

38  
2EJ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

ANALISIS ACTUARIAL SOBRE LA  
APLICACION DE TARIFAS DE  
VIDA 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:

IGNACIO GODINEZ GODOY



MEXICO, D. F.

AGOSTO DE 1995

FACULTAD DE CIENCIAS  
SECCION ESCOLAR

FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

M. en C. Virginia Abrín Baule  
Jefe de la División de Estudios Profesionales de la  
Facultad de Ciencias  
Presente

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo de Tesis:

Análisis Actuarial sobre la Aplicación de Tarifas de Vida Grupo.

realizado por Ignacio Godínez Godoy

con número de cuenta 8333431-9, pasante de la carrera de Actuaría

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis  
Propietario

Act. Cesar Crispin Castillo Villanueva

Propietario

Act. Octavio Antonio Luna Ortiz.

Propietario

Act. Javier Ibarra Piña.

Suplente

Act. Benigna Cuevas Pinzón. Benigna Cuevas P.

Suplente

M. en C. Virginia Abrín Baule. Virginia Abrín Baule

Consejo Departamental de Matemáticas

**Agradezco el apoyo y la ayuda brindada por el Act. Cesar Crispin Castillo Villanueva, ya que gracias a su confianza y experiencia es que ha sido posible la realización de este trabajo, de la misma manera deseo expresar mi agradecimiento al Act. Octavio Antonio Luna Ortiz por su ayuda y estímulo para la elaboración del mismo, y agradezco a los señores actuarios que intervinieron en la revisión de esta tesis, y sobre todo doy gracias a dios por contar con el apoyo incondicional brindado por mi mamá la Sra. Cristina Godoy Farias, mi esposa Terasa del Carmen Torres Cervantes y mi hijo Christian Alejandro Godinez Torres.**

## INDICE

Capítulo	página	
INTRODUCCION		
I	CONCEPTOS BASICOS	
I.1 .-	Generalidades	1
1.1.a.-	Ventajas en el seguro de vida colectiva	5
1.1.b.-	Desventajas para los seguro de vida colectiva	6
1.1.c.-	Reglamento del seguro de grupo	9
I.2 .-	Tipos de Seguros en Vida Colectiva	11
1.2.a.-	Seguro de vida grupo	11
1.2.b.-	Seguro de vida para colectividades	11
1.2.c.-	Seguro de gastos médicos mayores colectivos	12
1.2.d.-	Seguro de accidentes personales	14
I.3 .-	Tipos de Administración	16
1.3.a.-	Administración normal	16
1.3.b.-	Sistema autoadministrado	17
1.3.c.-	Sistema de autoadministración simplificada	19
II	IMPORTANCIA DE LA CORRECTA APLICACION DE LOS MANUALES DE VIDA COLECTIVA	
II.1.-	Productividad	20
II.2.-	Eficiencia y Calidad	22
II.3.-	Apertura Comercial	23
II.4.-	Desarrollo equilibrado para la compañía de seguros	25

## INDICE

Capítulo	página
<b>III</b>	<b>CONSECUENCIAS, MECANISMOS Y MEDIDAS IMPLANTADAS EN VIDA COLECTIVA POR UNA COMPAÑIA DE SEGUROS</b>
III.1.- Elementos que afectan a vida colectiva	28
III.1.a.- Antiselección de riesgos	28
III.1.b.- Inflexibilidad de áreas	31
III.1.c.- Falta de capacitación de personal	32
III.1.d.- Infraestructura inadecuada	34
III.1.e.- Sistemas improductivos	35
III.2.- Factores que afectan la productividad	37
III 3.- Alternativas para el seguro de vida colectiva	38
III.3.a.- Mejoras en la productividad	38
III.3.b.- Creación de una área de supervisión	41
<b>IV</b>	<b>NUEVOS PRODUCTOS PARA LOS SEGUROS DE VIDA COLECTIVA</b>
IV.1.- Bases para un producto	43
IV.2.- Productos terminados	47
IV.2.a.- Algunos de los procesos en que intervienen las áreas	49
IV.2.b.- Area de ventas	49
IV.2.c.- Area de mercadotecnia	50
IV.2.d.- Area de técnica vida	50
IV.2.e.- Area de sistemas	52
IV.2.f.- Area de emisión	55
IV.2.g.- Area de contabilidad	56
IV.3.- Análisis de riesgos y Costo-Beneficio de un producto	57

## **INDICE**

<b>Capítulo</b>	<b>página</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>60</b>
<b>GLOSARIO DE GRUPO</b>	
<b>Accidente</b>	<b>63</b>
<b>Asegurado</b>	<b>65</b>
<b>Dividendos</b>	<b>66</b>
<b>Grupo</b>	<b>68</b>
<b>Prima</b>	<b>69</b>
<b>Riesgo</b>	<b>69</b>
<b>BLIBLIOGRAFIA</b>	<b>72</b>

---

## **INTRODUCCION**

**El mercado se esta contrayendo, se requiere de mejores planes y más competitivos para poder subsistir en el medio. Las políticas de las empresas han tenido que evolucionar debido a que la economía del país a dejado de ser proteccionista, con un mercado cautivo para la industria mexicana. Sin embargo en esta época la situación ha cambiado radicalmente, la apertura comercial ha permitido la llegada de muchas empresas extranjeras y con ello son pocas las empresas mexicanas que se mantienen al margen de la transformación que sufre el país, otorgando los mismos servicios que daban en décadas pasadas. El mercado interno ha crecido y se ha diversificado y lo más importante el cliente es diferente, su nivel académico y cultural es superior, pone en practica su capacidad de elección, obligando de esta manera a las compañías a ofrecer productos que cubran sus necesidades y enfocando esfuerzos por ofrecer un mejor servicio al consumidor.**

**Un fenómeno de esta década es la formación de grupos financieros formados principalmente por un banco, una casa de bolsa, una aseguradora y una afianzadora. También se produce a partir del tratado de libre comercio con Estados Unidos y Canadá, la alianza con compañías extranjeras y la fusión con compañías nacionales, esto con la finalidad de ser más solidos en el mercado y contar con una mejor infraestructura capaz de hacer frente a las compañías extranjeras, que se empiezan a establecer en territorio nacional, con esto muchas compañías mexicanas empiezan a contar con tecnología de vanguardia, permitiendo que sus áreas y métodos de producción entren en un proceso de automatización.**

---

## INTRODUCCION

**Al crearse grupos financieros en los que esta incluida una compañía de seguros, hace que muchos de los negocios importantes se vuelvan cautivos, esto se debe a que las empresas que pertenecen al grupo y sus filiales, queden aseguradas en la compañía de seguros que forma parte del grupo. Por otro lado implica un mercado de seguros más competitivo, obligando a que las compañías de seguros que no forman parte de un grupo principalmente desarrollen mejores planes, buscando alternativas de captación de mercado y de la cartera existente.**

**Las compañías de seguros a través de su área de Nuevos Productos, se encarga de crear los diferentes planes o tipos de seguros que se lanzan al mercado, buscando satisfacer la mayoría de las necesidades del contratante y estableciendo cuales son las políticas que se deben emplear para que un producto pueda funcionar de la mejor manera, para ello las áreas de Emisión, Cobranzas y Ventas, tienen la tarea de cumplir con estas políticas, que aplicándolas adecuadamente y trabajando en conjunto, hacen que una compañía de seguros tenga un desarrollo equilibrado.**

**Es importante contemplar que todo objetivo de desarrollo planteado por una empresa depende de la base estructural con que cuenta. Para lograrlo se busca tener gente calificada, preparada y capaz de adaptarse a los cambios que se están generando en el medio, apoyado a través de capacitación y desarrollo del personal, con ambientes sanos de trabajo y posibilidades de proyección, buscando tener competitividad bajo conceptos de: productividad, mayor rentabilidad, mayor rendimiento por empleado, disminución de costos tanto de operación como de adquisición, creatividad de productos, principalmente.**

---

## INTRODUCCION

Las compañías de seguros realizan esfuerzos por identificar las causas que afectan el adecuado manejo de su productividad, tratando de que sus políticas sean aplicadas adecuadamente, así como las alternativas que se pueden emplear para evitar que las áreas sigan incurriendo en los errores de un mal manejo de los productos existentes de una compañía de seguros, que ocasionan pérdida de cartera debido a la falta de implantación de procesos controladores y de una administración adecuada por parte de la compañía de seguros.

En vida grupo se debe cuidar el número de empresas que compone la cartera de este ramo, debido a que la pérdida de una póliza grande, trae consigo un desequilibrio en el funcionamiento y productividad de la compañía, aun cuando la pérdida se deba a causas ajenas a la compañía de seguros, como lo son las pólizas internacionales.

Debido a que cada vez en más complicada y compleja la problemática que existe en las compañías, el **actuario** debe tener mayor conocimiento de todo aquello que la genera, con la finalidad de realizar todas sus investigaciones y así obtener decesiones más certeras y productivas.

Con base a estos conceptos he desarrollado este trabajo de tesis enfocado a explotar una parte de los seguros donde he tenido la oportunidad de mi desarrollo profesional, formando parte de los cambios que ha experimentado una compañía de seguros para tomar medidas de detección y prevención de fallas administrativas, que me ayudo en gran medida a concretar muchos de los conceptos que componen el presente trabajo, con una temática aplicada hacia el **SEGURO DE VIDA COLECTIVO**.

---

---

## **CONCEPTOS BASICOS Y DEFINICIONES**

### **GENERALIDADES**

El seguro de vida dio pasos firmes al ver desarrollarse las teorías de probabilidad y la mortalidad. Tomando como base la técnica utilizada para minimizar el riesgo y permitir que un pequeño desembolso aportado por muchos, permita indemnizar a los dependientes por el fallecimiento de pocos asegurados, formalizando los acuerdos legales a través de pólizas de seguros, donde quedan asentados los derechos y obligaciones entre asegurador y asegurado.

Dentro una compañía de seguros existe dos grandes divisiones, clasificadas por su operación dentro del mercado de los seguros y son: el ramo de Daños ( dedicado a asegurar los bienes ) y el ramo de Vida ( dedicado a asegurar a las personas ).

Vida .- Este ramo, lo podemos dividir en dos grupos

#### **1.- Seguro Individual**

#### **2.- Seguro de Grupo**

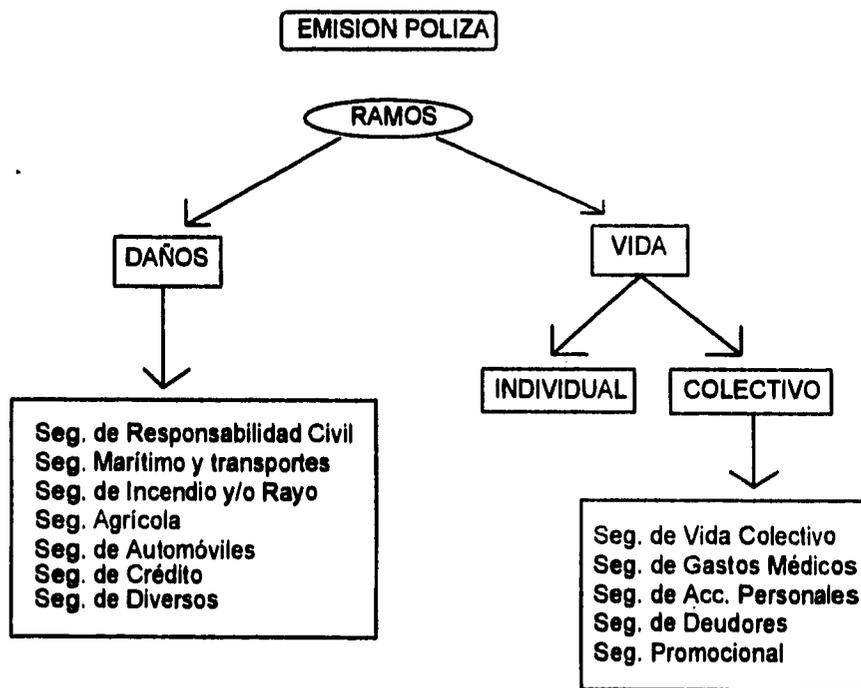
Dentro de esta clasificación existen otros planes que operan sobre bases de vida grupo, dentro de los cuales tenemos las siguientes modalidades:

---

- Seguro de Gastos Médicos
- Seguro de Accidentes Personales
- Seguro de Deudores
- Seguro Promocional

Dentro del desarrollo de este trabajo se hará un mayor análisis de los diferentes tipos de seguros que hay en vida grupo colectivo.

Fig. 1.- Ramos que componen a una compañía de seguros.



El seguro colectivo empieza a tomar fuerza en el momento que el empresario se da cuenta de la importancia que tiene la prevención social, al proveer ayuda amplia para los dependientes de los empleados cuando el ingreso familiar se interrumpe por la muerte del jefe de familia, quedando convencidos de ello empresarios y empleados.

Para muchas personas de la clase trabajadora, resulta poco atractivo el adquirir un seguro de vida individual o se rehusan deliberadamente, por el gasto que este representa y cuando desafortunadamente ocurre el fallecimiento y la desgracia se hace presente para los dependientes del trabajador, se ven en la penosa necesidad de solicitar ayuda económica. Con el seguro colectivo gran parte de estos problemas se resuelven total o parcialmente.

La reestructuración de la economía mixta en México ha surtido efecto, la situación a inicios de 1994, de la economía mexicana es mucho más prometedora de lo que era hace cuatro años; Mayor crecimiento con menor inflación son los dos fenómenos que empiezan a dar la pauta, para una economía en recuperación, con mayor estabilidad y mejor perspectivas de crecimiento para el país. Esto origina que gran parte de las empresas puedan otorgar seguros de vida colectiva para sus empleados como una prestación, con la finalidad de otorgar mejores condiciones para sus empleados y contribuir a evitar la rotación o salida del personal de las empresas, debido a que la mayoría de los planes de vida colectiva que ofrecen las compañías para sus empleados son más atractivos a medida que el empleado tenga más antigüedad o mayor jerarquía.

El seguro de vida colectivo es un plan que proporciona cobertura sobre las vidas de un grupo de personas bajo un solo contrato, otorgando protección y seguridad económica a la sociedad ante un gasto inesperado, y actualmente las compañías de seguros reconocen los siguientes grupos:

- a) Grupos de empleados de una compañía.
  - b) Grupos de sindicatos.
  - c) Grupos de acreedores-deudores (grupo de personas que solicitan un crédito).
-

- d) Grupos diversos ( permitidos en ciertos estados por su legislación, como agrupación de maestros, contadores, etc. ).
- e) Grupo de empleados del gobierno federal.

Por lo general los seguros de vida colectiva tienen una cobertura temporal por un año que puede renovarse automáticamente por plazos sucesivos, donde las primas de renovación de los plazos subsecuentes serán las correspondientes a la edad alcanzada de los integrantes del grupo asegurable en la fecha de la renovación. Los seguros colectivos otorgan un beneficio básico, que consiste en el pago de la suma asegurada al ocurrir el fallecimiento de alguno de los integrantes de la colectividad.

Bajo el seguro colectivo, el asegurador no tiene relación contractual directa o primordial con el empleado, con el miembro del sindicato, o con el deudor, aun cuando el seguro sea contributivo, es decir, que los integrantes que conforman el grupo asegurable contribuya al costo del seguro. Las partes que conforman o que intervienen directamente en la operación del seguro colectivo son la compañía de seguros y el contratante que puede ser:

- a) El patrón.
  - b) El líder sindical.
  - c) El fiduciario o el acreedor.
  - d) El representante legal de las agrupaciones legalmente constituidas que tengan vínculos comunes de naturaleza laboral o gremial, cuya finalidad sea ajena a la contratación del seguro.
-

**Ventajas en el seguro de vida colectiva:**

- **Estos seguros son dinámicos y flexibles, con condiciones muy favorables en cuanto costo y manejo administrativo permitiendo contratar beneficios adicionales que cubren: la muerte accidental, las pérdidas orgánicas por accidente, la invalidez total y permanente por accidente o enfermedad. Se habla de flexibilidad debido a la gama que tiene un contratante para solicitar la suma asegurada del seguro colectivo que pretenda adquirir, algunos parámetros que se tiene para calcular esta suma son: meses de sueldo, número de hijos que tengan los asegurados, antigüedad, jerarquía, e inclusive a una combinación de las antes mencionadas.**  
**Ademas tiene la ventaja de que se ajustan automáticamente a medida que el parámetro que se haya escogido para el cálculo de la suma asegurada vaya cambiando, sin embargo un seguro de vida individual solo tiene el parámetro de la inflación para ir actualizando la suma asegurada.**
  - **Al considerar grupos en lugar de individuos, ha sido posible eliminar los exámenes médicos y muchos otros factores de selección, aunque pueda haber vidas subnormales en un grupo, la selección adversa se reduce a un mínimo por los reglamentos legales y de aseguramiento.**
  - **Bajo este plan se emite un contrato global para el contratante de la póliza, y para el empleado se le otorga un certificado el cual contempla ( suma asegurada, beneficios, ocupación, fecha de nacimiento, nombre del beneficiario etc. ). El contratante del seguro es responsable para pagar las primas, sin embargo puede ser que parte del importe de tales primas lo aporte los integrantes del grupo asegurable ( seguro participativo ).**
-

- Una de las características primordiales de los seguros colectivos es que otorgan participación de utilidades ( dividendos ), permitiendo incrementar la protección con el mismo desembolso.
- Un punto importante en los seguros de vida colectivos es la baja siniestralidad que presentan, debido a que el objetivo del grupo asegurable no es el de comprar una póliza de vida colectivo, es decir, el grupo asegurable su objetivo al ingresar a una empresa es de trabajar en la actividad que desarrolle la empresa.

**Desventajas para los seguros de vida colectivo:**

- Cuando surgen negocios pequeños ( tiendas de abarrotes, talleres mecánicos, farmacias, en general todo el comercio en pequeño), que por el número de integrantes que lo conforman no pueden ser admitidos en el seguro de vida colectivo, debido a la antiselección se requiere de un mínimo de asegurados para poder emitir una póliza de colectivo, quedando un gran número de negocios fuera del seguro colectivo y por lo tanto para la compañía de seguros, ya que tampoco se aseguran en forma individual debido al costo que representaría.
- Las reservas técnicas son la base sobre la que descansa la economía de las compañías de seguros, por consiguiente el buen funcionamiento de las instituciones de seguros estará ligado a la forma en que son constituidas, ya que cualquier empresa de seguros que no constituya adecuadamente sus reservas, estará expuesta a sufrir un descalabro e incluso podría llegar a la quiebra. Por ley se obliga a las empresas a constituir reservas técnicas,<sup>1</sup> entre ellas la Reserva para Riesgos en Curso, que técnicamente representa la parte no devengada del equivalente del riesgo, es decir cuando la compañía aseguradora efectúa su

---

<sup>1</sup>Art. 46 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualista de Seguros.

---

cierre de balance detecta que una parte muy importante de las primas cobradas no han sido devengadas en su totalidad, por tanto, para que una empresa de seguros trabaje de manera uniforme, es necesario que reserve el importe de la prima no devengada a la fecha de su balance, para hacer frente a sus obligaciones no extinguidas durante el ejercicio corriente. Tomando como base la tabla emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la circular S-10.1 para vida colectiva y la tabla de la Experiencia Mexicana para Individual periodo 82-89,<sup>2</sup> Se realiza una comparación de la Reserva para Riesgos en Curso que se tiene que efectuar por un seguro de vida colectivo y un seguro de vida individual, obteniendo los siguientes resultados (figura #2):

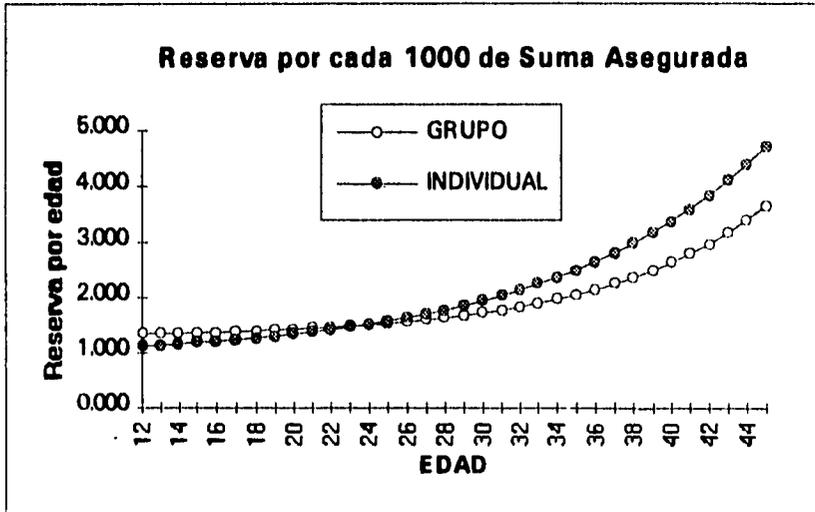
- edades de 12 a 25 años en el seguro de vida colectivo se reserva más que un seguro de vida individual.
- edades de 26 a 63 años en el seguro de vida individual se reserva más que en colectivo.
- edades de 64 años en adelante un seguro de vida colectivo se reserva más que un seguro de vida individual.

---

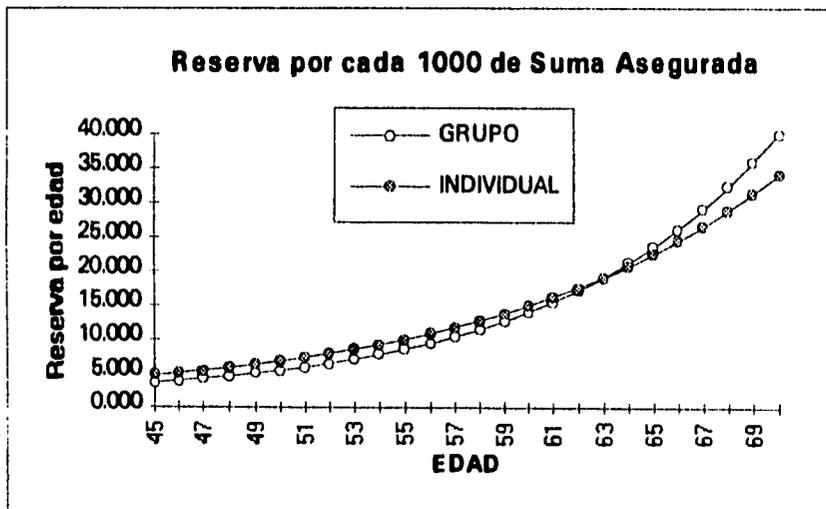
<sup>2</sup>Emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de fecha 10. de marzo de 1993.

---

Figura #2.- Reservas para un seguro colectivo e individual (edad 12 a 45 años)



(edad 46 a 70 años)



Los planes de beneficios para empleados para el seguro de vida colectivo, pueden dividirse en dos grandes rubros dependiendo de su origen, siendo estos los llamados planes Obligatorios y los planes Voluntarios.

### **PLANES OBLIGATORIOS**

Son aquellos que responden a un mandamiento legal, reglamentario o contractual y por ende, obligan a las empresas a otorgar prestaciones o beneficios al trabajador. Algunas de estas prestaciones las encontramos en la Ley del Seguro Social, la Ley del Trabajo, Infonavit y el SAR o las que se originan a través de los Contratos de Trabajo.

### **PLANES VOLUNTARIOS**

Estos planes generalmente los otorgan las empresas al personal de confianza para motivar y retener al empleado, ya que además de una remuneración adecuada, busca prestaciones que le permitan desenvolverse libre de presiones económicas en caso de enfermedad, fallecimiento, accidente, etc., que afecten a su persona o a la de sus familiares.

### **REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO <sup>3</sup>**

Art. 1o.- Para la celebración del seguro de grupo, en los términos del artículo 191 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el contratante deberá solicitar un seguro, sin necesidad de examen médico obligatorio, sobre la vida de un grupo asegurable constituido, por lo menos, del 75% de los miembros que lo formen, siempre que ese 75% no sea inferior a 10 personas en el caso del inciso a) del artículo 2o. del reglamento de seguro de grupo que a continuación

---

<sup>3</sup>Publicado en el Diario Oficial de la Federación, el día 7 de julio de 1962.

---

se menciona y de veinticinco personas en los demás incisos del artículo.

**Art. 2o.-** Son grupos asegurables en los términos de este reglamento, los que a continuación se mencionan:

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

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

**Art. 3o.-** El contratante del seguro lo será:

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

---

## **TIPOS DE SEGUROS EN VIDA COLECTIVA**

Los primeros contratos de seguros colectivos fueron suscritos en el plan temporal renovable, y esta práctica ha sido seguida generalmente a través de los años, utilizándose ahora el plan temporal renovable anualmente. Además del seguro de vida colectivo básico (que paga la suma asegurada en caso de fallecimiento de algún integrante del grupo asegurado), existen otros tipos de seguros que se han desarrollado sobre la base de vida grupo y que actualmente operan en el medio asegurador, dentro de los principales tenemos:

### **A) Seguro de Vida Grupo**

Conocido con el nombre de Temporal Renovable Anualmente con participación de utilidades.

Las edades límites de aceptación y permanencia en este seguro es:

- básico.-edad de ingreso 15-69 años y sin límite de cancelación.
- beneficios.-edad de ingreso 15-63 años y 64-70 años para cancelación dependiendo del beneficio.

Para otorgar este seguro se requiere un grupo asegurable como mínimo de 10 personas, la suma asegurada se pagará de acuerdo a la regla estipulada por el contratante si el fallecimiento del Asegurado ocurre dentro del plazo del Seguro, además este tipo de seguro permite contratar aparte del beneficio básico ( por muerte), benéficos adicionales como ( Muerte Accidental, Perdidas Orgánicas, Invalidez, Exención del pago de primas).

### **B) Seguros de Vida Grupo para colectividades**

Se pueden considerar varias modalidades para este tipo de seguros, algunas de ellas encontramos:

---

**- El de Protección Temporal Renovable (PTR):**

Este tipo de seguro puede considerar periodos desde 1 a 9 años, una vez calculada la prima se mantiene nivelada por el periodo del seguro, no se le otorgan descuentos especiales y en ocasiones no se les otorgan beneficios.

**- El seguro de Deudores:**

Este tipo de seguro se maneja sobre saldos insolutos, donde el contratante debe proporcionar una lista de los saldos insolutos para determinar la prima. Dentro de estos seguros la principal característica es el cubrir la vida de los deudores por el importe de sus adeudos hacia el acreedor, siendo este último el beneficiario.

**- El Promocional:**

Este seguro es pensando que el contratante no cuenta con recursos suficientes, por lo cual la suma asegurada esta limitada a un número determinado de salarios mensuales o anuales vigentes el Distrito Federal.

**C) Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivos**

El objetivo de este seguro es el llevar la mayor parte de la carga de los gastos de una enfermedad grave. El grupo puede estar limitado a una clase o clases de empleados, o puede incluir a todos los empleados. Cubre las incapacidades no ocupacionales y puede extenderse para incluir a los dependientes, los principales gastos que cubre este tipo de seguros son:

---

- **Tratamientos e intervenciones quirúrgicas que por prescripción de un Médico, sean necesarios para la atención de un Accidente amparado o Enfermedad amparada conforme al gasto usual y acostumbrado en el área donde sean suministrados los tratamientos o servicios médicos correspondientes.**
  - **Cuarto de hospital , incluyendo los alimentos de la persona internada y cama extra para un acompañante.**
  - **Cargos que efectuó el hospital por servicios médicos y medicamentos suministrados para la atención de la persona hospitalizada, incluyendo derecho de la sala de operaciones y anestesia.**
  - **Honorarios médicos autorizados y de sus asistentes, incluyendo las consultas postoperatorias que sean necesarias, los cuales se cubren hasta la suma máxima otorgada.**
  - **Los honorarios por consultas médicas externas o internas.**
  - **Por servicios de diagnóstico necesarios a consecuencia de la sintomatología previa, tales como exámenes de rayos x, pruebas microscópicas o de laboratorio, electrocardiogramas, encefalogramas y otros de naturaleza análoga.**
  - **Adquisición en farmacias autorizadas, de droga y medicinas prescritas por un médico.**
-

#### **D) Seguro de Accidentes Personales**

Este seguro se ofrece para brindar protección a los integrantes de una colectividad asegurable sobre los hechos que colocan en situaciones peligrosas al grupo asegurable como son:

- El material que utilicen en el desempeño de sus labores.
- El vehículo de transporte del que se sirven.
- El deporte que practiquen y la frecuencia con la cual lo desempeñen.

La clasificación de los riesgos a que esta expuesta la colectividad se debe determinar adecuadamente, ya que en base a ello se podrá saber si el riesgo es normal, especial o es un riesgo excluido, y con ello cobrar la prima o el recargo que corresponda dependiendo del tipo de riesgo.

Algunos de los riesgos considerados como normales son:

- |                 |                |
|-----------------|----------------|
| - abarrotero    | - oficinista   |
| - arquitecto    | - sastre       |
| - bibliotecario | - vendedor     |
| - cobrador      | - modista      |
| - actuario      | - radiotecnico |
-

**Algunos riesgos especiales:**

- Manipulación de explosivos o sustancias corrosivas.
- Trabajo con sierra mecánica, de vaivén, banda o circulares.
- Trabajo en túneles o galerías subterráneas.
- Matanza de ganado.

**Algunos riesgos se consideran excluidos, como los siguientes:**

- Lesiones producidas en riña; lesiones sufridas al prestar el servicio militar, cualquier lesión por participar en actos delictuosos, revoluciones, alborotos populares e insurrecciones.
- Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza.
- Abortos cualesquiera que sea su causa.
- Actos temerarios no justificados por alguna necesidad.
- Efectos de la energía nuclear o atómica, en cualquier forma.

La duración de este seguro es de un año, sin embargo se pueden otorgar pólizas con duración desde unas horas hasta 300 días, estas pólizas son conocidas como accidentes personales a corto plazo, que son empleadas para las personas que van realizar un viaje de placer, descanso, vacaciones, o que van a asistir a convenciones, congresos o reuniones en las que se efectúan actividades profesionales, ocupacionales o deportivas.

El calculo de la prima para los seguros a corto plazo se determinada como un porcentaje de la prima anual.

---

## **TIPOS DE ADMINISTRACION**

Hay varias formas de controlar las operaciones de los seguros de vida colectivo, empleando métodos adecuados para los distintos tipos de tamaños de infraestructura que presentan los grupos asegurables. El tipo de administración que emplean las compañías de seguros para los negocios en vida grupo depende del número de integrantes que lo conforma, esto es porque no se puede emplear el mismo control para una compañía con 2000 empleados que una compañía de 100 empleados, debido a que el número de movimientos ( altas, bajas, cambios ), que genera una compañía grande requiere un mayor servicio en comparación con una compañía chica.

El funcionamiento de los tipos de administración que actualmente existen, se describen a continuación:

### **A) Administración Normal**

Este tipo de administración es aplicada a pólizas de vida colectivo con un número de asegurados reducidos.

Algunos de los requisitos que debe presentar el contratante son los siguientes:

- Solicitud de Seguro de Grupo, firmada por el contratante.
  - Los consentimientos individuales firmados por los asegurados y el contratante.
  - En caso de asociaciones, uniones o agrupaciones, presentar el acta constitutiva y el padrón de socios para la emisión de la póliza.
-

Una de las características de este tipo de administración es que se tiene que reportar a la institución los movimientos de altas, bajas y modificaciones de los asegurados de la póliza contratada, se emplean por lo general periodos de treinta o cuarenta y cinco días siguientes a la fecha en que se originó dicho movimiento para reportarlos a la institución de seguros y a su vez la institución deberá emitir los documentos necesarios contemplando los ajustes por los movimientos generados.<sup>4</sup>

Los ajustes de primas por movimientos en el caso de altas, se hace por la prima del periodo por devengar, es decir, si la vigencia de una póliza es del 1-Enero-1993 al 1-Enero-1994, y se origina un movimiento de una alta en el mes de Agosto, solamente se le cobrará la prima correspondiente a cuatro meses; en el caso de bajas, se hará devolviendo la parte de la prima no devengada.<sup>5</sup>

### **B) Sistema Autoadministrado**

Para aquellos grupos en los que la participación en el seguro sea obligatoria o en los que ingrese el 100% del grupo asegurable y que tenga un mínimo de 300 asegurados, se podrá optar por un seguro autoadministrado

Para poder adquirir este tipo de administración se debe cumplir con los requisitos siguientes:

- Listado del personal o nómina con la siguiente información:
  - Nombre
  - Fecha de Nacimiento
  - Sueldo o Suma Asegurada
  - Fecha de ingreso a la compañía
- Convenio de autoadministración del Seguro de Grupo

---

<sup>4</sup>Art. 11 y 12 del reglamento de Seguro de Grupo

<sup>5</sup>Art. 15 del reglamento de Seguro de Grupo

---

Bajo este sistema, no se darán reportes de movimientos de altas y bajas durante el año póliza, comprometiéndose la compañía a proteger a los nuevos asegurados desde la fecha en que reúnan los requisitos mínimos de asegurabilidad. El contratante se obliga a emitir el certificado, en periodos no mayores de dos meses hábiles en que el nuevo asegurado cumpla las condiciones anteriores, debiendo recabar la designación de beneficiarios y la firma del asegurado.

Los ajustes de primas por movimientos de altas, bajas y aumentos de suma asegurada individual, se aplican de la siguiente forma:

- Calculando al final del año la diferencia entre la suma asegurada en ese momento y la suma asegurada al principio del año póliza inmediato anterior, tal ajuste se realiza al vencimiento de la póliza.
- Calculando al inicio del año póliza el porcentaje que represente la prima del seguro con respecto a la nómina o suma asegurada, y aplicando dicho porcentaje a la totalidad de salarios vigentes en cada período de pago de primas como importe de las mismas.

Cada que existe un movimiento como: cambio de suma asegurada, aumento y disminución de beneficios o algún otro cambio en la póliza original y que sea de carácter general, el contratante tiene la obligación de emitir nuevos certificados o en su defecto notificar las nuevas condiciones a los asegurados.

Las empresas que pertenecen a este tipo de sistema son por lo regular medianas y grandes, con una infraestructura que permita llevar adecuadamente la administración del sistema autoadministrado.

---

### **C) Sistema de Autoadministración Simplificada**

Este sistema es aplicable a pólizas con mínimo de asegurados que oscila entre 400,500 o 600 en adelante, excluyendo a las pólizas de participación voluntaria (cuando no es obligatorio el adquirir el seguro), esto es para lograr que se coloquen pólizas con el 100% de la colectividad, con la finalidad de evitar que estas pólizas tengan una mayor siniestralidad a la esperada, y logrando obtener resultados sanos y productivos para la cartera que componen estas pólizas.

Cuando se emplea este tipo de administración se obtiene:

- a) Grupos homogéneos.
- b) Siniestralidad soportada.
- c) Simplificación administrativa.

A través de este sistema , se mantiene por períodos mínimos de 3 o 4 años la edad promedio y en el caso de que el grupo asegurable disminuya o aumente en un porcentaje del 10%, se recalculará la edad promedio.

Este tipo de administración reduce de manera importante para la compañía de seguros, el control que generan los movimientos por altas, bajas y cambios de asegurados, esto por la constante rotación de personal que tienen las compañías grandes, que son las que entran en este tipo de administración.

---

---

## **IMPORTANCIA DE LA CORRECTA APLICACION DE LOS MANUALES DE VIDA COLECTIVA**

Se ha comprobado que hoy en día las compañías de seguros se mantienen en el mercado gracias a la aplicación de políticas sanas y de adecuadas reglas de funcionamiento.

Todo producto diseñado por una compañía de seguros se hace pensando en un equilibrio entre funcionamiento y productividad, logrando este objetivo a través de una adecuada aplicación de políticas y tarifas por parte de las áreas operativas, que dan como resultado los siguientes factores :

### **PRODUCTIVIDAD**

El mejoramiento de la productividad es el motor que está detrás del progreso económico y de las utilidades de la corporación. La productividad también es esencial para incrementar los salarios y el ingreso personal. Una Compañía que no mejora su productividad pronto reducirá su estándar de supervivencia.

La productividad se define como la relación entre las entradas y las salidas de un sistema productivo. Si se produce más salida ( ventas ) y con las mismas entradas ( gastos ), se mejora la productividad, además se debe contemplar mediciones de niveles de servicio, de calidad y de flexibilidad.

Existen tres principios que se deben seguir al medir la productividad en los distintos niveles de una compañía de seguros:

---

- **Primero, se debe preguntar a los responsables de las áreas ( Nuevos Productos, Ventas, Mercadotecnia, etc. ), que desarrollen sus propias mediciones, tal vez con la ayuda de un asesor. Además los responsables de las áreas deben establecer las mediciones, debido a que se requiere el compromiso gerencial y por lo regular tienen una mayor visión de cómo medir la productividad de un nuevo producto.**
- **El segundo principio es que todas las mediciones de productividad deben estar entrelazadas en forma jerárquica, para asegurar la consistencia de las razones de nivel más bajo y más alto, y finalmente todas las responsabilidades se deben entrelazar para los objetivos de la compañía.**
- **El tercer principio es que las razones de productividad deben incorporar todas las responsabilidades de trabajo en la medida de lo posible. En algunos casos, se puede requerir el cálculo de varias razones de productividad o una razón total ponderada. Siempre que se definan las razones, éstas deben representar una medición razonable del trabajo total.**

**Toda medida resulta improductiva cuando las partes involucradas ( gerencias, subdirecciones, direcciones ) no cumplen con sus objetivos.**

---

## **EFICIENCIA Y CALIDAD**

En los últimos años, ya es notable el esfuerzo de ofrecer más alternativas de seguros a la clientela. Están las fianzas penales en el seguro de automóviles, planes novedosos en seguros de vida y accidentes a través de tarjetas de crédito, seguros de viaje para el equipaje y gastos de emergencia, seguros obligatorios de vehículos ya operando de manera parcial y algunos otros. También se debe considerar, que la presencia de las compañías extranjeras y la fuerte capacidad de las grandes compañías privadas nacionales, se observará un mayor dinamismo en la variedad de seguros disponibles, con planes de seguro cada vez más atractivos y con diversas opciones en los niveles de protección.

Se ha demostrado a través de estudios en los diferentes sectores de la industria en México, que para obtener los resultados óptimos planteados por una compañía, se debe en gran parte a la inversión que hace en la capacitación constante de su personal, para poder crear una actitud de servicio con el cliente y con las áreas que integran a una compañía.

Cuando se tiene un personal calificado para el manejo de sus funciones dentro de una organización, se logra obtener una eficiencia en resultados para la compañía. Esto se ha comprobado al momento que se crea un nuevo producto en vida colectivo, con nuevas reglas y con diferentes perfiles o conceptos para atacar al mercado. El personal que diseña el nuevo producto sabe de la magnitud que puede cubrir este producto y de las opciones que se pueden utilizar para satisfacer las necesidades del contratante, pero lo más importante a considerar es que las áreas que hacen posible el funcionamiento del nuevo producto como ventas, emisión, cobranzas, no están capacitadas para dar el servicio adecuado y no se involucran por conocerlo. Por ello muchas compañías empiezan a tener como resultado una pérdida de mercado, que se vera reflejado en la productividad de la empresa.

---

## **APERTURA COMERCIAL**

Las economías del mundo están cambiando a un ritmo vertiginoso. No habrá gobierno que no pueda o quiera quedarse al margen. Es prácticamente una obligación el generar el cambio. México se encuentra inmerso en este universo, en donde se está obligado a cambiar.

El gobierno mexicano no se encuentra al margen de esta situación y ha empezado su negociación de apertura de fronteras, y el país ha iniciado el primero tal vez de varios tratados de libre comercio. Estas negociaciones han obligado a depurar la economía del país, esto lo está intentando a través de varias estrategias. Sin duda dos de las principales han sido :

- Dejar de ser empresario, la nueva definición, ser rector de la economía, dirigir los recursos a sectores de desarrollo social.
- Buscar la disminución de la inflación, situación que debe ser necesaria para poder tener mayor competitividad.

Pero no todo queda a la acción que tome el gobierno mexicano. Los empresarios, funcionarios, empleados y público en general, tienen que ser más conscientes de la realidad del país. Productividad, eficiencia y calidad son las palabras claves que más se escuchan en la actualidad entre los empresarios mexicanos.

Sin lugar a duda el sector asegurador es donde se tendrá que poner más empeño para competir y salir adelante, porque las distancias son muy notorias entre los tres países. Resulta que la participación del seguro en Canadá es cuatro veces mayor y la de Estados Unidos siete veces mayor a la que se observa en México<sup>6</sup>, esto es en forma

---

<sup>6</sup>Según estudio realizado recientemente por Segumex-Inbursa (Revista de Inversión en México y el Tratado de Libre Comercio, Edición 1993 pag. 237)

---

general del ramo asegurador; porque para el seguro de vida colectivo, los empresarios mexicanos han creado conciencia de la necesidad del seguro, pero sin embargo sigue existiendo una marcada diferencia entre mercados.

Lo anterior se debe a las diferencias enormes que existen en el hábito de compra de seguros, también se debe a la capacidad de compra de los habitantes. En México es realmente incipiente la conciencia de adquirir un seguro, la sociedad no está convencida de su bondad, además si le agregamos una fuerte tendencia en ciertos sectores bajos de la sociedad, a la superstición, se piensa que si se adquiere un seguro, se atrae al riesgo, aunque las principales razones son que la gente no conoce como funciona un seguro o bien que no cuenta con los recursos para adquirirlo.

No obstante, se sabe que hay un enorme potencial, la población general en México es de 82.6 millones de habitantes según el último censo de 1990<sup>7</sup>, menos de la mitad de la población de los Estados Unidos (252 millones de habitantes) y tres veces más que la de Canadá (27 millones de habitantes), y si se considera que la edad ideal para adquirir un seguro está entre los 20 y los 60 años, en México existen 38.8 millones de personas es este rango, se tiene calculando, hablando del seguro de vida, que sólo 1.6 millones de personas tienen seguro, Si se resta la población que por falta de recursos se sale de la posibilidad de comprar un seguro que son alrededor de 20 millones de personas , entonces quedan 18.8 millones de personas susceptibles de adquirir un seguro. Restando los 1.6 millones que ya poseen un seguro de vida todavía faltan 17.2 millones de personas como mercado potencial.

---

<sup>7</sup>Proyección elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática para finales de 1992

---

## **DESARROLLO EQUILIBRADO PARA LA COMPAÑIA DE SEGUROS**

Hoy es muy importante que las empresas revisen sus logros obtenidos y avances dentro del mercado, esto quiere decir, que nuestros productos deben adaptarse a las necesidades del mercado y no el mercado a las necesidades de las empresas.

A pesar de las estadísticas anteriores, el mercado mexicano se esta desarrollando rápidamente.

Durante 1992 la industria creció con respecto a 1991 y se presume que va a seguir con una tendencia a crecer, a finales de 1994, la participación del sector en el Producto Interno Bruto será del 2%, esto soportado por un esfuerzo en búsqueda de competitividad bajo conceptos de productividad: mayor rentabilidad, mayor rendimiento por empleado, disminución de costos tanto de operación como de adquisición, creatividad en productos, principalmente.

Por parte de la autoridad, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, trata de apoyar dictando normas que lleven a las empresas aseguradoras a garantizar su capacidad de servicio. Durante 1990 estableció el requisito de margen de solvencia con el fin de garantizar su responsabilidad adquirida con sus asegurados. Otro caso es el que se establece durante 1993, donde todo agente que quiera ofrecer sus servicios deberá cursar una carrera de estudios, donde cuando menos tenga que estudiar 30 días un curso básico para poder comenzar a ofrecer sus productos.

Durante 1994, se percibió mucho movimiento en cuanto la inversión extranjera directa en el sector mexicano, no obstante, no es nuevo las negociaciones con empresas extranjeras. Pero en particular en este año se han dado a conocer nuevas alianzas y es así en gran medida como las compañías mexicanas quieren contar con tecnología adecuada para tener posibilidades de competir con compañías extranjeras.

---

Algunos de las transacciones que se han realizado en México en el ramo asegurador, han sido las siguientes:<sup>8</sup>

Compañía mexicana	Compañía Extranjera	% Acciones
Seguros Interacciones	Commercial Union Assurance Co.	44
Seguros La Territorial	AGF International	32
Seguros Chapultepec	Zurich Insurance Co.	30
Seguros América	Assicurazioni Generali S.P.A.	25
Seguros Equitativa	Chubb Corporation	18
	Federal Insurance Co.	9
Aseguradora Cuauhtémoc	Riunione Adriatica di Sicurita	34
	Allianz Aktiengesellschaft	15
Seguros Monterrey	Aetna International, Inc.	44
Seguros Interamericana	American International Reinsurance Co.	49
Seguros Tepeyac	Mafre International	49
Anglo Mexicana de Seguros	Assicurazioni Generali S.P.A.	48
Seguros Génesis	Cenit S.A. Seguros	24
	Metropolitan Life	24
Seguros Cigna	Cigna Innational Holding	49

Por lo pronto qué se puede recomendar para la industria de seguros mexicana se enfrente con éxito a la competencia extranjera dentro del marco TLC:

---

<sup>8</sup>Análisis realizado presentado por la Revista de Inversión en México y el Tratado de Libre Comercio, Edición 1993 pag. 239

---

- **Como primer punto, conocer más a su mercado.**  
**Resulta de vital importancia que las compañías se aboquen a conocer más a su cliente, qué necesidades reales tiene de aseguramiento, cuándo deben o pueden pagar, principalmente.**
  - **Ser más productivo en forma individual por empleado y en conjunto como empresa, tendencia que lleve a ofrecer mejores productos a precios más justos.**
  - **La tecnología es algo muy importante, hoy se debe adquirir, buscando dar un servicio más ágil, más completo.**
  - **Desarrollar funcionarios más comprometidos con su trabajo, la responsabilidad y la honestidad deben ser parte del trabajo diario.**
  - **Aprender a trabajar con utilidades razonables.**
-

---

## **CONSECUENCIAS, MECANISMOS Y MEDIDAS IMPLANTADAS EN VIDA COLECTIVA POR UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

### **ELEMENTOS QUE AFECTAN AL SEGURO DE VIDA COLECTIVA**

Se ha demostrado en base a la experiencia de muchas compañías de seguros que algunos de los elementos que originan un desarrollo desequilibrado para la institución y mal manejo de la misma son:

- a) Antiselección de riesgos.
- b) Inflexibilidad de áreas.
- c) Falta de capacitación de personal.
- d) Infraestructura inadecuada.
- e) Productos infructuosos.
- f) Sistemas improductivos.

#### **Antiselección de riesgos**

En cualquier grupo clasificado como normal, habrá individuos cuya expectativa de mortalidad sea más favorable que la normal. Por esta razón, los solicitantes de seguros a tasas normales pueden aceptarse con subnormalidades que desarrollan una mortalidad ligeramente más elevada que el promedio. La experiencia a la larga del grupo, se espera que sea el promedio y que refleje la mortalidad estándar.

---

El problema de las personas que son encargadas de dictaminar la subnormalidad de los riesgos, es determinar las categorías de los riesgos, sin embargo, lo general es clasificar los riesgos con base en el aumento previsto en la mortalidad y de ajustar las primas a estas clasificaciones.

No solo se debe considerar para un incremento en la prima a las personas que tienen alguna deficiencia física o las que tienen un trabajo con mayor riesgo, también se debe poner una especial atención a los negocios en los cuales algún asegurado rebasa los límites de retención de la compañía.

Una vez realizada la labor de venta, por parte de los agentes o corredores de seguros, es solicitada a el área de Emisión la elaboración de la póliza que ampare al contratante del seguro. Para poder emitir la póliza se solicitan algunos requisitos como son: regla de suma asegurada, actividad preponderante de la empresa, llenado de consentimientos por parte del grupo asegurable y algunos otros datos esenciales para que el área Técnica, que vigila y desarrolla los productos de vida, pueda analizar la solicitud y determinar si se debe aplicar una extraprima al grupo asegurable.

Cuando el área de Emisión grupo vida llega a omitir alguno de los procedimientos establecidos para el control de la información, debido a alguna de las causas siguientes:

- a) Falta de experiencia del personal.
    - a.1.- No hay capacitación adecuada.
    - a.2.- Falta de interés por parte del personal.
    - a.3.- Gente inadecuada para el puesto.
  
  - b) Presión por parte del agente para que sea emitida la póliza.
    - b.1.- No se realiza una revisión eficaz del grupo asegurable.
    - b.2.- Se toman decisiones muy apresuradas.
-

- c) No contar con un adecuado control administrativo.
  - c.1.- Falta de un registro de los movimientos generados por entrada y salida de información.
  - c.2.- No tener un sistema que garantice la veracidad de la información.
  - c.3.- Los tiempos de respuesta son demasiado prolongados.
  
- d) Demasiada carga de trabajo para el personal.
  - d.1.- La falta de una distribución de la carga de trabajo.
  - d.2.- No contar con el suficiente personal.
  - d.3.- Dejar que el personal acumule el trabajo.

Repercute en gran medida en la productividad de la compañía de seguros, generando una desviación en los resultados esperados por el área Técnica Vida de los productos que están operando en el mercado.

En la actualidad existe gran disponibilidad por parte de el área de sistemas para apoyar las áreas operativas en sus funciones cotidianas como: la generación de listados de asegurados, listados de movimientos de altas y bajas de asegurados, pantallas de consultas para obtención de datos, listados de asegurados que rebasan los límites máximo permitido para tomar en automático los negocios en vida grupo y en general todo lo referente al apoyo que requieren estas áreas para operar en forma automatizada.

Hay funciones que no pueden ser totalmente automatizadas como los asegurados que alcanzan sumas aseguradas muy altas que por su naturaleza tienen que ser negociados individualmente con compañías reaseguradoras, que generalmente son compañías extranjeras. Cuando no se lleva el adecuado control de estos negocios y se llegara a omitir colocar alguno, en caso de un siniestro, de esta naturaleza, para la compañía de seguros representaría una desviación de resultados esperados.

---

### **Inflexibilidad de áreas**

La falta de cooperación del personal que elabora en una compañía, y en particular para las áreas que participan en el control de los productos de vida colectivo, puede ser originada por varias razones, las principales son:

**a) Los hábitos**

Constituyen un obstáculo, debido a que es difícil tratar de cambiar la conducta de las personas, generando barreras en el desarrollo de nuevos procesos efectuados por las compañías y que repercuten enormemente en la productividad de la compañía, sobre todo en compañías que tienen infraestructuras grandes con personal de varios años de antigüedad.

**b) Miedo a lo desconocido**

Es importante remarcar el apego que tienen las personas a lo cotidiano, que cuando se originan cambios en el funcionamiento del sistema de alguna compañía, generan temor hacia los empleados. Esto es notorio cuando la tecnología hace su aparición y la gente no está preparada para operarla. Por ejemplo: los enlaces electrónicos de consulta instantánea a nivel nacional que son utilizados por las compañías grandes para dar servicio de comunicación entre sus oficinas, que a pesar de que son diseñados lo más didáctico posible el personal no lo explota de la manera esperada y prefiere utilizar métodos tradicionales para el intercambio de información.

**c) Actitudes negativas**

Un factor primordial es la actitud que se toma ante el servicio que se debe brindar a las diferentes áreas con las que se tiene contacto, esto resulta de vital importancia para las compañías medianas y grandes de seguros, porque gran parte de las

---

operaciones que realizan día a día se efectúa con oficinas foráneas, que difícilmente se conoce a la persona.

La falta de un criterio de responsabilidad, origina un atraso en la entrega de información y como consecuencia un desequilibrio en los resultados de la compañía.

### **Falta de capacitación de personal**

Cuando es terminado un producto por el área Técnica Vida, desarrollan un programa de capacitación para las áreas de Ventas, Emisión, Cobranzas, Indemnizaciones, Supervisión Técnica, Reaseguro, Contabilidad. El programa es elaborado lo más explícito posible para que sean asimilables las ventajas que otorga el lanzar un nuevo producto al mercado, también es de suma importancia que las áreas operativas manejen adecuadamente las políticas y procedimientos del producto.

La inadecuada preparación de los empleados en la operación de los nuevos productos y la falta de una supervisión del trabajo da lugar a sanciones impuestas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que regularmente esta realizando auditorias a las compañías de seguros para verificar que las pólizas que están emitiendo estén de acuerdo a los productos que tiene registrados cada compañía de seguros.

Otro factor fundamental es cuando el asegurado se da cuenta que no están cumpliendo con lo otorgado en las condiciones de la póliza, ocasionando pérdida de cartera y mala imagen para la compañía. Esto normalmente ocurre cuando los empleados no conocen a fondo las condiciones de la póliza o cuando interpretan en una forma equivocada el procedimiento y cálculo de las tarifas del producto. Un caso frecuente en las compañías de seguros para las pólizas de vida grupo, que originan confusión son las pólizas que otorgan utilidad a el contratante del seguro.

---

**EJEMPLO: DE UNA POLIZA DE VIDA COLECTIVA**

	información '94	información '93
Prima de listado	10,936.96	13,694.88
Ajuste anual	80.73	(128.17)
% de dividendos	16.00	20.00

**Nota :** El ajuste anual es conocido hasta el periodo siguiente, es decir el importe que aparece en ajuste de '94 corresponde a la vigencia 93-94.

**CALCULO EN EMISION**

**METODO CORRECTO**

**FORMA DE CALCULO DE DIVIDENDOS**

**FORMA DE CALCULO DE DIVIDENDOS**

$$CD94 = (PL93 \pm A92) \times PD94$$

$$CD94 = (PL93 \pm A93) \times PD93$$

**Donde:**

**Donde:**

CD94 = Cálculo de dividendos de la vigencia 93-94.

CD94 = Cálculo de div. de la vig. 93-94.

PL93 = Prima listado de 1993.

PL93 = Pri. listado 1993.

A92 = Ajuste de 1992.

A93 = Ajuste de 1993.

PD94 = % de dividendos 1994.

PD93 = % de div. 1993.

**SUSTITUCION DE DATOS**

**SUSTITUCION DE DATOS**

$$CD94 = (13694.88 - 128.17) \times 0.16 = 2,170.67$$

$$CD94 = (13694.88 - 80.73) \times 0.2 = 2,722.83$$

**RESULTADOS**

Al analizar este ejemplo se observa que la falta de una capacitación y desconocimiento del producto por parte del empleado de emisión, esta efectuando de manera equivocada la aplicación del concepto de utilidad para el contratante de la póliza , ya que emplea un porcentaje de dividendos del 16% en lugar del 20% y los ajustes que consideran corresponden a la vigencia del periodo 92-93 en lugar del periodo 93-94, generando una diferencia de N\$552.16 a favor del asegurado.

### **Infraestructura inadecuada**

Es enfocado a dos aspectos principales que son el factor humano y el relacionado a las instalaciones de la compañía, ambos juegan un papel fundamental.

Con el continuo crecimiento de las compañías y con el aumento en la complejidad de los negocios, el conocimiento especializado vino a ser cada vez más un requerimiento necesario para una administración apropiada. Naturalmente, el tamaño de las compañías tiene una relación muy importante con la organización interna y en la reclutación del personal. Seleccionando en los puestos claves hombres con amplia experiencia en el ramo, que su éxito dependerá del personal que tiene para apoyarlo y en la adecuada distribución de la carga de trabajo. Cuando el empleado no quiere involucrarse o es difícil que tenga disposición, hace que el rendimiento general del área a la que pertenece se vea disminuida, obligando a destinar más recursos para lograr una nivelación de productividad del área.

El acondicionamiento adecuado del lugar de trabajo, para que el empleado desarrolle sus funciones cotidianas debe ser lo más apropiado, procurando crear los espacios que requieren las áreas, para un adecuado manejo administrativo, sobretodo las áreas que generan una cantidad enorme de documentos. Ya que contar con espacios reducidos implica tener tiempos de respuesta infructuosos, debido a que se tiene que utilizar lugares alejados del centro de trabajo para el control del archivo, también no tener una iluminación adecuada puede causar constantes dolores de cabeza y por lo tanto ausencia de personal, en si todo lo que implica un mal acondicionamiento de las áreas de trabajo, se va ver reflejado en la productividad de la empresa.

---

### **Sistemas improductivos**

Es elemental para las compañías de seguros contar con sistemas capaces de dar el apoyo necesario para las áreas productivas y técnicas, por la gran cantidad de movimientos que se generan.

Cuando hay dificultades en la funcionalidad de los sistemas, hace que la información se vea diversificada y por lo tanto no es del todo confiable. Al realizar una investigación en el área de emisión grupo de todas las pólizas que tenían registradas en un trimestre en sus controles administrativos que tiene implantados y haciendo una comparación con el sistema que administraba las pólizas de vida grupo de una compañía de seguros se obtuvo que:

- Los descuentos sobre primas que marcaba el manual de vida grupo no eran bien aplicados por el sistema, por lo cual se tenía que estar haciendo los ajustes manualmente.
  - El sistema le faltaba flexibilidad para contemplar varias opciones para el registro de movimientos que fueran hechos manualmente, como el pago de participación de utilidades de la póliza, que se registra en automático por el sistema cuando la utilidad se aplicaba como descuento de prima en su próxima renovación, pero cuando el contratante solicitaba su utilidad por cheque se dejaba de registrar este tipo de movimiento por el sistema.
  - Se observó que existen procesos en el sistema que realizan la cancelación de pólizas que tienen cuarenta y cinco días de haberse emitido su recibo sin recibir su pago, sin embargo son pólizas que continúan vigentes en el área de emisión.
-

**estas son algunas diferencias encontradas entre el área de emisión y el funcionamiento del sistema que tiene el área como apoyo. Esto repercute a las áreas de Vida Técnica debido a que esta área toma la información que existe en el sistema para realizar cálculos del tipo (provisión de reservas, cálculos de prima, estadísticas), que al final del año cuando se hace la conciliación de los cálculos que se obtuvieron por parte del área Técnica, en comparación con lo registrado contablemente son totalmente discrepantes, originando atraso en la entrega de resultados financieros de la compañía, empleando más horas hombre en la realización de una supervisión, para detectar las diferencias encontradas y así poder realizar los ajustes correspondientes.**

---

## **FACTORES QUE AFECTAN LA PRODUCTIVIDAD**

La medición es únicamente el primer paso en el mejoramiento de la calidad. El segundo paso es entender los factores que afectan la productividad y seleccionar los factores apropiados de mejoramiento en cualquier situación dada.

En la literatura sobre productividad, con frecuencia se da una lista parcial de factores. Esto surge de un punto de vista de comportamiento económico o técnico que recalca un enfoque en particular para mejorar la productividad. En esta sección se dará un punto de vista comprensivo de productividad, incluyendo todos los factores que podrían afectar la productividad de operaciones; factores externos, de producto, de proceso, de capacidad, de inventario, de fuerza de trabajo y de calidad.

Hay factores que están fuera del control de la empresa como: competencia de otras empresas, demanda del cliente, cancelación de primas, entre otras. Los factores externos pueden afectar tanto al volumen de la salida (la emisión de pólizas), como a la disponibilidad de entradas escasas (disminución de primas).

Un nuevo producto es un factor que puede influir grandemente la productividad. Usualmente se reconoce que la investigación y el desarrollo conducen a nuevas perspectivas para mejorar la productividad. Por otro lado, demasiada innovación de producto puede disminuir la funcionalidad del mismo y conducir a una baja en la productividad.

Un factor importante para la productividad, es la fuerza de trabajo, que es tal vez el más importante de todos, que hoy en día ya está recibiendo una gran atención. La fuerza de trabajo, a su vez, está asociada con un gran número de subfactores: selección y ubicación, capacitación, diseño del trabajo, supervisión, estructura organizacional, remuneraciones, objetivos etc.

---

Por último se debe considerar el factor de la calidad del producto. Sólo a últimas fechas es que ha quedado claro que la mala calidad puede conducir a una productividad pobre. La prevención de errores y el hacer las cosas bien desde la primera vez son dos de los estimulantes más poderosos tanto para la calidad como para la productividad.

## **ALTERNATIVAS PARA EL SEGURO DE VIDA COLECTIVA**

### **Mejoras en la productividad**

Algunos de los pasos que se deben seguir para lograr las mediciones, el compromiso y la retroalimentación en un programa de mejoramiento para una área Técnica Vida con respecto a la productividad son los siguientes:

- a) Desarrollar mediciones de la productividad en todos los niveles del área.
  - b) Establecer objetivos para el mejoramiento de la productividad en términos de las mediciones establecidas. Estos objetivos de productividad deben ser realistas y depender del tiempo.
  - c) Desarrollar planes para alcanzar las metas preestablecidas por el área. En este punto el funcionario responsable del área debe decidir como alcanzarlas.
  - d) Poner en marcha los planes de trabajo. Esto normalmente será llevado a cabo a través de la organización interdepartamental.
-

**e) Medir los resultados.** Este paso requiere la obtención de datos y la valuación periódica del progreso del alcance de los objetivos planteados en el inciso b).

Un programa de mejoramiento de productividad que subraya la medición, la retroalimentación y el control requiere del soporte y participación de la dirección. El programa de mejoramiento debe tener una alta prioridad en la compañía y se debe utilizar desde los peldaños inferiores. Dado que el mejoramiento cruza por todas las unidades organizacionales, debe empezar por la dirección y enfocarse a los objetivos del negocio y la estrategia del mismo en el nivel más alto.

Se lanzó un programa en una compañía de seguros, en donde la dirección fijó los objetivos de productividad para la compañía, estableció el soporte de asesoría para planear y monitorear al programa e insistió en que los gerentes en cada nivel midieran y mejoraran su productividad.

El ejemplo de mejoramiento fue tomado por una compañía de seguros que a dedicado esfuerzos continuos por mejorar su productividad. Determinó sus resultados de acuerdo a encuestas continuas realizadas a los agentes de ventas, promotorias y al cliente que acudía a las instalaciones. Este programa fue lanzado por los directores de las áreas involucradas en el proceso, hacia los distintos niveles de la administración. El plan consiste en cuatro fases:

**Fase I:** Reunión con todos los empleados y supervisores para aclarar papeles y responsabilidades.

**Fase II:** Formar comités, integrados por representantes de cada área.

---

**Fase III:** Reforzar el sistema de administración por objetivos de la compañía para establecer los objetivos más medibles y concretos.

**Fase IV:** Establecer un programa de medición y mejoramiento de la productividad.

Como resultado del programa, que condujo a la aclaración de las responsabilidades y objetivos de cada uno de los departamentos, se tuvo el mejoramiento en la productividad. Para mantenerse en un avance continuo, se instituyó un calendario de reuniones continuas, con intervalos de tiempo no mayores a un mes, en las que cada departamento exponía un problema. Se elegía un tema o problema de una área en particular y todos los integrantes del comité buscaban soluciones posibles hasta encontrar la más factible.

Hay algunos otros métodos que han empleado compañías del ramo asegurados para mejorar la productividad de su empresa como:

- Programas específicos enfocados al diseño del producto.
- Diseño del proceso y motivación en el trabajo.

Estos ejemplos indican que no existe un enfoque a prueba de fuego para el mejoramiento de la productividad. El mejor enfoque en cualquier compañía en particular será hecho a la medida de acuerdo a los problemas y situación de la compañía. En todos los casos, sin embargo, la administración debe remarcar la productividad y desarrollar programas para mejorarla constantemente.

---

### **Creación de una área de supervisión**

Dentro de las prioridades de una compañía de seguros, es el tener un mejor control de sus operaciones que realiza cotidianamente, por ello han realizado esfuerzos para crear áreas de supervisión, como lo es el departamento de supervisión de productos vida grupo, que su principal función es el tener un mejor control de los movimientos realizados por las áreas operativas. El personal que debe integrar esta área debe conocer a la medida los diferentes productos que tiene la compañía.

Este mecanismo de prevención se esta utilizando por las compañías grandes de seguros con resultados positivos e importantes cambios en las áreas operativas, llegando a cambiar por completo a un departamento en su forma de operar y creando los controles adecuados para el funcionamiento ideal del mismo.

Para lograr las metas propuestas por el área de Supervisión se debe contar con el apoyo y colaboración de todas las áreas operativas, para tener acceso a la información y lograr los estudios que se requieran. Dentro de sus principales funciones destacan las siguientes:

- Tener un conocimiento general de toda la cartera de Vida Grupo, así como de los negocios más importantes o especiales.
  - Revisar las pólizas que forman grupos (pools). para poder confirmar si efectivamente existe algún documento que los agrupe como tales.
  - Revisar las pólizas de Vida Grupo que estén emitidas fuera de políticas y cerciorarse que tengan una autorización firmada.
-

- **Verificar si las políticas de suscripción están acordes con las Notas Técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.**
- **Elaborar reportes continuos de lo revisado para darle el seguimiento adecuado.**
- **Confirmar que el área de emisión este utilizando los documentos adecuados para la suscripción.**
- **Verificar que las comisiones, bonos y movimientos de altas y bajas estén bien calculados para evitar datos erróneos.**
- **Comprobar que los departamentos de Emisión y Cobranzas estén utilizando correctamente las cuentas contables, y que lo afectado a estas cuentas este debidamente justificado con un documento.**

Estas son una parte de las múltiples actividades que tiene por desarrollar una área de Supervisión, basadas en el control de la información de vida grupo colectiva. Una vez identificado todos los problemas que han originado la desviación de resultados y la corrección a los mismos, se podrá desarrollar otros proyectos de gran importancia para la compañía de seguros, con una aportación a la mejora de la productividad.

Algunos de los proyectos que puede desarrollar el área son:

- De acuerdo a las supervisiones realizadas a las áreas operativas y los problemas encontrados en los productos manejados por estas áreas, se podrá aportar ideas importantes para la creación de nuevos productos.
  - La creación de estándares de calidad de la información, lo que implicaría una estrecha comunicación entre las áreas operativas, sistemas y área técnica para la elaboración de conductos de intercambio de información confiable y oportuna.
-

---

## **NUEVOS PRODUCTOS PARA LOS SEGUROS DE VIDA COLECTIVA**

### **BASES PARA UN PRODUCTO**

#### **I) Parte teórica**

La ciencia actuarial, tan necesaria para que el negocio del seguro de vida opere con éxito, esta ligada a dos ramas de la ciencia, la teoría de la probabilidad y la estadística. La probabilidad nos permite hacer presunciones para el futuro, en vista de lo sucedido en lo pasado. Y en un estricto sentido académico, la Estadística está ligada al método científico en la toma, recopilación, presentación y análisis de datos tanto para deducción de conclusiones como para tomar decisiones, y es sin duda alguna, la Estadística el pilar de una Compañía de Seguros, ya que esta es importante en la toma de decisiones cuando prevalecen condiciones de incertidumbre, como lo son, el determinar cuánta prima le van a cobrar a sus asegurados y saber que esta sea suficiente para pagar los siniestros que se vayan presentando, y además el garantizar, como toda empresa de seguros, un beneficio a sus accionistas.

---

## **II) bases legales**

En interés de la claridad y comprensión, las cláusulas de la póliza aparecen detalladas, evitando la fraseología técnica e inoportuna. Se ha considerado ser del interés de la compañía, del asegurado, de los beneficiarios y de la industria del seguro en general, que no exista posibilidad para interpretaciones contrarias a la intención de las partes contratantes a la iniciación del contrato. Previamente se ha mencionado que, para la protección del asegurado, la ley interpreta cualquier ambigüedad en contra del asegurador.

Para la correcta aplicación de los planes y vigilancia de los mismos, existe en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, los requisitos que debe cumplir una compañía de seguros para poner en operación un nuevo producto, que textualmente dice:<sup>9</sup>

**Art. 85 .-** Las sociedades mutualistas de seguros deberán realizar las operaciones de seguros y para ceder riesgos en reaseguro, debiendo ajustar al cumplimiento de lo dispuesto en las fracciones de este artículo:

sus coberturas; procedimiento para calcular las cuotas de los mutualizados; las tablas de valores garantizados; las reservas por riesgos peligrosos o anormales y por cláusulas adicionales; el porcentaje del remanente o de pérdidas a repartir entre los asegurados, así como para determinar el dividendo que corresponda a cada asegurado; la documentación relacionada con la contratación de seguros o derivada de ésta; contratos para ceder riesgos en reaseguro; así como las bases para el cálculo de las reservas:

---

<sup>9</sup>Reformado por Decreto de 28 de diciembre de 1989, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de enero de 1990

---

- I.- Ser suficientes para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que contraigan esas sociedades con sus mutualizados;
- II.- Las estipulaciones que contengan los contratos en las diversas operaciones y ramos de seguros, así como las bases establecidas para determinar el importe de las cuotas, su devolución y el pago de dividendos en las pólizas en que se contrate ese beneficio, se aplicarán sin excepción a todos los riesgos de la misma clase;
- III.- La seguridad de las operaciones;
- IV.- La adecuada selección de riesgos en la contratación de seguros, así como para la cesión de reaseguro,
- V.- Claridad y precisión en la comunicación individual o colectiva que se realice por cualquier medio con los mutualizados.

Las sociedades mutualistas de seguros deberán presentar ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para efectos de registro y vigilancia, los documentos y demás elementos a que se hace mención en el primer párrafo de este artículo, cuando menos treinta días antes de su utilización o puesta en operación. La citada Comisión dentro de los treinta días hábiles siguientes a la fecha de recepción de dichos documentos y elementos, podrá ordenar modificaciones o correcciones, cuando a su juicio no se cumpla con lo establecido en este artículo, prohibiendo su utilización hasta en tanto no se lleven a cabo las modificaciones o correcciones que ordene, de no hacerlo así, se entenderá que no existe inconveniente para su utilización.

---

**El contrato celebrado por una sociedad mutualista de seguros en contravención a lo dispuesto en este artículo es anulable, pero la acción sólo puede ser ejercida por el mutualizado, el beneficiario o por sus causahabientes, contra la sociedad mutualista de seguros y nunca por ésta contra aquéllos.**

**Cuando una sociedad mutualista de seguros otorgue una cobertura en contravención a este artículo que dé lugar al cobro de una prima inferior a la que debería cubrirse para riesgos de la misma clase, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas concederá a la mutualista un plazo de diez días, contado a partir de la fecha de notificación, para que exponga lo que a su derecho convenga, y si dicha Comisión determina que ha quedado comprobada la falta, ordenará a la mutualista que dentro del término que señale, no mayor de treinta días naturales, corrija el documento de que se trate manteniendo la vigencia de la póliza hasta su terminación a su costo, no pudiendo, en su caso, renovarse la póliza en las mismas condiciones.**

**En las coberturas de vida o de accidentes y enfermedades en que una sociedad mutualista de seguros cobre una prima superior a la que debería cubrirse para los riesgos de la misma clase, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, ajustándose al procedimiento citado en el párrafo anterior y si determina que ha quedado comprobada la falta, lo comunicará al mutualizado, beneficiario o sus causahabientes, para que en un plazo de diez días, contado a partir de la fecha de notificación, determine si se le devuelve el exceso cobrado y su rendimiento, o se aumenta la suma asegurada; en caso de que no determine nada en el referido plazo, la Comisión ordenará a la mutualista la devolución del exceso cobrado y su rendimiento.**

---

**PRODUCTOS TERMINADOS**

El área de Técnica Vida proporciona el producto ya desarrollado, a través de una multitud de departamentos ( Ventas, Emisión, Indemnizaciones, Cobranzas, principalmente), comités, funcionarios y su personal respectivo, el contrato de seguro de vida colectivo viene a ser posible, siguiendo una serie de pasos ó algoritmo preestablecido por la misma área ( figura 3 ).

Figura #3 .- Esquema del proceso de un producto nuevo

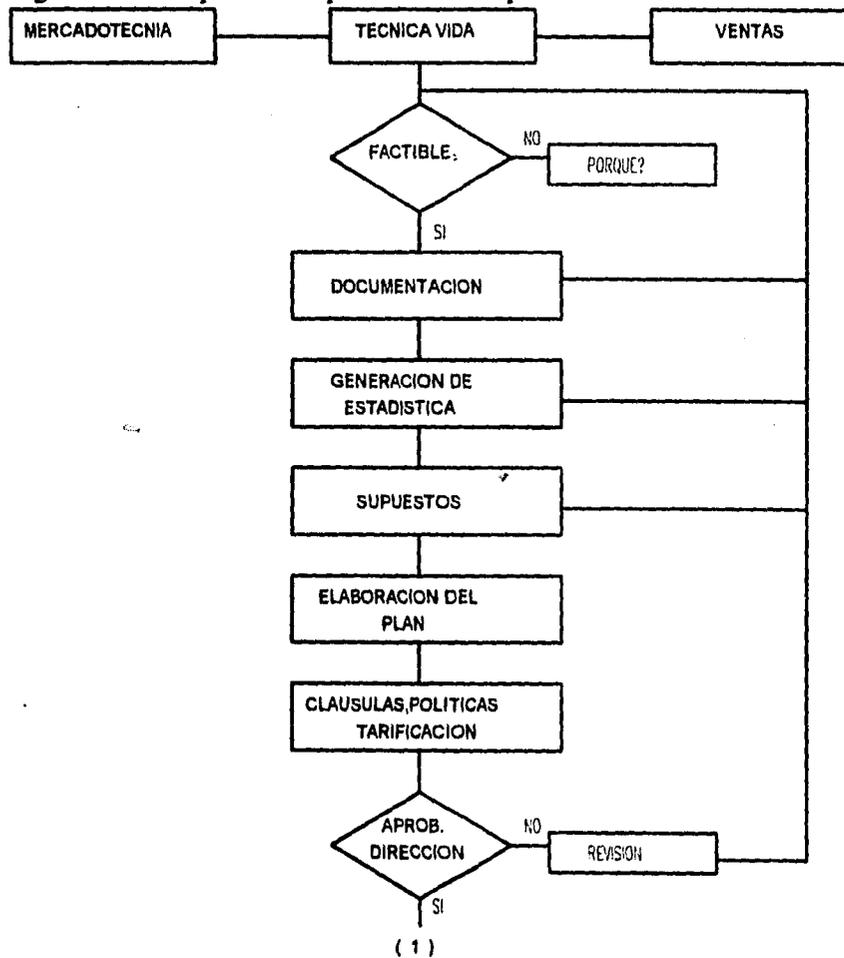
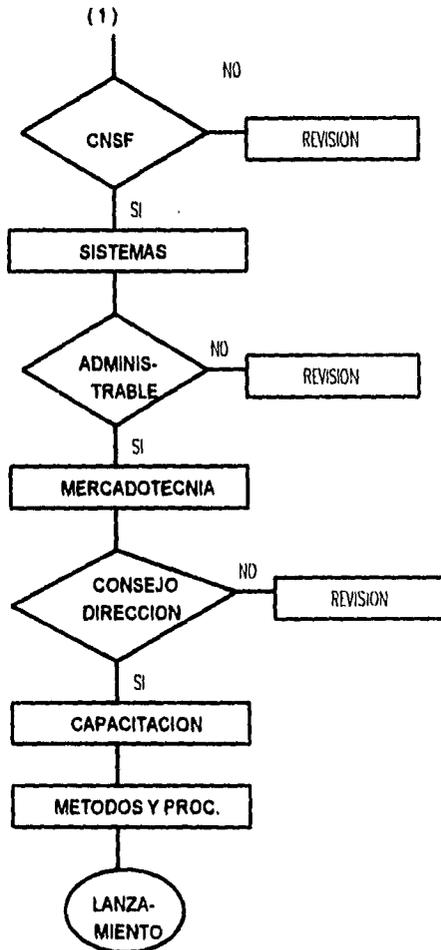


Figura #3 .- Esquema del proceso de un producto nuevo



Hay ocasiones que algunos de los pasos a seguir en el algoritmo o parte de ellos son brincados debido a que ya se habían desarrollado en algún otro producto existente, lo que implica una disminución en tiempo para la elaboración del nuevo producto.



**Algunos de los procesos en que intervienen las áreas son:****Area de Ventas**

Aquí es donde se empieza a maquilar la idea de un nuevo producto, retomando toda sugerencia propuesta por asegurados, agentes y por comentarios del medio asegurador, todo lo recopilado es analizado hasta obtener una propuesta factible para el área de Mercadotecnia, quien retoma la idea y le da forma.

Por otro lado es el área que tiene la responsabilidad de buscar los medios necesarios para lograr metas de venta y de contar con la infraestructura adecuada para dar el servicio que requieren las promotorias, corredores y agentes de ventas, con la finalidad de mantener la cartera existente y de conseguir un incremento a la misma, ya que son evaluados de acuerdo a su productividad alcanzada en periodos estimados por el consejo de la dirección. La actualización constante de los ejecutivos de ventas y la preparación adecuada juegan un papel muy importante para lograr los objetivos planteados.

El área de ventas esta enfocada a dar servicio, básicamente a los corredores y a las promotorias, debido que los corredores se encargan de colocar los negocios con la compañía de seguros que más se acople a sus condiciones que requiere, y las promotorias son las encargadas de promover los productos y de reclutar agentes de ventas, y de otorgarles capacitación y asesoramiento, contando a su vez con el apoyo de la compañía de seguros para lograr sus objetivos.

---

### **Area de Mercadotecnia**

El área de Mercadotecnia recibe todas las sugerencias proporcionadas por los agentes de ventas y promotorias, creando una necesidad de un producto que pueda cubrir lo solicitado, de esta manera el área de Ventas contribuye con un enfoque realista de lo requerido por el asegurado. Y es aquí donde nace y se origina el primer paso para el desarrollo de un nuevo producto, que posteriormente el área Técnica Vida empieza a darle forma.

Una vez que se hace el lanzamiento de un nuevo producto, el área de mercadotecnia debe estar preparada con el material necesario para darle la publicidad que se requiere para difundir entre los diferentes medios de comunicación. Se requiere de una gran labor para tener lista la propaganda de un nuevo producto y lograr que sea conocida por toda persona que se encarga de promover los productos de la compañía de seguros.

Para lograr que un folleto, manual, tenga el contenido adecuado para promover y dejar plasmada una idea clara de lo que se trata el nuevo producto, el área de mercadotecnia debe trabajar muy de cerca con el área técnica, para lograr sustraer los puntos más importantes que contiene el nuevo producto.

### **Area de Técnica Vida**

En términos generales el proceso que realiza el área de Técnica Vida una vez planteadas las necesidades del mercado hechas por mercadotecnia y ventas, se puede contemplar en las siguiente etapas:

---

- a) **Factibilidad**, en este punto lo que se pretende es el prever si el producto es rentable para la compañía y además si es posible el desarrollo del mismo.
  - b) **Documentación**, se toma en cuenta todos los factores posibles para poderse documentar con respecto al nuevo producto, algunos de estos son :
    - Revisar en el mercado si existe un producto similar.
    - Analizar lo elaborado en el mercado extranjero.
    - Revisar en revistas o documentos que proporcionen información con respecto al nuevo producto.
  - c) **Generar Estadística**, apoyo esencial para el planteamiento del producto, auxiliándose con herramientas como la probabilidad, la lógica y el sentido común.
  - d) **Supuestos**, dependiendo del plan se toman algunos criterios de posibles comportamientos de la población asegurable.
  - e) **Elaboración del plan**, determinar los alcances y las limitaciones del producto.
  - f) **Cláusulas**, todo producto nuevo debe estar dentro de lo establecido por la ley, por ejemplo no se puede tener un seguro de grupo vida en cual se pueda asegurar apartir de tres asegurados debido a que el artículo 1o. de ley sobre el seguro de grupo, marca como mínimo diez asegurados.
-

- g) **Tarificación**, de acuerdo al tipo de plan que se haya desarrollado se determina como se debe calcular la prima final que se cobrara al asegurado, es decir, las cuotas que se aplicaran al seguro.
- h) **Políticas**, son las normas que deben emplear las diferentes áreas que utilizan el producto, las cuales están contempladas en manuales administrativos y de suscripción, que sirven de apoyo para estas áreas.

Toda creación de un nuevo producto no termina con la elaboración y desarrollo del mismo, se requiere el involucramiento de varias áreas para el buen funcionamiento del mismo, como la capacitación, una buena comunicación con las áreas que tienen contacto con el proceso de un nuevo producto. Es de gran importancia la colaboración de las áreas de Contabilidad, Sistemas, Mercadotecnia, Supervisión Técnica, Emisión, Ventas, con el área de Técnica Vida ya que de ello depende el obtener los resultados esperados.

#### **Area de Sistemas**

Una vez aceptado la nota técnica del nuevo producto por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el área Técnica Vida realiza el llenado de un formato ya preestablecido por el área de sistemas con la finalidad de formalizar el requerimiento de la elaboración del sistema que administre el producto.

El área de sistemas hace un análisis de todos los requerimientos solicitados por las distintas áreas de la compañía, otorgando prioridades a los diseños de los sistemas que le han solicitado, con tiempos de respuesta no mayores a uno o dos meses debido a que un mayor tiempo provocaría atrasos en los tiempos estimados para el funcionamiento del sistema, una vez aprobado el desarrollo del

---

sistema, se lleva a cabo una reunión entre el área Técnica Vida y Sistemas, para la cual el área Técnica Vida debe presentar un manual conteniendo todas las características que debe contemplar el sistema, que posteriormente son analizadas por el área de Sistemas dictaminando que partes del manual tienen que ser acondicionadas a una forma más fácil de acoplarse a un sistema, y una vez estando de acuerdo ambas partes en el contenido del manual se procede a realizar el diseño del sistema administrativo del nuevo producto.

Existen dos fases en las que se realiza el sistema, la primera llamada fase de "Arranque", que contempla todo lo esencial para que un sistema empiece a funcionar, considerando el área Técnica Vida en base a proyectos presentados anteriormente a el área de Sistemas, un tiempo estimado para esta fase entre cuatro y un máximo de diez meses para su desarrollo, la cual comprende las siguientes partes:

**Estructura de Datos.-** Contempla el diseño de catálogos, tablas, tarifas, primas netas, descuentos, recargos etc., en si todo lo relacionado a las bases con la información que debe considerar el sistema para que el nuevo producto opere satisfactoriamente.

**Diseño de pantalla.-** Es la elaboración de esquemas o pantallas con distintos niveles de diseño, que permitan la entrada y salida de información, el diseño de las pantallas deben ser comprensibles y didácticas, ya que de ello depende un gran número de usuarios que van a ser uso del sistema.

**Programas de Cálculo.-** Son los procesos lógicos, aritméticos y geométricos que se integran al sistema para la realización de operaciones con la información contenida en las bases de datos y la proporcionada por los usuarios.

**Diseño de pruebas.-** Definir los tipos y niveles de pruebas que le serán aplicadas al proyecto, clasificándolas como:

---

- a) pruebas por módulo : Se refiere a las pruebas a realizarse a cada módulo por separado antes de unirlo al resto del sistema.
- b) pruebas de integración : Se refiere a la evaluación de las interfases entre los módulos del sistema de manera independiente al momento de unir un nuevo módulo al resto del sistema y en forma global al sistema integrado.
- c) prueba de aceptación : Comprende la evaluación global del sistema ya integrado, en donde se verifica si se cumplen los objetivos por medio de crear ambientes similares a la operación real, además se deben realizar pruebas en frente del usuario, por medio de la cual éste puede verificar si se cumple con los objetivos planteados.
- d) prueba de asiento : Prueba final en donde el usuario verifica el ambiente de operación del sistema.

**Impresiones.-** Es el desarrollo de formatos como recibos, listados, carátulas etc., con salida a papel.

En ocasiones esta primera fase llamada de arranque, no llega a estar terminada para el tiempo que se programo para su desarrollo, sin embargo el nuevo producto se lanza al mercado debido a que ya se cuenta con un compromiso de una fecha de operación del nuevo producto con promotores, agentes y corredores. Se emplean métodos auxiliares para poder apoyar a las áreas operativas mientras se termina en definitiva el nuevo sistema.

La segunda fase "Mantenimiento", se centra principalmente en el seguimiento y mantenimiento que se brinda al sistema cuando ya se libero.

Los sistemas deben ser flexibles en su diseño, con la finalidad de que puedan ser modificados durante su tiempo de uso, dejando la

---

posibilidad de poder incorporar más opciones para poder explotar lo más posible el sistema y poder brindar un mejor servicio al usuario, cubriendo todas las necesidades de las áreas que dependen del sistema.

Las adecuaciones a un sistema pueden costar el mismo tiempo que se emplea para diseñar un sistema nuevo, por lo que deben ser estratégicos y necesarios los cambios a un sistema.

### **Area de Emisión**

Esta área participa principalmente en el servicio a los asegurados y a la aplicación del producto, revisando que la emisión de las pólizas se apliquen de acuerdo a las políticas desarrolladas por el área de Técnica Vida.

Cuando áreas como esta, que son donde se observan los resultados concretos de lo que otras áreas han realizado ( ventas ), a través de la generación de documentos que hacen válida toda operación que de seguros ( póliza ), se logra tener un adecuado manejo de un producto con sus normas y políticas establecidas para su emisión, se podrá obtener resultados de información confiable y estadísticas sanas, por lo que es responsabilidad del área de Técnica Vida el otorgar la capacitación antes del lanzamiento del producto al personal del área de Beneficios y el asesoramiento continuo a las dudas que surjan durante su permanencia en el mercado.

El área de Emisión contribuye enormemente con la gran responsabilidad que implica el hecho de llevar el control administrativo de todos los productos que contiene una compañía de seguros, empleando mecanismos reguladores que controlen la afluencia de información. Hoy en día es posible contar con datos al instante a nivel nacional e internacional, gracias a la avanzada tecnología en comunicaciones que permite entrelazar ciudades y generando tiempos de respuesta al momento.

---

### **Area de Contabilidad**

Es fundamental la intervención del área de contabilidad en el proceso de un nuevo producto, debido a que todo nuevo producto tiene una repercusión contable, por ello es importante que el área de contabilidad conozca el funcionamiento del nuevo producto, para que pueda determinar que cuentas del catálogo contable de la compañía van a ser afectadas por la incursión del nuevo producto ó si es necesario abrir subcuentas para registrar los movimientos que generan este producto. También es necesario que el área de contabilidad comunique a las áreas que tienen contacto con el nuevo producto, las cuentas que están disponibles y que se abrieron con la creación del producto, con la finalidad de llevar un control contable y evitar desviaciones que posteriormente se convierten en dolores de cabeza.

Es importante que el área Técnica Vida mencione en que procesos se puede emplear una automatización entre áreas administrativas y el área Contable, con la finalidad de simplificar cargas de trabajo y mayor confiabilidad en la información; Esto se puede emplear por ejemplo: cuando el área de Emisión, genera un recibo de pago de primas para el asegurado, el importe de la prima emitida se puede cargar en automático a la cuenta de primas pendiente de pago, a través de algún sistema enlazado con el área de contabilidad y también podría emplearse cuando se realiza la contra parte del movimiento anterior, que es cuando el asegurado hace el pago del seguro por medio de el área de Cobranzas, cerrando así la operación contable.

---

---

## **ANALISIS DE RIESGOS Y COSTO-BENEFICIO DE UN PRODUCTO**

Un producto terminado se define como un resultado tangible, el cual puede tomar varias formas como son documentación, código de programas hasta un prototipo.

Considerando como análisis de riesgos al proceso por medio del cual se identifica cuál es el riesgo que puede presentarse durante el desarrollo del proyecto.

Algunos de los factores que pueden afectar la culminación del nuevo producto son los siguientes:<sup>10</sup>

### **Categorías de Riesgo**

- Incremento de costos
- Límites de tiempo
- Impacto organizacional
- Fuga de información
- Técnicas disponibles
- Experimentación

El proceso de análisis de riesgos para un producto de nueva creación se realiza durante su elaboración por parte del área Técnica Vida, al momento que se crea el nuevo producto se empieza a estipular cuales son los alcances del producto y que va a cubrir inicialmente y cuando se empieza a hacer el análisis de riesgos, se determina de lo cubierto que se puede considerar como medible y lo que resulte como incalculable se estipula como una cláusula de exclusión.

---

<sup>10</sup>Definición tomada por Seguros Monterrey Aetna, Revista de Desarrollo y liberación de proyectos ( Ver. 1.0 pag. 12, edición 1994.)

---

Un análisis de riesgos no solo puede dar origen a exclusiones para una póliza, también puede llegar a modificar la idea principal por la cual fue conceptualizado el nuevo producto o conservando la idea pero agregándole beneficios adicionales.

Existe por lo general reglas a seguir para la creación de un nuevo producto. En primera instancia dependerá si la idea inicial para la creación del nuevo producto es muy ambiciosa, entonces tiende a crear un gran número de cláusulas de exclusión y por lo contrario si es muy pobre tiende a ser modificada la idea o agrandada. Para fundamentar este razonamiento se tomaron algunos casos prácticos del área de Técnica Vida, consideremos:

- **Una idea pobre**

Se pretende crear un nuevo producto para el ramo de vida colectiva, que cubra la muerte de los asegurados que integran al grupo asegurable. Al hacer un análisis de esta idea se obtiene que:

En el desarrollo de la nota técnica y en mancuerna con el análisis de riesgos se descubre que el producto puede ser más atractivo para el asegurado si cubre la muerte y además contar con las opciones de algunos beneficios adicionales como muerte accidental, perdidas orgánicas, invalidez, exención de pago de primas en caso de invalidez y con derecho del seguro, que resultaría como complemento de la opción principal que se pretendía cubrir originalmente.

- **Una idea ambiciosa**

Desarrollar un producto para el seguro de vida colectiva, que cubra la muerte del asegurado y adicionarle un beneficio que en caso de despido de un empleado, se cubra por un año más la muerte del ex-empleado.

---

Para poder elaborar un producto que contemple la cobertura de despido se debe considerar que una renuncia voluntaria, invalidez total, cesantía por edad avanzada, no se tomaran como despido lo que implica que se tendrá que excluir en la póliza todas estas posibilidades de salida de una compañía, haciendo una tendencia a incurrir a limitar más el producto.

Para el análisis de costo/beneficio consideramos al proceso por medio del cual se evalúa el proyecto; identificando, midiendo y comparando el costo actual y potencial con los beneficios sobre el ciclo de vida del proyecto.

Que debe incluir el análisis costo beneficio

<b>A</b>	Identificar el costo del proceso actual.	<b>B</b>	Remarcar el beneficio de cada producto terminado para el negocio
----------	--	----------	--

	Identificar y medir los costos relevantes y los beneficios potenciales.		Estimar el impacto de costos y beneficios tangibles
--	---	--	---

<b>E</b>	Estimar valores para costos y beneficios intangibles	<b>F</b>	Realizar un análisis de la inversión para ligar los beneficios con los costos y medir cuanto se obtendrán los beneficios (recuperación de la inversión)
----------	--	----------	---

Durante la realización del análisis de riesgos que realiza el área de Técnica Vida, hace conjuntamente el análisis que tendrá el nuevo producto en costo y el alcance del mismo.

Lo importante ha considerar por el área Técnica es no tardarse demasiado en la realización del producto, contemplando una administración sencilla para su manejo y tomando todos los elementos necesarios para crear un producto capaz de incursionar al mercado con éxito.

---

## **CONCLUSIONES**

A lo largo de esta tesis se hizo una reseña de los principales problemas, por los cuales atraviesa una compañía de seguros en el ramo del seguro de vida colectivo, así como las posibles soluciones que se pueden emplear para evitarlos y la manera de disminuir la incidencia en los mismos errores. La mayor parte de la información es recopilada sobre situaciones reales por las que atraviesa una compañía de seguros, complementándose con investigaciones de documentales y publicaciones realizadas en el medio asegurador. Haciendo un énfasis de las situaciones más comunes que afectan directamente la operación del seguro de vida colectivo, así como el funcionamiento de los productos que son lanzados al mercado por el área Técnica de nuevos productos, considerando todas las características con que son diseñados y el campo que se pretende cubrir con su lanzamiento, también se mencionan algunas de las soluciones que han empleado las compañías grandes de seguros para poder contrarrestar los efectos negativos que produce la falta de una adecuada administración y supervisión del entorno de los productos de vida colectivo.

Para lograr que las áreas puedan obtener mejores resultados, es importante que tengan definido cuales son los problemas que están afectando a su área y por consiguiente obstaculizando el desarrollo de la misma, para que posteriormente se haga una clasificación de los problemas y poderlos identificar como: internos ( que son ocasionados por causas internas del área) y externos ( son aquellos que afectan el funcionamiento del área a consecuencia de los movimientos que son originados en otras áreas), esto es con el propósito de poderlos resolver en forma diferente y determinar cual

---

es la causa que realmente esta ocasionando el mal funcionamiento del área. Una vez hecha la clasificación de los problemas del área, la manera de solucionar problemas externos, es realizando reuniones con los encargados de cada área, formando un comité de mejoras continuas, quienes tendrán que conocer cada uno de los problemas que hay entre áreas y dar prioridades para resolverlos, a través de soluciones favorables en conjunto, complementándose con la forma de solucionar los problemas internos, que en su gran mayoría existen en las áreas operativas debido a que la principal causa es la falta de conocimiento de manuales y políticas de los productos de vida colectivo, por ello es necesario la creación de una área de Supervisión Técnica, quien tendrá la tarea de realizar revisiones, sobre la información que es generada por las áreas operativas y controlándola a través de reportes, entregando resultados concretos a los responsables de las áreas que están realizando los errores y proporcionando las soluciones posibles para corregir las fallas.

Al aplicar este tipo de medidas para mejorar la obtención de resultados en las áreas que tienen contacto con los productos de vida colectivo, se logra la unificación de criterios en gran parte de los procesos que forman la operación de vida colectiva, permitiendo controlar y regular las operaciones que se desprenden por el uso de tarifas de vida colectivo, lo que se traduce en resultados productivos para la compañía de seguros, a través de estadísticas sanas, sistemas adecuados y productivos. Se logra mejorar el servicio a los asegurados, con una mejor atención, información, trámites y menor tiempo de respuesta a sus reclamaciones, obteniendo una imagen de responsabilidad y compromiso para la compañía de seguros, y también se logra que las áreas mejoren sus relaciones y conozcan mejor las funciones que desarrollan las otras áreas.

---

Es importante que hoy en día se logre controlar los problemas de las áreas que están incluidas en procesos definidos como lo es la operación de vida colectivo, ya que de no hacerlo la productividad de las áreas será siempre la misma sin perspectivas de alcanzar mejores metas, además de tener una erogación de gastos innecesarios y provocando una desviación en resultados esperados, con frecuentes errores como son : incorrecta aplicación de manuales, mala atención al asegurado, falta de comunicación interdepartamental, entre otras. Esta problemática para algunas compañías de seguros tiende a ser descuidada debido a que no cuentan o no destinan recursos para la creación de áreas de supervisión, sin embargo es notoria la necesidad de estas áreas por la gran cantidad de multas que tiene una compañía de seguros impuestas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y lo más importante, que es la pérdida de confianza por parte del contratante.

Bajo esta política de cambios y adecuaciones en sus sistemas tradicionales de las compañías de seguros, con una sensibilización al cambio para los empleados y creando una política de servicio, se ha podido mejorar en gran parte las fallas administrativas, que se tenían en las áreas operativas principalmente, con la implantación de los métodos que se han mencionado durante el presente trabajo, lo que ha permitido lograr subsanar sus economías y sobre todo obtener una mejora en su productividad.

---

---

## **GLOSARIO DE GRUPO**

### **Accidente**

Se entenderá por accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del asegurado. No se considerará accidente las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el asegurado.

Podemos considerar las siguientes subclasificaciones de accidente:

#### **- Accidente Colectivo**

Se considera cuando éste le ocurra al asegurado, en las siguientes formas:

- a) Mientras viaje como pasajero en cualquier vehículo público que no sea aéreo, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transporte público con el boleto pagado sobre una ruta establecida normalmente para el servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
  - b) Mientras viaje como pasajero en un ascensor que opere para servicio público, excepto minas.
  - c) A causa de un incendio en cualquier teatro, hotel o edificio público.
-

**- Accidente Amparado**

Es cuando al ocurrir dicho suceso y al efectuarse el primer gasto médico para el tratamiento respectivo se encuentre vigente la cobertura de la póliza.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se consideran como provenientes de un sólo evento y se considerará como enfermedad al accidente que sea atendido después de los treinta días siguientes a la ocurrencia.

A consecuencia de un accidente se puede originar lo siguiente:

**- Invalidez Temporal**

La pérdida de facultades o aptitudes, que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo

**- Invalidez Permanente Parcial**

La disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar

**- Invalidez Total y Permanente**

Es cuando durante la vigencia del certificado, el asegurado haya sufrido lesiones corporales o padezca alguna enfermedad que lo imposibiliten 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.

---

## **Asegurado**

Es el titular que cumpla con los requisitos de elegibilidad establecidos en la póliza, a través del titular puede ampliar su cobertura de su póliza, a efecto de que se incluyan lo derivado de su cónyuge e hijos, estos se denominarán **DEPENDIENTES**, esta cobertura se aplica para los seguros de Gasto Médicos de Vida Grupo, donde se cubren los gasto médicos del titular y los originados por la atención de los dependientes.

El titular de la póliza es el que designa a el(los) beneficiario(s), en caso de muerte, en todos los seguros de vida grupo excepto en el de deudores.

Entendiendo por **Beneficiarios** .- Las personas que en su orden señala el artículo 501 de la Ley Federal del Trabajo, y en caso de menores de edad, o de quienes no tengan una Vida Económicamente Activa, se entenderá por beneficiarios de descendientes, cónyuge, concubina o concubinario, ascendientes y parientes colaterales dentro del cuarto grado, que señala el Código Civil para el Distrito Federal, en Materia Federal.

Las pólizas pueden proveer para el pago de los beneficios a ciertas personas, distintas de los albaceas o de los administradores del empleo, si el beneficiario muere antes que el empleado, o si no se ha nombrado ningún beneficiario; por ejemplo, la póliza puede suscribirse dando a la compañía la opción de pagar el seguro a la esposa o esposo, si viven; o en partes iguales a los hijos sobrevivientes. Si ni el esposo, ni la esposa, ni los hijos sobreviven, el producto puede ser pagado, bien sea al padre o a la madre, o a ambos, por partes iguales. si no hay parientes sobrevivientes entre los ya indicados, los beneficios son pagaderos a los albaceas o administradores del seguro. En algunos Estados, el pago a los parientes es opcional por parte de la compañía; en otros, el derecho de los parientes a recibir el seguro, si no hay beneficiario nombrado, se rige por reglamento.

---

Puesto que el empleado puede, en las pólizas de grupo tal como son ordinariamente suscritas, cambiar el beneficiario de tiempo en tiempo, el beneficiario no tiene intereses creados en el seguro, y la cancelación termina cualquier interés contingente que pueda haber tenido.

Para los efectos se tomara como **Vida Económicamente Activa**, a toda persona de los 17 a los 60 años, así como mayores de 14 años que demuestren tener trabajo y estén cursando su educación obligatoria(primaria), y a los mayores de 60 años que desarrollen una vida económicamente activa, debiendo acreditarlo fehacientemente.

Se considera **Colectividad Asegurada**, a la constituida por los miembros de la agrupación asegurable que, habiendo consentido en tomar el seguro y habiendo sido propuesto al efecto por el contratante, figuren en el registro elaborado por la compañía, al aceptar dicha propuesta. Cada una de los miembros formará parte de la agrupación asegurada desde la fecha en que indique el registro del que se trata, y hasta en tanto no se produzca alguna de las causas por las que conforme a la póliza o la ley deban cesar, individual o colectivamente los efectos del contrato.

## **Dividendos**

Algunos han supuesto que los dividendos en una póliza de seguros representan una distribución de las ganancias de la corporación.

Los dividendos sobre el negocio de seguros de grupo se calculan con la experiencia del negocios de seguros de grupo de la compañía tomado en conjunto como una base. Estos, a su vez, se ajustan por medio de la experiencia individual del grupo, de manera que una

---

experiencia favorable para el contratante se transforma en un beneficio.

El otorgar diferente porcentaje de dividendos a el contratante, esta en función a el número de participantes que integra el grupo de asegurados, originando que grupos más grandes se le otorguen un porcentaje mayor de dividendos, que estos a su vez , dependerán de las primas pagadas por el contratante y la siniestralidad del mismo.

Existen varias modalidades de dividendos, que son otorgados por las compañías de seguros, algunos de estos son:

**- El pago de dividendos en forma anticipada**

Son aquellos que se le otorgan al contratante al principio de su inicio de su vigencia de su póliza de vida grupo, quedando condicionados a que sea cubierto el pago de la prima de su seguro, en la practica este tipo de dividendos ya no son otorgados por las compañías de seguros.

**- Dividendos Vencidos**

Dependiendo de la forma en que se acordó entre la compañía de seguros y el contratante de otorgar los dividendos, se entregaran en forma vencida, por ejemplo : si la compañía de seguros va a pagar dividendos trimestralmente, estos serán entregados al contratante al final del periodo de cada trimestre.

**- Dividendos Ganados**

Estos se otorgan en forma vencida y representan los dividendos netos a pagar al contratante, porque contemplan los ajustes que normalmente se aplican a los dividendos para ajustarlos, dentro de estos ajustes podemos considerar los siniestros, altas, bajas, cambio de calculo de suma asegurada, etc.

---

## **Grupo**

Es el conjunto de personas o empleados, cuya organización este bien definida y que presente para la compañía de seguros una selección favorable. Las pólizas de seguro pueden contemplar todas las clases de empleados de una organización o sobre grupos arbitrariamente establecidos. Por ejemplo, el personal de confianza y sindicalizado de las oficinas , obreros y trabajadores de las plantas y en general todo tipo de clases estructurales dentro de una compañía.<sup>11</sup>

En 1918 la Convención Nacional (Asociación ) de Comisionados de Seguros, adoptaron la siguiente definición del seguro de vida grupo:

El seguro de vida colectivo es la forma de seguro de vida que cubre no menos de cincuenta empleados, con o sin examen médico, suscritos bajo una póliza emitida al contratante, la prima de la cual debe ser pagada por el contratante y los empleados conjuntamente, y asegurando solamente a todos sus empleados , o a todos los de cualquier clase o clases dentro del mismo negocio, determinadas por las condiciones pertinentes al empleo, por importes de seguro basados en algún plan el cual impida la selección individual, y a favor de personas distintas al contratante siempre y cuando, sin embargo, que en el caso de que la prima sea pagada por el patrono y el empleado conjuntamente y los beneficios de la póliza son ofrecidos a todos los empleados elegibles, no menos del setenta y cinco por ciento de dichos empleados pueden ser así asegurados.

Actualmente las compañías de seguros toman como seguro de grupo sin necesidad de examen médico obligatorio, sobre la vida de un grupo asegurable constituido, por lo menos, del 75% de los miembros que lo formen , siempre que ese 75% no sea menor a 10 integrantes y 25 para sindicatos, las agrupaciones legalmente constituidas y cuerpos del ejército. Lo cual esta contemplado en el

---

<sup>11</sup>El Seguro de Vida, Traducción al español, 3ra. edición pag. 205, por Jonh h. Magee

Reglamento De Seguro de Grupo es publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 7 de julio de 1962.

### **Prima**

Es el resultado de varios procesos realizados por la cía. aseguradora, dando como resultado el importe que debe cubrir el contratante para tener derecho a un seguro.

Por lo general en los seguros de vida grupo el calculo de la prima se hace sobre una base anual, que pueden ser pagados en forma semestral, trimestral y mensual, considerando un recargo por manejo administrativo.

Sin importar el tipo de plan el contratante es responsable por el pago de la prima del seguro. De acuerdo con las condiciones del contrato, la compañía de seguros puede cobrar las primas vencidas o anticipadas al contratante.

### **Riesgo**

Es la exposición a un evento económicamente desfavorable por parte del asegurado.

La selección y clasificación se proponen establecer un grupo al cual puedan asignarse la gran mayoría de los solicitantes y al cual pueda asignarse el término de normal. Puesto que las tasas de mortalidad varían con la edad, las primas deben variar con la edad para un plan de seguro dado, si embargo, dentro de un grupo de edad, la probabilidad de muerte para algunos es mayor que para otros. El aumento del riesgo puede prevenir de peligro ocupacionales, hábitos o menoscabos físicos.

---

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

Los riesgos clasificados como aceptables, pero que requieren una tasa de prima en exceso de la normal, son conocidos como subnormales. los solicitantes del seguro de vida caen en alguna de estas tres categorías:

- a) Riesgos asegurables a tasas normales
- b) Riesgos asegurables por medio de una prima aumentada
- c) Riesgos inasegurables

Si los asegurados están sujetos a una exposición de riesgo anormal, la compañía puede requerir un examen médico y gracias a las pólizas de vida de tarifa extra, todos los beneficios del seguro de vida han sido puestos a disposición de varios millones de personas con menoscabos físicos o en ocupaciones peligrosas, quienes de otra manera se hubieran visto privados de dicha cobertura. Una prima adicional es cargada para cubrir el riesgo extra de mortalidad, también llamada EXTRAPRIMA.

**Extraprima.-** Cuando una colectividad tenga una ocupación que represente un riesgo mayor al normal, de fallecimiento, de sufrir algún accidente o de invalidarse, se le aplicará un recargo a la prima, el cual se denomina extraprima y que estará en función del riesgo ocupacional que represente el grupo. Asimismo, la institución se reserva el derecho de extraprimar aquellos asegurados con riesgos subnormales de salud.

**Reaseguro.-** Cuando la compañía de seguros recibe solicitudes en las cuales algún asegurado, rebasa los límites aceptables por la compañía, estos pueden resultar una desviación desfavorable de la experiencia de mortalidad sobre la cual están fundadas las primas, tales cantidades que rebasan el límite (También Llamado Límite de Retención), se realiza un traspaso con otra compañía de seguros, del riesgo que rebasa el límite. En el ramo de vida, el reaseguro se efectúa por medio de alguno de estos dos planes:

---

**Facultativo.-** Cuando es rebasado el límite soportable por una compañía de seguros, el excedente es negociado con otra compañía de seguros, para traspasar el exceso de riesgo. Este plan requiere que la compañía de suscripción directa someta cada solicitud para reaseguro individualmente, con todos los datos disponibles concernientes a la asegurabilidad del riesgo y posteriormente la compañía reaseguradora manda su respuesta.

**Automático.-** Estipula que la compañía reaseguradora tomará a su cargo inmediatamente, bien sea todo o una parte definida del excedente de la compañía que suscribe directamente, cuando quiera que se emita una póliza por encima de cierta cantidad.

---

---

## **BIBLIOGRAFIA**

- **Education and examination committee of the society of actuaries. Course 210 study note. Macro pricing.**
  - **Jonh H. Magee, El seguro de vida, traducción al español de la 3ra. edición en inglés.**
  - **Inversión en México y el tratado de libre comercio, revista interna de Segumex-Inbursa (Seguros de México, S.A. ),1993.**
  - **Curso básico de Técnicas de seguro y reaseguro, impartido en las instalaciones de Reaseguros alianza, S.A., 1991.**
  - **Roger G. Shroeder , Administración de operaciones, Mc. Graw Hill.**
  - **Desarrollo y liberación de Proyectos, Revista interna de la Dirección de sistemas (versión 1.0 Seguros Monterrey aetna, 1994.)**
  - **Compilación de Leyes de Seguros, Edición realizada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C., mayo de 1994.**
-