esta expresión que el Seguro es todavía una cosa muy aleatoria y que, a pesar de ciertas reglas que se basan en las experiencias, el elemento especulativo no ha desaparecido.

**Por cuenta propia.-** Este término significa que la Compañía retendrá el porcentaje convenido de las sumas aseguradas o de los importes por riesgo o siniestro.

**Cada riesgo.-** Es muy importante que los diferentes departamentos de la Compañía Aseguradora tengan instrucciones precisas no solamente en cuanto a las retenciones máximas, sino también respecto al escalonamiento de los plenos de conservación en función de la calidad del negocio suscrito.

Conjunto de riesgos.- Con esta expresión se alude a las acumulaciones que en numerosos ramos pueden producirse: mercancías a bordo de un barco, pasajeros en un avión, conjunto de edificios en una manzana, etc.

Desde el punto de vista matemático, existen varios métodos, basados en la teoría del riesgo, para determinar el pleno óptimo de retención.

En la práctica, a las consideraciones teóricas hay que agregar argumentos de orden económico y financiero, variables de una Compañía a otra, sin olvidar que los accionistas suelen tener criterios distintos con respecto al riesgo máximo que quieren correr con su inversión.

#### Retención Legal:

Al respecto la Ley General de Instituciones de Seguros nos dice:

La responsabilidad que asuma una institución de Seguros sin reasegurar, no será superior en cada riesgo a los siguientes porcentajes de la suma de su capital pagado más reservas de capital, reservas de previsión y utilidades no distribuidas, afectos a cada una de las operaciones que la institución esté autorizada a practicar.:

- I. En accidentes y enfermedades, 5% ;
- II. En daños:
  - a) 5% cuando la institución opere solamente un ramo;
  - b) 4% Cuando opere en dos ramos;
  - c) 3% cuando opere 3 o más ramos.

Tratándose de las operaciones de vida, la Comisión Nacional de Seguros fijará a cada institución el límite máximo de retención tomando en cuenta el

volumen de sus operaciones, su promedio de Seguro en vigor y la experiencia que haya obtenido.

#### **Retención Técnica:**

Las Compañías Aseguradoras, no necesariamente deben usar su retención máxima legal ya que dependiendo de la clasificación del riesgo y de las políticas de suscripción que tenga cada Compañía, fijará su retención de acuerdo con su experiencia.

### **2.5 SINIESTROS.**

El objetivo del Seguro es cubrir el riesgo que gravita sobre la persona, sus bienes o su responsabilidad ante otros; por lo tanto cuando existe un daño o una lesión previsto y garantizado por el contrato de Seguro (póliza), en el medio asegurador se dice que ha ocurrido un siniestro. Como ejemplo podemos citar el hundimiento, varadura e incendio de un buque, siempre y cuando la causa de dicho daño no esté específicamente excluida de la póliza.

De lo anterior se desprende que la sola ocurrencia de una pérdida, daño o lesión no determina la responsabilidad inapelable del asegurador, debido a que es necesario analizar si dicho acontecimiento se apega a las coberturas y condiciones bajo las cuales el Asegurado contrató la póliza.

La reclamación.- Cuando el Asegurado se da cuenta que ha sufrido una pérdida, o bien que se ha originado un siniestro, debe dar cumplimiento a los requisitos previstos para estos casos en la póliza y marcados por la "Ley sobre el contrato del Seguro".

Cada ramo tiene sus propias particularidades y reglamento para el pago de reclamaciones, pero al respecto la "Ley General de Instituciones de Seguros" en sus capítulos IV y V maneja ciertos criterios:

**Aviso del siniestro.-**

Artículo 66.- Tan pronto como el Asegurado o beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de Seguro, deberá ponerlo en el conocimiento de la empresa Aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el Asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso, que deberá ser escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

Es muy importante que el Asegurado informe a la Compañía de Seguros de ocurrido el siniestro, pues de otra suerte el siniestro pudiera hacerse más cuantioso si no se toman las medidas pertinentes de parte de la Aseguradora.

En el caso de no cumplimiento del artículo anterior la Ley nos enuncia:

Artículo 67.- Cuando el Asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Artículo 68.- La empresa quedará desligada de todas las obligaciones, si el Asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

De esta manera si el Asegurado omitiera el aviso oportuno la Aseguradora no se hará responsable por ningún monto reclamado.

Además de cumplir con los requisitos anteriores el Asegurado tiene la obligación de proporcionar todas las pruebas que la Compañía de Seguros requiera. Al respecto la Ley nos dice:

Artículo 69.- La empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

En caso que la Compañía de Seguros demuestre que el Asegurado a entorpecido su labor al analizar el siniestro, quedará totalmente liberada de su responsabilidad y al respecto la Ley nos dice:

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en el caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

La reclamación resultará improcedente en el caso de que el Asegurado haya provocado el siniestro con el fin de obtener un beneficio ilícito de cualquier índole ante la ocurrencia del siniestro; la ley, a la letra nos dice:

Artículo 77.- En ningún caso quedará obligada la empresa, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del Asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes.

#### Prescripción.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de Seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, faltas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quiénes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 83.- Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los artículos anteriores.

Artículo 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción

en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 \* de la presente Ley.

El Asegurado también debe de tener conocimiento de éstos artículos, ya que no podrá presentar reclamación posterior al tiempo marcado por la ley.

#### **2.6 DIVIDENDO.**

El dividendo se define como la parte en la que el Asegurado participa de los beneficios o utilidades de la póliza cuando ésta tuviese derecho a ellos, y depende de la cantidad pactada entre el Asegurado y la Compañía Aseguradora de antemano en el convenio.

\* Artículo 37.- En los Seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración. Si el Asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del periodo que comprenda.

## SEGURO DE VIDA GRUPO

### 3.1 Antecedente.

El Seguro de Vida se originó en los primeros años del presente siglo como una práctica preventiva de la antigua costumbre de dar una cooperación para beneficio de la vida de un compañero de trabajo y de sus hijos al momento de ocurrir un desastre.

Los principios fundamentales del Seguro de Grupo son los mismos que los del Seguro de Vida Individual pero, como en este caso la unidad de aseguramiento es un conjunto de individuos, se aprovecha el vínculo laboral que los une para así poder obtener una tarifa más reducida, eliminando los requisitos para la contratación, ya que al implementarse mediante reglas de carácter general, se evita la antiselección.

Es así, como los Seguros de Grupo y Colectivo demuestran ser atractivos planes que garantizan la protección de todos los miembros de una institución, sus secciones o subGrupos, así como asociaciones y agrupaciones legalmente constituidas.

### 3.2 Generalidades:

#### 3.2.1. Modalidades del Seguro de Grupo.

En el Seguro de Grupo se distinguen varias modalidades que pueden ser combinadas entre sí y que dependen de las utilidades de la póliza o dividendo:

El dividendo es la cantidad que la Compañía de Seguros otorga al Asegurado de acuerdo con el monto de siniestros reclamados durante la vigencia de la póliza, es decir, si al finalizar la vigencia, la prima de tarifa menos los siniestros reclamados generan una cantidad positiva, y a la que llamaremos utilidad repartible, la Compañía de Seguros hace participe al Asegurado de un porcentaje de esta utilidad (dividendo).

De aquí se generan dos modalidades que dependen del tamaño del Grupo Asegurado:

a) Para grupos grandes <sup>1</sup> se otorga lo que llamaremos Experiencia Propia o Individual, la cual concede, al asegurado, un porcentaje sobre la utilidad repartible para la Compañía al final de vigencia. Este porcentaje se fija desde el inicio de vigencia.

b) Para grupos pequeños <sup>1</sup>, en donde sería difícil contar con un dividendo individual, la Compañía de Seguros reúne a estos grupos y otorga un dividendo que depende de la utilidad a repartir de ese conjunto de varios asegurados y a lo que llamaremos Experiencia Global.

---

<sup>1</sup> Dependiendo de la Aseguradora, pero en general los grupos grandes son los que cuentan con más de 300 Asegurados y pequeños con menos de 300 Asegurados.

### 3.2.2. Mercado.

El Seguro de Grupo Vida es un producto diseñado para proteger a los miembros de una organización, como es el caso de empresas, sindicatos y uniones de trabajadores y cuerpos de seguridad básicamente; ofreciendo condiciones sumamente favorables en su costo y en su manejo ágil y fácil.

Podemos partir de una primera clasificación de Organizaciones que puedan ser sujetas de pertenecer al Seguro de Grupo:

- A) Empleados de empresas legalmente constituidas.
- B) Empleados de organismos Gubernamentales.
- C) Miembros de sindicatos.
- D) Miembros de cuerpos de seguridad.

(ver cuadro 3.2)

### 3.2.3. Grupos Asegurables:

El Grupo Asegurable estará formado por las personas que, al momento de la emisión de la póliza se encuentren en servicio activo; es decir, que se encuentren desempeñando en forma regular sus actividades en la fecha de expedición de la póliza.

El personal mayor a 70 años, así como grupos con riesgo subnormal podrán ser Asegurados siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:

### A) Empleados de Empresas Legalmente Constituidas:

INDUSTRIALES	-	Farmacéuticas	
	-	Automotrices	
	-	Siderúrgicas	
	-	Alimenticias	
	-	Textiles y Calzado	
	-	Agrícolas, Ganaderas y Silvicultura	
	-	Pesca	
	-	Papeleras	
	-	Constructoras	
	-	Tranformación en general	
COMERCIALES	-	Distribuidoras	
	-	Importadoras y Exportadoras.	
DE SERVICIOS	-	Financieros, Profesionales y Técnicos	
	-	Turísticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hoteles</li> <li>* Preparación de alimentos y bebidas</li> </ul>
	-	Hospitalarios	
	-	Educativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Escuelas</li> <li>* Bibliotecas</li> </ul>
	-	Recreativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Centros deportivos</li> <li>* Teatros, Cines</li> </ul>
	-	Transportes y Comunicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Aéreas</li> <li>* Marítimas</li> <li>* Terrestres</li> </ul>

CUADRO 3.2  
(CONTINUA...)

(CONTINUACION)

**B) Empleados de Organismos Gubernamentales:**

- Empresas paraestatales y descentralizadas.
- Gobierno Federal.
- Secretarías de Estado.
- Ayuntamientos
- Gobiernos de los Estados y Municipios.

**C) Miembros de Sindicatos:**

- Uniones.
- Afiliados.
- Federaciones.

**D) Miembros de Cuerpos de Seguridad:**

- Policía
  - \* Industrial
  - \* Auxiliar
  - \* De tránsito (no judiciales)
  - \* Bancaria
- Bomberos.
- Ejército.
- Marina.

- Su prima se calcule edad por edad.
- Se les cobre su debida extraprima (en caso de ser necesario).
- Ingrese el 100% del grupo.
- Su Suma Asegurada no represente más del 3% de la Suma Asegurada total del grupo.

En el Artículo 2o del reglamento del Seguro de Grupo se nos menciona que en el Seguro de Grupo Vida participan todas las organizaciones o grupos legalmente constituidos entendiendose como tales los siguientes:

- a) Los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo, que presten su servicio a ese mismo patrón o empresa.
- b) Los miembros de sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores y sus secciones o grupos.
- c) Los cuerpos del ejército, de la policía o de bomberos, así como las unidades regulares de los mismos.
- d) Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros, así como por la homogeneidad de riesgos, constituyan Grupos Asegurables.

El personal que labore por honorarios y comisiones, así como el personal eventual está sujeto a la autorización de la Compañía Aseguradora. Para tal efecto, la Compañía deberá expedir un endoso en el que se especifique la inclusión de dicho personal, así como el procedimiento para determinar la Suma Asegurada y primas correspondientes.

Una vez definido el Grupo Asegurable, éste deberá cumplir con los siguientes requisitos:

#### Cobertura Básica.

- Si se trata de empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, deberá por lo menos participar el 75% del personal que forme el Grupo Asegurable, con base en las políticas de elegibilidad, y en ningún caso el número de Asegurados podrá ser inferior a 10.

- Para cualquier otro Grupo Asegurable de los definidos anteriormente, deberá participar al menos el 75% del mismo, con un mínimo de 25 asegurados.

#### Cobertura opcional

- Si el Seguro Básico cubre el 100%, en el Opcional debe cubrirse al menos el 75% de los participantes. De no incluirse al 100% del Grupo Asegurable en el Básico, el Opcional debe cubrir al 100% de los Asegurados del Básico.

De no observarse lo anterior, el Opcional se expedirá en Colectivo, pudiendo este poolearse con la póliza del Básico del Seguro de Grupo.

#### 3.2.3.1. Grupos Contributivos y No Contributivos.

##### Grupos Contributivos:

Son aquellos en los que los miembros del Grupo Asegurado contribuyen total o parcialmente al pago de la prima.

#### **Grupos No Contributorios:**

Son aquellos en los que el contratante absorbe el costo total de la prima.

#### **Grupos Auténticos:**

Son aquellos en los que participa el 100% del Grupo Asegurable, la regla para determinar la Suma Asegurada es de carácter general, es decir, no discriminatoria (ni por categorías) y el 100% de la prima la paga el contratante.

Sólo cuando el Grupo sea Auténtico, la Aseguradora podrá renunciar las cláusulas de disputabilidad y Suicidio.

#### **3.2.4. Beneficios y clausulas adicionales.**

##### **Cobertura Básica (por fallecimiento).**

Consiste en el pago de la Suma Asegurada contratada a los beneficiarios designados por el Asegurado, en caso de ocurrir el fallecimiento de éste. El fallecimiento puede ser originado por cualquier causa, salvo en el caso de suicidio durante el primer año de vigencia de la póliza.

La Cobertura Básica puede ser complementada adecuadamente con la contratación de otros Beneficios y Cláusulas Adicionales, que permitan obtener una protección ante eventualidades igualmente impredecibles y no menos importantes, como son la invalidez y los accidentes.

## Invalidez.

Para efectos de éstas cláusulas, se considerará "Invalidez Total y Permanente" cuando, durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado haya sufrido lesiones corporales a causa de un accidente o padezca una enfermedad que lo imposibilite para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación de la que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, y cuando se presuma que dicha imposibilidad es de carácter permanente; siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor a tres o seis meses, según la opción elegida.

Se consideran como causa de invalidez total y permanente para efectos de la Cobertura de Invalidez, la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o los dos pies, de una mano y un pie o de una mano o un pie y la vista de un ojo. En estos casos no operará el periodo de espera.

La declaración de invalidez por parte del I.M.S.S (forma MT-4) no se considerará suficiente para aceptar el estado de "Invalidez Total y Permanente".

## Accidente.

Aquí resulta conveniente aclarar la definición que generalmente se utiliza en el mercado:

Se entenderá por accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado. No se considerarán accidentes las

lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

También es interesante señalar algunas de las exclusiones que se consignan para beneficio por accidente.

a. Lesiones de cualquier clase sufridas en servicio militar, en actos de guerra, revolución, rebelión, insurrección o alborotos populares. Así como la participación del asegurado en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional.

b. Lesiones recibidas al participar el asegurado en una rifa, siempre que él haya sido el provocador.

c. Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.

d. Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentra realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia.

O es a consecuencia de:

- Enfermedades preexistentes.
- Radiaciones atómicas.
- Lesiones sufridas bajo efecto de la droga.

Así mismo, quedará excluida la muerte por suicidio ocurrida dentro del primer año de vigencia de la póliza.

**BENEFICIO ADICIONAL DE EXENCION DEL PAGO DE PRIMAS POR  
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

En caso de que el Asegurado llegara a invalidarse total y permanentemente ya sea por enfermedad o accidente, el Seguro se mantendrá en vigor sin más pago de primas, mientras el Asegurado se encuentre con vida y por la Suma Asegurada que se encuentre vigente al momento de ocurrir la invalidez.

**BENEFICIO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE  
POR ACCIDENTE CON PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA**

La Compañía conviene en pagar al Asegurado la Suma Asegurada contratada para este beneficio en una sola exhibición, si queda invalidado total y permanentemente a causa de un accidente y a partir de la fecha en que sean admitidas por la Compañías pruebas de la existencia de dicha invalidez, siempre y cuando ésta haya sido continua por un periodo no menor a tres meses.

Las edades de aceptación para este Beneficio son de 15 a 64 años de edad, cancelándose al aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea 65 años, siendo la tarifa de acuerdo a la edad alcanzada de cada Asegurado.

**BENEFICIO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE  
CON PAGO ANTICIPADO DE SUMA ASEGURADA**

Este beneficio cubre, además de la indemnización del beneficio anterior, la invalidez total y permanente producida por una enfermedad.

Las edades de aceptación y el periodo de espera para el pago del beneficio son las mismas que el beneficio anterior.

Para que la Compañía conceda los Beneficios de Invalidez, el Asegurado debiera presentar a la misma, pruebas de su invalidez y de que ésta es total y permanente. Para aprobar cualquier reclamación, la Compañía se reserva igualmente el derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad, si no se ha hecho la anotación en la póliza, así como de la persistencia del estado de invalidez.

**BENEFICIOS ADICIONALES DE INDEMNIZACION POR MUERTE  
ACCIDENTAL  
O POR PERDIDA DE MIEMBROS.**

**BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL**

Si a consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado, éste muere dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, la Compañía pagará a los beneficiarios designados, la Suma Asegurada contratada para este beneficio, adicionalmente al monto de la Cobertura Básica.

**BENEFICIO DE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL  
O PERDIDA DE MIEMBROS**

Este beneficio cubre, además de la indemnización de beneficio anterior, las lesiones corporales producidas en la persona del Asegurado a consecuencia de un accidente, considerandose como tales:

Pérdida de una mano.- Su separación a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.

Pérdida de un pie.- Su separación a nivel de la articulación tibiotalariana o arriba de ella.

Pérdida de los dedos.- La separación de dos falanges completas cuando menos.

Pérdida de la vista.- La pérdida completa y definitiva de la visión.

La indemnización total o la proporción que corresponda será pagada si la muerte o la pérdida de miembros se debe exclusivamente a lesiones acaecidas por medios externos, violentos, súbitos y fortuitos y cuando ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

**BENEFICIO ADICIONAL DE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL  
O PERDIDA DE MIEMBROS, DOBLE PAGO**

Bajo este beneficio se duplicará la indemnización otorgada en el beneficio anterior si y sólo si, la muerte o las lesiones corporales que presente el Asegurado fueran a consecuencia de un accidente colectivo, es decir:

- Mientras viajare como pasajero de cualquier vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, con boleto pagado, sobre ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.

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

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

Las edades de aceptación para cualquiera de estas coberturas son de 15 a 69 años de edad, cancelándose automáticamente en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años, siendo la tarifa independiente de la edad de cada Asegurado.

#### CLAUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACION POR SERVICIOS FUNERARIOS

Además de los beneficios antes mencionados, algunas Compañías de Seguros cuentan con esta cláusula cuyo costo es, generalmente, menor al de la Cobertura Básica, por medio del cual, se busca el aprovisionamiento de una cantidad adicional al Seguro contratado originalmente, para solventar los gastos funerarios al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, y así garantizar el beneficio que otorga la Cobertura Básica de manera íntegra.

Las edades de aceptación son de 15 a 70 años, sin límite en las renovaciones posteriores.

El cálculo de la prima se hace con base en tarifas ya establecidas, de acuerdo con la edad alcanzada de cada participante y la Suma Asegurada contratada.

La regla para determinar la Suma Asegurada para este beneficio, podrá ser diferente a la de la Cobertura Básica, siempre y cuando el monto que resulte sea menor a ésta.

El monto de ésta cláusula se encuentra topado a una máxima que varía según la Compañía entre N\$40,000.00 y N\$50,000.00

CLAUSULA ADICIONAL DE PAGO INMEDIATO PARCIAL AL  
FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.  
INCLUSION AUTOMATICA.

La Compañía de Seguros pagará, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado y con la sola presentación del certificado médico de defunción, una parte de la Suma Asegurada contratada, para la Cobertura Básica, al beneficiario designado.

La cantidad que por este concepto anticipe la Compañía de Seguros, será igual a un porcentaje de la Suma Asegurada estipulada en la carátula y que generalmente tiene tope en 30 veces salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal. Así mismo esta cantidad será descontada de la liquidación final a que los beneficiarios tengan derecho.

## **OPERACION DEL SEGURO DE GRUPO**

### **4.1. SUSCRIPCION.**

#### **DOCUMENTOS CONTRACTUALES.**

Los principios básicos que reglamentan la elaboración de los contratos del Seguro de Grupo son los mismos del Seguro de Vida individual; sin embargo, el concepto de Grupo implica algunas diferencias en presentación.

##### **4.1.1. Solicitud Principal.**

Debe existir un formulario especial de solicitud, destinado al Contratante; este formulario incluirá preguntas relativas a los riesgos propios del tipo de actividad de la empresa, riesgo ambiental, riesgo de accidentes y factores susceptibles de provocar enfermedades profesionales. También debe orientar en cuanto al grado de concentración de los riesgos y dar todo dato útil para la apreciación de las posibilidades de catástrofe.

##### **4.1.2. Solicitudes Individuales.**

Se requiere una solicitud individual, firmada por cada empleado; su fin principal es el de autorizar el cargo automático a sueldo (para casos de Grupos contributorios). Si no se requiere ninguna selección individual, la solicitud no contendrá más que esta autorización y eventualmente, la designación de beneficiarios, nombre y parentesco, toda vez que dicha designación fuese requerida.

Para los casos de Grupos no contributorios y con selección automática, se puede obviar la solicitud individual.

#### 4.1.3. Póliza Principal.

Este es el documento legal que sirve de base a la operación; contiene todos los detalles relativos a las prestaciones y a las condiciones de la cobertura, en particular las condiciones de ingreso al Seguro; las obligaciones del contratante en cuanto al cobro y al pago de primas; los derechos (eventuales) del empleado en caso de terminación de su empleo y también en caso de terminación de la póliza colectiva.

Algunos problemas que plantean estos derechos adquiridos son los siguientes:

a) Licencia temporal: la póliza de Grupo suele prever que, en caso de ausencia del empleado o de sus suspensión temporal decidida por su patrón, la cobertura seguirá ininterrumpidamente, o bien será suspendida pero con derecho a rehabilitación. Si la ausencia resulta de enfermedad, el Seguro suele ser mantenido en completo vigor, previo pago del empleado de sus contribuciones normales, si las hay (normalmente, esta situación es limitada en el tiempo y es sustituida más adelante por alguna garantía de invalidez).

b) Terminación definitiva del contrato de trabajo: la cobertura termina también, pero las condiciones de la póliza garantizan amenudo que, siempre que la relación de trabajo haya tenido una duración mínima determinada, el empleado dispondrá de ciertos

##### DERECHOS ADQUIRIDOS, así:

el derecho de **conversión** se refiere a las prestaciones en caso de muerte. Da al empleado la opción de adquirir un Seguro individual - en cualquiera de los planes existentes - siempre que lo solicite antes de transcurrir un cierto periodo, 30 días por ejemplo, durante el cual su cobertura

sigue en vigor. El nuevo Seguro se emitirá sin tener en cuenta el estado de salud del interesado, por el mismo monto asegurado, limitado sin embargo a un determinado máximo. La prima será la de la tarifa normal de vida individual correspondiente.

#### 4.1.4 Certificados Individuales.

Su finalidad:

- Confirmar la existencia de las coberturas
- Orientar sobre el alcance de dichas coberturas
- Instruir sobre los pasos a seguir en caso de siniestro, retiro prematuro, etc. ...

Se emite un certificado a favor de cada empleado, con indicaciones suficientes acerca de las prestaciones correspondientes a cada contingencia cubierta, bien sea indicando el monto concreto o la fórmula que permite determinarlo. (observemos que esta última solución evita la necesidad de tener que rehacer o modificar el certificado cuando cambia el sueldo o la categoría del empleado). El certificado reúne además, en idioma claro, las condiciones más importantes de la póliza, en particular las obligaciones del Asegurado en caso de siniestro, sus contribuciones y las condiciones de conversión o de continuación del Seguro después de una terminación del empleo.

#### 4.1.5. Ingresos al Grupo Asegurado.

Al respecto el reglamento del Seguro de Grupo es muy claro y nos dice en su Artículo 14 lo siguiente:

"Los miembros que ingresen al Grupo Asegurado posteriormente a la celebración del Contrato y que hubieren

dado su consentimiento dentro de los 30 días siguientes a su ingreso, quedarán asegurados sin examen médico hasta el máximo sin examen de Suma Asegurada que se estipule en la carátula de la póliza; siempre que se encuentren en servicio activo y desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado."

La Compañía podrá exigir requisitos de asegurabilidad a los miembros del Grupo Asegurable que den su consentimiento después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado. En este caso, quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por parte de la Compañía.

#### **4.2. SUMAS ASEGURADAS.**

a) La regla para determinar la Suma Asegurada tanto de la Cobertura Básica como en la Opcional, deberá ser de carácter general, esto es, no ser discriminatoria ( a excepción de las diferencias de Suma Asegurada con base en meses de sueldo entre el personal de confianza, sindicalizado y comisionistas, aclarando que el personal por honorarios siempre se considerará como de confianza), y ésta podrá ser:

- 1) Fija.
- 2) Con base en meses de sueldo (aclarando si es sueldo nominal, integrado, etc.).
- 3) Por categorías (aplican restricciones).
- 4) Combinación de las anteriores.

Ejemplos:

- 1) N\$50,000.00 para cada participante.
- 2) 36 meses de sueldo para cada participante.

3) 24 meses de sueldo integrado para la Cobertura Básica  
y 20 para la Cobertura Opcional.

b) La Suma Asegurada mínima por cada participante será de  
12 S.M.G.M. (Salarios Mínimos Generales Mensuales).

Se podrá conceder un monto inferior siempre y cuando se  
justifique por:

- Clausulado del Contrato Colectivo de Trabajo;

- Jornadas laborables variables (de medio tiempo, por  
ejemplo).

c) Si la regla para determinar la Suma Asegurada es fija,  
podrá determinarse la Suma Asegurada por categorías,  
siempre y cuando la última categoría no exceda "x" veces la  
primera.

Ejemplo:

Obreros	:	N\$ 15,000.00
Administrativos	:	N\$ 35,000.00
Funcionarios	:	N\$ 60,000.00

Si la regla para determinar la Suma Asegurada es en base a  
meses de sueldo, no podrá determinarse la Suma Asegurada  
por categorías. Salvo en el caso de personal sindicalizado  
y de confianza, sin existir categorías dentro de cada uno  
de ellos.

d) Si se trata de Grupos que tienen percepciones por  
honorarios o comisiones, y la regla es en base a meses de  
sueldo o un porcentaje de las comisiones, se requerirá una  
antigüedad mínima de tres meses para poder ingresar al  
Seguro.

Para determinar la Suma Asegurada, se tomará el promedio de los ingresos de los últimos seis meses a la fecha de expedición de la póliza, o bien, de los últimos meses de trabajo en caso de tener una antigüedad entre tres y seis meses. Dicho promedio se fijará en pesos y ésta será la Suma Asegurada durante la vigencia del Seguro.

Esta Suma Asegurada no podrá ser superior a la máxima sin examen médico del Grupo en cuestión, y solamente podrá incrementarse en la misma proporción en que lo haga el Grupo por un incremento general de nómina.

e) La Suma Asegurada a cubrir en los Beneficios Adicionales y Cobertura Opcional, no podrá ser mayor a la de la Cobertura Básica a menos que la Cobertura Opcional y la Cobertura Básica se contraten en pólizas distintas.

f) Se podrán contratar Beneficios Adicionales en lo Cobertura Opcional, siempre y cuando, éstos estén incluidos en la Cobertura Básica.

g) Quedarán cubiertos (sin necesidad del cobro o ajuste inmediato en prima), incrementos generales de nómina hasta por un 10% (acumulado) con respecto a la emisión, renovación o último ajuste por este concepto.

h) Si se diera el caso de que un incremento general de nómina acumulado fuera mayor al 10%, el Contratante deberá reportarlo a la Aseguradora dentro de los 30 días naturales posteriores a tal acontecimiento, para que ésta proceda a determinar y cobrar el ajuste en primas. En el entendido de

que si transcurrido ese plazo no se notificara a la Aseguradora, no se reconocerá incremento alguno.

i) La Aseguradora no reconocerá aquellos incrementos de sueldo que impliquen aumentos de Suma Asegurada para aquellas personas que se encuentren incapacitadas.

#### **4.3. SELECCION DE RIESGOS**

La principal característica del Seguro de Grupo , es la obligación que le genera la emisión de una póliza de este tipo a la Aseguradora, de captar todos y cada uno de los miembros que integran al Grupo Asegurado en razón de pertenecer simplemente al mismo Grupo o empresa, sin necesidad de examen médico obligatorio. <sup>1</sup>

Por otro lado, con la intención de evitar la selección adversa, en perjuicio de la Aseguradora, tal ventaja se encuentra limitada y regulada por el Reglamento del Seguro de Grupo.

En esta etapa se analizan, clasifican y evalúan todos los hechos importantes relativos al Grupo Asegurable, que servirán de base para una correcta apreciación y tarificación del riesgo.

---

<sup>1</sup> Artículo 191 de la Ley del Contrato del Seguro:

"En el Seguro de Grupo o Empresa, el Asegurador se obliga por muerte o la duración de vida de una persona determinada, en razón simplemente de pertenecer al mismo Grupo o empresa mediante el pago de primas periódicas, sin necesidad de examen médico".

La selección de riesgos en el Seguro de Grupo, comprende dos puntos de vista:

La ocupacional:

En donde se analizan las características inherentes al riesgo en función del giro o naturaleza del negocio; así como la posibilidad de que éste sea catastrófico (acumulación de riesgos), presente cúmulo (impacto en monto) y se trate de riesgos profesionales, como por ejemplo la aviación.

La Médica:

Aplicable únicamente a los Asegurados cuyas Sumas Aseguradas sean superiores a la máxima sin examen. Los requisitos médicos se solicitarán de acuerdo a la edad del Asegurado y al monto que exceda la Suma Asegurada a la Suma Asegurada Máxima Sin Examen Médico. (S.A.M.S.E.M).

#### 4.3.1. Riesgos Normales.

Se consideran riesgos normales aquellas ocupaciones que por sus características, no están particularmente propensas a sufrir algún siniestro, como son:

1. Empleados administrativos, obreros para el caso de muerte (ya que éstos pudieran no ser considerados como normales en Beneficios Adicionales.)
2. Médicos.
3. Transportistas de material no peligroso.
4. Recepcionistas.
5. Vendedores de tiendas departamentales.
6. Telefonistas. etc.

#### 4.3.2. Riesgos Subnormales.

Se consideran riesgos subnormales a todas aquellas ocupaciones que por sus características, están en mayor peligro del normal de sufrir algún siniestro. A éstos, se aplicará un recargo a la prima correspondiente, denominado EXTRAPRIMA.

Las extraprimsas en el Seguro de Grupo pueden ser de dos tipos:

- a) Ocupacional: Son aplicadas desde el primer peso de Suma Asegurada.
- b) Médica: Se aplica a los excedentes a la máxima sin examen médico.

#### 4.3.3. Políticas para el Cálculo de Extraprimsas.

1. El cálculo de las extraprimsas de la Cobertura Básica será en base a puntos al millar de Suma Asegurada.
2. El cálculo de las extraprimsas de los beneficios adicionales será un porcentaje sobre la prima de cada uno de los beneficiarios (esto opera para las extraprimsas ocupacionales exclusivamente).
3. Las extraprimsas en los riesgos catastróficos se aplican al Grupo Asegurado en su totalidad, en función de la Suma Asegurada en riesgo que pudiera presentarse.
4. Para las extraprimsas en porcentajes, aplican todos los descuentos a que son afectas las primas.
5. Para las extraprimsas al millar de Suma Asegurada no aplican los siguientes descuentos:
  - Descuento por volumen de Suma Asegurada.
  - Descuento sobre prima.

6. Para las extraprimas por riesgos catastróficos no aplican los siguientes descuentos:

- Descuento por volumen de Suma Asegurada.
- Descuento sobre prima.

7. Para todos los tipos de extraprimas aplica el recargo por pago fraccionado.

Existen riesgos que pueden o no ser extraprimables, dependiendo del nivel de seguridad y medidas precautorias que tenga la empresa.

El control de estos riesgos es, generalmente, responsabilidad de el área de Selección de Riesgos, y a quien se debe de consultar, en especial cualquier ocupación de las que a continuación se enumera, para verificar si pueden o no ser Asegurados y en su caso, con que extraprima:

1. Personas que realicen actividades de paracaidismo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.
2. Comerciantes exclusivamente de bebidas alcohólicas, cantineros, meseros de bares o cantinas.
3. Cualquier actividad relacionada con explosivos y armamento.
4. Policías ya sean auxiliares, bancarios, municipales, etc..
5. Dobles de actores.
6. Limpiavidrios de más de 10 mts. de altura.
7. Industria de la construcción: albañiles, moldeadores y soldadores de estructuras de mas de 10 mts. de altura.
8. Industria Eléctrica : todo el personal excepto administrativo.

9. Industria Nuclear : todo el personal excepto administrativo.
10. Industria Petrolera : todo el personal excepto administrativo.
11. Industria Química : personal que maneje sustancias nocivas (ácido, fósforo, plomo, etc.) y sustancias radiactivas.
12. Personas que trabajen con maquinaria pesada.
13. Pescadores.
14. Buceo a menos de 10 metros de profundidad.

#### 4.3.4. Exclusiones

Se deberá excluir a aquel sector del Grupo Asegurable que esté conformado en forma parcial o total por personas cuya ocupación sea cualquiera de las que se listan a continuación:

- Exploración y explotación de productos de petróleo sobre masas de agua.
- Pilotos fumigadores.
- Policías judiciales.
- Guardaespaldas.
- Cañeros, tabacaleros, henequeneros e ixtleros.
- Pilotos de pruebas o contiendas de velocidad.
- Mineros que trabajen en minas subterráneas.
- Buceo a más de 10 metros de profundidad.
- Mineros que no pertenezcan a cuerpos oficiales.
- Dobles de actores.

#### 4.3.5. Pruebas Médicas

a) Dependiendo del número de miembros y Suma Asegurada promedio del Grupo, se determinará el monto máximo a cubrir sin requisitos médicos, mismo que está dado por la Tabla de Sumas Aseguradas Máximas Sin Requisitos Médicos.

Para este efecto, la Suma Asegurada promedio se deberá obtener del total de Suma Asegurada de la Cobertura Básica más Cobertura Opcional (cuando ésta exista), dividida solamente entre el número de Asegurados de la Cobertura Básica.

Cuando se trate de un pool, la Suma Asegurada promedio se deberá obtener del total de Suma Asegurada de la Cobertura Básica más Cobertura Opcional (cuando ésta exista), de todas las filiales, dividida solamente entre el número de Asegurados de la Cobertura Básica, de todas las filiales.

b) Una vez definida la Suma Asegurada máxima sin examen médico, se requerirán pruebas de asegurabilidad para cada uno de los participantes cuya Suma Asegurada solicitada exceda 10% el límite.

c) Los requisitos de asegurabilidad que se exigirán para Sumas Aseguradas superiores al máximo sin examen, serán las que resulten de aplicar la Tabla de Requisitos Médicos de Vida Individual vigente al momento de la presentación de las pruebas médicas, al excedente de Suma Asegurada.

Cabe señalar que esta tabla se actualiza periódicamente, por lo que se deberá verificar la vigencia de la misma.

d) Cada vez que se requieran pruebas médicas, se concederá un plazo de treinta días naturales para su presentación. Durante este periodo se garantizará al Asegurado la

protección por Muerte Accidental (siempre que tal beneficio hubiera sido contratado) con un tope máximo estipulado por cada Compañía, y por muerte natural hasta el máximo sin examen.

Si transcurrido el plazo no se presentan las pruebas médicas, la cobertura se limitará a la Suma Asegurada máxima sin examen.

e) A partir de cierta prima anual (que depende de la Compañía) se efectuará, a solicitud del Contratante y sin costo alguno, un check-up por cada monto estipulado de prima para los funcionarios de alto nivel, sustituyendo de esta manera las pruebas médicas que en su caso se requieran.

Si no se presentaron todas las pruebas médicas correspondientes dentro del check-up, la Compañía podrá decidir que se presenten las pruebas médicas faltantes.

Además del check-up, se requerirá el cuestionario médico firmado por el Asegurado.

Es importante aclarar que esto se otorgará siempre y cuando las condiciones que tenga la póliza sean de línea, esto es, acorde con las tablas de fórmulas de dividendos, comisiones, etc.; y no se haya concedido alguna autorización por excepción a las políticas. En ese caso, automáticamente se perderá el derecho a estos check-up's.

f) Los casos que resulten dictaminados como rechazo, se les concederá únicamente la Suma Asegurada máxima sin examen, tanto para la Cobertura Básica como para los Beneficios Adicionales. La protección se aumentará sólo en caso de incremento en este tope sin examen, concediéndose como límite la nueva cifra que se determine.

g) En caso de existir alguna extraprime médica por riesgo subnormal, ésta se calculará sobre Suma Asegurada excedente a la máxima. Para renovaciones posteriores, la extraprime se cobrará sobre los excedentes a la máxima que se fije en ese momento.

h) Los ajustes de Sumas Aseguradas durante la vigencia, estarán sujetos a los siguientes puntos:

- i. El máximo sin requisitos de asegurabilidad que se determine al inicio de la vigencia, se incrementará en función de los aumentos generales de la Suma Asegurada promedio del Grupo en cuestión, con tope máximo del 10%, siempre que éstos sean reportados.
- ii. En caso de que no se hayan presentado pruebas médicas y existan aumentos individuales, se cubrirá automáticamente hasta la nueva Suma Asegurada Máxima Sin Examen, siempre y cuando el Asegurado se encuentre en servicio activo.
- iii. Para aquellos Asegurados que les corresponda una Suma Asegurada por encima del tope señalado en el inciso i. , será necesaria la presentación o actualización de las pruebas médicas correspondientes.
- iv. En caso de que se hayan presentado pruebas médicas, se aplica el concepto de Acreditación Automática de Excedentes a la Suma Asegurada Máxima Sin Examen Médico y que en adelante la llamaremos S.A.M.S.E.M. (ver punto 4.3.7)

#### 4.3.6. El Informe Confidencial.

(Solo cuando sea necesario)

Este consiste en un cuestionario que recaba un investigador independiente, o de empresas especializadas como Equifax. De la información y referencias contenidas en la solicitud se pueden obtener datos adicionales en cuanto a hábitos del solicitante, situación económica, y mortalidad.

El informe también puede arrojar datos generales sobre la salud, los hábitos o costumbres, situación financiera, medio ambiente y reputación del solicitante.

Uno de los medios adicionales más útiles para la selección del riesgo es la Oficina Informadora de Impedimentos (OII), oficina creada y auspiciada por la AMIS y que consiste en el manejo de una gran base de datos que se actualiza con cualquier dato de un solicitante que presente algún tipo de subnormalidad, bien sea de tipo médico, ocupacional o riesgo moral.

#### 4.3.7. Acreditación Automática de Excedentes a la S.A.M.S.E.M.

Para aplicar este concepto se necesita:

- a) Que no hayan hecho excepciones en la determinación de la S.A.M.S.E.M.
- b) Que las Suma Aseguradas no excedan la capacidad de suscripción automática del Asegurador frente al reasegurador.
- c) Que se hayan presentado las pruebas médicas correspondientes y éstas hayan sido aceptadas.
- d) Que las extraprimas sean menores a 7.5 al millar ó 300% de mortalidad.

Este concepto contempla, que una vez que el Asegurado cuya Suma Asegurada exceda a la máxima sin requisitos médicos, podrá acreditarse al año siguiente sin necesidad de presentar nuevas pruebas médicas, la Suma Asegurada del año anterior aumentada hasta en 1.25 veces el incremento general de nómina. Tal criterio solo podrá aplicarse con máximo de 5 años (4 renovaciones) y para Sumas Aseguradas inferiores a la capacidad de suscripción automática.

En caso de que exista un incremento individual superior a 1.25 veces el incremento general de nómina, se deberá presentar las pruebas médicas que se requieran por la porción que exceda la Suma Asegurada acreditada en el año anterior, más el 1.25 veces el incremento general de nómina.

#### 4.4. REASEGURO.

El reaseguro es la transferencia de una parte del riesgo de un seguro por parte de la Compañía Aseguradora (cedente), a otra Compañía denominada Reasegurador. Esto en virtud de que la Compañía Cedente no pueda o no desee retener más de cierta cantidad de Suma Asegurada, dependiendo de su capacidad y estrategia de retención. A partir de dicha cantidad la Compañía Reaseguradora participa del riesgo asumido por la Aseguradora.

##### a) Riesgos Catastróficos.

Como lo comentado anteriormente en la parte de selección, los riesgos Catastróficos son aquellos que contemplan ciertas actividades que deben ser sometidas a consideración de un Reasegurador, independientemente de la Suma Asegurada Solicitada.

Debido a lo anterior, todos los Grupos que se encuentren dentro de la siguiente lista, deberán tener una autorización especial para expedir la póliza:

- Asociaciones de artistas y Grupos musicales.
- Militares
- Personal de aviación.
- Labores submarinas.
- Pesca.
- Producción de materiales radioactivos o el uso de dichos materiales para producir energía.
- Clubs y/o equipos deportivos.

b) Excedentes

Como ya vimos, toda Compañía de Seguros debe tener un límite de retención o una participación por riesgo (Capítulo 2 de esta tesis), así también tendrá algunas Sumas Aseguradas que se encuentren por debajo de este límite y otras que rebasen este límite. Las Sumas Aseguradas que están por encima del límite de retención les llamaremos excedentes y llevan un manejo especial dentro del reaseguro.

Así mismo, dentro de los contratos de reaseguro existe un límite o capacidad automática entre la Compañía Aseguradora y el Reasegurador que es el monto de Suma Asegurada por persona hasta el cual la Aseguradora puede emitir una póliza sin necesidad de reportar, al momento de la suscripción, el excedente a la reaseguradora.

Cuando se trate de una Suma Asegurada mayor al Límite Automático, se reportará al reasegurador formando parte de una cobertura Facultativa en donde el reasegurador tiene la opción libre de aceptar o no dicho riesgo.

Sin embargo cuando se tengan montos inferiores al límite de cobertura automática pero con extraprimas por riesgo subnormal superiores al 7.5 al millar o al 300 de mortalidad se tomará igualmente como casos facultativos.

#### **4.5. DIVIDENDOS.**

Como ya vimos en el capítulo anterior, se entiende por dividendo, la participación del Contratante en las utilidades que se deriven del sano resultado del Seguro en términos de siniestralidad.

Las modalidades nombradas fueron Experiencia Global y Experiencia Propia.

##### **Experiencia Global:**

Bajo esta modalidad, la experiencia del Grupo en cuestión se conjuntará con el resto de la cartera de Seguro de Grupo de esta misma naturaleza que existe en la Compañía, y su participación de utilidades dependerá del resultado global de la misma.

Cada Compañía fija, al principio del año calendario, la política y monto de participación de utilidades de Experiencia Global de acuerdo con la siniestralidad de su cartera en el año calendario anterior, y será lo que aplicará a las pólizas que venzan durante al año que inicia.

En caso de que la póliza sea cancelada antes de terminar su vigencia, perderá todo derecho a recibir dividendo alguno.

Una forma de determinar la utilidad a repartir es la siguiente:

U.R. = P.D. - Co - (S - Sr) - Prd - G + Pur.

Donde:

U.R. = Utilidad repartible.

P.D. = Primas Directas devengadas.

Co = Comisiones pagadas.

S = Siniestros pagados.

Sr = Siniestros recuperados por reaseguro.

Prd = Prima de reaseguro devengada.

G = Gastos de Administración.

Pur = Participación de utilidades por reaseguro cedido.

#### Experiencia Propia.

Esta opción permite tener una participación de utilidades en función exclusivamente, de los resultados de siniestralidad obtenidos por el Grupo en cuestión.

Para ello, se estipula al inicio de la vigencia del contrato, una fórmula de dividendos que estará definida como un porcentaje de la prima ingresada, menos el monto de los siniestros que hubieran presentado durante la vigencia de la póliza.

Para otorgar esta experiencia cada Compañía fija los aspectos a considerar como los son:

- Número de asegurados mínimo,
- Prima anualizada mínima,
- Descuentos en la prima,
- Comisión, entre otros.

En aquellos casos en que se otorguen dividendos fraccionados, al final del periodo de cálculo del dividendo se deberá revisar la siniestralidad del Grupo con respecto a la prima devengada, por lo que si llegara a existir un déficit en un dividendo fraccionado en particular, éste deberá recuperarse pagándose el siniestro hasta que se recuperen los dividendos ya otorgados, con un máximo de 30 días naturales.

Si con la recuperación total de los dividendos pagados hasta ese momento, no se cubriera el déficit en su totalidad, éste se ajustará en las fracciones de pago de dividendos que posteriormente correspondan a ese año póliza, hasta recuperar dicho déficit con tope del dividendo máximo correspondiente para esa póliza.

El pago de dividendos es vencido, por lo que en caso de que el pago de éstos sea mensual y el pago de la prima se efectúe dentro del periodo de gracia, la Compañía podrá realizar el pago de dividendos hasta 30 días después del periodo de cálculo o del momento en que se efectúe el pago de la prima, si esto sucede después.

En caso de que el pago de dividendos sea fraccionado, la última fracción del dividendo se pagará hasta que esté debidamente cubierto el Movimiento Anual. <sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> ver sección 4.10 "Movimiento anual".

La fórmula para determinar este dividendo es más sencilla y se reduce a:

$$P.U. = XP - S$$

Donde,

P.U. = Participación de Utilidades.

X = % de la prima pagadero como diviendo (fórmula)

P = Prima pagada para el periodo correspondiente al pago de dividendo

S = Siniestros pagados en el periodo.

Es importante mencionar algunos aspectos relevantes en cuestión de dividendos. Independientemente del tipo de experiencia con la que se administre una póliza se debe considerar lo siguiente:

1. No existe pago de dividendos anticipado.
2. En caso de que al final de la vigencia de la póliza existiera cualquier ajuste en primas ya sea por incrementos en Sumas Aseguradas, aumento de personal etc..., el pago de dividendos se condicionará a dicho ajuste.
3. Si al momento de hacer el cálculo del Movimiento Anual resultara a favor de la Compañía Aseguradora y este monto sea igual o menor al dividendo ganado, el Movimiento anual podrá descontarse del dividendo, en caso de ser mayor se tomará en cuenta como parte del pago.
4. Una vez pagado el dividendo al Asegurado al terminar la vigencia, quedarán extinguidas las obligaciones que la Compañía pudiera tener con respecto al pago de siniestros ocurridos en la vigencia que está terminando.
5. Las extraprimas que se apliquen por riesgos catastróficos no serán afectas a dividendos.

#### 4.6. PRIMAS

1. La prima del Seguro de Grupo es la suma de las primas de todos los asegurados, la cual se determina de acuerdo con la Suma Asegurada contratada para la Cobertura Básica y Beneficios Adicionales y con base en la edad en años cumplidos.

2. La prima mínima de un Grupo, será de dos veces S.M.G.M. (salario mínimo general mensual vigente en el D.F.)

3. La prima podrá ser liquidada en forma anual, semestral, trimestral o mensual, aplicando para cada caso el recargo por pago fraccionado que cada Compañía opere para tal efecto, al momento de la contratación del Seguro.

4. En caso de que la Suma Asegurada de la Cobertura Básica sea mayor a "y" \*, la prima podrá verse reducida de acuerdo a los factores que aparecen en la Tabla de Descuentos por Volumen de Suma Asegurada.

5. En caso de que la póliza cuente con fórmula de dividendos en experiencia Propia, se aplicará a la prima el descuento sobre prima que corresponda de acuerdo con la comisión y la fórmula de dividendos considerado. Este descuento se aplica antes del descuento por volumen.

6. En el caso de contar con personal eventual, la prima de este Grupo se calculará como sigue:

---

\* "y" = Monto fijado por cada Compañía de seguros.

Se tomará el resultado de dividir la nómina del personal eventual de la vigencia anterior entre la nómina del personal de planta de la vigencia anterior, obteniendo así el porcentaje que se aplicará a la prima del personal de planta de la vigencia actual.

$$\text{Prima Total} = \text{P.P. v.ac} * (1 + \text{N.E v.an} / \text{N.P. v.an.})$$

donde,

P.P. v.ac = Prima del Personal de Planta (Vigencia Actual)

N.E. v.an = Nómina del personal Eventual (Vigencia Anterior)

N.P. v.an. = Nómina del personal de Planta (Vigencia actual)

#### **4.7. COMISIONES**

Es la participación que se lleva el agente por la venta del Seguro.

En Experiencia Global se otorga una comisión Fija, mientras que en Experiencia Propia depende de la fórmula de dividendos contratada.

#### **4.8. RENOVACIONES, CANCELACIONES Y REHABILITACIONES.**

##### **4.8.1. Renovaciones.**

En caso de renovación se considerará lo siguiente:

- Se determinará la nueva Suma Asegurada Máxima Sin Examen Médico.

- Presentarán requisitos médicos aquellos Asegurados que rebasen el nuevo máximo y no hayan presentado pruebas médicas en la vigencia anterior.

- Presentarán requisitos médicos aquellos Asegurados que habiendo presentado pruebas con anterioridad, tengan un aumento en Suma Asegurada mayor al 1.35 veces el porcentaje promedio de incremento del Grupo (de acuerdo con lo señalando en acreditación automática de Excedentes).

- Las autorizaciones especiales, concesiones o excepciones a políticas que se den durante la vigencia de la póliza, así como las extraprimas aplicadas durante la misma, deberán ser consideradas por separado con el fin de realizar un análisis y determinar si se mantienen, modifican o se cancelan.

- Para efectos de mantener el expediente actualizado, se deberá llenar la solicitud maestra al momento de la emisión y cada 4 renovaciones de la póliza. El contratante deberá entregar, en cada renovación, una Carta Solicitud en la que se especifica que el riesgo ocupacional de la empresa no sufrió modificación alguna.

Toda la documentación referente a las pruebas médicas presentadas, la solicitud maestra actualizada, así como las condiciones de la póliza, tanto de la vigencia inmediata anterior como de la actual, deberán figurar en el expediente.

En cuanto a la siniestralidad de la póliza, esta información deberá archivar en el expediente cuando menos durante 5 años.

#### 4.8.2. Rehabilitaciones

- La rehabilitación de las pólizas, se llevará a cabo en periodos menores a 180 días naturales, incluyendo aquí los 45 días de rehabilitación automática; en caso contrario, se reexpedirá con un nuevo número de póliza. No se cobrará al contratante la prima del periodo al descubierto, por lo que no se pagarán siniestros que hubieran ocurrido durante el mismo.

- Si el pago se efectúa después de los 45 días de periodo de gracia, la póliza se rehabilitará a partir de la fecha de pago. El periodo que transcurre entre la fecha que cubre el último recibo como pagado hasta y la fecha de rehabilitación, se le conoce como periodo al descubierto.

- Al hacer una rehabilitación, no se podrán modificar las condiciones contratadas originalmente, sólo hasta la siguiente renovación.

- Si al efectuar la rehabilitación las pruebas médicas requeridas al momento de la emisión tienen antigüedad superior a 6 meses, o 3 meses para la prueba de ELISA, se requerirá la presentación de pruebas médicas actualizadas.

#### 4.8.3 Cancelaciones.

Para cancelar una póliza, el contratante deberá darlo a conocer a la Compañía, por escrito, con 30 días de anticipación.

Los aspectos importantes a considerarse son los siguientes:

1. Al momento de la cancelación el contratante tendrá derecho al reembolso de la Reserva Matemática de acuerdo a las normas técnicas establecidas para el caso.

2. Cuando una póliza sea cancelada por cualquier causa, no tendrá derecho a obtener dividendo alguno si el periodo cubierto fue menor a una año póliza.

3. Si la póliza tiene Experiencia Propia con periodicidad del pago del dividendo inferior a un año, perderá todo derecho al pago de dividendos devengados no pagados.

#### **4.9. ADMINISTRACION**

Su principio general:

Disminución de gastos mediante una simplificación de procedimientos.

Su fundamento:

Evitar el contacto directo con cada Asegurado.

Sus reglas más importantes son:

a) Cobranza Global.

El suscriptor se encarga de reunir las primas oportunamente y entregarlas a la Compañía de Seguros. Es una regla aplicable no sólo a los Grupos de empleados sino también a todos los demás Grupos, contributorios y no contributorios.

#### **4.10. MOVIMIENTO ANUAL.**

El movimiento anual es el ajuste en primas que se realiza al final de la vigencia de la póliza, con el objeto de controlar las altas y bajas del Grupo Asegurado, incrementos generales de nómina, etc.

Este ajuste podrá realizarse antes del término de la vigencia, si el incremento general de nómina acumulado es mayor al 10%, en este caso el ajuste que se realice al final de la vigencia, deberá abarcar desde el último ajuste realizado.

Para el cálculo del ajuste en primas utilizaremos la siguiente fórmula:

$$\text{Ajuste en Primas} = \% \text{ Acreditación} * (\text{SASF-SASI}) * \text{CMM} * (\text{P}/2)$$

Donde:

$$\% \text{ Acreditación} = (\text{SAE} + \text{EA}) / \text{SASI}$$

SAE = Suma Aseguradora limitada emitida, es decir la Suma Asegurada acreditada hasta la máxima sin examen médico.

EA = Sumas Aseguradas de Excedentes Autorizados.

SASI = Suma Asegurada solicitada al inicio de la Vigencia.

SASF = Suma Asegurada solicitada al final de la Vigencia.

CMM = CM/12

CM = Cuota Media = PIT / (SAE + EA)

P = Periodo por el que se va a ajustar la prima (meses)

PIT = Prima Ingresada Total, es decir, la suma de las primas emitidas y pagadas más la suma de las Primas por excedentes acreditados. PIT = PE + PEX.

PE = Prima Emitida Pagada.

PEX = Prima pagada por los excedentes acreditados.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## CONCLUSIONES

El Seguro de Grupo es, sin lugar a dudas, el ramo del Seguro de Vida que ha tenido mayor crecimiento y el de mayor rentabilidad, razón por la cual considero que debería de darse mayor importancia.

El auge del Seguro de Grupo como lo he dicho anteriormente radica en sus bases, este hecho es de suma importancia ya que es hasta cierto punto simple de ofrecer y fácil de negociar, y diseñado para abarcar un sector muy amplio de la población. En forma general, su éxito resulta de sus características, ya que el Seguro de Grupo contribuye notablemente a la penetración del Seguro en las masas, es decir, a la protección económica de clases de la sociedad que habían quedado al margen del Seguro.

Por otro lado los múltiples planes que ofrecen las Compañías de Seguros hacen atractivo el Seguro de Grupo para empresarios que quieren dar una prestación adicional a sus empleados y no quedarse al margen de los beneficios que la Seguridad Social brinda. Este es otro punto de gran

importancia ya que hoy en día existe una gran competencia entre sindicatos y empresarios por obtener mejores niveles de prestaciones para los empleados. Es común que los sindicatos presionen para obtener un mejor estatus para los trabajadores mientras que las empresas buscan dar prestaciones que no les signifique una gravosa erogación. ¿qué empresa hoy en día no cuenta con un plan de seguro de vida para sus empleados como prestación? resulta mejor que un constante incremento en salarios.

La operación del Seguro de Grupo es sencilla en realidad, sin embargo, debemos pensar en poner cuidado en puntos importantes como lo es la antiselección; es evidente que, si cada empleado pudiese fijar libremente el monto de su propio Seguro, los más sanos escogerían cantidades modestas mientras que quienes sufran de algún padecimiento, buscarían coberturas mayores.

Por otra parte, el carácter social del Seguro de Grupo, impide dejar que el costo de la operación sea gravado en forma excesiva por las coberturas grandes de algunos directivos, posiblemente avanzados de edad o en malas condiciones de salud.

El objeto de este trabajo fue mostrar las bases teóricas de la operación del Seguro de Grupo, así como un pequeño análisis de la importancia de este tipo de Seguro que probablemente seguirá teniendo un desarrollo más acelerado que el de los demás ramos del Seguro de Vida.

## EJERCICIO ILUSTRATIVO

A partir de 1993 , la empresa "XYZ" quiere asegurar a sus 300 empleados ( muerte e invalidez). Los empleados son repartidos en 3 categorías, y la Suma Asegurada solicitada para cada categoría es la siguiente:

Categoría I	: N\$ 100,000.00
Categoría II	: N\$ 220,000.00
Categoría III	: N\$ 350,000.00

Lo que se desea saber es lo siguiente:

1. ¿Cuál es la prima inicial para la empresa "XYZ" si opta por la forma de pago.
  - a) Anual.
  - b) Semestral.
  - c) Trimestral.
  - d) Mensual.
2. ¿Cuál es la comisión del agente al 1.1.1993 ? ¿ y la fórmula de dividendos que le corresponde?
3. ¿Cuál es la prima de ajuste (movimiento anual) de 1993?
4. ¿Cuánto recibiría la empresa "XYZ" como dividendo si opta por cualquiera de las formas de pago del inciso 1? Suponga la siniestralidad descrita en "modificaciones de la póliza de Seguro de Grupo durante 1993"
5. ¿Cuál es la prima inicial para 1994 y la comisión para el agente?

Se anexa:

- I. Distribución de Asegurados por edades y por categoría al 01.01.93 y al 01.01.94.
- II. Tarifa de Seguro de Grupo con base temporal de un año y Tarifa de Invalidez.
- III. Tabla de dividendos y comisiones para el Seguro de Grupo. Tabla de financiamiento.
- IV. Modificaciones a la póliza de la empresa "XYZ" referente al año 1993.(fallecidos incluidos). Y modificaciones al 31.12.93.

## SOLUCIONES AL EJERCICIO

- 1.- PRIMA INICIAL 1994 PARA LA EMPRESA "XYZ"  
 (VEASE CALCULOS EXACTO TABLAS: CAL1 Y CAL2  
 (TARIFAS EN ANEXOS)

### COBERTURA DE MUERTE

$$\text{CATEGORIA I : } 100,000 * \sum_x^{165} n_x q_x = 145,711$$

$$\text{CATEGORIA II : } 220,000 * \sum_x^{165} n_x q_x = 151,989$$

$$\text{CATEGORIA II : } 350,000 * \sum_x^{165} n_x q_x = 66,850$$

**TOTAL 364,550**

### COBERTURA DE INVALIDEZ

$$\text{CATEGORIA I : } 100,000 * \sum_x^{165} n_x i_x = 87,427$$

$$\text{CATEGORIA II : } 220,000 * \sum_x^{165} n_x i_x = 91,194$$

$$\text{CATEGORIA II : } 350,000 * \sum_x^{165} n_x i_x = 40,110$$

**TOTAL 218,731**

### PRIMA TOTAL

COBERTURA DE MUERTE	364,550
COBERTURA DE INVALIDEZ	218,731

**TOTAL 583,281**

NOTA :  $n_x$  número de asegurados a edad "x"  
 $q_x$  tarifa a edad "x"

**CALCULO DE PRIMA DE LA COBERTURA DE MUERTE**

**SEGURO DE GRUPO DE LA EMPRESA "XYZ"**

AL 01.01.93

EDAD	No. ASEG POR CATEGORIA			SUMA ASEGURADA TOTAL POR CATEGORIA Y EDAD			TARIFA MUERTE	PMA TOTAL POR EDAD Y CATEGORIA		
	I	II	III	I 100,000	II 220,000	III 350,000		I	II	III
15							3.38			
16							3.38			
17							3.38			
18		3		300,000			3.41	1,023		
19		1		100,000			3.44	344		
20		5		500,000			3.45	1,725		
21		7		700,000			3.48	2,422		
22		2		200,000			3.48	696		
23		1	3	100,000	660,000		3.50	850	2,310	
24		5		500,000			3.52	1,750		
25		3		300,000			3.53	1,059		
26		5	4	500,000	880,000		3.55	1,775	3,124	
27		3	4	300,000	800,000		3.58	2,354	3,150	
28		5	3	500,000	980,000		3.58	1,785	2,358	
29		4	5	400,000	1,100,000		3.60	1,440	3,960	
30	11			1,100,000			3.62	3,982		
31	8			800,000			3.68	2,944		
32	7	3		700,000	660,000		3.75	2,625	2,475	
33	9	3		900,000	660,000		3.82	3,438	2,521	
34	5			500,000			3.93	1,965		
35	9	3		900,000	660,000		4.05	3,645	2,673	
36	4	4		400,000			4.19	1,676		
37	3	5	1	300,000	1,100,000	350,000	4.34	1,302	4,774	1,519
38	7			700,000			4.54	3,178		
39	2			200,000			4.78	850		
40	7	2	3	700,000	440,000	1,050,000	4.99	3,493	2,196	5,240
41	3	2	2	300,000	440,000	700,000	5.28	1,584	2,323	3,968
42	6			600,000			5.90	3,540		
43	4	1		400,000	220,000		5.95	2,380	1,309	
44		4			880,000		6.33		5,588	
45	4		3	400,000		1,050,000	6.90	2,940		6,930
46	7	3		700,000	660,000		6.90	4,760	4,488	
47	4			400,000			6.98	2,756		
48	2	5		200,000	1,100,000		7.98	1,412	7,768	
49	3	5		300,000	1,100,000		7.42	2,228	8,162	
50	5		2	500,000		700,000	8.78	5,256		6,132
51	2	3		200,000	660,000		9.54	1,908	6,290	
52	4	1		400,000	220,000		9.38	3,752	2,084	
53	2	2		200,000	440,000		10.30	2,060	4,532	
54	4	2		400,000	440,000		11.34	4,538	4,900	
55	3	3	1	300,000	660,000	350,000	12.48	3,738	8,224	4,381
56	3	2	1	300,000	440,000	350,000	13.69	4,107	6,024	4,792
57	2	1	1	200,000	220,000	350,000	15.03	3,006	3,307	5,261
58	3	2		300,000	440,000		16.58	4,959	7,273	
59	4	1		400,000	220,000		18.18	7,264	3,965	
60	3	4		300,000	880,000		19.88	5,964	17,582	
61	3	2		300,000	440,000		20.98	6,294	9,231	
62	2		1	200,000		350,000	24.12	4,824		8,442
63	2	1	1	200,000	220,000	350,000	26.50	6,300	6,830	9,275
64	3	1		300,000	220,000		29.14	8,742	6,411	
65	2	1	1	200,000	220,000	350,000	32.01	6,402	7,042	11,204
<b>TOTALES</b>	<b>202</b>	<b>81</b>	<b>17</b>	<b>20,200,000</b>	<b>17,820,000</b>	<b>5,950,000</b>		<b>145,711</b>	<b>151,989</b>	<b>66,850</b>

PRIMA TOTAL:

CATEGORIA I	145,711
CATEGORIA II	151,989
CATEGORIA III	66,850
<b>GRAN TOTAL MUERTE</b>	<b>364,550</b>

**CALCULO DE PRIMA DE LA COBERTURA DE INVALIDEZ**

**SEGURO DE GRUPO DE LA EMPRESA "XYZ"**

**AL 01.01.93**

EDAD	No. ASEG POR CATEGORIA			SUMA ASEGURADA TOTAL POR CATEGORIA Y EDAD			TARIFA INVALIDEZ	PMA TOTAL POR EDAD Y CATEGORIA		
	I	II	III	I 100,000	II 220,000	III 550,000		I	II	III
16							2.03			
16							2.03			
17							2.03			
18	3			300,000			2.06	614		
18	1			100,000			2.06	206		
20	5			500,000			2.07	1,035		
21	7			700,000			2.08	1,453		
22	2			200,000			2.09	418		
23	1	5		100,000	980,000		2.10	210	1,386	
24	5			500,000			2.11	1,056		
25	3			300,000			2.12	635		
26	5	4		500,000	880,000		2.13	1,065	1,874	
27	5	4		500,000	880,000		2.15	1,718	1,890	
28	5	3		500,000	690,000		2.16	1,077	1,422	
29	4	5		400,000	1,100,000		2.16	864	2,376	
30	11			1,100,000			2.17	2,389		
31	8			800,000			2.21	1,795		
32	3	3		300,000	980,000		2.25	1,575	1,485	
33	0	3		300,000	980,000		2.25	2,063	1,513	
34	5			500,000			2.26	1,179		
35	0	3		300,000	680,000		2.43	2,187	1,604	
36	4			400,000			2.51	1,006		
37	3	5	1	300,000	1,100,000	350,000	2.50	781	2,564	911
38	7			700,000			2.72	1,907		
39	2			200,000			2.85	570		
40	7	2	3	700,000	440,000	1,050,000	2.89	2,090	1,317	3,144
41	3	2	2	300,000	440,000	700,000	3.17	950	1,394	2,218
42	0			300,000			3.28	2,018		
43	4	1		400,000	220,000		3.27	1,428	785	
44		4			580,000		3.21		3,353	
45	4		3	400,000		1,050,000	3.59	1,584		4,158
46	7	3		700,000	980,000		4.28	2,856	2,963	
47	4			400,000			4.13	1,654		
48	2	5		200,000	1,100,000		4.24	847	4,660	
48	3	5		300,000	1,100,000		4.45	1,330	4,897	
50	5		2	500,000		700,000	5.26	3,154		3,679
51	2	3		200,000	980,000		5.72	1,145	3,778	
52	4	1		400,000	220,000		5.63	2,251	1,238	
53	2	2		200,000	440,000		6.16	1,236	2,719	
54	4	2		400,000	440,000		6.20	2,722	2,994	
55	3	3	1	300,000	980,000	350,000	7.48	2,243	4,934	2,617
56	3	2	1	300,000	440,000	350,000	8.21	2,465	3,614	2,875
57	2	1		200,000	220,000	350,000	9.02	1,804	1,984	3,166
58	3	2		300,000	440,000		9.82	2,978	4,354	
59	4	1		400,000	220,000		10.90	4,358	2,397	
60	3	4		300,000	880,000		11.99	3,590	10,540	
61	3	2		300,000	440,000		12.58	3,778	5,530	
62	2	1	1	200,000		350,000	14.47	2,684		5,085
63	2	1	1	200,000	220,000	350,000	15.50	3,180	3,498	5,563
64	3	1		300,000	220,000		17.48	5,245	3,840	
65	2	1	1	200,000	220,000	350,000	19.21	3,841	4,225	6,722
<b>TOTALES</b>	<b>202</b>	<b>81</b>	<b>17</b>	<b>20,200,000</b>	<b>17,820,000</b>	<b>5,950,000</b>		<b>87,427</b>	<b>81,194</b>	<b>40,110</b>

PRIMA TOTAL:

CATEGORIA I	87,427
CATEGORIA II	81,194
CATEGORIA III	40,110
<b>GRAN TOTAL INVALIDEZ</b>	<b>218,730</b>

**1.a) SI LA EMPRESA "XYZ" OPTA POR EL PAGO ANUAL :**

PRIMA ANUAL	583,281
-------------	---------

**1.b) SI LA EMPRESA "XYZ" OPTA POR EL PAGO SEMESTRAL :  
(TASA DE FINANCIAMIENTO = 5.20 %)**

PRIMA SEMESTRAL	306,806 por semestre
-----------------	----------------------

TOTAL AL FINAL DE AÑO	613,612
-----------------------	---------

**1.c) SI LA EMPRESA "XYZ" OPTA POR EL PAGO TRIMESTRAL :  
(TASA DE FINANCIAMIENTO = 9.00 %)**

PRIMA TRIMESTRAL	158,944 por trimestre
------------------	-----------------------

TOTAL A FINAL DE AÑO	635,776
----------------------	---------

**1.d) SI LA EMPRESA "XYZ" OPTA POR EL PAGO MENSUAL :  
(TASA DE FINANCIAMIENTO = 12.40 %)**

PRIMA MENSUAL	54,634 mensual
---------------	----------------

TOTAL A FINAL DE AÑO	655,608
----------------------	---------

---

**2.- FORMULA DE DIVIDENDOS Y CALCULO DE LA COMISION  
(VEASE TABLA DE DIVIDENDOS Y COMISIONES)**

POR EL VOLUMEN DE PRIMA QUE MANEJA (583,281) CAE  
DENTRO DEL RANGO DE 480,001 - 730,000

FORMULA DE DIVIDENDOS A OTORGAR	82 %
COMISION	7%

CALCULO DE LA COMISION :

PRIMA	% COMISION	
583,281 *	7%	40,830
<b>COMISION TOTAL</b>	<b>40,830</b>	

## MODIFICACIONES A LA POLIZA DE GRUPO EMPRESA "XYZ" (PRIMA DE AJUSTE)

### ALTAS

NOMBRE	CATEGORIA	FECHA DE		EDAD	TASA DE MUERTE	TASA DE INVALIDEZ	NUMERO DE MESES	PRIMA PRORRATA
		INGRESO	ANIVERSARIO					
PEREZ JULIO	I	1.3.93	26.7.60	33	3.82	2.29	10	509
GUTIERREZ MANUEL	I	1.5.93	8.7.65	28	3.59	2.18	8	385
SOLORZANO ANA	II	1.6.93	17.2.58	35	4.05	2.43	7	832
SANCHEZ MARIO	II	1.7.93	2.3.47	46	6.80	4.08	6	1,197
FERNANDEZ ISABEL	I	1.7.93	21.7.75	18	3.41	2.05	6	273
GONZALEZ JOSE	I	1.10.93	12.7.59	34	3.93	2.36	3	157
VELAZQUEZ ROSA	II	1.10.93	7.7.40	53	10.30	6.18	3	906
TOTAL AJUSTE ALTAS								4,259

### BAJAS

NOMBRE	CATEGORIA	FECHA DE		EDAD	TASA DE MUERTE	TASA DE INVALIDEZ	NUMERO DE MESES	PRIMA PRORRATA
		INGRESO	ANIVERSARIO					
PIZARRO FELIPE	II	30.6.93	27.4.45	48	7.06	4.24	6	1,243
RAMIREZ NORA	I	30.6.93	24.2.63	30	3.62	2.17	6	290
ROJAS EMILIA	I	30.9.93	9.9.41	52	9.54	5.63	3	379
TOTAL AJUSTE BAJAS								1,912
AJUSTE 1983								4,259
								1,912
								2,347

## CALCULO DEL DIVIDENDO PARA LA EMPRESA "XYZ"

### a) SI OPTA POR EL PAGO ANUAL:

	PRIMA	% DE DIVIDENDO	DIVIDENDO MAXIMO	SINIESTROS A PAGAR	DIVIDENDO ACARREO	
	583,281	82.00%	478,290	200,000	278,290	0

### b) SI OPTA POR EL PAGO SEMESTRAL

	PRIMA	% DE DIVIDENDO	DIVIDENDO MAXIMO	SINIESTROS A PAGAR	DIVIDENDO ACARREO	
I	306,612	82.00%	251,422	100,000	151,422	0
II	306,612	82.00%	251,422	100,000	151,422	0
<b>TOTAL</b>	<b>613,224</b>		<b>502,844</b>	<b>200,000</b>	<b>302,844</b>	

### c) SI POR EL PAGO TRIMESTRAL

	PRIMA	% DE DIVIDENDO	DIVIDENDO MAXIMO	SINIESTROS A PAGAR	DIVIDENDO ACARREO	
I	158,944	82.00%	130,334	0	130,334	0
II	158,944	82.00%	130,334	100,000	30,334	0
III	158,944	82.00%	130,334	100,000	30,334	0
IV	158,944	82.00%	130,334	0	130,334	0
<b>TOTAL</b>	<b>635,776</b>		<b>521,336</b>	<b>200,000</b>	<b>321,336</b>	

### d) SI OPTA POR EL PAGO MENSUAL

	PRIMA	% DE DIVIDENDO	DIVIDENDO MAXIMO	SINIESTROS A PAGAR	DIVIDENDO ACARREO	
1	54,608	82.00%	44,779	0	44,779	0
2	54,608	82.00%	44,779	0	44,779	0
3	54,608	82.00%	44,779	0	44,779	0
4	54,608	82.00%	44,779	0	44,779	0
5	54,608	82.00%	44,779	100,000	0	55,221
6	54,608	82.00%	44,779	0	0	10,442
7	54,608	82.00%	44,779	100,000	0	65,664
8	54,608	82.00%	44,779	0	0	20,885
9	54,608	82.00%	44,779	0	23,894	0
10	54,608	82.00%	44,779	0	44,779	0
11	54,608	82.00%	44,779	0	44,779	0
12	54,608	82.00%	44,779	0	44,779	0
<b>TOTAL</b>	<b>655,296</b>		<b>537,343</b>	<b>200,000</b>	<b>337,343</b>	

**6. - PRIMA INICIAL 1994 PARA LA EMPRESA "XYZ"**  
 (VEASE CALCULOS EXACTO TABLAS: CAL11 Y CAL22  
 (TARIFAS EN ANEXOS)

**COBERTURA DE MUERTE**

CATEGORIA I : 100,000 \*  $\sum_x^{165} n_x q_x = 134,664$

CATEGORIA II : 220,000 \*  $\sum_x^{165} n_x q_x = 163,513$

CATEGORIA II : 350,000 \*  $\sum_x^{165} n_x q_x = 77,420$

**TOTAL 375,597**

**COBERTURA DE INVALIDEZ**

CATEGORIA I : 100,000 \*  $\sum_x^{165} n_x i_x = 80,798$

CATEGORIA II : 220,000 \*  $\sum_x^{165} n_x i_x = 98,108$

CATEGORIA II : 350,000 \*  $\sum_x^{165} n_x i_x = 46,452$

**TOTAL 225,358**

**PRIMA TOTAL**

COBERTURA DE MUERTE 375,597

COBERTURA DE INVALIDEZ 225,358

**TOTAL 600,955**

NOTA :  $n_x$  número de asegurados a edad "x"  
 $q_x$  tarifa a edad "x"

**COMISION 7 % 42,067**

**CALCULO DE PRIMA DE LA COBERTURA DE MUERTE**

**SEGURO DE GRUPO DE LA EMPRESA "XYZ"**

AL 01.01.94

EDAD	No. ASEG POR CATEGORIA			SUMA ASEGURADA TOTAL POR CATEGORIA Y EDAD			TARIFA MUERTE	PRIMA TOTAL POR EDAD Y CATEGORIA		
	I	II	III	100,000	220,000	360,000		I	II	III
15							3.30			
16							3.30			
17							3.30			
18	4			400,000			3.41	1,364		
19	1			100,000			3.44	344		
20	5			500,000			3.45	1,725		
21	7			780,000			3.46	2,422		
22	2			200,000			3.48	696		
23	1	3		100,000	600,000		3.50	350	2,100	
24	5			500,000			3.52	1,760		
25	3			300,000			3.53	1,059		
26	5	4		500,000	880,000		3.55	1,775	3,124	
27	5	4		500,000	880,000		3.55	2,864	3,150	
28	5	3		500,000	660,000		3.56	2,154	2,990	
29	5	5		500,000	1,100,000		3.59	1,800	3,960	
30	10			1,000,000			3.62	3,620		
31	5			500,000			3.65	2,944		
32	7	3		700,000			3.75	2,625	2,475	
33	10	3		1,000,000	600,000		3.82	3,820	2,321	
34	8			800,000			3.83	2,358		
35	5	4		500,000	880,000		4.00	3,240	3,564	
36	4			400,000			4.19	1,676		
37	3	5	1	300,000	1,100,000	360,000	4.34	1,302	4,774	1,519
38	7			700,000			4.54	3,178		
39	2			200,000			4.75	950		
40	7	2	3	700,000	440,000	1,050,000	4.88	3,463	2,109	5,240
41	3	2	2	300,000	440,000	700,000	5.28	1,584	2,323	3,898
42	5			500,000			5.50	3,380		
43	4	1		400,000	220,000		5.98	2,392	1,398	
44		4			880,000		6.35		5,588	
45	4		3	400,000		1,050,000	6.50	2,640		6,930
46	7	6		700,000	660,000		6.50	4,780	5,964	
47	3	1		300,000	220,000		6.88	2,067	1,518	
48	2	4		200,000	880,000		7.56	1,412	6,218	
49	2	5		200,000	1,100,000		7.42	1,484	8,162	
50	7		1	700,000		350,000	8.78	6,132		3,068
51	1	8		100,000	800,000		8.54	854	6,838	
52	2	2		200,000	440,000		9.28	1,879	4,127	
53	2	3		200,000	600,000		10.30	2,060	6,786	
54	4	2		400,000	440,000		11.34	4,536	4,960	
55	2	3	2	200,000	660,000	700,000	12.48	2,492	8,224	8,722
56	2	3	1	200,000	660,000	390,000	12.89	2,738	9,036	4,782
57	2	1	1	200,000	220,000	360,000	13.53	3,006	3,307	5,281
58	3	2		300,000	440,000		13.53	4,059	7,273	
59	4			400,000			13.16	7,264		
60	3	4		300,000	880,000		13.98	5,964	17,582	
61	3	3		300,000	660,000		20.98	6,294	13,847	
62	2		1	200,000		350,000	24.12	4,824		8,442
63	2	1	2	200,000	220,000	700,000	26.39	5,800	0	18,350
64	2	1		200,000	220,000		29.14	5,828	6,411	
65	1	2	1	100,000	440,000	350,000	32.01	3,201	14,084	11,204
<b>TOTALES</b>	<b>197</b>	<b>86</b>	<b>18</b>	<b>19,700,000</b>	<b>18,920,000</b>	<b>8,300,000</b>		<b>134,864</b>	<b>163,513</b>	<b>77,420</b>

PRIMA TOTAL:

CATEGORIA I 134,864  
 CATEGORIA II 163,513  
 CATEGORIA III 77,420  
 GRAN TOTAL MUERTE 375,897

**CALCULO DE PRIMA DE LA COBERTURA DE INVALIDEZ**

**SEGURO DE GRUPO DE LA EMPRESA "XYZ"**

AL 01.01.94

EDAD	No. ASEG POR CATEGORIA			SUMA ASEGURADA TOTAL POR CATEGORIA Y EDAD			TARIFA INVALIDEZ	PMA TOTAL POR EDAD Y CATEGORIA		
	I	II	III	I	II	III		I	II	III
				100,000	220,000	360,000				
16							2.03			
16							2.03			
17							2.03			
18	4			400,000			2.06	818		
18	1			100,000			2.06	206		
20	5			500,000			2.07	1,035		
21	7			700,000			2.06	1,463		
22	2			200,000			2.06	418		
23	1	3		100,000	660,000		2.10	210	1,380	
24	6			600,000			2.11	1,266		
25	3			300,000			2.12	635		
26	5	4		500,000	880,000		2.13	1,063	1,874	
27	8	4		800,000	880,000		2.13	1,718	1,690	
28	6	5		600,000	960,000		2.15	1,292	1,422	
29	5	5		500,000	1,100,000		2.16	1,080	2,376	
30	10			1,000,000			2.17	2,172		
31	8			800,000			2.21	1,768		
32	7	3		700,000	960,000		2.25	1,575	1,485	
33	10	3		1,000,000	960,000		2.29	2,292	1,513	
34	6			600,000			2.29	1,415		
35	8	4		800,000	880,000		2.43	1,944	2,138	
36	4			400,000			2.51	1,006		
37	3	5	1	300,000	1,100,000	350,000	2.50	781	2,854	911
38	7			700,000			2.72	1,907		
39	2			200,000			2.85	570		
40	7	2	3	700,000	440,000	1,050,000	2.90	2,096	1,517	3,144
41	3	2	2	300,000	440,000	700,000	3.17	950	1,304	2,218
42	6			600,000			3.20	2,016		
43	4	1		400,000	220,000		3.37	1,428	785	
44		4			880,000		3.51		3,333	
45	4		3	400,000		1,060,000	3.26	1,584		4,158
46	7	4		700,000	880,000		4.05	2,835	3,520	
47	3	1		300,000	220,000		4.13	1,240	908	
48	2	4		200,000	880,000		4.24	847	3,728	
49	2	5		200,000	1,100,000		4.45	890	4,897	
50	7		1	700,000		350,000	5.25	3,675		1,840
51	1	3		100,000	660,000		5.72	572	3,778	
52	2	2		200,000	440,000		5.83	1,166	2,478	
53	2	3		200,000	660,000		6.18	1,236	4,075	
54	4	2		400,000	440,000		6.30	2,722	2,964	
55	2	3	2	200,000	660,000	700,000	7.48	1,495	4,934	5,233
56	2	3	1	200,000	660,000	360,000	8.21	1,643	8,421	2,875
57	2	1	1	200,000	220,000	350,000	8.02	1,604	1,984	3,156
58	3	2		300,000	440,000		8.82	2,675	4,364	
59	4			400,000			10.90	4,358		
60	3	4		300,000	880,000		11.50	3,595	10,549	
61	3	3		300,000	660,000		12.50	3,775	8,308	
62	2		1	200,000		350,000	14.47	2,894		5,085
63	2		2	200,000		700,000	16.90	3,180	0	11,130
64	2	1		200,000	220,000		17.48	3,497	3,846	
65	1	2	1	100,000	440,000	350,000	19.21	1,921	6,451	6,722
<b>TOTALES</b>	<b>197</b>	<b>88</b>	<b>18</b>	<b>18,700,000</b>	<b>18,920,000</b>	<b>6,300,000</b>		<b>80,788</b>	<b>96,108</b>	<b>48,482</b>

PRIMA TOTAL:

CATEGORIA I	80,788
CATEGORIA II	96,108
CATEGORIA III	48,482
<b>GRAN TOTAL INVALIDEZ</b>	<b>225,388</b>

# DISTRIBUCION DE ASEGURADOS POR EDADES

AL 1.01.93

EMPRESA "XYZ"

EDAD	CATEG. I	CATEG. II	CATEG. III	EDAD	CATEG. I	CATEG. II	CATEG. III
15				40	7	2	3
16				41	3	2	2
17				42	6		
18	3			43	4	1	
19	1			44		4	
20	5			45	4		3
21	7			46	7	3	
22	2			47	4		
23	1	3		48	2	5	
24	5			49	3	5	
25	3			50	6		2
26	5	4		51	2	3	
27	8	4		52	4	1	
28	5	3		53	2	2	
29	4	5		54	4	2	
30	11			55	3	3	1
31	8			56	3	2	1
32	7	3		57	2	1	1
33	9	3		58	3	2	
34	5			59	4	1	
35	9	3		60	3	4	
36	4			61	3	2	
37	3	5	1	62	2		1
38	7			63	2	1	1
39	2			64	3	1	
				65	2	1	1
<b>TOTAL POR CATEGORIA</b>					202	81	17
<b>TOTAL DE EMPLEADOS</b>					300		

**SUMA ASEGURADA POR CATEGORIAS:**

CATEGORIA I	N\$100,000.00
CATEGORIA II	N\$220,000.00
CATEGORIA III	N\$350,000.00

# DISTRIBUCION DE ASEGURADOS POR EDADES

AL 1.01.94

EMPRESA "XYZ"

EDAD	CATEG. I	CATEG. II	CATEG. III	EDAD	CATEG. I	CATEG. II	CATEG. III
15				40	7	2	3
16				41	3	2	2
17				42	6		
18	3+1			43	4	1	
19	1			44		4	
20	5			45	4		3
21	7			46	7	3+1	
22	2			47	4(-1)	(+1)	
23	1	3		48	2	5-1	
24	5			49	3-1	5	
25	3			50	6+1		2-1
26	5	4		51	2-1*	3	
27	8	4		52	4-1(-1)	1(+1)	
28	6+1	3		53	2	2+1	
29	4+1	5		54	4	2	
30	11-1			55	3(-1)	3(-1)(+1)	1(+1)
31	8			56	3(-1)	2(+1)	1
32	7	3		57	2	1	1
33	9+1	3		58	3	2	
34	5+1			59	4	1-1	
35	9-1*	3		60	3	4	
36	4			61	3	2+1	
37	3	5	1	62	2		1
38	7			63	2	1(-1)	1(+1)
39	2			64	3-1	1	
				65	2(-1)	1(+1)	1
TOTAL POR CATEGORIA					197	86	18
TOTAL DE EMPLEADOS					301		

+/- ALTAS Y BAJAS  
 (+/-) CAMBIOS DE SUMA ASEGURADA  
 \*- SINIESTROS (BAJAS)

# SEGURO DE GRUPO VIDA

## TARIFA DE PRIMAS

### SEGURO DE MUERTE

EDAD	PRIMA *	EDAD	PRIMA *
15	3.38	40	4.99
16	3.39	41	5.28
17	3.39	42	5.60
18	3.41	43	5.95
19	3.44	44	6.35
20	3.45	45	6.60
21	3.46	46	6.80
22	3.48	47	6.89
23	3.50	48	7.06
24	3.52	49	7.42
25	3.53	50	8.76
26	3.55	51	9.54
27	3.58	52	9.38
28	3.59	53	10.30
29	3.60	54	11.34
30	3.62	55	12.46
31	3.68	56	13.69
32	3.75	57	15.03
33	3.82	58	16.53
34	3.93	59	18.16
35	4.05	60	19.98
36	4.19	61	20.98
37	4.34	62	24.12
38	4.54	63	26.50
39	4.75	64	29.14
		65	32.01

NOTA:

\* PRIMA POR MILLAR DE SUMA ASEGURADA

# SEGURO DE GRUPO VIDA

## TARIFA DE PRIMAS

### COBERTURA DE INVALIDEZ

EDAD	PRIMA *	EDAD	PRIMA *
15	2.03	40	2.99
16	2.03	41	3.17
17	2.03	42	3.36
18	2.05	43	3.57
19	2.06	44	3.81
20	2.07	45	3.96
21	2.08	46	4.08
22	2.09	47	4.13
23	2.10	48	4.24
24	2.11	49	4.45
25	2.12	50	5.26
26	2.13	51	5.72
27	2.15	52	5.63
28	2.15	53	6.18
29	2.16	54	6.80
30	2.17	55	7.48
31	2.21	56	8.21
32	2.25	57	9.02
33	2.29	58	9.92
34	2.36	59	10.90
35	2.43	60	11.99
36	2.51	61	12.59
37	2.60	62	14.47
38	2.72	63	15.90
39	2.85	64	17.48
		65	19.21

**NOTA:**

\* PRIMA POR MILLAR DE SUMA ASEGURADA

### TABLA DE DIVIDENDOS Y COMISIONES

VOLUMEN DE PRIMA	FORMULA DE DIVIDENDOS	COMISION
50,000 - 120,000	76 %	10 %
120,000 - 240,000	78 %	9 %
240,001 - 480,000	80 %	8 %
480,001 - 730,000	82 %	7 %
730,001 - 980,000	85 %	6 %
980,001 - 1,500,000	87 %	5.5 %
1,500,001 - en adelante	90 %	5 %

### TASA DE FINANCIAMIENTO

SEMESTRAL	5.20%
TRIMESTRAL	9.00%
MENSUAL	12.40%

CITESEBTABLA

# MODIFICACIONES A LA POLIZA DE GRUPO

## EMPRESA "XYZ"

AÑO 1993

### ALTAS

NOMBRE	CATEGORIA	FECHA DE INGRESO	ANIVERSARIO	EDAD
PEREZ JULIO	I	1.3.93	26.7.60	33
GUTIERREZ MANUEL	I	1.5.93	8.7.65	28
SOLORZANO ANA	II	1.6.93	17.2.58	35
SANCHEZ MARIO	II	1.7.93	2.3.47	46
FERNANDEZ ISABEL	I	1.7.93	21.7.75	18
GONZALEZ JOSE	I	1.10.93	12.7.59	34
VELAZQUEZ ROSA	II	1.10.93	7.7.40	53

### BAJAS

NOMBRE	CATEGORIA	FECHA DE INGRESO	ANIVERSARIO	EDAD
PIZARRO FELIPE	II	30.6.93	27.4.45	48
RAMIREZ NORA	I	30.6.93	24.2.63	30
ROJAS EMILIA	I	30.9.93	9.9.41	52

### SINIESTROS

NOMBRE	CATEGORIA	FECHA DE INGRESO	ANIVERSARIO	EDAD
SANTOS TOMAS (FALLECIMIENTO MES 05)	I	1.03.91	24.09.58	35
ACEVEDO JUDITH (FALLECIMIENTO MES 07)	I	16.09.92	15.02.42	51

CATESISMODIF

## MODIFICACIONES AL 31.12.93

### EMPRESA "XYZ"

#### ALTAS

NOMBRE	CATEGORIA	ANIVERSARIO	EDAD
NUÑEZ RICARDO	II	23.5.32	61
NEMEZ PEDRO	I	7.2.43	50
TORRES LUIS A.	I	15.3.64	24

#### BAJAS

NOMBRE	CATEGORIA	ANIVERSARIO	EDAD
SUAREZ ANTONIO	III	2.03.43	50
AGURCIA JOSE	II	11.12.34	59
CARRASCO JESUS	I	29.02.44	49
GARCIA OLGA	I	24.07.29	64

#### CAMBIO DE SUMA ASEGURADA

NOMBRE	CATEGORIA	ANIVERSARIO	EDAD
RODRIGUEZ ESTEBAN	II - III	9.08.30	63
ALVAREZ JUAN	II - III	27.10.38	55
ROJO ANA	I - II	22.02.46	47
MARDONES JOSE	I - II	4.09.41	52
MARTINEZ MA. CARMEN	I - II	30.01.28	65
CARDONA JAVIER	I - II	1.05.37	56
BONILLA ANTONIO	I - II	5.12.38	55

CATESISMODIF

**CONDICIONES GENERALES DEL  
CONTRATO DE SEGURO DE GRUPO**

**1. Definiciones**

- 1.1. **Aseguradora:** Es la que asume la cobertura de los riesgos objeto de éste contrato y garantiza el pago de las indemnizaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.
- 1.2. **Contratante:** Es la persona moral, o física que suscribe este contrato con la Aseguradora y representa al Grupo Asegurado
- 1.3. **Grupo Asegurable:** Es un conjunto de personas unidas por un vínculo ó interés común, previo ó simultáneo, a la adhesión al seguro, pero diferente a éste, que cumple las condiciones legales precisas para ser Asegurado.
- 1.4. **Asegurado:** Cada una de las personas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, satisface las condiciones de adhesión y figura en la relación de personas incluidas en el seguro. El conjunto de Asegurados forma el Grupo Asegurado.
- 1.5. **Beneficiario:** El Asegurado mismo en las garantías de vida, incapacidad e invalidez o el designado por éste en el certificado del seguro para las garantías de fallecimiento.
- 1.6. **Póliza:** Es el documento que contiene las condiciones generales y particulares del contrato de Seguro de Grupo y que incluirá el Registro de Asegurados.

1.7. Módulo de variación: Es el factor objetivo, común para todos los componentes del Grupo Asegurado, en virtud del cual se determinan los capitales asegurados y sus variaciones, así como la inclusión de cada Asegurado en la categoría de capital que le corresponde.

## **2. Bases del Contrato.**

2.1. Este contrato se basa en las declaraciones hechas por el contratante en su solicitud y por los Asegurados, tanto en los certificados y en los demás documentos anexados como a los médicos seleccionadores si se procede a un reconocimiento médico.

2.2 El contrato de seguro queda constituido por la presente póliza, los anexos firmados adheridos a la misma (si los hubiere), la solicitud del contratante, los certificados y el registro de Asegurados.

## **3. Indisputabilidad.**

3.1. El presente contrato es indisputable a partir de dos años de vigencia ininterrumpida.

3.2. Igualmente, cada uno de los certificados individuales de seguro emitidos en virtud de éste contrato es indisputable transcurridos dos años de vigencia ininterrumpida excepto lo dispuesto en la cláusula referente a la edad alcanzada por el Asegurado.

#### **4. Cobertura.**

- 4.1. La Aseguradora asume la cobertura del riesgo de fallecimiento de los Asegurados, producido por cualquier causa y en cualquier lugar, sin más excepciones que las definidas en la cláusula 5 referente a los riesgos exclusivos.
- 4.2. En el supuesto caso de que el fallecimiento del Asegurado sea causado por un beneficiario, la Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones respecto a dicho beneficiario. Si existen varios beneficiarios los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán su der sobre la parte que les corresponde del capital asegurado.

#### **5. Riesgos excluidos.**

- 5.1. La prestación asegurada no será pagada en aquellos casos en que el fallecimiento del Asegurado sobrevenga directa ó indirectamente como consecuencia:

a) de la participación del Asegurado en actos de guerra, declarada ó no, sedición, rebelión, asonada, conspiración, motín, tumulto ó cualquier otro acto que tenga relación con ellos, salvo comprobación de que el Asegurado no haya participado, o participe, o forme parte activa de dichos actos.

b) de participación del Asegurado en carreras de velocidad o resistencia, concursos o desafíos.

c) de suicidio durante los dos primeros años de haber estado asegurado ininterrumpidamente.

## **6. Riesgos Especiales**

Solamente por medio del pago de la prima adicional respectiva y con mención expresa en el certificado individual, la Aseguradora ampara, sin perjuicio de las exclusiones señaladas en la cláusula 5, la muerte ocurrida mientras el Asegurado está piloteando o actuando en cualquier forma como miembro de la tripulación en cualquier clase de aeronave.

## **7. Iniciación y duración del contrato.**

7.1. El contrato estará en vigor en la fecha indicada en las condiciones particulares, siempre que haya sido firmado por las partes y el contratante haya pagado el primer recibo de prima.

7.2. En caso de demora en el cumplimiento de éstos requisitos, las obligaciones de la Aseguradora comenzarán a partir de las 12 horas de la noche del día en que la firma y el pago hayan tenido lugar.

7.3. Este contrato se establece por un año de duración, entendiéndose prorrogado por períodos anuales, salvo que alguna de las partes lo denuncie con un mes de anticipación a su inmediato vencimiento.

## **8. Adhesión al Seguro.**

8.1. Las condiciones de adhesión serán las que figuren en la solicitud suscrita por el contratante y aceptada por la Aseguradora. El cumplimiento de las citadas condiciones se comprobará a través del boletín de

adhesión, con o sin declaración de estado de salud y en su caso, reconocimiento médico.

8.2. En todo caso, las condiciones iniciales para la adhesión se mantendrán en los siguientes supuestos:

a) Durante los tres primeros meses de vigencia del Seguro de Grupo.

b) En las ampliaciones generales de Sumas Aseguradas.

c) Durante los treinta días siguientes al vencimiento de los 3 meses de espera después de la incorporación al Grupo Asegurable.

8.3. Podrán adherir al seguro sólo personas pertenecientes al Grupo Asegurable que sean mayores de quince años y menores a sesenta y cinco años.

8.4. El seguro de cada asegurado tomará efecto desde el momento en que el contratante entregue el boletín de adhesión a la Aseguradora, sin perjuicio del derecho de ésta a rechazar el riesgo o a aceptarlo sólo en condiciones especiales, siempre que tal derecho lo ejerza en el término de los quince días siguientes al recibo del boletín de adhesión.

8.5. Los miembros del Grupo Asegurable que no presentes su boletín de adhesión dentro de los términos fijados en los números anteriores deberán presentar, a costa de ellos pruebas de asegurabilidad a satisfacción de la Aseguradora.

## **9. Obligación de Asegurar.**

9.1. El contratante está obligado a asegurar, bajo pena de caducidad de ésta póliza sin derecho a percibir devolución de primas, el porcentaje de integrantes del Grupo Asegurado fijado en la cláusula 14.

9.2. La Aseguradora se reserva el derecho de no aceptar los riesgos que concidere inasegurables, de pedir reconocimiento médico antes de aceptarlos, de reducir la Suma Asegurada para ciertos riesgos o exigir extraprimas; sin embargo, si no lo anunciara al contratante dentro de los quince días siguientes al día en que se recibió el boletín de adhesión respectivo, éste derecho caducará.

## **10. Variaciones en la composición del Grupo Asegurado.**

10.1. El contratante está obligado a notificar a la Aseguradora las variaciones que se produzcan en la composición del Grupo Asegurado, y que pueden consistir en:

a) Altas: originadas por las inclusiones en el registro de asegurados de aquellas personas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, satisfagan las condiciones de adhesión en un momento posterior al de entrada en vigor del Seguro de Grupo.

La toma de efecto de cada alta tendrá lugar de acuerdo con la cláusula 8.4.

b) Bajas: tendrán lugar por algunas de las causas siguientes:

1. Salida del Grupo Asegurado: Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, bien sea por exclusión, renuncia, despido o jubilación, dejarán de estar aseguradas treinta días después de su separación del grupo, quedando entonces sin validez alguna el certificado individual correspondiente.

2. Pago de alguna indemnización por seguro complementario.

3. Cumplimiento de la edad de 65 años.

En el primer supuesto, la Aseguradora devolverá al contratante la parte de prima correspondiente al período de seguro no transcurrido.

#### **11. Derecho de conversión**

Cualquier Asegurado que deje de pertenecer al Grupo Asegurado, estando éste contrato en vigor, tiene el derecho a que la compañía le expida, sin pruebas de asegurabilidad, una póliza de seguro de vida individual, sin seguros complementarios de invalidez o de muerte accidental, por un monto no superior a la última Suma Asegurada bajo éste contrato y en cualesquiera de los planes ofrecidos por la Compañía exceptuándose sin embargo, el seguro temporal en caso de muerte.

Para hacer uso de éste derecho, el Asegurado debe:

a) tener menos de 60 años de edad, al cumpleaños más próximo.

b) solicitar el seguro por escrito a la Compañía dentro de los treinta días siguientes a la terminación de su cobertura.

c) pagar la prima que corresponda conforme a la edad alcanzada por él en esa fecha, según las tarifas vigentes en la Compañía.

## **12. Edad.**

12.1 La edad declarada por cada Asegurado deberá ser comprobada a satisfacción de la Aseguradora antes de efectuarse el pago de la prestación asegurada correspondiente. Si el Asegurado hiciese la comprobación en vida, la Aseguradora dejará constancia de ello en el Certificado Individual y no exigirá nuevas pruebas antes de pagar la prestación asegurada.

12.2 Si en vida del Asegurado, resulta que la edad declarada resulta inferior a la real, el Contratante estará obligado a pagar a la Aseguradora la diferencia que resulta entre las primas asignadas y las que correspondan a la edad real por el tiempo que falta hasta el siguiente vencimiento del Contrato.

Si la edad declarada fuese superior a la real, la Aseguradora devolverá al Contratante la diferencia entre las primas correspondientes a las dos edades por el tiempo que falta hasta el siguiente vencimiento del Contrato.

12.3. Si la comprobación se hace después del fallecimiento del Asegurado y se encuentra que la edad declarada resulta inferior a la real, y siempre que ésta no exceda de 65 años, la Aseguradora pagará la cantidad correspondiente a la prima pagada y a la edad real del Asegurado.

Si la edad declarada resultara superior a la real, y siempre que ésta sea superior a 15 años, la Aseguradora pagará la prestación asegurada y devolverá al Contratante la diferencia entre la prima cobrada del año y la que correspondería a la edad real.

12.4. Si al fallecimiento del Asegurado se comprobara que su edad es inferior a 15 años o superior a 65 años, la Aseguradora no tendrá ninguna obligación ni frente a los Beneficiarios ni frente al Contratante, excepto la de devolver la prima cobrada en el año.

12.5. Para los cálculos que deben efectuarse de acuerdo con ésta Cláusula se aplicará la tarifa vigente en el momento de la comprobación de la edad.

### **13. Certificado Individual de Seguro y Registro de Asegurados.**

13.1. La Aseguradora emitirá para cada Asegurado el correspondiente Certificado Individual de Seguro, en el que se harán constar inicialmente los capitales asegurados por el seguro principal y sus complementarios, designación de beneficiarios y un resumen de las condiciones más importantes de la póliza de Seguro de Grupo.

13.2. La variación de capitales que afecte a cada Certificado individual de seguro, y la modificación de la designación de beneficiarios, requerirá la emisión de un nuevo Certificado Individual de seguro que dejará sin efecto el anterior a partir de la sustitución.

- 13.3 Las modificaciones en los Certificados Individuales y las altas o bajas en el Grupo se entenderán incluidas automáticamente en el Registro de Asegurados. No obstante, cuando las variaciones afecten a un número elevado de Asegurados, bastará la modificación de aquel Registro de Asegurados.
- 13.4. Todas las modificaciones anteriores deberán solicitarse a través del Contratante, quien resulta obligado a facilitar anualmente, como mínimo, un Registro de Asegurados.
- 13.5 En caso de pérdida de algún Certificado Individual de Seguro, será anulado y la Aseguradora emitirá un duplicado del mismo.
- 13.6. Cuando el Seguro de Grupo sea consecuencia de obligaciones laborales, se podrá sustituir el Certificado Individual por la entrega a la representación del Grupo asegurado de otro ejemplar de la Póliza.
- En este caso, el Boletín de Adhesión surtirá los mismos efectos del Certificado Individual.

#### **14. Primas.**

- 14.1. La prima total del Grupo será la suma de la prima que corresponda a cada miembro del Grupo Asegurado, de acuerdo con su edad, Suma Asegurada, ocupación y estado de salud en el momento de adhesión al seguro. La cuota promedio es la que resulta de dividir la prima total entre la Suma Asegurada total.

- 14.2. En cada fecha de renovación anual del Contrato se calculará la cuota promedio por millar de Suma Asegurada que se aplicará en el siguiente período.
- 14.3. A cada miembro del Grupo que no ingrese exactamente en la fecha de aniversario del Contrato y a los que se separen del Grupo se les aplicará la cuota promedio, prorrateada por meses completos desde la fecha de aceptación, respectivamente de salida, hasta la fecha de la próxima renovación anual de la póliza.

#### **15. Contribución en el pago de las primas.**

- 15.1 El pago de las primas puede efectuarse bajo las dos formas siguientes: Grupo Contributorio y Grupo no Contributorio.
- 15.2. Se entiende por forma No contributiva en la que la prima es cubierta en su totalidad por el Contratante. En éste caso, debe asegurarse el cien por ciento del Grupo Asegurable.
- 15.3. Se entiende por forma Contributiva en la que la prima es cubierta en parte por el Contratante y en parte por los Adherentes al Seguro.

#### **16. Pago de Primas.**

- 16.1. El pago de las primas correspondientes a esta Póliza debe hacerse por anualidades anticipadas, sin embargo, la Entidad Aseguradora puede conceder que el Contratante las pague en forma semestral, trimestral o mensual. Los pagos semestrales, trimestrales o

mensuales se obtendrán multiplicando la prima anual por el respectivo recargo por pago fraccionado.

- 16.2. La forma de pago de la prima puede ser modificada en cualquiera de los aniversarios de la póliza, mediante solicitud escrita enviada por el Contratante a más tardar 30 días antes de dicho aniversario. El cambio se hará constar en un Anexo adherido a la Póliza.
- 16.3. Los pagos de primas se harán en la Oficina de la Aseguradora, a cambio del recibo oficial firmado por los funcionarios autorizados de la misma. La Aseguradora no está obligada a cobrar las primas ni a dar aviso de su vencimiento y, si lo hiciera no sentará precedente alguno de obligación.
- 16.4. El pago de una prima mantiene en vigor el seguro durante el plazo que media entre el pago y la fecha en que deba cubrirse la siguiente prima.

#### **17. Período de gracia.**

- 17.1. Excepto para la prima inicial, que debe pagarse contra entrega de la Póliza, se concede al Contratante un plazo de 30 días sin recargo de intereses para el pago de las primas, cuando éstas sean pagaderas anual, semestral o trimestralmente y un plazo de 15 días cuando sean pagaderas mensualmente.
- 17.2 Si durante este plazo de gracia llegaran a ocurrir siniestros amparados por la presente Póliza, ésta se considerará en vigor y la Aseguradora pagará el valor del seguro correspondiente previa cancelación por

parte del Contratante del valor de las primas pendientes.

17.3. Si las primas no fueran pagadas dentro del plazo de gracia, la Póliza y todos los Certificados Individuales expedidos a su amparo caducarán automáticamente, sin necesidad de aviso especial, y la Aseguradora quedará libre de toda responsabilidad u obligación por siniestros ocurridos después del vencimiento de la Póliza.

#### **18. Suma asegurada.**

18.1 La Suma Asegurada correspondiente a cada adherente se determinará de acuerdo con la regla de Suma Asegurada fijado en la Condiciones Particulares de esta Póliza y se consignará en el Certificado Individual de Seguro.

18.2. Si en vida del Asegurado se descubre que la Suma asegurada no concuerda con la regla de Suma Asegurada, la Aseguradora modificará la Suma Asegurada y emitirá un nuevo Certificado Individual, debidamente corregido, procediendo al correspondiente ajuste de primas.

18.3. Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada no concuerda con la regla, la Aseguradora pagará la suma que corresponda de acuerdo con dicho criterio, procediendo al ajuste de primas necesario.

18.4. El Contratante está obligado a comunicar a la Aseguradora las variaciones que, de acuerdo con el módulo, deban producirse en los capitales asegurados.

18.5. Las reducciones de capital tomarán efecto desde la fecha de comunicación por el Contratante, sin embargo, los aumentos entrarán en vigor en el próximo vencimiento de prima o fracción o en la fecha que se estipule en las Condiciones Particulares.

**19. Pago de Indemnizaciones.**

19.1. Para reclamar el pago de cualquier indemnización con cargo a esta Póliza, el Contratante deberá remitir a la Aseguradora la solicitud del beneficiario, junto con las pruebas de siniestro correspondientes, de acuerdo con los formularios e instructivas que la Aseguradora proporcione para tal fin. La Aseguradora podrá, a sus expensas, recabar informes o pruebas complementarias.

19.2. Una vez recibidos los documentos justificativos, la Aseguradora notificará, dentro de los 15 días siguientes, su conformidad o denegación en base a las condiciones de este Contrato.

En caso de conformidad, la Aseguradora satisfará la indemnización al beneficiario, por mediación del Contratante, dentro de los cinco días siguientes al término del plazo anterior y contra entrega del recibo correspondiente.

19.3. En ningún caso, y siempre que esta Póliza y el Certificado Individual estén en vigor, podrá perjudicar a los beneficiarios la falta de diligencia del Contratante para justificar y reclamar la prestación a que tengan derecho, pudiendo, en este caso, dirigirse directamente a la Aseguradora, sin perjuicio de las acciones que ésta puede ejercer contra el Contratante.

## **20. Plazos de reclamación y prescripción.**

20.1. El plazo para reclamar contra las decisiones de la Aseguradora concediendo o denegando una indemnización será de un año contado a partir de la fecha en que comunicó al Contratante tal decisión.

- 20.2. El plazo de prescripción de los derechos que se derivan del presente Contrato será de diez años contados desde el día en que ocurrió el hecho origen de aquellos.

## **21. Cambio de Beneficiario.**

21.1. El Asegurado, en cualquier tiempo durante la vigencia de su Certificado Individual, puede cambiar de beneficiario (o beneficiarios), notificándolo por escrito a la Aseguradora, ésta hará constar el cambio en el Certificado Individual, que le será entregado junto con la notificación de cambio.

21.2. El cambio de beneficiario surtirá efecto desde el momento en que la notificación haya sido entregada en las Oficinas de la Aseguradora.

21.3. Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario la Aseguradora pagara al último beneficiario de que tenga conocimiento, se conviene expresamente que la Aseguradora quedará liberada de las obligaciones contraídas en el Certificado Individual correspondiente.

21.4. Si hubiera varios beneficiarios designados y algunos de ellos fallecieran antes que el Asegurado, la Suma

Asegurada será distribuida únicamente entre los beneficiarios sobrevivientes en proporción a sus respectivas cuotas.

21.5. Si ningún beneficiario sobreviviese al Asegurado, o si éste hubiere fallecido sin designar beneficiarios, la Suma Asegurada se pagará a quiénes fueran declarados herederos legales del Asegurado.

21.6 El Asegurado podrá renunciar al derecho de revocar la designación de los beneficiarios, siempre que lo notifique por escrito a los beneficiarios y a la Aseguradora y que conste en el Certificado Individual correspondiente, para lo cual habrá que remitirse éste a fin de su anotación como parte integrante de él.

21.7. El Contratante no podrá ser designado beneficiario, excepto cuando el objeto del Contrato sea la garantía de créditos convenidos por el Contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

## **22. Cesión.**

22.1. La Aseguradora no reconoce cesión alguna que de sus derechos sobre el Seguro hagan el Asegurado o los beneficiarios.

## **23. Modificación del Contrato.**

23.1. Las únicas personas que, de acuerdo con el Contratante, podrán modificar las condiciones del Contrato son los funcionarios autorizados de la

Aseguradora. Toda modificación se hará constar en un Anexo firmado por ambas partes y adherido a la Póliza.

**24. Cambio de Contratante.**

24.1. Cuando haya cambio de Contratante, deberá comunicarse el hecho por escrito a la Aseguradora dentro de los 30 días de haber ocurrido el cambio. La Aseguradora tendrá el derecho de rescindir el Contrato dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 días después de haber sido notificada la rescisión, de manera fehaciente, al nuevo Contratante. La Aseguradora reembolsará a éste la prima no devengada.

**25. Tributos.**

25.1 Todos los tributos que graven el presente Contrato y que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta del Contratante.

**26. Comunicaciones.**

26.1. Las comunicaciones del Contratante o, en su caso, de los Asegurados o beneficiarios, sólo serán válidas si han sido dirigidas por escrito a las Oficinas de la Aseguradora.

26.2. Las comunicaciones de la Aseguradora al Contratante o a los Asegurados se considerarán válidas si se han dirigido por escrito al último domicilio por ella conocido del Contratante.

**27. Reposición.**

27.1. En caso de destrucción, extravío o robo de esta Póliza o de algún Certificado Individual de Seguro, la Aseguradora emitirá un duplicado, previa solicitud escrita del Contratante o del Asegurado, y el pago de los gastos de reposición.

**28. Jurisdicción.**

28.1 Será competente para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre la Aseguradora por un lado, y el Contratante, los Asegurados y los beneficiarios, por otro, o la interpretación de este Contrato, la Comisión Nacional de Seguros.

## **BIBLIOGRAFIA**

- **TENDENCIAS DEL SEGURO DE VIDA** - Centro Suizo de Formación Aseguradora (CSFA). - 8vo. curso de Seguro de Vida.
- **SEGURO DE GRUPO** - Centro Suizo de Formación Aseguradora (CSFA). - 8vo. curso de Seguro de Vida.
- **LA SELECCION Y TARIFICACION EN EL SEGURO DE VIDA** - Centro Suizo de Formación Aseguradora (CSFA). - 8vo. curso de Seguro de Vida
- **EL SEGURO DE VIDA EN LA DECADA DE LOS 90** - Centro Suizo de Formación Aseguradora (CSFA). - 8vo. curso de Seguro de Vida
- **LOS RIESGOS DE LA SELECCION DE RIESGOS** - Act. Benjamín de la Cueva G. - plática.
- **SERVICIO DE COLABORACION TECNICA 1994** - Grupo Nacional Provincial S.A. - México D.F. 1994
- **INVERSION CONTRA INFLACION** - Timothy Heyman - Editorial Milenio S.A. de C.V. - Tercera edición - México 1992.

- **CURSO BASICO TECNICO DEL SEGURO Y REASEGURO** - Reaseguros Alianza, S.A.- México. 1989
  
- **APUNTES DE SEGURO Y REASEGURO** - Reaseguradora Patria. 1989
  
- **SEGUROS Y FIANZAS** - Leyes y códigos de México - Editorial Porrúa, S.A. - Vigésimo primera Edición - México 1988
  
- **LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS** - Grupo Nacional Provincial, S.A. - Primera Edición - México 1993.