



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

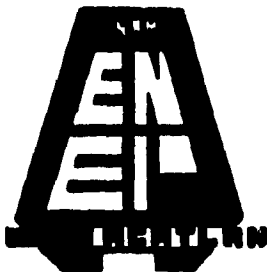
**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ACATLAN**

**SISTEMA DE COTIZACIONES DE
GASTOS MEDICOS MAYORES
" LINEA AZUL HOSPITALARIA "**

**MEMORIA DE DESEMPEÑO PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ACTUARIA**

**P R E S E N T A
ALEJANDRO JOAQUIN ZARATE RUIZ**

DIRECTOR DE MEMORIA: ACT. PEDRO CRUZ DOMINGUEZ



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ACATLAN, EDO. DE MEXICO



ENERO, 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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
AVENIDA DE
MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ACATLAN"

DIVISION DE MATEMATICAS E INGENIERIA
PROGRAMA DE ACTUARIA Y M.A.C.

SR. ALEJANDRO JOAQUIN ZARATE RUIZ
Alumno de la carrera de Actuaría
P r e s e n t e .

Por acuerdo a su solicitud presentada con fecha 16 de agosto de 1995, me complace notificarle que esta Jefatura tuvo a bien asignarle el siguiente tema de Memoria de Desempeño Profesional: "SISTEMA DE COTIZACIONES DE GASTOS MEDICOS MAYORES LINEA AZUL HOSPITALARIA", el cual de desarrollará como sigue:

INTRODUCCION

- CAP. I Marcos Histórico y Jurídico del seguro de gastos medicos.
- CAP. II El seguro de gastos medicos de grupal provincial "Linea Azul".
- CAP. III Proyecto sistema de cotizaciones - - "Linea Azul Hospitalaria".

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

Asimismo, fue asignado como Asesor de Memoria de Desempeño Profesional el Act. PEDRO CRUZ DOMINGUEZ.

Ruego a usted tomar nota que en cumplimiento de lo especificado en la Ley de Profesiones, deberán presentar servicio social durante un tiempo mínimo de seis meses como requisito básico para sustentar Examen Profesional, así como de la disposición de la Coordinación de la Administración Escolar en el sentido de que se imprima en lugar visible de los ejemplares del trabajo de Memoria el título del trabajo realizado. - Esta comunicación deberá imprimirse en el interior de la misma.

E.N.E.P. ACATLAN

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA EN EL ESPIRITU"
Acatlán, Ed. de Diciembre 8 de 1995.

ACT. LAURA M. DE LA CRUZ DECERRA
Jefe del Programa de Actuaría
y M.A.C.

cg'

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I. - Marcos Histórico y Jurídico del Seguro de Gastos Médicos	
1.1 Marco Histórico	5
Algunos antecedentes históricos	5
Cronología del Seguro en México	7
Cronología del Seguro de Gastos Médicos Mayores "Línea Azul"	8
1.2 Reglamentación del Seguro de Gastos Médicos	11
CAPÍTULO II. - El Seguro de Gastos Médicos de Grupo Nacional Provincial "Línea Azul"	
2.1 Definiciones	14
2.2 Línea Azul Hospitalaria	17
Planes	18
Cobertura Básica	20
Cláusulas Adicionales	23
2.3 Línea Azul Internacional	29

2.4 Suscripción de Línea Azul Hospitalaria	_____	31
Clasificación de Grupo, Colectivo e Individual	_____	31
Suscripción Individual	_____	32
Suscripción Grupo y Colectivo	_____	32

**CAPÍTULO III.- Proyecto Sistema de Cotizaciones
Línea Azul Hospitalaria**

3.1 Definición del problema	_____	37
3.2 Objetivo	_____	39
3.3 Herramientas	_____	41
3.4 Diseño	_____	42
3.5 Sistema de cotizaciones	_____	44
CONCLUSIONES	_____	63
BIBLIOGRAFÍA	_____	65

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene una doble finalidad: lograr mi titulación como Actuario, utilizando el esquema de Memoria de Desempeño Profesional; y dar a conocer uno de los proyectos que he realizado durante mi experiencia profesional con Grupo Nacional Provincial (GNP).

En la actualidad el Seguro de Gastos Médicos Mayores ha incrementado notoriamente su demanda dentro del mercado asegurable, misma que ha llevado a una mayor competencia entre las compañías aseguradoras para lograr su captación.

Lo anterior ha obligado a que se agilicen y modernicen los procesos de suscripción en el Seguro de Gastos Médicos, y Grupo Nacional Provincial no es la excepción en este proceso, por lo que algunas de sus prioridades son ofrecer productos a un costo competitivo y lograr la satisfacción de sus clientes en el servicio que se les otorga.

El proyecto que es motivo de este trabajo es el Sistema de Cotizaciones de Gastos Médicos Mayores "Línea Azul Hospitalaria", el cual se desarrolla en tres capítulos:

Capítulo I .- Se muestran algunos antecedentes históricos del Seguro de Gastos Médicos Mayores, y la reglamentación jurídica en que se basa.

Capítulo II .- Aquí se describe el Seguro de Gastos Médicos que ofrece GNP "Línea Azul", explicando brevemente su proceso de suscripción.

Capítulo III.- Se explican a detalle los objetivos y las características del Sistema de Cotización.

Tengo la sana intención de que el presente trabajo sea de utilidad para todas las personas que se interesen en el tema.

1874

1874
1875

CAPÍTULO I

MARCOS HISTÓRICO Y JURÍDICO DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

1.1 MARCO HISTÓRICO

ALGUNOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Si bien la filosofía del seguro como protección mutua, ha existido desde que el hombre empezó a convivir en grupo tratando de reducir el impacto de las posibles pérdidas ocasionado por los riesgos a que estaba expuesto, el proceso de su institucionalidad ha sido largo, mismo que se puede analizar en las siguientes etapas:

Primera etapa, hasta el año de 1400

Durante ella, hacen su aparición los primeros sistemas de ayuda mutua en las civilizaciones importantes de la época: Babilonia, India, Egipto, Fenicia, Cártago, Grecia y Roma.

Básicamente, los sistemas de ayuda mutua consistían en que si un miembro de la comunidad sufría alguna pérdida, el grupo cooperaba para restituir dicha pérdida, por ejemplo: las ayudas entre los mercaderes y los artesanos.

El ejemplo más remoto de la repartición de riesgo, del que se tiene conocimiento, se da en la Isla de Rodas aproximadamente en el año 900 A.C.; Se trataba de una comunidad de comerciantes que negociaban sus productos con los Fenicios y otros pueblos del Mediterráneo y no podían hacer frente individualmente a las posibles pérdidas por tormentas, al haberlas se repartían entre los miembros de la comunidad el monto de las pérdidas. A esta repartición del riesgo se le conoce como Ley Marítima de Rodas.

La sociedad romana tenía entre sus comunidades militares un seguro el cual a través de una cuota de admisión o participación se le indemnizaba al socio en caso de cambio de guarnición o se le daba un capital al retirarse del servicio, en caso de fallecimiento se le daba el capital a sus herederos.

Asimismo existían sociedades de artesanos (Collegia Tenuiorum), que ofrecían asistencia, seguridad y protección mediante una cuota de ingreso y una cooperación periódica, también daban ayuda de sepultura para sus socios.

Segunda etapa (1400 - 1700)

Durante esta etapa se desarrolla un gran intercambio comercial en el mundo conocido, los comerciantes buscan la protección, y se constituyen las primeras organizaciones de seguros en los ramos de vida, marítimo e incendio.

Se consolidan las Hermandades, sociedades de protección mutua contra enfermedades o muerte de sus socios, mismas que después constituirían las Sociedades de Amigos y que actualmente conocemos como Sociedades Mutualistas.

España destaca en esta etapa por ser la primera nación que legisla sobre el seguro, suceso que queda registrado en las tres principales ordenanzas de Barcelona de los años 1435, 1458 y 1484.

Tercera etapa (1700 a la fecha)

Aparecen las primeras empresas de seguros con bases científicas y técnicas, utilizan las leyes de los grandes números así como la de probabilidades, mismas en la que se sustentan actualmente.

En el año de 1699 se funda, en Inglaterra, la "Society Assurances of Widow and Orphands", la primer Compañía que ofrece el Seguro de Vida.

En 1705, en Londres se constituye la "The Amicable Society for a Perpetual Assurance Office", Sociedad que garantiza a los herederos del suscriptor una suma cierta, pagable en caso de fallecimiento del mismo durante el año.

En 1819, el Parlamento inglés, define a las Sociedades de Amigos como instituciones y no ya como sociedades.

En 1849 se crea el seguro de accidentes de ferrocarril, posteriormente, en 1850, se instituye el seguro de accidentes en general.

Las instituciones de seguros se han transformado al ritmo de los cambios científicos y tecnológicos que se han dado en los tres últimos siglos; gran importancia ha tenido el marco jurídico en que se desenvuelven, cuyo objetivo fundamental es regular su funcionamiento.

Actualmente, el mercado asegurador es considerado como una industria más que cubre todas las ramas productivas, su funcionamiento es muy complejo y está ampliamente regulado con bases jurídicas.

CRONOLOGÍA DEL SEGURO EN MÉXICO

- 1892 Ley sobre Compañías de Seguros
- 1901 Se funda la Nacional Compañía de Seguros (La primera Institución de Seguros de Vida en México)
- 1910 Ley relativa a la organización de las Compañías de Seguros
- 1923 Nuevo Reglamento de la Ley de Compañías de Seguros sobre la vida
- 1926 Ley General de Sociedades de Seguros
- 1935 Ley General de Instituciones de Seguros; Ley Sobre el Contrato del Seguro
- 1936 Se funda Seguros la Provincial
- 1943 Ley del Seguro Social
- 1946 Reglamento de la Comisión de Seguros

- 1949 Se reforma la Ley General de Instituciones de Seguros
- 1969 Constitución de Grupo Nacional Provincial
- 1990 Se modifica la Ley General de Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas, se inicia la desregularización del sector asegurador

**CRONOLOGÍA DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
"LÍNEA AZUL"**

Línea Azul Hospitalaria tiene sus antecedentes en los planes de Blue Cross que se crean en E.U., por lo anterior se describe a continuación el desarrollo de estos planes.

- 1890 La compañía "Saint Laurence Life Association ", expide un plan con la cobertura de accidentes y enfermedades.
- 1897 Se ofrecen pólizas con el beneficio de incapacidad por enfermedades específicas
- 1903 Aparecen planes cubriendo todas las enfermedades así como los gastos quirúrgicos.
- 1910 "Montgomery Ward & Co., Inc." crea la primera póliza de grupo de Seguro de Salud.
- 1912 The Standard Provisions Law redactada por la National Convention of Insurance Commissioners (NAIC), misma que marcaba las condiciones operativas del contrato de Seguro de Salud, fue decretada por la mayoría de los estados de la Unión Americana.
- 1929 Una sociedad de profesores establece un convenio con el Hospital Baylor, para que le proporcione pensión completa y servicios subsidiarios específicos a un costo mensual establecido previamente; este convenio es el antecedente directo de los planes "Blue Cross".

- 1932 Se instala el primer plan "Blue Cross" con un grupo de hospitales en Sacramento, California.
- 1937 Se organiza la Comisión del Plan de Servicio de Salud (Blue Cross).
- 1939 Se instala el primer plan médico-quirúrgico "Blue Shield", llamado el servicio de médicos de California. Se instaure el Seguro de Hospital para dependientes económicos.
- 1946 Creación del Consejo de Seguro de Salud, entre ocho instituciones de seguros, encargado de proporcionar asistencia técnica y práctica en Seguro de Salud y se organiza el plan de ayuda de cuidado médico (Blue Shield Commission).
- 1950 La NAIC adoptó disposiciones uniformes para la póliza individual de accidentes y enfermedades.
- 1950-60 Crecimiento generalizado en el ramo de enfermedades de las grandes Compañías de Seguros. Surgen diferentes coberturas y planes, tales como : Póliza de Gastos Médicos Mayores, Cobertura Amplia de Gastos Médicos, Cobertura de Hospitalización , Renovación Garantizada, etc..
- 1966 Se instituye en E.U. el Programa Gubernamental de Seguro de Salud Medicare, para personas mayores de 65 años.

En México:

- 1965 - 70 Se generalizan los seguros de Gastos Médicos, sin alguna uniformidad entre los productos que ofrecen las Compañías Aseguradoras, la mayoría de los planes son sin límites, no hay control de costos y se paga casi bajo cualquier circunstancia.
- 1970 - 75 Se establecen los planes limitados y sólo se cubren padecimientos específicos.
- 1975 - 89 Se diversifican los productos, creando planes mixtos.

- 1987 El 25 de febrero, GNP lanza "Línea Azul".
- 1988 Las sumas aseguradas y deducibles se indexan al Salario Mínimo General Mensual del Distrito Federal, SMGM.
- 1991 El 31 de enero, GNP ofrece la primer póliza de cobertura internacional "Línea Azul Internacional", un año después garantiza la renovación en forma vitalicia.
- 1992 El 15 de mayo, GNP lanza "Línea Azul Hospitalaria".
- 1994 GNP integra a sus pólizas de Gastos Médicos, la cobertura de servicio de terapia intensiva (Médica Móvil).

1.2 REGLAMENTACIÓN DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

Se presenta a continuación el marco jurídico del Seguro de Gastos Médicos, considerado como un seguro particular del ramo de Accidentes y Enfermedades; mismo que se define en dos artículos de la Ley General de Instituciones de Seguros y Fianzas, que se refieren a la definición y características de este seguro.

Artículo 7o.

Las concesiones y autorizaciones para organizarse y funcionar como Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, respectivamente, son por su propia naturaleza intransmisibles y se referirán a una o más de las siguientes operaciones de seguros :

- I Vida
- II Accidentes y Enfermedades
- III Daños, en algunos de los ramos siguientes :
 - a) Responsabilidad Civil y Riesgos Profesionales
 - b) Marítimo y Transporte
 - c) Incendio
 - d) Agrícola
 - e) Automóviles
 - f) Crédito
 - g) Diversos
 - h) Los especiales que declare la Secretaria de Hacienda y Crédito Publico, conforme a lo dispuesto por el Art. 9o. de esta Ley.

Artículo 8o.

Los seguros comprendidos dentro de la enumeración de operaciones y ramos del artículo anterior, son los siguientes:

(Sólo se menciona el inciso II, que se refiere al ramo de Accidentes y Enfermedades)

- II Para las operaciones de Accidentes y Enfermedades, las que tengan como base la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del asegurado, ocasionada por un accidente o enfermedad de cualquier género.

CAPÍTULO II

EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DE GRUPO NACIONAL PROVINCIAL "LÍNEA AZUL"

2.1 DEFINICIONES

Seguro de Gastos Médicos : Es la protección financiera contra los posibles gastos ocasionados por un accidente o enfermedad, mismos que podrían representar un desequilibrio en la economía personal o familiar de los miembros del grupo asegurado.

Contratante : Es aquella persona física o moral responsable ante la aseguradora de pagar la prima del seguro.

Asegurado principal : Es la persona que aparece como titular de la póliza.

Dependientes económicos : Se consideran dependientes económicos del asegurado principal al cónyuge y a los hijos solteros menores de 25 años, que no tengan remuneración alguna por trabajo personal. En caso de que el asegurado principal sea soltero, se considerarán a sus padres como dependientes económicos, siempre que cumplan los requisitos de aceptación.

Accidente cubierto : Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones corporales en la persona del asegurado, siempre y cuando se originen dentro del periodo de vigencia de la póliza. No se considera accidente cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el asegurado.

Enfermedad cubierta: Es toda alteración en la salud del asegurado debida a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico, siempre y cuando se originen dentro del periodo de vigencia de la póliza.

Emergencia médica : Se considera cuando un padecimiento o accidente cubierto por la póliza, pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del asegurado, por lo cual, requiere atención médica inmediata e ingresa por el área de urgencias de un hospital dentro de las primeras 24 horas de ocurrido dicho padecimiento o accidente.

Padecimientos preexistentes: Son aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de la cobertura para

cada asegurado. También se consideran padecimientos preexistentes aquellos por los cuales se hayan erogado gastos o realizado un diagnóstico que señale que dicho padecimiento tuvo inicio en fecha anterior a la contratación original de la póliza para cada asegurado.

Coaseguro : Porcentaje de participación del importe del siniestro a cargo del asegurado, el cual se aplica al monto total de gastos cubiertos en exceso del deducible para cada reclamación.

Suma asegurada : Es la cantidad máxima que paga la aseguradora por cada asegurado, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura.

Deducible: Cantidad de la reclamación a cargo del asegurado indicada en la carátula de la póliza. En caso de accidente no se aplica.

Tabla de intervenciones quirúrgicas y procedimientos médicos (Tabla de I.Q.): Relación de intervenciones quirúrgicas donde se indica el porcentaje que, aplicado a la base pactada con los médicos y hospitales en convenio de cada plan, determina el monto máximo a pagar por cada enfermedad o accidente cubiertos.

Pago directo: Sistema de cobertura que opera en los hospitales y médicos que están en convenio con la aseguradora. Mediante este servicio no hay desembolso alguno en caso de hospitalización, y solamente quedan a cargo del asegurado los gastos no cubiertos, el deducible y el coaseguro.

Dos de las modalidades del pago directo son :

A) Programación de cirugías: Beneficio mediante el cual el asegurado recibe previo a su intervención quirúrgica con hospitalización y/o cirugía ambulatoria la garantía para el pago de los mismos a través del pago directo.

B) Reporte en el hospital : Servicio mediante el cual el asegurado al internarse en el hospital se reporta a la

aseguradora quien manda un médico supervisor a dictaminar la reclamación.

Reembolso: Este sistema consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por la póliza, deberán ser liquidados por el asegurado directamente al prestador de servicios; aquellos que procedan serán posteriormente reintegrados al asegurado o a quien designe.

Periodo de Espera : Es el tiempo que debe transcurrir para que se pueda cubrir un padecimiento.

Inflación médica esperada : En base a la experiencia de Grupo Nacional Provincial de los costos de los servicios médicos (hospitalización, honorarios médicos, medicamentos, etc), se estima el incremento que se va a tener en ellos. Este dato es utilizado para proyectar la siniestralidad en las cotizaciones de negocios con experiencia propia.

2.2 LÍNEA AZUL HOSPITALARIA (LAH)

Línea Azul Hospitalaria es el Seguro de Gastos Médicos que Grupo Nacional Provincial ha diseñado para proteger a nivel personal o familiar, las posibles eventualidades médicas ocasionadas por accidentes o enfermedades dentro de la República Mexicana, adicionalmente cuenta con una protección en caso de suscitarse una emergencia médica cuando el asegurado se encuentre de viaje en el extranjero.

Asimismo, Línea Azul Hospitalaria ofrece la más amplia red de proveedores en México a sus asegurados. Actualmente la red de proveedores se conforma de la siguiente manera:

MÉDICOS	5,508
HOSPITALES	202
LABORATORIOS Y GABINETES	122
FARMACIAS	40
OTROS *	40

* Centros de Rehabilitación, Ópticas, Bancos de Sangre, Servicios Odontológicos, Unidades Especiales y Traslados.

Los convenios establecidos entre GNP y sus proveedores, repercuten directamente en beneficio del asegurado:

- A) Al eliminar deducible y coaseguro en planes con deducible de 1 y 6 SMGM; siempre y cuando se trate en hospitales y con médicos en convenio.
- B) Obteniendo descuentos en farmacias y laboratorios en convenio.

C) Para las Empresas, resulta un ahorro al controlar su siniestralidad, no permitiendo abusos por parte de médicos y/o hospitales.

PLANES

Línea Azul Hospitalaria cuenta con cuatro planes, que están diseñados para diferentes segmentos de mercado, ajustándose a las necesidades de cada asegurado.

- * Plan Premier

- * Plan Español, disponible sólo en el D.F.

- * Plan Clásico

- * Plan Tradicional

Estos planes mantienen una jerarquía en relación a su cobertura y costo, además están estrechamente ligados a una selección de hospitales, la cual se realizó de acuerdo a la tecnología con que cuentan para desarrollar sus funciones, así como el costo de los servicios.

En la siguiente página se clasifican de acuerdo al plan los hospitales con los cuales GNP tiene convenio en la Zona Metropolitana.

PREMIER

* Hospital Ángeles del Pedregal *The American
British Cowdray (ABC) *Médica Sur *Inst.
Gineco-Obstetricia y de Perinatología (Edo. de
México)

PLAN ESPAÑOL

* Beneficencia Española

CLÁSICO

*Hospital de México *Sanatorio Durango *Hospital Metropolitano
*Clínica Londres *Hospital Infantil Privado *Hospital Mocol *Hospital
Santa Teresa *Hospital Santa Elena *Torre Médica *Sanatorio
oftalmológico Mérida *Centro Médico Dalinde *Instituto Nacional de
Cardiología, Dr. Ignacio Chávez *Cirugía del Valle, S.A. de C.V.
*Sanatorio MIG *Hospital Ciudad Satélite *Hospital San José Satélite

TRADICIONAL

* Hospital Santa Fé *Médica Londres *Sanatorio Londres *Hospital San Angel Inn
*Centro Médico Quirúrgico "Dr. Fco. Montes de Oca" *Sanatorio Notre Dame
*Sanatorio Trinidad *Grupo Oftalmológico Arista

- * Cada plan incluye los hospitales de los planes inferiores.
- * Ya se mencionó que la red de proveedores de Grupo Nacional Provincial abarca las principales ciudades de la República Mexicana y en esta pirámide sólo se enlistan los de la Zona Metropolitana.

COBERTURA BÁSICA

Línea Azul Hospitalaria ofrece a sus asegurados una gran variedad de combinaciones de plan, suma asegurada, deducible y coaseguro, entre las cuales podrán elegir la que más se ajuste a sus necesidades.

SUBRAMOS	INDIVIDUAL	GRUPO	COLECTIVO
DEDUCIBLE (SMGM)			
	6 SMGM	1 a 10 SMGM	1 a 10 SMGM
COASEGURO			
	10 %	10,20,30,40 y 50%	
SUMA ASEGURADA (EN SMGM Y DE ACUERDO AL PLAN)			
PREMIER	600 ó 1,000	100 a 1,000	100 a 1,000
ESPAÑOL	300 ó 600	-----	100 a 1,000
CLÁSICO	300 ó 600	100 a 1,000	100 a 1,000
TRADICIONAL	100 ó 300	100 a 1,000	100 a 1,000

EDADES DE ACEPTACIÓN

Mínima 1er. día de nacido

Máxima * 64 años

Renovación 69 años

Cancelación 70 años

* En caso de grupos de experiencia propia, se puede ampliar este límite.

PRINCIPALES GASTOS CUBIERTOS

- * Honorarios de Médicos Cirujanos, Anestesiólogos y Ayudantes por intervención quirúrgica o consultas médicas.
- * Gastos de Hospital o Sanatorio.
- * Medicamentos suministrados al asegurado dentro o fuera del hospital, éstos últimos siempre que sean prescritos por el médico tratante.
- * Gastos de sala de operación, recuperación, curaciones, cama extra para su acompañante.
- * Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión.
- * Gastos de cualquier estudio necesario para el tratamiento de un padecimiento cubierto como: análisis de laboratorio, rayos X, oxígeno, terapia radioactiva.
- * Gastos por compra o renta de aparatos ortopédicos.
- * Ambulancia terrestre.
- * Tratamiento de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y quimioterapia.

ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

Para evitar riesgos especulativos los siguientes padecimientos llevan un periodo de espera para poder ser cubiertos por el Seguro. Este periodo puede ser de 10 meses a 3 años dependiendo del tipo de Seguro Individual, Colectivo o Grupo

- * Cesárea

*Complicaciones del embarazo, parto y puerperio

- Embarazo extrauterino
- Toxicosis Gravídica
- Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)
- Fiebre puerperal

* Circuncisión

* Tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias, tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia del piso perineal, colecistitis, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias.

* SIDA. Queda cubierto luego de transcurrir 4 años de vigencia continua de la póliza para cada asegurado; siempre y cuando no se hayan presentado síntomas y signos durante este periodo. GNP es la única Aseguradora que cubre este padecimiento desde hace 3 años.

EXCLUSIONES

Como en todo Seguro de Gastos Médicos Mayores, hay eventos médicos ante los cuales no hay protección, es decir, se encuentran excluidos.

A) Padecimientos Preexistentes:

Aquellos que están presentes al momento de la contratación de la póliza.

B) La alta frecuencia de los siguientes conceptos, provoca la exclusión total de los mismos debido a que su inclusión elevaría considerablemente el costo del Seguro:

Tratamientos de esterilidad o control natal, miopía, presbiopía, hipermetropía o astigmatismo, tratamientos dentales alveolares o gingivales, compra de aparatos auditivos

o anteojos, compra o renta de zapatos ortopédicos, parto normal o anormal, tratamientos dietéticos o de obesidad.

C) Actividades cuya involucración decide el asegurado, y por su naturaleza agravan el riesgo:

Padecimientos ocasionados por la práctica profesional de cualquier deporte, práctica amateur de deportes como: box, lucha libre y grecorromana, servicio militar, competencias y pruebas de seguridad, resistencia y/o velocidad, alcoholismo y drogadicción, cuando viaje como mecánico o tripulación de aeronaves, participar en actos delictivos o peleas callejeras y suicidio o mutilación aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

D) Tratamientos que no son médicamente necesarios para la conservación de la salud:

Tratamientos estéticos, calvicie, estudios para verificar el estado de la salud conocidos como Check-up's, gastos de acompañante en el traslado del asegurado en calidad de paciente, o por gestiones administrativas.

E) Tratamientos no reconocidos por la práctica médico científica:

Aquellos efectuados por médicos sin cédula profesional o de índole experimental, de investigación, alteraciones del sueño, trastornos de la conducta y aprendizaje; en general cualquier tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico.

CLÁUSULAS ADICIONALES

I) CLÁUSULA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO (C.E.E.)

Mediante la contratación de esta cláusula la aseguradora cubre los gastos que se originen por una emergencia médica en el extranjero, de acuerdo a las siguientes condiciones

Suma asegurada por evento 50,000.- U.S. Dlls.

Deducible por evento 50.- U.S. Dlls.

Coaseguro 0 ¢

Edades de aceptación:

Mínima 31 días de nacido

Máxima 64 años

Renovación 69 años

Cancelación 70 años

Se considera como emergencia médica la aparición repentina de una alteración en la salud del asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad que ponen en peligro la vida del enfermo, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que se requiere de atención médica de inmediato. Al estar estabilizada y controlada la condición patológica del paciente cesará la emergencia y por tanto los efectos de esta cláusula.

II) CLÁUSULA DE SALUD FAMILIAR (C.S.F)

Mediante la contratación de esta cláusula, la compañía aseguradora se compromete, en caso de que el asegurado principal fallezca o se invalide en forma total y permanente, a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto, a cubrir mediante un seguro individual a los dependientes incluidos en la póliza durante las siguientes 5 renovaciones, en las condiciones vigentes, mismas que se modificarán en relación a la actualización de Línea Azul Hospitalaria.

Para su contratación es indispensable que el asegurado titular se encuentre asegurado en la cobertura básica.

III) CLÁUSULA DE AMPLIACIÓN DE BENEFICIOS "A" (C.A.B.- A)

Al contratar esta cobertura, el asegurado tendrá cubiertos los gastos originados en el extranjero a consecuencia directa de alguna enfermedad o accidente cubierto en su póliza. Este beneficio sólo podrá ser contratado por personas que radiquen en la República Mexicana.

Las condiciones de Suma Asegurada, deducible, coaseguro, intervenciones quirúrgicas y edades de aceptación serán las mismas que la cobertura básica.

Su contratación es exclusiva para seguros de grupo y colectivo.

IV) CLÁUSULA DE DEPORTES PELIGROSOS (C.D.P.)

Al contratar esta cláusula, el asegurado queda cubierto por los gastos originados a consecuencia de la práctica amateur de cualquier deporte considerado como peligroso, también quedan cubiertos los gastos originados por la práctica amateur de la tauromaquia y del motociclismo.

No quedan cubiertas las lesiones que sufra el asegurado a consecuencia de la práctica profesional de las actividades mencionadas anteriormente, asimismo, si participa en competencias, carreras, pruebas de seguridad, resistencia o velocidad. Quedan excluidas las lesiones que sufra al practicar box, lucha libre y grecorromana, aunque sea en forma amateur.

Condiciones de contratación

Suma asegurada : 400 SMGM

Deducible : 1 SMGM

Coaseguro : 10 %

Intervención quirúrgica : Mismas que la cobertura básica

V) CLÁUSULA DE MATERNIDAD (C.M.)

1) Este beneficio cubre los gastos a consecuencia de cualquier clase de parto y/o aborto involuntario.

La suma asegurada será la estipulada en la carátula de la póliza para esta cobertura, pudiendo ser de 5 a 30 SMGM. Opera sin deducible ni coaseguro.

Edades de cobertura

Mínima	18 años
Máxima	45 años
Renovación	59 años
Cancelación	60 años

A partir de los 46 años, se otorga sin costo.

Sólo se podrá contratar en Seguros de Grupo y Colectivo.

VI) CLÁUSULA DE PREEXISTENCIA

Mediante la contratación de este beneficio, quedan cubiertos los gastos a consecuencia de enfermedades o accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de contratación de la póliza; dichos gastos deben ser realizados durante la vigencia de la póliza con GNP.

Sólo se otorga en pólizas de Grupo o Colectivo con más de mil asegurados.

VII) CLÁUSULA DE MÉDICA MÓVIL (M.M.)

Mediante el pago correspondiente de esta cláusula el asegurado recibirá de GNP, a través de Médica Móvil, atención médica dentro de los límites de la zona geográfica establecida para este servicio.

Los servicios que se proporcionan al contratar esta cobertura son:

De Primer Nivel

Es la atención médica extra-hospitalaria de urgencia proporcionada por médicos especialistas, con el soporte de una unidad móvil de terapia intensiva, atienden y estabilizan al paciente en el lugar donde se suscitó la emergencia sin requerir de traslado.

De Segundo nivel

Es la atención médica pre-hospitalaria de urgencia para pacientes en estado crítico, que deben ser atendidos a nivel de terapia intensiva y trasladarlos al hospital.

Tiene deducible por evento de N\$ 120.-.

Exclusiones

Pacientes que se encuentren en condiciones de psiquiátrico agresivo, infecto contagiosos, ebrio y/o drogado agresivo.

Cuando el asegurado que requiere el servicio se encuentre fuera de la zona geográfica delimitada para esta cobertura.

VIII) SERVICIO AÉREO DE TERAPIA INTENSIVA

La cobertura y condiciones son similares a la de Médica Móvil, con la diferencia que la unidad de terapia intensiva es un helicóptero y su zona de atención es en un radio de 300 Km. del D.F., a excepción de la zona cubierta por Médica Móvil.

IX) VISA PLATINO (SÓLO PARA EL DISTRITO FEDERAL)

Mediante la contratación de esta cobertura, el asegurado recibirá de Grupo Nacional Provincial, a través de Médica Móvil, los siguientes servicios :

SERVICIOS	DEDUCIBLE
Consulta médica telefónica	SIN DEDUCIBLE
Consulta domiciliaria de medicina familiar	N\$ 120.-
Cardio beeper (opcional)	SIN DEDUCIBLE
Traslado recurrente (sólo ida)	N\$ 300.-
Servicio nocturno de enfermería	N\$ 120.-
Laboratorio a domicilio	N\$ 60.-
Servicio aéreo de terapia intensiva (de acuerdo al radio de atención)	
	Hasta 25 KM. 300 U.S. Dlls.
	Hasta 125 KM. 550 U.S. Dlls.
	Hasta 250 KM. 1100 U.S. Dlls.
	Hasta 350 KM. 1540 U.S. Dlls.

Para la contratación de esta cláusula se debe tener la cobertura de Médica Móvil.

Tiene las mismas exclusiones que la cobertura de Médica Móvil.

2.3 LÍNEA AZUL INTERNACIONAL (LAI)

Es el producto plus de GNP en el Seguro de Gastos Médicos Mayores, fue el primero en su género que ofreció la cobertura internacional y el segundo en ofrecer la renovación vitalicia, además de garantizar la solvencia de su suma asegurada al estar indexada al Dólar.

Sin embargo, Línea Azul Internacional no es el motivo del sistema de cotizaciones, por lo que sólo mencionaré sus principales características:

SUMA ASEGURADA

1,000,000.- U.S. Dlls., en cualquier parte del mundo.

Se reinstala automáticamente por asegurado a la renovación de la póliza, no importando el número de reclamaciones ni aún tratándose del mismo padecimiento.

DEDUCIBLE

9 diferentes combinaciones de deducibles nacional y extranjero.

Se establece en U.S. Dlls.

El deducible se aplica una vez por año calendario (enero - diciembre), a cada asegurado, aún cuando se trate del mismo padecimiento y/o tratamiento, con un máximo de dos deducibles por familia. En caso de accidente y resulten afectados simultáneamente varios miembros de la familia, sólo se aplicará un deducible.

En caso de haber cubierto el monto del deducible en territorio nacional por gastos realizados en el mismo y requerir atención médica en el extranjero, éste se tomará a cuenta para cubrir la diferencia del deducible que corresponde al extranjero.

COASEGURO ANUAL

10%, con máximo de 2,000 U.S. Dlls por año calendario.

EDADES DE ACEPTACIÓN

Mínima 1er. Día de nacimiento

Máxima 64 años

Renovación Vitalicia

PRINCIPALES GASTOS CUBIERTOS

Se cubren los mismos que en Línea Azul Hospitalaria y además se incluyen desde los 30 días de contratación los padecimientos con periodo de espera a excepción de circuncisión, cesárea y SIDA.

ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

* Circuncisión, a partir del tercer año.

* Cesárea, a partir del décimo mes.

* SIDA, queda cubierto luego de transcurrir 4 años de vigencia continua de la póliza para cada asegurado; siempre y cuando no se hayan presentado síntomas y signos durante este periodo.

EXCLUSIONES

Las mismas que para Línea Azul Hospitalaria.

COBERTURAS ADICIONALES

- I) CLÁUSULA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO
- II) CLÁUSULA DE DEPORTES PELIGROSOS, Incluida sin costo.
- III) MÉDICA MÓVIL
- IV) SERVICIO AÉREO
- V) VISA PLATINO

2.4 SUSCRIPCIÓN DE LÍNEA AZUL HOSPITALARIA

CLASIFICACIÓN DE GRUPO, COLECTIVO E INDIVIDUAL

Como primer paso se tiene que clasificar el negocio en el subramo correspondiente, de acuerdo al giro de negocio, número de titulares y su porcentaje del total de la colectividad asegurable.

EMPRESAS Y ESCUELAS (PROFESORES)

No. DE ASEGURADOS PRINCIPALES	% DE PARTICIPANTES	TIPO DE SEGURO
DE 1 A 15	-----	INDIVIDUAL
DE 16 A 50	50 A 100	COLECTIVO
DE 16 A 50	MENOR A 50	INDIVIDUAL
MÁS DE 50	75 A 100	GRUPO
MÁS DE 50	20 A 75	COLECTIVO
MÁS DE 50	MENOR A 20	INDIVIDUAL
MÁS DE 500	-----	GRUPO

ASOCIACIONES, UNIONES, CLUBES, ESCUELAS (ALUMNOS), GRUPOS CORPORATIVOS.

No. DE ASEGURADOS PRINCIPALES	% DE PARTICIPANTES	TIPO DE SEGURO
DE 1 A 50	-----	INDIVIDUAL
DE 51 A 100	100	COLECTIVO
DE 51 A 100	MENOR A 100	INDIVIDUAL
DE 101 A 500	100	GRUPO
DE 101 A 500	50 A 99	COLECTIVO
DE 101 A 500	MENOR A 50	INDIVIDUAL
MÁS DE 500	50 A 100	GRUPO
MÁS DE 500	MENOR A 50	COLECTIVO

SUSCRIPCIÓN INDIVIDUAL

Las pólizas individuales se cotizan de acuerdo a los planes y tarifas ya definidos por Grupo Nacional Provincial.

Estas cotizaciones son elaboradas por los Agentes y se apoyan en las tarifas que les proporciona GNP para tal fin.

SUSCRIPCIÓN GRUPO Y COLECTIVO

Los negocios de Grupo y Colectivo tienen, de acuerdo a su volumen de asegurados, dos formas de suscripción:

Experiencia global

Negocios con menos de 500 asegurados

Experiencia propia

Negocios con un mínimo de 500 asegurados

EXPERIENCIA GLOBAL

Los negocios que tengan esta experiencia, forman parte del pool de la Compañía, sus desviaciones particulares se compensan con el resto de la cartera de global, sus costos son los de línea y no se ven afectados por la siniestralidad que hayan tenido.

Cada negocio puede escoger:

Plan
Suma Asegurada
Deducible
Coaseguro
Médica Móvil
Visa Platino

Cláusula de Emergencia en el Extranjero
Cláusula de Salud Familiar
Cláusula de Ampliación de Beneficios

Adicionalmente debe considerarse:

Ubicación geográfica

Subramo

SMGM

Comisión solicitada por el Agente (generalmente 20%)

Considerando el tiempo que se lleva conjugar las anteriores variables fue que se diseñó y realizó el proyecto del Sistema de Cotizaciones de Línea Azul Hospitalaria (Capítulo III), esperando simplificar y agilizar el proceso de tarificación.

En caso de cancelación de pólizas de experiencia global, la Compañía seguirá pagando los gastos complementarios que el asegurado siga realizando hasta agotar la suma asegurada contratada o que transcuran 365 días a partir del 1er. gasto erogado.

EXPERIENCIA PROPIA

Cada negocio se cotiza en relación a su siniestralidad registrada en la vigencia anterior.

Para cotizar estos negocios sólo se requiere conocer:

Primas

Siniestralidad

Cobertura

Comisión

Si bien los negocios de experiencia propia son sencillos de cotizar, son muy delicados por el volumen de primas que se consideran, por lo que siempre será importante certificar, con la Compañía anterior, la información que se nos proporciona para su estudio.

Para su cotización se considera la inflación médica esperada; que es estimada en base a la experiencia de la Compañía de Seguros. También son considerados las comisiones y gastos (mismos que estarán en función del volumen de asegurados).

En caso de cancelación de la póliza no se pagarán los complementos que se generen después de la fecha de cancelación (Circular No. S- 8.6 de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas).

Para emitir negocios de esta experiencia es necesario contar con sus tarifas por rangos quinquenales, mismas que se obtienen fácilmente del Sistema de Cotizaciones.

ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO EN EXPERIENCIA PROPIA

Plan Asegurado

Se calcula la prima anual y se da la opción de escoger forma de pago, aplicando el respectivo recargo. Se ofrece un dividendo por buena siniestralidad.

Prima Mínima

Mediante este esquema se podrá pagar en una sola exhibición el 70 %, de la prima anual, en el momento en que la siniestralidad rebase el 70 % de la Prima Mínima pagada, se realizará el ajuste de 30% restante.

En caso de que la siniestralidad no rebase el porcentaje establecido, el asegurado habrá obtenido un atractivo descuento dependiendo de la medida en que su siniestralidad haya sido controlada.

Este esquema también cuenta con dividendos por buena siniestralidad.

Administración de Recursos Médicos (Cash Flow)

En este esquema se establece un depósito inicial, regularmente 3/12 de la prima anual estimada, y mensualmente se restablece dicho fondo. Este esquema no cuenta con dividendos y simplemente es un esquema de administración de riesgos.

CAPÍTULO III

PROYECTO SISTEMA DE COTIZACIONES LÍNEA AZUL HOSPITALARIA

3.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Una de las funciones de la Gerencia Técnica de Beneficios para Empleados es la de dar asesoría a 55 despachos de Agentes Especiales en la suscripción de negocios de Línea Azul Hospitalaria, así como los de Vida Grupo y Colectivo, a nivel nacional.

Durante 1994 se realizaron 312 estudios, los cuales se conformaron de la siguiente manera:

Vida Grupo y Colectivo	113
Accidentes	20
Línea Azul Hospitalaria	189
Línea Azul Internacional	10

El proceso, con su tiempo estimado, para cotizar Línea Azul Hospitalaria es el siguiente:

1) Análisis de la solicitud (15 minutos)

Desde que el Agente nos da a conocer su solicitud de estudio, se revisa con él las condiciones del mismo, su factibilidad y nuestra propuesta de aseguramiento.

2) Procesamiento de la información (120 minutos)

La información proporcionada se tiene que adecuar a los sistemas con que contamos, generalmente se tiene que realizar su captura. Para este paso se cuenta con un sistema auxiliar que calcula la distribución de edades por quinquenios y sexo.

3) Negociaciones especiales (40 minutos)

En lo posible, se tiene que ajustar nuestros productos a las necesidades del cliente, muchas veces fuera de los estándares establecidos; lo anterior se realiza de acuerdo con el Área Técnica del ramo.

4) Elaboración de tarifas (60 minutos)

Contando con la distribución de edades, se procede a elaborar tarifas de acuerdo a las opciones solicitadas, para la mayoría de los estudios se tienen que hacer múltiples cálculos, modificando tarifa por tarifa.

5) Presentación del estudio (45 minutos)

Se tienen que presentar los costos obtenidos, lo que implica darle a las tarifas un formato uniforme, sencillo y entendible.

Todo el proceso lleva en promedio un tiempo de 4 hrs. 40 minutos.

Parte importante de la suscripción es la oportunidad con que se entregan los estudios, asimismo la forma en que se presentan, pues estos factores inciden favorablemente en la negociación con el asegurado, de otra forma puede perder interés en el estudio o no elegirlo por ser incomprensible.

Revisando lo anterior se analizó la forma de automatizar el proceso, concluyendo que la parte de la tarificación y presentación eran los pasos en que se podía llevar a cabo la simplificación de tiempo.

Buscando ahorrar este tiempo en los pasos mencionados fue que se decidió la creación del Sistema de Cotizaciones de Línea Azul Hospitalaria.

3.2 OBJETIVO

El objetivo del Sistema de Cotizaciones de Línea Azul Hospitalaria es reducir el tiempo del proceso de la suscripción, automatizando los pasos de tarificación y presentación, obteniendo una reducción de tiempo del 80% en estos pasos.

El sistema deberá considerar los siguientes aspectos:

Sencillez

Deberá ser de fácil manejo, reduciendo al máximo la captura de información y ofreciendo los posibles valores de las variables que intervienen.

Rapidez

La elaboración y presentación de las tarifas se realizará en un tiempo promedio de 20 minutos.

Confiabilidad

El margen de confiabilidad contra errores por cálculos matemáticos será 98%

Funcionalidad

Podrán realizarse el 100% de las cotizaciones de Línea Azul Hospitalaria.

Actualización

Será fácil de actualizar los parámetros que intervengan en el proceso.

Presentación

Deberá elaborar tarifas uniformes, claras y comprensibles.

Adicionalmente, servirá para proporcionar las tarifas de negocios en Experiencia Propia, necesarias para la emisión de las pólizas.

Por último, debe considerarse que será de uso exclusivo del Área de Suscripción de Beneficios Para Empleados.

3.3 HERRAMIENTAS

Técnicas

Catálogo de apuntes técnicos de suscripción, proporcionado por el Área Técnica del ramo.

Tarifas Línea Azul, versión julio 1994.

Servicio de Colaboración Técnica de Línea Azul, junio 1992.

Hardware

Sistema Memorex Telex 8544, CPU 486/33

Espacio en disco duro 120 Megabytes

Memoria en RAM 4 Megabytes

Monitor a color VGA, teclado y mouse Microsoft compatible

Impresora Lasser Jet 4 Plus Hewlett Packard

Software

Sistema Operativo MS-DOS, versión 6.0

Windows 3.1

Quattro Pro para Windows, versión 5.0

3.4 DISEÑO

Revisando el proceso de suscripción de Gastos Médicos Mayores, se concluyó que se podía reducir el tiempo que se utilizaba en los pasos 4 y 5, que son elaboración de tarifas y presentación del estudio, reducción que no se podía implementar en los pasos restantes pues no dependía sólo del Área su simplificación.

El 4 de enero de 1995 se inició el desarrollo del Sistema de Cotizaciones de Línea Azul Hospitalaria, para lo cual se estableció un tiempo para su elaboración de 45 días, siendo yo el responsable del proyecto.

Se tomó como base para desarrollar el Sistema de Cotizaciones, una hoja de cálculo (Lotus) que se manejaba para el cálculo de las tarifas, sin embargo, esta hoja carecía de opciones y era necesario dar el valor requerido manualmente, además la presentación no tenía sencillez, claridad y fácil manejo.

De acuerdo a las necesidades y sugerencias del personal del Área de Suscripciones fue que se configuró el esquema que debía tener el Sistema.

Quattro Pro era el sistema indicado pues facilitaba el uso de varias hojas de cálculo en un solo archivo; revisando las necesidades se decidió que el Sistema se integrará por 4 hojas que serían :

Hoja de Datos.- En ella se capturarían todos los datos necesarios para la cotización.

Para facilitar la captura, se tendrían que dar las opciones a escoger, adicionalmente, cuando algún dato se saliera de los parámetros permitidos el Sistema enviaría mensajes de error.

Hoja de Tarifas.- En esta hoja deberían aparecer todas las tarifas, para su formato se consideró los ya establecidos en la hoja de cálculo original, además de las sugerencias del personal involucrado, como pudiese ser : la aparición de las comisiones, dividendos, desglose por beneficios, etc.

También se debería considerar la elaboración de tarifas poco comunes.

Hoja de Parámetros.- Esta hoja integraría todos los posibles valores de las variables involucradas.

Se decidió acomodar por tablas cada variable con la finalidad de obtener fácilmente el valor de la opción solicitada.

Resumiendo, en esta hoja estarían todas las fórmulas matemáticas necesarias para el cálculo de las tarifas.

Hoja de Macros.- Las indicaciones para la selección de bloques de impresión, pantallas, direccionamientos y funcionamiento de los botones, o sea, todas las indicaciones a nivel lenguaje Quattro Pro, estarían contenidas en esta hoja.

3.5 SISTEMA DE COTIZACIONES

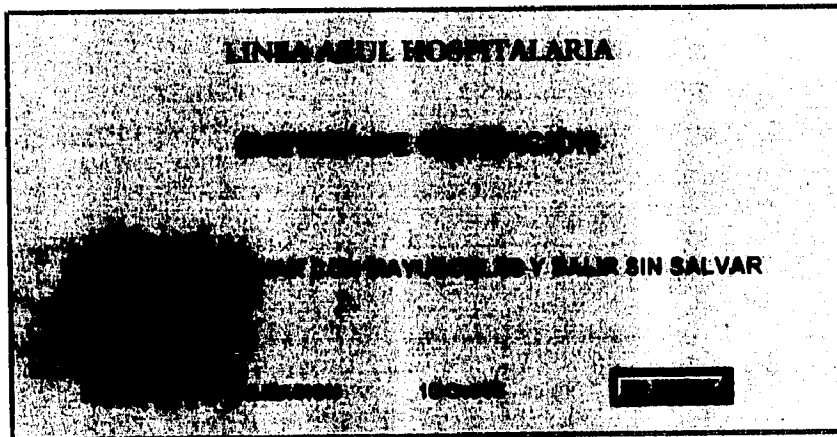
Como ya se mencionó en el punto anterior, el sistema consta de 4 hojas de cálculo, que son:

- A) Datos
- B) Tarifas
- C) Parámetros
- D) Macros

A) HOJAS DE DATOS

Al iniciar el sistema se muestra la carátula, con el botón de "INICIO" se realiza la captura automática de la información requerida para el cálculo.

PANTALLA DE INICIO



En los campos que tengan varias opciones, se pueden capturar con sólo teclear la inicial de la selección.

Los campos a requisitar son:

NOMBRE DEL NEGOCIO

NOMBRE DEL AGENTE

EXPERIENCIA

Propia
Global

En caso de que sea propia, aparece el campo del porcentaje de dividendos a otorgar (generalmente 65%)

SUBRAMO

Individual
Grupo
Colectivo

PLAN

Premier
Español
Clásico
Tradicional

SMGM

Indicar el Salario Mínimo General Mensual vigente en el D.F.
(actualmente N\$ 549.-)

SUMA ASEGURADA

Se puede escoger en tantos de SMGM o en N\$

DEDUCIBLE

Se puede escoger en tantos de SMGM o en N\$

COASEGURO

Se debe señalar en porcentaje, regularmente 10%, pero se puede seleccionar 5, 10, 15, 20, 25, 50 y 80%

ZONA GEOGRÁFICA

- | | |
|--------------------------|--|
| 1 ZONA D.F. | Zona Metropolitana, Edo. de México, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Querétaro y Tlaxcala. |
| 2 ZONA NORESTE | Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas y Durango. |
| 3 ZONA NOROESTE | Baja California Norte, Baja California Sur, Chihuahua y Sonora. |
| 4 ZONA OCCIDENTE | Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí, Sinaloa y Zacatecas. |
| 5 ZONA SURESTE I | Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán. |
| 6 ZONA SURESTE II | Puebla y Tabasco. |

C.E.E.

- | | |
|-------------------|--|
| A ZONA "A" | Cd. Juárez, Matamoros, Mexicali, Nogales, Nuevo Laredo, Ojinaga, Piedras Negras, Reynosa y Tijuana. |
| B ZONA "B" | Baja California Norte, Baja California Sur, Chihuahua, Sonora, Nuevo León y Tamaulipas, exceptuando las ciudades de la ZONA "A", así como Tampico, Torreón y Cd. Madero. |
| C ZONA "C" | Los demás Estados de la República Mexicana y las ciudades de Tampico, Torreón y Cd. Madero. |

N NO INCLUIDO

C.A.B.

La misma clasificación que para la C.E.E.

A ZONA "A"

B ZONA "B"

C ZONA "C"

N NO INCLUIDO

PREEXISTENCIA

Indicar el factor a aplicar en caso de contratar esta cobertura, regularmente 40, 30, 20 o 25%. 0% indica que no se tiene la cobertura.

COMISIÓN

Indicar el porcentaje de comisión a otorgar (Generalmente 20%).

GASTOS

Indicar el porcentaje de gastos (generalmente 20% y por volumen de asegurados puede reducirse).

% INCREMENTOS

Indicar el factor por extraprimas ocupacionales.

% DESCUENTOS

Indicar el factor de descuento por alguna condición especial (generalmente se utiliza para ajustar tarifas de experiencia propia).

IVA

Incluido

No incluido

(Actualmente 15%)

OBSERVACIONES

Indicar si se ofreció alguna condición especial.

DISTRIBUCIÓN DE EDADES

Registrar la distribución numérica por sexo y edades quinquenales, del total de los asegurados.

Con lo anterior, se da por concluida la captura de la información necesaria para calcular las tarifas, a continuación aparecen los siguientes botones:

I) INICIO

II) RESUMEN DE CONDICIONES

III) MENÚ DE TARIFAS

PANTALLA DE CAPTURA (INICIA)

LINEA AZUL HOSPITALARIA

SISTEMA DE COTIZACION

A) ASEGURADO

B) AGENTE

C) SUBRAMO GRUPO

INDIVIDUAL COLECTIVO GRUPO

D) EXPERIENCIA GLOBAL

GLOBAL PROPIA

E) PLAN PREMIER

PREMIER ESPAÑOL CLASICO TRADICIONAL

F) SUMA ASEGURADA SMGM N \$

G) DEDUCIBLE SMGM N \$

H) COASEGURO

I) ZONA GEOGRAFICA ZONA D.F.

D.F. NORESTE NOROESTE OCCIDENTE
 SURESTE I (VER., YUC.) SURESTE II (PUE., TAB.)

J) C.E.E. ZONA "C"

ZONA "A" ZONA "B" ZONA "C" NO INCLUIDA

K) C. A. B. ZONA "C"

ZONA "A" ZONA "B" ZONA "C" NO INCLUIDA

L) PREEXISTENCIA

M) S.M.G.M.

PANTALLA DE CAPTURA (CONCLUYE)

COMISION: GASTOS:

LA COMISION Y GASTOS EN EXPERENCIA GLOBAL SON DE 20%

N) % INCREMENTO: % DESCUENTO:

O) IVA: INCLUIDO 15%

P) OBSERVACIONES:

Q) DISTRIBUCION

EDAD	HOMBRES	MUJERES
0-10	1	1
10-20	1	1
20-30	1	1
30-40	1	1
40-50	1	1
50-60	1	1
60-70	1	1
70-80	1	1
80-90	1	1
90-100	1	1
TOTAL	10	10
TOTAL GRUPO	20	

RESPONSABLE CONDICIONES:

MENU DE TARIFAS:

I) INICIO

Regresa al inicio de la captura, por si se desea modificar algún dato registrado

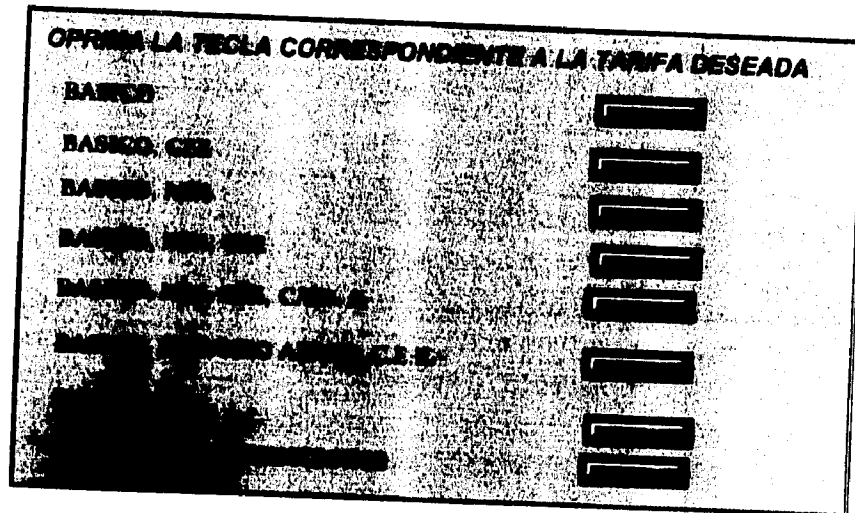
II) RESUMEN DE CONDICIONES

Lleva al cuadro que muestra las condiciones seleccionadas, y se tiene la opción de imprimirlo

III) MENÚ DE TARIFAS

Lleva a la pantalla donde se encuentra el menú de las tarifas más comunes.

PANTALA DE MENÚ DE TARIFAS



Cada botón llevará a la tarifa seleccionada para su revisión y posible impresión.

PANTALLA DE RESUMEN DE CONDICIONES

RESUMEN DE CONDICIONES

ASEGURADO	[REDACTED]		
AGENTE	[REDACTED]		
PLAN	[REDACTED]	TIPO	[REDACTED]
S.A.	[REDACTED]	PREMIUM	[REDACTED]
COASEGURADO	[REDACTED]	EDADES	[REDACTED]
C.E.E.	[REDACTED]	C.A.E.	[REDACTED]
ZONA OBS.	[REDACTED]	PRESTANCIA	[REDACTED]
ASEG. TOTAL	[REDACTED]	MUCHACHOS	[REDACTED]
		HOMBRES	[REDACTED]
EXPENSES	[REDACTED]	DIVIDENDOS	[REDACTED]
% INCREMENTO	[REDACTED]	% DESCUENTO	[REDACTED]
COMENTARIOS	[REDACTED]		
	[REDACTED]		

B) HOJA DE TARIFAS

En esta hoja se localizan todas las tarifas que proporciona el sistema, cada una con la opción de "IMPRESION", "INICIO" y "TARIFAS".

BÁSICO

15/11/95

TEXTILES CONDOR
ZONA DF

PLAN: PREMIER GRUPO

SUMA ASEGURADA 400 S.M.G.M.
DEDUCIBLE 6 S.M.G.M.
COASEGURO 10%

EDAD	HOMBRES			MUJERES		
	PRIMA	No.	TOTAL	PRIMA	No.	TOTAL
	BASICO	PART.	GRUPO	BASICO	PART.	GRUPO
0 - 19	677	1	677	677	1	677
20 - 24	910	1	910	1,319	1	1,319
25 - 29	999	1	999	1,488	1	1,465
30 - 34	1,155	1	1,155	1,656	1	1,656
35 - 39	1,353	1	1,353	1,897	1	1,897
40 - 44	1,647	1	1,647	2,192	1	2,192
45 - 49	2,047	1	2,047	2,547	1	2,547
50 - 54	2,567	1	2,567	2,951	1	2,951
55 - 59	3,224	1	3,224	3,442	1	3,442
60 - 64	4,247	1	4,247	4,247	1	4,247
*65 - 69	5,528	1	5,528	5,528	1	5,528
*70 - 74	7,463	1	7,463	7,463	1	7,463
*75 - 79	10,448	1	10,448	10,448	1	10,448

* Solo Renovaciones

PRIMAS TOTALES	PART.	PRIMA
		TOTAL
HOMBRES	13	42,265
MUJERES	13	45,840
TOTAL	26	88,105

No incluye Derecho de Póliza
Incluye IVA

Comisión Básico : 20.0%

BÁSICO, C.E.E.

15/11/95

TEXTILES CONDOR
ZONA D.F.

PLAN: PREMIER GRUPO

SUMA ASEGURADA 400 S.M.G.M.
DEDUCIBLE 6 S.M.G.M.
COASEGURO 10%

EDAD	HOMBRES				
	PRIMAS		TOTAL	No.	TOTAL GRUPO
	BASICO	C.E.E.	PART.	PART.	
0 - 19	677	45	722	1	722
20 - 24	910	45	955	1	959
25 - 29	999	45	1,043	1	1,043
30 - 34	1,155	45	1,200	1	1,200
35 - 39	1,383	45	1,388	1	1,388
40 - 44	1,647	45	1,692	1	1,692
45 - 49	2,047	45	2,092	1	2,092
50 - 54	2,587	45	2,612	1	2,612
55 - 59	3,224	45	3,269	1	3,269
60 - 64	4,247	45	4,292	1	4,292
65 - 69	5,528	45	5,573	1	5,573
70 - 74	7,483	45	7,507	1	7,507
75 - 79	10,448	45	10,492	1	10,492
TOTAL HOMBRES				13	NS 42,845

* Sólo Renovaciones

EDAD	MUJERES				
	PRIMAS		TOTAL	No.	TOTAL GRUPO
	BASICO	C.E.E.	PART.	PART.	
0 - 19	677	45	722	1	722
20 - 24	1,319	45	1,383	1	1,393
25 - 29	1,483	45	1,508	1	1,508
30 - 34	1,696	45	1,700	1	1,700
35 - 39	1,897	45	1,941	1	1,941
40 - 44	2,192	45	2,237	1	2,237
45 - 49	2,547	45	2,591	1	2,591
50 - 54	2,961	45	3,008	1	3,008
55 - 59	3,442	45	3,487	1	3,487
60 - 64	4,247	45	4,292	1	4,292
65 - 69	5,528	45	5,573	1	5,573
70 - 74	7,483	45	7,507	1	7,507
75 - 79	10,448	45	10,492	1	10,492
TOTAL MUJERES				13	NS 48,420

* Sólo Renovaciones

PRIMAS TOTALES	PART.	BASICO	C.E.E.	TOTAL PRIMA
HOMBRES	13	42,765	580	42,845
MUJERES	13	45,840	580	46,420
TOTAL	26	88,705	1,160	NS 89,385

No incluye Derecho de Póliza
Incluye IVA

Comisión Básico y C.E.E. : 20.0%

BÁSICO, MÉDICA MÓVIL

15/1/95

TEXTILES CONDOR
ZONA B F

PLAN: PREMIER GRUPO

SUMA ASEGURADA 400 S.M.G.M.
DEDUCIBLE 6 S.M.G.M.
COASEGURO 10%

EDAD	HOMBRES				
	PRIMAS		TOTAL	No.	TOTAL
	BASICO	M.M.			
0 - 19	677	234	912	1	912
20 - 24	910	273	1.183	1	1.183
25 - 28	898	287	1.285	1	1.285
30 - 34	1.155	305	1.460	1	1.460
35 - 39	1.353	329	1.682	1	1.682
40 - 44	1.647	364	2.011	1	2.011
45 - 49	2.047	408	2.455	1	2.455
50 - 54	2.567	466	3.033	1	3.033
55 - 59	3.224	537	3.761	1	3.761
60 - 64	4.247	648	4.895	1	4.895
65 - 69	5.528	797	6.325	1	6.325
70 - 74	7.463	1.020	8.482	1	8.482
75 - 79	10.448	1.351	11.799	1	11.799
TOTAL HOMBRES				13	NS 49.282

*Solo Renviaciones

EDAD	MUJERES				
	PRIMAS		TOTAL	No.	TOTAL
	BASICO	M.M.			
0 - 19	477	234	912	1	912
20 - 24	1.319	273	1.592	1	1.592
25 - 29	1.465	287	1.751	1	1.751
30 - 34	1.856	305	1.960	1	1.960
35 - 39	1.887	329	2.228	1	2.228
40 - 44	2.192	364	2.558	1	2.558
45 - 49	2.547	408	2.955	1	2.955
50 - 54	2.981	466	3.427	1	3.427
55 - 59	3.442	537	3.980	1	3.980
60 - 64	4.247	648	4.895	1	4.895
65 - 69	5.528	797	6.325	1	6.325
70 - 74	7.463	1.020	8.482	1	8.482
75 - 79	10.448	1.351	11.799	1	11.799
TOTAL MUJERES				13	NS 52.858

*Solo Renviaciones

PRIMAS TOTALES	PART.	BASICO	MEDICA MOVIL	TOTAL PRIMA
HOMBRES	13	42.265	7.018	49.283
MUJERES	13	45.840	7.018	52.858
TOTAL	26	88.105	14.036	NS 102.140

No incluye Derecho de Póliza
Incluye IVA

Comisión Básico : 20.0%
Comisión Médica Móvil : 5.0%

BÁSICO, C.E.E., MÉDICA MÓVIL

15/11/95

TEXTILES CONDOR
ZONA D.F.

PLAN: PREMIER GRUPO

SUMA ASEGURADA 400 S.M.G.M.
DEDUCIBLE 6 S.M.G.M.
COASEGURO 10%

EDAD	HOMBRES					TOTAL GRUPO
	PRIMAS			TOTAL PART.	No. PART.	
	BÁSICO	C.E.E.	M.M.			
0 - 19	677	45	234	956.15	1	956
20 - 24	910	45	273	1,227.90	1	1,228
25 - 29	999	45	287	1,329.90	1	1,330
30 - 34	1,155	45	305	1,504.15	1	1,504
35 - 39	1,353	45	328	1,727.32	1	1,727
40 - 44	1,647	45	364	2,055.50	1	2,055
45 - 49	2,047	45	408	2,499.77	1	2,500
50 - 54	2,547	45	466	3,077.35	1	3,077
55 - 59	3,224	45	537	3,804.00	1	3,808
60 - 64	4,247	45	648	4,939.09	1	4,943
*65 - 69	5,329	45	797	6,169.13	1	6,169
*70 - 74	7,483	45	1,020	8,527.08	1	8,527
*75 - 79	10,448	45	1,351	11,842.90	1	11,843
TOTAL HOMBRES					13	NS 48,882

* Solo Renovaciones

EDAD	MUJERES					TOTAL GRUPO
	PRIMAS			TOTAL PART.	No. PART.	
	BÁSICO	C.E.E.	M.M.			
0 - 19	677	45	234	956.15	1	956
20 - 24	1,318	45	273	1,636	1	1,636
25 - 29	1,465	45	287	1,796	1	1,796
30 - 34	1,656	45	305	2,005	1	2,005
35 - 39	1,887	45	329	2,271	1	2,271
40 - 44	2,192	45	364	2,600	1	2,600
45 - 49	2,647	45	408	2,999	1	2,999
50 - 54	3,241	45	468	3,671	1	3,671
55 - 59	3,442	45	537	4,024	1	4,024
60 - 64	4,247	45	648	4,940	1	4,940
*65 - 69	5,329	45	787	6,169	1	6,169
*70 - 74	7,483	45	1,020	8,527	1	8,527
*75 - 79	10,448	45	1,351	11,843	1	11,843
TOTAL MUJERES					13	NS 63,438

* Solo Renovaciones

PRIMAS TOTALES	PART.	BÁSICO	C.E.E.	MÉDICA MÓVIL	TOTAL PRIMA
HOMBRES	13	42,265	580	7,018	49,862
MUJERES	13	45,840	580	7,018	53,438
TOTAL	26	88,105	1,160	14,036	NS 103,300

No Incluye Derecho de Póliza
Incluye IVA

Comisión Básico y C.E.E. : 20.0%
Comisión Médica Móvil : 9.0%

BÁSICO, C.E.E., MÉDICA MÓVIL, C.A.B.

18/11/95

TEXTILES CONDOR
ZONA D.F.

PLAN: PREMIER GRUPO

SUMA ASEGURADA 400 S.M.G.M.
DEDUCIBLE 6 S.M.G.M.
COASEGURO 10%

EDAD	HOMBRES						TOTAL GRUPO
	PRIMAS				TOTAL PART.	No. PART.	
	BÁSICO	C.E.E.	M.M.	C.A.B.			
0 - 19	877	48	234	513	1,469	1	1,469
20 - 24	910	48	273	1,031	2,239	1	2,239
25 - 29	999	48	287	1,137	2,467	1	2,467
30 - 34	1,188	48	305	1,288	2,789	1	2,789
35 - 39	1,353	48	328	1,392	3,120	1	3,120
40 - 44	1,647	48	384	1,528	3,577	1	3,577
45 - 49	2,047	48	408	1,752	4,251	1	4,251
50 - 54	2,587	48	468	2,003	5,080	1	5,080
55 - 59	3,224	48	537	2,334	6,140	1	6,140
60 - 64	4,247	48	648	2,830	7,770	1	7,770
*65 - 69	5,528	48	797	3,897	10,068	1	10,068
*70 - 74	7,483	48	1,020	6,478	18,006	1	18,006
*75 - 79	10,448	48	1,351	10,887	22,400	1	22,400
TOTAL HOMBRES						13	NS 88,374

* Solo Rencovaciones

EDA D	MUJERES						TOTAL GRUPO
	PRIMAS				TOTAL PART.	No. PART.	
	BÁSICO	C.E.E.	M.M.	C.A.B.			
0 - 19	877	48	234	513	1,469	1	1,469
20 - 24	1,318	48	273	1,031	2,687	1	2,687
25 - 29	1,465	48	287	1,137	2,933	1	2,933
30 - 34	1,958	48	305	1,288	3,299	1	3,299
35 - 39	1,997	48	328	1,392	3,683	1	3,683
40 - 44	2,192	48	384	1,822	4,122	1	4,122
45 - 49	2,547	48	408	1,753	4,752	1	4,752
50 - 54	2,961	48	468	2,003	5,474	1	5,474
55 - 59	3,442	48	537	2,334	6,358	1	6,358
60 - 64	4,247	48	648	2,830	7,770	1	7,770
*65 - 69	5,528	48	797	3,897	10,068	1	10,068
*70 - 74	7,483	48	1,020	6,478	18,006	1	18,006
*75 - 79	10,448	48	1,351	10,887	22,400	1	22,400
TOTAL MUJERES						13	NS 98,948

* Solo Rencovaciones

PRIMAS TOTALES	PART.	BÁSICO	C.E.E.	MÉDICA MÓVIL	C.A.B.	TOTAL PRIMA
HOMBRES	13	42,265	580	7,018	38,512	86,374
MUJERES	13	45,640	580	7,018	38,512	89,948
TOTAL	26	88,105	1,160	14,036	73,023	NS 176,322

No incluye Derecho de Póliza
Incluye IVA

Comisión Básico, C.E.E. y C.A. 20.0%
Comisión Médica Móvil : 6.0%

BÁSICO, C.E.E., SERVICIO AÉREO

15/1/95

TEXTILES CONDOR
ZONA D.F.

PLAN : PREMIER GRUPO

SUMA ASEGURADA 400 S.M.G.M.
DEDUCIBLE 6 S.M.G.M.
COASEGURO 10%

EDAD	HOMBRES						TOTAL GRUPO
	PRIMAS			TOTAL PART.	No. PART.	TOTAL PART.	
	BÁSICO	C.E.E.	S. AEREO				
0 - 14	877	45	107	828	1	828	
20 - 24	910	45	128	1,083	1	1,083	
25 - 29	999	45	151	1,194	1	1,194	
30 - 34	1,185	45	172	1,372	1	1,372	
35 - 39	1,353	45	198	1,594	1	1,594	
40 - 44	1,647	45	218	1,909	1	1,909	
45 - 49	2,047	45	241	2,333	1	2,333	
50 - 54	2,507	45	268	2,819	1	2,819	
55 - 59	3,224	45	298	3,566	1	3,566	
60 - 64	4,247	45	331	4,623	1	4,623	
65 - 69	5,528	45	368	5,941	1	5,941	
70 - 74	7,463	45	488	7,993	1	7,993	
75 - 79	10,448	45	540	11,032	1	11,032	
TOTAL HOMBRES				13		N\$ 46,348	

*Solo Renovaciones

EDAD	MUJERES						TOTAL GRUPO
	PRIMAS			TOTAL PART.	No. PART.	TOTAL PART.	
	BÁSICO	C.E.E.	S. AEREO				
0 - 19	877	45	107	828	1	828	
20 - 24	1,318	45	128	1,491	1	1,491	
25 - 29	1,445	45	151	1,640	1	1,640	
30 - 34	1,656	45	173	1,874	1	1,874	
35 - 39	1,687	45	194	2,137	1	2,137	
40 - 44	2,192	45	218	2,454	1	2,454	
45 - 49	2,647	45	241	2,933	1	2,933	
50 - 54	2,961	45	268	3,274	1	3,274	
55 - 59	3,442	45	298	3,785	1	3,785	
60 - 64	4,347	45	331	4,723	1	4,723	
65 - 69	5,528	45	368	5,941	1	5,941	
70 - 74	7,463	45	488	7,993	1	7,993	
75 - 79	10,448	45	540	11,032	1	11,032	
TOTAL MUJERES				13		N\$ 49,925	

*Solo Renovaciones

PRIMAS TOTALES	PART.	BÁSICO	C.E.E.	SERVICIO AEREO	TOTAL PRIMA
HOMBRES	13	42,265	580	3,505	46,349
MUJERES	13	45,840	580	3,505	49,925
TOTAL	26	88,105	1,160	7,009	N\$ 96,274

No incluye Derecho de Póliza
Incluye IVA

Comisión Básico y C.E.E. : 20.0%
Comisión Servicio Aéreo : 8.9%

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

C) HOJA DE PARAMETROS

Aquí están todos los factores que intervienen en el proceso, en esta hoja se pueden actualizar fácilmente las variables que así lo requieran.

La celda sombreada contiene la fórmula matemática que selecciona el valor de cada variable.

Al final de la hoja aparecen los factores utilizados y el orden en que se deben efectuar los productos, el **FACTOR** es el valor que se aplicará a la tabla base para obtener el costo de la cobertura Básica y del CAB-A, en caso de contratarlo; **FACTOR VARIABLE** sólo se aplica a las anteriores coberturas en caso de que se requiera algún ajuste a las primas.

TABLA DE FACTORES (INICIA)

SUBRAMO	0.8850	S.A.	1.0000	DEDUCIBLE	1.0000
I INDIVIDUAL	1.0000	SMGM			
C COLECTIVO	0.9500	25	0.7975	1	1.81
G GRUPO	0.8850	50	0.8150	1.5	1.80
		100	0.8500	2	1.49
		150	0.8850	3	1.23
		200	0.9200	5	1.06
PLAN	1.1800	250	0.9500	8	1.00
M 72 SMGM	1.4300	300	0.9700	7.5	0.90
P PREMIER	1.1900	350	0.9900	10	0.74
E ESPANOL	1.1100	400	1.0000		
C CLASICO	1.0000	500	1.0300		
T TRADICIONAL	0.7400	600	1.0500		
		700	1.0700		
C.E.E.	GC 0.0708	800	1.0800		
		900	1.1000		
		1.000	1.1200		
		1.100	1.1400		
				COASEGURO	1.0000
				5%	1.0300
				10%	1.0000
				15%	0.9500
				20%	0.9100
				25%	0.8800
				50%	0.5600
				80%	0.2200
SUBRAMO Y ZONA		TARIFA BASE			
IA IND 'A'	0.4180	PLAN CLASICO			
IB IND 'B'	0.2420	SUBRAMO INDIVIDUAL	400		
IC IND 'C'	0.1295	S.A.	8		
IN IND 'NO'	0.0300	DEDUCIBLE	8		
CA COL 'A'	0.3980	COASEGURO	10%		
CB COL 'B'	0.2310				
CC COL 'C'	0.1177				
CN COL 'NO'	0.0000				
GA GPO 'A'	0.3740				
GB GPO 'B'	0.1540				
GC GPO 'C'	0.0708				
GN GPO 'NO'	0.0000				
ZONA GEOGRAFIC	1.0000				
1 ZONA D.F.	1.0000				
2 ZONA NORESTE	0.9085				
3 ZONA NOROCCIDENT	0.7944				
4 ZONA OCCIDENT	0.9200				
5 ZONA SURESTE I	0.7600				
6 ZONA SURESTE II	0.7900				
IVA	1.13				
SMGM	NS 848.00				
COMISION	1.0000				

EDAD	HOMBRE	MUJER	MEDICA MOVIL	C.A.B.-A
0 - 19	1.0218	1.0218	0.3711	0.8848
20 - 24	1.3728	1.9892	0.4322	1.3789
25 - 29	1.8062	2.2082	0.4840	1.8179
30 - 34	1.7423	2.4874	0.4874	1.8884
35 - 39	2.0218	2.8611	0.5217	1.8589
40 - 44	2.4844	3.3064	0.5783	2.0318
45 - 49	1.0882	3.8419	0.6481	2.3389
50 - 54	1.8722	4.4688	0.7378	2.8738
55 - 59	4.8633	5.1927	0.8613	3.1184
60 - 64	6.4071	6.4071	1.0280	3.7758
*65 - 69	8.3368	8.3368	1.2817	4.9349
*70 - 74	11.2471	11.2471	1.6184	8.8418
*75 - 79	18.7801	18.7801	2.1383	14.0936

*SOLO RENOVACIONES

TABLA DE FACTORES (CONCLUYE)

EDAD	MEDICA MOVIL OBLIGAT.	MEDICA MOVIL OPCION	PAS. PLATINO	VISA PLATINO	PAS. HELIC.	VISA HELIC. OBLIGAT.	VISA HELIC. OPCION
0 - 18	0.3711	0.4183	1.1336	0.3038	0.8438	0.1887	0.1968
20 - 24	0.4322	0.4884	1.3602	0.3843	1.0120	0.2024	0.2287
25 - 29	0.4840	0.5130	1.6051	0.4300	1.1943	0.2389	0.2698
30 - 34	0.4824	0.5181	1.8469	0.4944	0.3733	0.2748	0.3103
35 - 39	0.5217	0.5888	2.0838	0.5589	1.8518	0.3104	0.3609
40 - 44	0.5753	0.6512	2.3182	0.6202	1.7238	0.3447	0.3896
45 - 49	0.5463	0.7301	2.5700	0.6883	1.9120	0.3824	0.4321
50 - 54	0.7379	0.8337	2.8840	0.7848	2.1236	0.4243	0.4800
55 - 59	0.8913	0.9820	3.1711	0.8494	2.3893	0.4719	0.5332
60 - 64	1.0280	1.1584	3.5282	0.9443	2.6228	0.5248	0.5830
65 - 69	1.2817	1.4257	3.9188	1.0488	2.9197	0.5833	0.6391
70 - 74	1.6184	1.8254	4.3845	1.1870	3.2412	0.6483	0.7338
75 - 79	2.1393	2.4174	4.8428	1.2971	3.8031	0.7208	0.8145

EDAD	C.A.B. - A					
	GRUPO			COLECTIVO		
	A	B	C	A	B	C
0 - 18	1.4398	1.0272	0.8849	1.6413	1.1028	0.7348
20 - 24	2.6896	1.9648	1.3768	2.9872	2.1112	1.4788
25 - 29	2.9687	2.1821	1.8178	3.1868	2.3208	1.6393
30 - 34	3.3273	2.4383	1.9884	3.8719	2.8048	1.8124
35 - 39	3.7048	2.8903	1.8684	3.8787	2.8878	1.9884
40 - 44	4.1507	2.8482	2.0315	4.8587	3.2078	2.1808
45 - 49	4.8478	3.4783	2.3398	5.2034	3.7308	2.8117
50 - 54	5.6100	4.0073	2.8738	6.0221	4.3018	2.8702
55 - 59	6.8301	4.7132	3.1184	7.1171	5.0883	3.3442
60 - 64	8.1822	5.7840	3.7788	8.7813	6.2188	4.0680
65 - 69	10.8487	7.8348	4.9349	11.4278	8.0880	5.2973
70 - 74	17.1238	12.4822	8.8488	18.3814	13.3778	8.2848
75 - 79	26.7372	18.7603	14.0938	28.7008	21.2008	15.1381

C.E.E. GC 3

SUBRAMO Y ZONA	
IA	IND A' 4
IB	IND B' 5
IC	IND C' 6
IN	IND NO 6
CA	COL A' 4
CB	COL B' 5
CC	COL C' 6
CN	COL NO 6
GA	GPO A' 1
GB	GPO B' 2
GC	GPO C' 3
GN	GPO NO 3

PREEXISTENCIA	0.0000
GASTOS	0.0%
% INCREMENTOS	0.0%
% DESCUENTOS	0.0%

SUBRAMO	0.8880
PLAN	1.1800
ZONA GEOGRAFICA	1.0000
SUMA A SEGURO	1.0000
DEDUCIBLE	1.0000
COASEGURO	1.0000
IVA	1.1800
SUMON	548.0000
COMISION	1.0000

STANDARD PLAN(A)	1.0000
(GRP-COAS ZONA)	1.0000

FACTOR 1.0500

GASTOS	1.0000
PREEXISTENCIA	1.0000
DESCUENTOS	1.0000
INCREMENTOS	1.0000

FACTOR VARIABLES 1.0000

C.E.E. S/IVA	38.8000
MEDICA MOVIL	831.3500

D) HOJA DE MACROS

Las indicaciones a nivel lenguaje de Quattro Pro, para operar todo el sistema son guardados en esta hoja, estas macros son las que sirven para seleccionar bloques, imprimir, realizar direccionamiento y activar los botones que utiliza el Sistema.

TABLA DE MACROS (INICIA)

UNO CAPTURA	(LineaV -15)
(Ediciónra D_DATOS.0)	(SeleccionarBloque DATOS.J66..J66)
(SeleccionarBloque DATOS.G7..G7)	(?) (RC)
(?) (RC)	(SeleccionarBloque DATOS.J67..J67)
(SeleccionarBloque DATOS.G8..G8)	(?) (RC)
(?) (RC)	(SeleccionarBloque DATOS.J68..J68)
(SeleccionarBloque DATOS.G11..G11)	(?) (RC)
(?) (RC)	(SeleccionarBloque DATOS.J69..J69)
(LineaV 14)	(?) (RC)
(SeleccionarBloque DATOS.H15..H15)	(SeleccionarBloque DATOS.J70..J70)
(?) (RC)	(?) (RC)
(SeleccionarBloque DATOS.P17..P17)	(SeleccionarBloque DATOS.J71..J71)
(?) (RC)	(?) (RC)
(SeleccionarBloque DATOS.Q19..Q19)	(SeleccionarBloque DATOS.J72..J72)
(?) (RC)	(?) (RC)
(SeleccionarBloque DATOS.J23..J23)	(SeleccionarBloque DATOS.J73..J73)
(?) (RC)	(?) (RC)
(SeleccionarBloque DATOS.Q23..Q23)	(SeleccionarBloque DATOS.J74..J74)
(?) (RC)	(?) (RC)
(SeleccionarBloque DATOS.J25..J25)	(SeleccionarBloque DATOS.J75..J75)
(?) (RC)	(?) (RC)
(SeleccionarBloque DATOS.Q25..Q25)	(SeleccionarBloque DATOS.J76..J76)
(?) (RC)	(?) (RC)
(SeleccionarBloque DATOS.J27..J27)	(SeleccionarBloque DATOS.J77..J77)
(?) (RC)	(?) (RC)
(LineaV 14)	(SeleccionarBloque DATOS.J78..J78)
(SeleccionarBloque DATOS.J29..J29)	(?) (RC)
(?) (RC)	(SeleccionarBloque DATOS.M66..M66)
(SeleccionarBloque DATOS.F34..F34)	(?) (RC)
(?) (RC)	(SeleccionarBloque DATOS.M67..M67)
(SeleccionarBloque DATOS.F38..F38)	(?) (RC)
(?) (RC)	(SeleccionarBloque DATOS.M68..M68)
(SeleccionarBloque DATOS.I42..I42)	(?) (RC)
(?) (RC)	(SeleccionarBloque DATOS.M69..M69)
(LineaV 13)	(?) (RC)
(SeleccionarBloque DATOS.I42..I42)	(SeleccionarBloque DATOS.M70..M70)
(?) (RC)	(?) (RC)
(SeleccionarBloque DATOS.I44..I44)	(SeleccionarBloque DATOS.M71..M71)
(?) (RC)	(?) (RC)
(SeleccionarBloque DATOS.H46..H46)	(SeleccionarBloque DATOS.M72..M72)
(?) (RC)	(?) (RC)
(SeleccionarBloque DATOS.P48..P48)	(SeleccionarBloque DATOS.M73..M73)
(?) (RC)	(?) (RC)
(SeleccionarBloque DATOS.H50..H50)	(SeleccionarBloque DATOS.M74..M74)
(?) (RC)	(?) (RC)
(SeleccionarBloque DATOS.P50..P50)	(SeleccionarBloque DATOS.M75..M75)
(?) (RC)	(?) (RC)
(SeleccionarBloque DATOS.F52..F52)	(SeleccionarBloque DATOS.M76..M76)
(?) (RC)	(?) (RC)
(LineaV 13)	(SeleccionarBloque DATOS.M77..M77)
(SeleccionarBloque DATOS.I56..I56)	(?) (RC)
(?) (RC)	(SeleccionarBloque DATOS.M78..M78)
(SeleccionarBloque DATOS.C58..C58)	(?) (RC)
(?) (RC)	(LineaV 21)
(LineaV 7)	(SeleccionarBloque DATOS.A84..A84)
(HojaV 1)	

DERECHA SIGUE MACRO UNO

TABLA DE MACROS (CONCLUYE)

DOS CONDICIONES {Edición/ra D_CONDICION,0} {SeleccionarBloque DATOS:T103..T103}	DIEZ T_BASICO,CEE,MM,CAB {Edición/ra T_BCMCA,0} {Imprimir.Bloque "TARIFA:AS5..BA72"} {Preliminar} {LineaV 51} {LineaH -1} {SeleccionarBloque TARIFA:AR56..AR56}
TRES MENU {Edición/ra D_MENU,0} {SeleccionarBloque DATOS:AK140..AK140}	ONCE T_BAS,SERVICIO AEREO, CEE {Edición/ra T_BCSA,0} {Imprimir.Bloque "TARIFA:BC5..BK72"} {Preliminar} {LineaV 51} {SeleccionarBloque TARIFA:BC56..BC56}
CUATRO INICIO {Edición/ra D_DATOS,0} {SeleccionarBloque DATOS:A1..A1}	DOCE T OPCIONAL {Edición/ra T OPCIONAL,0} {Imprimir.Bloque "TAR_OPC:B5..Q60"} {Preliminar} {LineaV 39} {SeleccionarBloque TAR_OPC:B44..B44}
CINCO IMP.CONDICIONES {Edición/ra D_CONDICION,0} {Imprimir.Bloque "DATOS:T135..A132"} {Preliminar} {LineaV 17} {SeleccionarBloque DATOS:T120..T120}	DIECISEIS I_BASICO {Edición/ra T_ T_BASICO {LineaV 35} {SeleccionarBloque TARIFA:BM2..BM2}
SEIS T_BASICO {Edición/ra T_BASICO,0} {Preliminar} {LineaV 35} {SeleccionarBloque TARIFA:BM40..BM40}	DIECISIETE T_BASICO,CEE {Edición/ra T_BC,0} {LineaV 51} {SeleccionarBloque TARIFA:AA2..AA2}
SIETE T_BASICO,CEE {Edición/ra T_BC,0} {Imprimir.Bloque "TARIFA:AA5..AH72"} {Preliminar} {LineaV 51} {SeleccionarBloque TARIFA:AA56..AA56}	DIECIOCHO T_BASICO, MM {Edición/ra T_BM,0} {LineaV 51} {SeleccionarBloque TARIFA:AJ2..AJ2}
OCHO T_BASICO, MM {Edición/ra T_BM,0} {Imprimir.Bloque "TARIFA:AJ5..AQ72"} {Preliminar} {LineaV 51} {SeleccionarBloque TARIFA:AJ56..AJ56}	DIECINUEVE T_BAS,MM,CEE {Edición/ra T_BMC,0} {LineaV 51} {SeleccionarBloque TARIFA:Q2..Q2}
NUEVE T_BAS,MM,CEE {Edición/ra T_BMC,0} {Imprimir.Bloque "TARIFA:Q5..Y72"} {Preliminar} {LineaV 51} {SeleccionarBloque TARIFA:Q56..Q56}	VEINTE T_BASICO,CEE,MM,CAB {Edición/ra T_BCMCA,0} {LineaV 51} {SeleccionarBloque TARIFA:AR2..AR2}
	VEINTIUNO T_BAS,SERVICIO AEREO, CEE {Edición/ra T_BCSA,0} {LineaV 51} {SeleccionarBloque TARIFA:BC2..BC2}
	VEINTIDOS T OPCIONAL {Edición/ra T OPCIONAL,0} {LineaV 39} {SeleccionarBloque TAR_OPC:B2..B2}

CONCLUSIONES

El Sistema de Cotizaciones de Gastos Médicos Mayores "Línea Azul Hospitalaria" fue concluido el 2 de febrero de 1995, con lo que se cumplió el primer objetivo de que su desarrollo fuera en mes y medio, durante éste fueron integrándose las ideas que surgían sobre su mejor funcionamiento.

Después de usarlo durante más de 11 meses, el Sistema ha permitido mantener los siguientes tiempos en los pasos de tarificación y presentación:

Paso 4.- Elaboración de tarifas 10 minutos

Paso 5.- Presentación del estudio 5 minutos

Esta disminución de tiempo representa el 15% del que se empleaba anteriormente; con lo que se superó el objetivo planteado, que era reducirlo en un 80%, utilizando sólo 15 minutos de los 20 que se pretendían.

Este ahorro de tiempo se ha aprovechado en el desarrollo de otros proyectos y actividades dentro de la Dirección Técnica, como fueron : la difusión de productos, análisis de rentabilidad, de producción, etc.

El Sistema de Cotizaciones se encuentra vigente, se ha modificado y actualizado en relación a los nuevos productos y /o cambios de esquema en Línea Azul Hospitalaria; con lo que se cumplen los objetivos de funcionalidad y actualización.

También ha sido de gran utilidad en la elaboración de tarifas de grupos en experiencia propia, necesarias para la emisión de las pólizas correspondientes.

Al reflexionar sobre el presente trabajo de titulación, me siento satisfecho de haber elegido la opción de Memoria de Desempeño Profesional, pues me permitió demostrar el vínculo entre los conocimientos adquiridos en la aulas universitarias y mi desarrollo profesional.

Recomiendo a mis compañeros de la ENEP que elijan esta opción, ya que permite demostrar que nos hemos encaminado en el área profesional para la cual nos preparamos, aplicando los conocimientos adquiridos en la Licenciatura de Actuaría.

También me ha servido para comprobar que el Actuario debe de ver la computación como una herramienta más de su trabajo y no como un fin, el Sistema de Cotizaciones, si bien usa la computación, tiene su parte medular en el razonamiento lógico-matemático y las bases técnicas que se emplearon en su configuración.

Creo fundamental, para el sano desarrollo de una Empresa, el que se optimicen los recursos con que cuenta. El Sistema de Cotizaciones es un ejemplo del uso de la tecnología en beneficio de la Empresa y del propio colaborador.

BIBLIOGRAFÍA

Historia del Seguro en México
Inicio y consolidación del Seguro Mexicano 1900- 1988
Editado por la AMIS, A.C.
Octubre de 1988

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Apuntes curso "Introducción al Seguro de Personas"
Grupo Nacional Provincial
1994.

Apuntes curso "Introducción al Seguro"
Grupo Nacional Provincial
1995.

Servicio de Colaboración Técnica de Línea Azul
Grupo Nacional Provincial
Junio 1992.

Dinámica 93, Manual de Capacitación y Venta
Grupo Nacional Provincial
Noviembre 1993.

Tarifas de Línea Azul
Grupo Nacional Provincial
Julio 1994.