



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS

**PROPUESTA DE UN MODELO ACTUARIAL PARA
MICROSEGURO DEL SEGURO DE VIDA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ACTUARIO

P R E S E N T A:

**FRANCISCO JAVIER PALACIOS ROJI
CASTILLO**



**DIRECTOR DE TESIS:
ACT. MARIO ANTONIO BOTELLO CASTILLO**

2010



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.

Hoja de datos del jurado

1. Datos del alumno

Palacios Roji
Castillo
Francisco Javier
56 55 23 44
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Ciencias
Actuaría
302547661

2. Datos del tutor

Act.
Mario Antonio
Botello
Castillo

3. Datos del sinodal 1

Act.
Arturo
Roldán
López

4. Datos del sinodal 2

M. en A. O.
Oscar
Aranda
Martínez

5. Datos del sinodal 3

Act.
Ricardo
Ibarra
Lara

6. Datos del sinodal 4

Act.
Jorge Otilio
Avendaño
Estrada

7. Datos del trabajo escrito

Propuesta de un modelo actuarial para el microseguro del seguro de vida
80 p.
2010

Índice

Objetivo	1
Introducción: Marco histórico	3
Capítulo I: Elementos esenciales del seguro	9
1.1 Riesgo	9
1.2 Métodos de prevención del riesgo	9
1.3 El contrato de seguro	10
1.4 La póliza	11
1.5 Partes de una póliza	11
1.6 Carátula de la póliza	11
1.7 Condiciones generales de la póliza	12
1.7.1 Definiciones	13
1.7.2 Coberturas	13
1.7.3 Cláusulas generales	13
1.7.4 Beneficiarios	16
1.7.5 Prima y obligaciones de pago	16
1.7.6 Beneficios adicionales	16
1.8 La prima	16
1.9 Reservas	17
Capítulo II: El Sector Asegurador Mexicano	18
2.1 Composición	18
2.2 Composición de las primas directas	22
2.3 Rentabilidad y eficiencia	24
2.4 Concentración del mercado	25
Capítulo III: Pobreza, desempleo e informalidad	28
3.1 Pobreza	28
3.1.1 Características	28
3.1.2 Causas	29

3.1.3 Diferentes enfoques académicos	30
3.2 Tipos de pobreza	31
3.2.1 Pobreza absoluta	31
3.2.2 Pobreza relativa	31
3.2.3 Otros tipos de pobreza	32
3.3 Pobreza en México	33
3.3.1 Pobreza de patrimonio	34
3.3.2 Pobreza de capacidades	34
3.3.3 Pobreza alimentaria	35
3.3.4 Resultados de la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares del 2008	35
3.4 Desempleo	35
3.4.1 Subempleo	36
3.5 Economía informal	37
Capítulo IV: Microseguros	39
4.1 Antecedentes históricos	39
4.2 Definición	40
4.3 Mercado potencial	40
4.3.1 Mercado potencial de los microseguros en México	41
4.4 Características de los microseguros	42
4.4.1 Diferencias entre los microseguros y los seguros tradicionales	43
4.5 Productos más comunes	44
4.5.1 Seguro de grupo obligatorio	44
4.5.2 Seguro de grupo voluntario	44
4.5.3 Seguro de vida individual	44
4.6 Estrategias para la regulación de los microseguros en México	45
4.7 Regulación	46
Capítulo V: Nota técnica de un microseguro de vida individual	47
5.1 Justificación	47
5.2 Definiciones	47
5.3 Características	50

5.4 Elementos técnicos y financieros	51
5.5 Cobertura de fallecimiento	53
5.6 Beneficio adicional de muerte accidental	56
5.7 Beneficio adicional de gastos funerarios	58
5.8 Reserva de riesgos en curso	60
5.9 Análisis de congruencia	62
Capítulo VI: Condiciones generales de la póliza	64
6.1 Objeto del contrato	64
6.2 Cláusulas generales	64
6.3 Cobertura	70
6.4 Vigencia	70
6.5 Primas	71
6.5.1 Prima y obligaciones de pago	71
6.6 Beneficiarios y pago de indemnizaciones	72
6.6.1 Beneficiarios	72
6.6.2 Pago de indemnizaciones	72
6.6.3 Pérdida del derecho a ser indemnizado	73
6.6.4 Anticipo de últimos gastos	73
6.7 Beneficios adicionales	74
6.7.1 Beneficio adicional de muerte accidental	74
6.7.2 Beneficio adicional de gastos funerarios	76
Conclusiones	78
Bibliografía	80

OBJETIVO

Desarrollar un producto de vida individual para atender las necesidades de protección económica de las familias de escasos recursos. El desarrollo comprenderá la elaboración de la nota técnica del producto y las condiciones contractuales de éste, para lo cual se desarrollarán previamente las bases de la teoría del seguro. Se introducirá el concepto de pobreza y se presentarán los criterios de su medición, así como la Estadística Nacional de Ingresos de los Hogares, se definirá, además, el microseguro y se enunciarán sus principales características y diferencias con los seguros tradicionales.

El producto desarrollado deberá cumplir con las condiciones y requerimientos de la circular S-8.1, que, en su cláusula segunda, da a conocer la forma y términos para el registro de los productos de microseguros a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

Las características del producto deberán ser las siguientes:

- a) Microseguro de vida individual con coberturas adicionales.
- b) La suma asegurada no podrá ser superior a 4 veces el salario mínimo general anual vigente en el Distrito Federal.
- c) Beneficio adicional de fallecimiento por muerte accidental.
- d) Beneficio adicional de gastos funerarios con suma asegurada máxima de 365 días salarios mínimos del Distrito Federal.
- e) Beneficio adicional sin costo de pago anticipado de últimos gastos.
- f) El plazo del beneficio básico y de los beneficios adicionales, así como la prima será de un año, y se renovará por plazos sucesivos de igual duración.

- g) La prima se determinará como un costo promedio, con la finalidad de que sea igual para todo el segmento de edades a las cuales se otorga el seguro.
- h) Para todas las coberturas la edad de aceptación mínima es de 12 años, la máxima es de 64 y la de cancelación, de 65.

Las coberturas anteriores se justifican si se considera que la mayoría de los microseguros o bien hacen frente a los gastos funerarios, o bien al pago de microcréditos. Dicho lo cual se prosigue a describirlas brevemente:

- a) *Cobertura de fallecimiento*: la compañía pagará a los beneficiarios designados por el asegurado la suma asegurada contratada al ocurrir el fallecimiento de éste.
- b) *Cobertura de beneficio adicional de muerte accidental*: se pagará a los beneficiarios la suma asegurada convenida para este beneficio si el contratante falleciere en un accidente o a consecuencia de éste; debiendo ocurrir la muerte dentro de los noventa días posteriores al accidente y antes del aniversario de la póliza siguiente a la fecha en que el asegurado cumpla los 65 años.
- c) *Cobertura de beneficio adicional de gastos funerarios*: se pagará a los beneficiarios la suma asegurada convenida para este beneficio si el asegurado falleciere durante el periodo de vigencia del seguro.
- d) *Beneficio adicional de pago de últimos gastos*: se pagará a los beneficiarios el 25% de la suma asegurada contratada para la cobertura de fallecimiento al presentar el certificado de defunción del asegurado.

INTRODUCCIÓN

MARCO HISTÓRICO

Las primeras formas de seguro que podemos rastrear surgieron entre las civilizaciones antiguas: India, Roma, Grecia y Egipto poseían mecanismos de previsión ante el riesgo. La *Ley Marítima de Rodas*, por ejemplo, consideraba «las obligaciones de los cargadores de contribuir a la indemnización de los graves daños causados en perjuicio común en caso de tempestad o rescate de buque apresado por enemigos o piratas».

Parece ser que el seguro marítimo fue el primero en desarrollarse. La primera póliza de seguros descubierta es de este tipo y data del siglo XIV en Génova. La primera legislación en materia de seguro, las *Ordenanzas de Barcelona* de 1345, también concernía a la actividad marítima.

De igual forma, Felipe II promulgó una legislación completa sobre el seguro marítimo en 1536, la cual trataba sobre «los aseguradores, riesgos y seguros de la carrera de las Indias». Las *Ordenanzas de Bilbao* de 1725 recogieron y perfeccionaron dicha legislación.

En la Nueva España regían las *Ordenanzas del Consulado de la Universidad de los Mercaderes de la Nueva España*, confirmadas por el monarca el 24 de julio de 1604. Dichas ordenanzas estipulaban que, en cuanto a seguros, debían emplearse las mismas ordenanzas peninsulares.

La primera compañía de seguros en México se estableció en Veracruz en el año de 1789. Operaba el ramo marítimo y se llamaba *Compañía de Seguros Marítimos de Nueva España*. Fungió como director —apunta la *Gazeta de México* del 22 de diciembre de 1788— don Baltasar Ruíz Fernández, y contó con un fondo de 230 mil pesos repartidos en 4,600 acciones de 50 pesos cada una por el tiempo de cinco años.

Ninguna otra cosa se sabe acerca del desempeño de esta compañía, que al parecer fracasó.

Ya para 1802 se había constituido la segunda *Compañía de Seguros Marítimos de Nueva España*, que, a decir del historiador Miguel Lerdo de Tejada, aseguró, en el año 1803, mercancías cuyo valor ascendía a los 746,000 pesos. Casi medio siglo después, hacia 1851, la compañía inglesa *Watson Phillips y Cía, Sucesores, S. A.* entró al mercado de los seguros en calidad de agente de la Lloyd's de Londres; operó bajo la denominación de *Compañía Aseguradora Inglesa de Londres y Lancashire*.

Pero a pesar de la creciente actividad aseguradora, se tuvo que esperar a 1854 para que el país contara con una legislación propia en materia de seguros: el *Código de Comercio de México*, también conocido como *Código Lares*, en honor a don Teodosio Lares, ministro del presidente Santa Anna. Anteriormente, se seguían utilizando las Ordenanzas de Bilbao. El Código Lares establecía los lineamientos del seguro de transporte terrestre, así como los del seguro marítimo. Estipulaba, entre otras cosas, los datos que debía contener la carátula de la póliza, las excepciones en caso de guerra y la prohibición de asegurar el cargamento por más de un 80% de su valor. Desgraciadamente, tuvo una vida efímera, pues perdió toda validez con la caída del dictador y el advenimiento de los posteriores gobiernos. Aunque fue puesto en vigor por las autoridades estatales de Puebla en 1868.

Durante la Intervención Francesa y el gobierno del archiduque Maximiliano de Habsburgo, se establecieron varias compañías de seguros en territorio nacional. Las autorizaciones otorgadas a las nuevas compañías aparecían publicadas en el *Diario del Imperio*. Estas autorizaciones, por una parte, permitían a las empresas operar, pero por otra, autorizaban los estatutos que regulaban el funcionamiento de las recién formadas instituciones de seguro. Tales *estatutos*, basados en gran medida en el modelo austriaco, constituyeron la ley del seguro para estas compañías, e incluso sirvieron, al triunfo de la causa nacional, para orientar a los liberales en la formación de su propia legislación de seguros.

Un año después, aún dentro de la dominación francesa, en febrero de 1865, se estableció *la Previsora, Compañía de Seguros Mutuos contra Incendios*, primera de su

tipo en México. Por su parte, *la Bienhechora, Compañía de Seguros Mutuos de la Vida*, también constituida en febrero de 1865, ofrecía a sus socios seguros de vida colectivos; empleaba tablas de mortalidad americanas y europeas, e invertía en bonos del gobierno imperial.

Sin embargo, la estabilidad del imperio descansaba, al igual que su existencia, sobre las fuerzas expedicionarias francesas; de tal suerte que habiendo abandonado aquéllos sus pretensiones de conquista, la comedia imperial y todas las disposiciones del archiduque (incluidas aquellas en materia de seguros) finalizaron.

En el brillante periodo de nuestra historia nacional que constituyó la República Restaurada, numerosos códigos contenían títulos o capítulos dedicados a la actividad aseguradora. El Código de Veracruz de 1868, por ejemplo, define el contrato de seguro como: «Aquel por el cual el asegurador responde del daño fortuito que sobrevenga en los bienes muebles e inmuebles asegurados mediante cierto precio, el cual puede ser fijado libremente por las partes». De igual forma, trataron materia de seguros el Código del Distrito Federal, el Código de Baja California y el *Código de Comercio de los Estados Unidos Mexicanos* (federalizado el 15 de abril de 1884).

La primera reglamentación presidencial relacionada exclusivamente con seguros, la *Ley sobre Compañías de Seguros*, fue promulgada en el *Diario Oficial de la Federación* el 16 de diciembre de 1892, siendo Presidente de la República el señor general don Porfirio Díaz. Esta ley, que entró en vigor el 1 de enero de 1893, marcó el final de la pasividad del gobierno en materia de seguros, de manera que las compañías de seguros pasaron a ser reguladas por la Secretaría de Hacienda.

Entre otras cosas, la ley estipulaba la documentación que las compañías de seguros tenían que entregar a la Secretaría de Hacienda para que pudiesen iniciar operaciones; también las obligaba a entregar a la Secretaría de Hacienda un informe semestral de las pólizas emitidas, las caducadas y las primas pagadas. Mientras que era obligación de la Secretaría de Hacienda organizar un servicio de inspección para verificar que las compañías cumplieran las prescripciones de la ley en materia de seguros.

La segunda ley concerniente al seguro, la *Ley Relativa a la Organización de las Compañías de Seguros sobre la Vida*, se promulgó el día 25 de mayo de 1910 en el Diario Oficial de la Federación. Ley que, en la práctica, significó el paso de un sistema de gran libertad de acción, característico del liberalismo, a uno de control rígido por parte de la autoridad.

De ese modo, la nueva legislación prohibía la actividad aseguradora a quienes no fueran sociedades anónimas o cooperativas; imponía a las compañías de seguros la obligación de contar con la autorización de la Secretaría de Hacienda para operar los ramos de vida, accidentes y enfermedades; obligaba a las empresas a constituir reservas técnicas (además de reglamentar sobre su uso), y, entre otras cosas, establecía la inspección y vigilancia permanente de las compañías de seguros.

El año de 1910 también marcó el inicio de la gesta revolucionaria. El país, inmerso en una lucha fratricida, detuvo su estrepitoso desarrollo económico. Fue en 1926 que, habiéndose alcanzado estabilidad y firmeza económica, el gobierno del presidente Calles consideró necesario legislar la actividad de las instituciones comerciales, principalmente de aquéllas destinadas al ahorro, los seguros de vida y otras clases de riesgos, por lo que promulgó la *Ley General de Sociedades de Seguros* el 25 de mayo de 1926.

La *Ley General de Sociedades de Seguros* introdujo grandes cambios con respecto a su predecesora de 1910; para empezar, fue la primera ley que cubrió en su totalidad todos los aspectos que regulan a una institución de seguro; pues uno de los objetivos del gobierno era actualizar la legislación de 1910, orientada a los seguros de vida, para que abarcara todos los nuevos ramos de operación del seguro; el otro era garantizar el interés del asegurado mediante la vigilancia estricta de las compañías de seguros. También se introdujo por primera vez una legislación especial para las compañías extranjeras que operaban en la República.

Un cambio significativo se dio en la prerrogativa para otorgar autorizaciones a las nuevas compañías de seguros, que pasó de la Secretaría de Hacienda a la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, la cual organizó un departamento especial de seguros para el control y vigilancia de las instituciones dedicadas a éstos.

Siguieron a esta legislación otras dos leyes concernientes al seguro: la *Ley General de Instituciones de Seguros* de 1935 y el *decreto que reformaba las inversiones de las reservas*. La primera significó un punto de inflexión para el seguro en México, pues establecía que el capital de las instituciones de seguros debía ser mayoritariamente nacional, regresó el control de las aseguradoras a la Secretaría de Hacienda y estableció controles más estrictos a éstas; mientras que el decreto estableció una reglamentación precisa para la inversión de las reservas.

En 1946 se promulgó un decreto que reformaba la ley de seguros de 1935, el cual, en su artículo 118.º, estableció la creación de la *Comisión Nacional de Seguros*, que tenía dentro de sus actividades la inspección y vigilancia de las instituciones de seguro establecidas en México.

En 1962, el actuario Francisco Asunsulo Morand, jefe del Departamento de Actuaría de la Comisión Nacional de Seguros, fundó la *Asociación Nacional de Actuarios de Vida*, la primera en su tipo en el país.

El 23 de diciembre de 1973, mediante un decreto a la Ley Orgánica del Banco de México, se fusionó a la Comisión Nacional Bancaria con la Comisión Nacional de Seguros, por lo que se integró una sola comisión encargada de vigilar a las instituciones financieras en el país: la *Comisión Nacional Bancaria y de Seguros*, que contó entre sus nuevas atribuciones la facultad de resolver las controversias entre aseguradores y asegurados.

En 1981 se reforma la Ley General de Instituciones de Seguros para establecer la concesión por parte del Gobierno a todas las instituciones interesadas en operar los seguros en territorio nacional.

Finalmente, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas nace en 1990 al escindirse la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros.

Cabe señalar que el retorno a una sola comisión trajo consigo la vuelta del régimen de autorización, que sustituyó a las concesiones por parte de Hacienda para que las

aseguradoras pudieran operar. La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas funciona hasta nuestros días como el órgano regulador del Sector Asegurador Mexicano.

CAPÍTULO I

ELEMENTOS ESENCIALES DEL SEGURO

1.1 Riesgo

Es la probabilidad de ocurrencia de una pérdida económica o *siniestro*, siempre que ésta se pueda cuantificar o medir.

Características del riesgo:

- a) *Intensidad*: se refiere al nivel con que el riesgo afecta a los bienes y causa pérdidas económicas.
- b) *Masa o volumen*: tomada de la eventualidad propiciada por el riesgo y que afecta los bienes.
- c) *Medición*: dependerá de la repercusión económica que sufran los bienes. De esta forma, los riesgos pueden o no ser mensurables.
- d) *Cuantificación*: los riesgos en su ocurrencia pueden o no ser valorados en dinero, tomando como referencia la afectación a los bienes.
- e) *Interés asegurable*: es aquél que tiene una persona sobre una cosa, pues su pérdida le conlleva pérdidas económicas.

1.2 Métodos de prevención del riesgo

Existen tres alternativas fundamentales para hacer frente a los riesgos:

- a) *Reducción del riesgo*: con la toma de acciones preventivas que permitan disminuir el riesgo o las pérdidas económicas. Por ejemplo, la instalación de

detectores de humo y extintores reduce el riesgo de incendio en los locales comerciales.

b) *Retención del riesgo*: constituir una reserva o ahorro que nos apoye en caso de ocurrencia del riesgo. Los riesgos que entrañan pérdidas económicas pequeñas se suelen asumir personalmente.

c) *Transferencia del riesgo*: utilizar un tercero que solvete la pérdida económica si llegare a ocurrir la eventualidad advertida. El *seguro* es la forma más común de transferir un riesgo.

Requisitos para asegurar un riesgo: que el riesgo exista y afecte cuando menos a una persona; que haya estadísticas sobre el comportamiento de afectación del siniestro derivado del riesgo; que el riesgo sea cuantificable en dinero, y que se aplique la *ley de los grandes números*.

1.3 El contrato de seguro

El *contrato de seguro* es un documento legal que estipula las condiciones bajo las cuales habrá de efectuarse el traspaso del riesgo. El principio del seguro es la pérdida cierta de una cantidad pequeña (*prima*) que permite hacer frente a la pérdida incierta de una cantidad mayor (*suma asegurada*) que puede afectar el patrimonio de una persona. El contrato de seguro incluye las condiciones generales, la solicitud del seguro, exámenes físicos, información complementaria, endosos y la carátula de la póliza.

En México la *Ley sobre el Contrato de Seguro* determina las condiciones en que deben celebrarse tales contratos, así como el contenido de éstos, los derechos y las obligaciones del asegurado y de la compañía de seguros. Dicha ley aporta su propia definición de seguro en su artículo 1.º: «Por el contrato de seguro, la empresa se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato».

Es importante hacer notar que, de acuerdo al artículo 19.º de dicha ley, el contrato de seguro se hará constar siempre por escrito, ninguna otra prueba -salvo la confesional- será válida para determinar su existencia ante la ley.

1.4 La póliza

Una póliza de seguro es el documento que estipula las condiciones generales en que se ha de realizar el traspaso del riesgo por parte del asegurado a la compañía de seguros, así como los derechos y obligaciones de éstos.

La *Ley sobre el Contrato del Seguro* estipula, en su artículo 20.º, que la empresa aseguradora estará obligada a entregar al contratante del seguro una póliza en la que consten los derechos y obligaciones de las partes.

1.5 Partes de una póliza

En la práctica, las pólizas se dividen en dos partes. La primera recibe el nombre de carátula de la póliza y estipula todo lo conveniente a las condiciones particulares del seguro: nombre del asegurado, suma asegurada, plan contratado, beneficiarios, vigencia, etcétera. La segunda trata de las condiciones generales del seguro; es decir, el objeto del seguro, las definiciones, la descripción de la cobertura, las cláusulas generales, así como la descripción de los beneficios adicionales si los hubiese. A las partes referidas se puede agregar una que contenga los endosos de la póliza (cláusulas que modifican el contrato) si los hubiera.

1.6 Carátula de la póliza

Es la parte de la póliza donde se identifica al emisor del documento. Según el artículo 20.º de la *Ley sobre el Contrato del Seguro* la información que la póliza deberá contener es la siguiente:

- a) Los nombres, domicilios de los contratantes y firma de la empresa aseguradora.
- b) La designación del objeto o de la persona asegurada.
- c) La naturaleza de los riesgos garantizados.
- d) El momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esta garantía.
- e) El monto de la garantía.
- f) La cuota o prima del seguro.
- g) Las demás cláusulas que deban figurar en la póliza de acuerdo con las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los contratantes.

1.7 Condiciones generales de la póliza

Como ya hemos dicho, es aquella parte de la póliza que trata de las circunstancias indispensables para efectuar el traspaso del riesgo (el qué, el cómo, el cuándo y el dónde):

- *El qué:* se definen qué riesgos en específico se van a traspasar.
- *El cómo:* circunstancias, condiciones en que se ha de traspasar el riesgo.
- *El cuándo:* se definen los términos económicos en que se hace el traspaso (tiempo).
- *El dónde:* el lugar donde se va a hacer el pago.

Tales condiciones forman parte del contrato de seguro y deberán entregarse al asegurado por ley. Generalmente, éstas se dividen en apartados, algunos de los cuales

son: definiciones convenientes al contrato; las cláusulas generales del contrato; la descripción de las coberturas; aquello que conviene a los beneficiarios y al pago de la indemnización; todo lo concerniente al pago de la prima; la vigencia de la póliza, y la descripción y términos de los beneficios adicionales si los hubiera.

1.7.1 Definiciones

Se definen algunos términos que se usarán en la descripción de la cobertura, así como en las cláusulas generales del contrato. Suelen ser: *la compañía de seguros* (el nombre de la institución que brinda el servicio), el *asegurado* (la persona que está registrada tanto en la carátula de la póliza como en la solicitud del seguro) y la *suma asegurada* (es la cantidad de dinero que se contrata, la cual aparece en la carátula de la póliza y la compañía de seguros se obliga a pagar).

1.7.2 Coberturas

Se describe la protección que ofrece el seguro, definiendo:

- a) *Los riesgos básicos.*
- b) *Los riesgos no básicos, pero que se pueden incluir en la póliza.*
- c) *Los riesgos que no se pueden incluir.*
- d) *Los bienes cubiertos y los bienes excluidos:* entendiéndose por bien a todas aquellas cosas que posean las personas, desde lo más sencillo hasta lo más caro.

1.7.3 Cláusulas generales

Solicitud: es la petición de una persona física o moral de ser asegurada, donde se incluyen todos los datos requeridos por la compañía de seguros, a fin de que ésta pueda aceptar o rechazar la cobertura solicitada. Es el único documento que firma el asegurado.

Contrato de seguro: el contrato de seguro está constituido por la póliza de seguro, las condiciones generales, la solicitud de seguro y las especificaciones que se agreguen.

Contratante: es la persona que paga la prima del seguro.

Obligaciones del contratante: se establecen las obligaciones del contratante, que se limitan al pago de la prima.

Cambio: la compañía hace saber a sus asegurados la manera en que podrán efectuar cambios a su contrato de seguro.

Edad: fija la edad mínima y la edad límite para ser asegurado.

Moneda: se fija la divisa en que se pagan la prima y la suma asegurada del seguro.

La agravación esencial del riesgo: se refiere a todo cambio en el riesgo; ésta puede ser de dos tipos:

- a) *Positiva:* aumento en el riesgo.
- b) *Negativa:* disminución en el riesgo.

Obligaciones y derechos en caso de siniestro:

- a) *Obligaciones y derechos del asegurado en caso de siniestro:* actuar como si no estuviera asegurado; dar aviso oportuno a la compañía de seguros, así como comprobar fehacientemente la pérdida económica.
- b) *Obligaciones y derechos de la compañía de seguros:* iniciar la evaluación de los daños antes de 72 horas si es posible dicha evaluación.

Alternativas de indemnización:

- a) Pagar al asegurado el monto de la indemnización de común acuerdo.
- b) Reparar el daño.
- c) Reponer el bien por otro de igual calidad y características (la depreciación, el desgaste por el uso, no está incluida).

Valor real: es el valor del bien en el momento de asegurarlo (la depreciación no está incluida).

Cláusula de proporción de indemnización: en la misma proporción del valor de las cosas aseguradas, se pagarán todos los daños que ocurran.

Renovación: se fijan las políticas de la compañía en cuanto a la renovación de la póliza cuando haya terminado su período de vigencia.

Rehabilitación: se refiere al procedimiento a seguir para rehabilitar la protección del seguro en caso de haberla perdido.

Prescripción: se deberá aclarar en cuánto tiempo pierden su efecto ante la ley los efectos del contrato de seguro. En nuestro país este período es de dos años.

Competencia: establece quién puede resolver controversias entre el asegurado y la compañía aseguradora. En nuestro país esta atribución corresponde a la Comisión Nacional para la Defensa de Usuarios de las Instituciones Financieras (CONDUSEF).

Notificaciones y modificaciones: en este apartado se debe especificar la manera en que los asegurados pueden comunicarse con la compañía de seguros. Así como los medios de los que se valdrá la compañía de seguros para notificar a los asegurados todo aquello que fuera necesario.

Exclusiones de la póliza: podemos afirmar que no existe ni existirá un seguro contra todo riesgo, pues siempre habrá riesgos imposibles de asegurar. La depreciación, pérdida de valor de un bien a través del tiempo, es un claro ejemplo. De esta manera, las exclusiones de la póliza son limitaciones necesarias e indispensables para que pueda efectuarse el traspaso del riesgo.

1.7.4 Beneficiarios

Son las personas físicas o morales determinadas por el contratante para recibir la suma asegurada convenida en caso de verificarse el siniestro; siempre y cuando se cumplan las condiciones marcadas en la póliza.

1.7.5 Prima y obligaciones de pago

La compañía aseguradora determina la forma en que el usuario habrá de pagar la prima de su seguro.

1.7.6 Beneficios adicionales

Los *endosos* son aquellos documentos que complementan la póliza, incluidas las modificaciones o adecuaciones de tipo administrativo, que pueden o no modificar la cobertura original. Éstos constituyen *beneficios adicionales* o cláusulas adicionales cuando otorgan coberturas adicionales no estipuladas en la póliza. Los endosos pueden o no significar un costo adicional.

1.8 La prima

Es la cantidad monetaria que paga el asegurado para tener derecho a los beneficios del seguro.

- a) *La prima neta o de riesgo*: se trata de la cantidad necesaria para que la aseguradora pueda hacer frente a las reclamaciones de los asegurados o de sus beneficiarios.
- b) *La prima de tarifa*: está formada por la prima neta más los gastos de adquisición y administración, los impuestos, las utilidades, los derechos de póliza y demás costos y gastos que tenga la aseguradora.

1.9 Reservas

Se trata de un fondo creado por la compañía de seguros para solventar sus obligaciones con los asegurados.

El artículo 46.º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros establece la obligación de las compañías de seguros de constituir la *reserva de riesgos en curso*.

Por su parte, el artículo 47.º define la reserva de riesgos en curso para los seguros de vida temporales a un año como: «el monto de recursos suficientes para cubrir los siniestros esperados derivados de la cartera de riesgos en vigor de la institución, así como los gastos de administración derivados del manejo de la cartera, calculado con métodos actuariales basados en la aplicación de estándares generalmente aceptados».

La circular 10.1.7 de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas obliga a los aseguradores a evaluar la suficiencia de la reserva de riesgos en curso de cada póliza.

CAPÍTULO II

EL SECTOR ASEGURADOR MEXICANO

2.1 Composición

El *Sector Asegurador Mexicano*, es decir, el conjunto de empresas y sociedades mutualistas que brindan protección económica a los bienes patrimoniales y vidas de las personas, estaba conformado, en el segundo trimestre del 2009, por 100 instituciones y grupos mutualistas de seguros. De estas instituciones, 1 era institución nacional de seguros, 1 era sociedad mutualista de seguros y el resto eran compañías privadas de seguro. Un total de 15 pertenecían a grupos financieros, 58 presentaban capital mayoritariamente extranjero y operaban como instituciones filiales de instituciones financieras del exterior, mientras que 8 estaban conformadas por capital mayoritariamente extranjero y pertenecían a un grupo financiero.

En el cuadro 2.1.1 podemos observar la composición del Sector Asegurador Mexicano en junio del 2009.

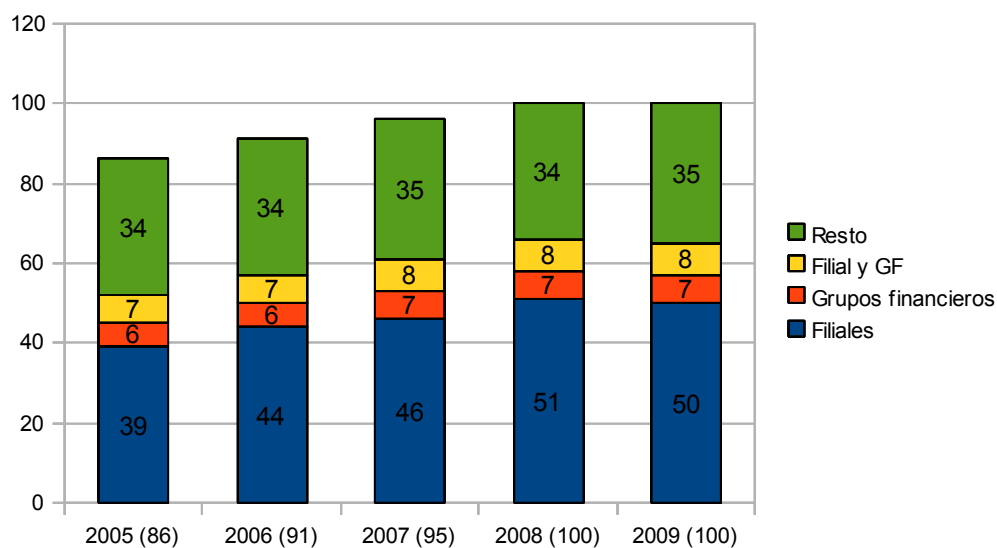
Composición del Sector Asegurador en el segundo trimestre del 2009	
Instituciones nacionales de seguros	1
Sociedades mutualistas de seguro	1
Instituciones de seguros privadas	98
Total	100
Grupos financieros	15
Compañías con capital mayoritariamente extranjero y autorización para operar como filiales de instituciones financieras del exterior	58
Compañías con capital mayoritariamente extranjero que pertenecen a un grupo financiero	8

Fuente: Boletín de análisis sectorial, Seguros, Pensiones y Fianzas, junio 2009, Comisión Nacional Seguros y Fianzas.

En el cuadro 2.1.2 se registra la composición histórica del Sector Asegurador Mexicano de los últimos cinco años registrados por la CNSF.

Composición del Sector Asegurador del 2005 al 2009					
	2005	2006	2007	2008	2009
Instituciones nacionales	1	1	1	1	1
Sociedades mutualistas de seguro	1	1	1	1	1
Instituciones privadas de seguro	84	89	93	98	98
Total	86	91	95	100	100
Grupos financieros	6	6	6	15	15
Filiales de instituciones del exterior	39	43	46	59	58
Grupos financieros del exterior	7	7	8	8	8

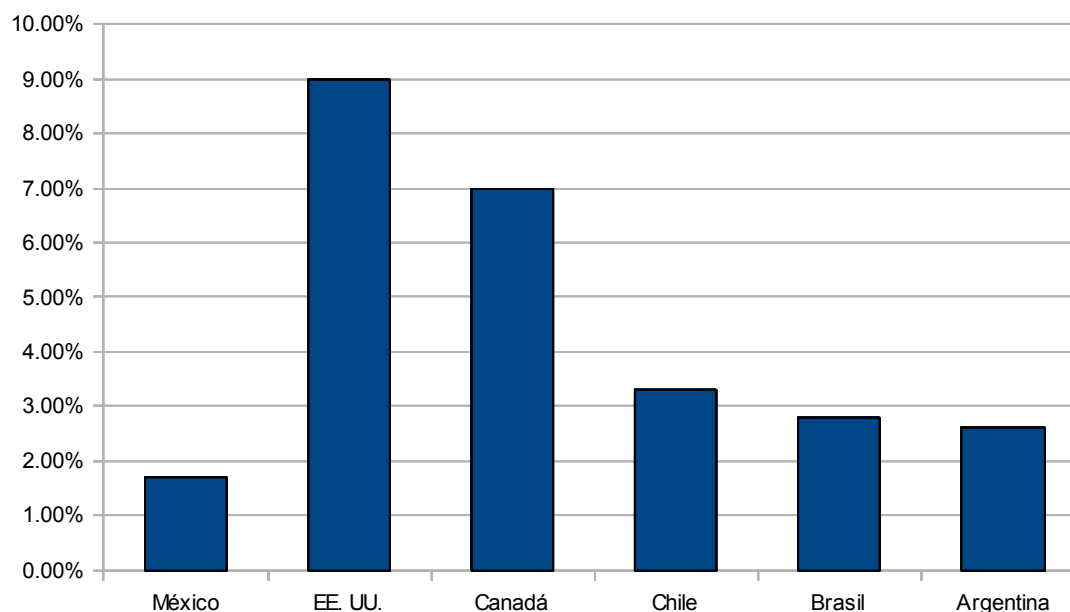
Fuente: Boletín de análisis sectorial, Seguros, Pensiones y Fianzas, varios años, Comisión Nacional Seguros y Fianzas.



Estructura histórica del sector asegurador

Fuente: Boletín de análisis sectorial, Seguros, Pensiones y Fianzas, junio 2009, Comisión Nacional Seguros y Fianzas.

Por otra parte, según el Reporte del Sistema Financiero del 2007, del Banco de México, para diciembre de ese año, las 95 instituciones que entonces conformaban el Sector Asegurador controlaban el 6% de los activos del Sistema Financiero Mexicano. También en el 2007, las *primas directas* (total de primas de seguros vendidas en forma directa, antes de descontar el reaseguro y las primas cedidas) representaron el 1.7% del total del PIB, lo que significó un incremento del 0.6% con respecto a 1990, cuando las primas directas apenas alcanzaban el 1.1%. Sin embargo, este porcentaje resulta bajo si lo comparamos con el 9% y el 7% que representaron las primas directas en los EE. UU. Y Canadá, respectivamente. En este aspecto, México también presentó un atraso con respecto al resto de América Latina. En Chile, el Brasil y la Argentina las primas directas en proporción al PIB significaron, respectivamente, el 3.3%, 2.8% y 2.6%.



Primas directas como porcentaje del PIB

Fuente: Boletín de análisis sectorial, Seguros, Pensiones y Fianzas, junio 2009, Comisión Nacional Seguros y Fianzas.

Los seguros pueden dividirse, según la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro, en tres grandes grupos de acuerdo a su operación: de Vida, de Accidentes y Enfermedades, y de Daños; y éstos a su vez en diversos ramos.

En cuanto a la composición del sector por operaciones y ramos, para el segundo trimestre del 2009, 54 compañías operaban Vida (se incluyen las compañías que

operaban los seguros de Vida y los seguros de Pensiones derivados de las Leyes de Seguridad Social), mientras que 80 operaban seguros de No-Vida (se incluyen las compañías que operaban Accidentes y Enfermedades, Daños, Salud, Crédito a la Vivienda y Garantías Financieras); operando algunas de éstas uno o más ramos. Un total de 55 instituciones operaban seguros de Daños, 44 operaban Vida sin incluir los seguros de Pensiones derivados de las Leyes de Seguridad Social y 35 lo hacían con Accidentes y Enfermedades.

Operaban 10 compañías exclusivamente los seguros de Pensiones derivados de las Leyes de Seguridad Social, mientras que 13 lo hacían exclusivamente con seguros de Salud, 3 con seguros de Crédito a la Vivienda y 2 con seguros de Garantía Financiera.

El cuadro 2.1.3 nos muestra la composición del Sector Asegurador por ramos de operación.

Tipos de seguro	Número de compañías
Con una o más operaciones:	
Daños	55
Vida	44
Accidentes y Enfermedades	35
Exclusivas en una operación:	
Pensiones	10
Salud	13
Crédito a la Vivienda	3
Garantías Financieras	2

Fuente: Boletín de análisis sectorial, Seguros, Pensiones y Fianzas, junio 2009, Comisión Nacional Seguros y Fianzas.

Cabe señalar que la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro prohíbe, en su artículo 7.º (que estipula los ramos que se autorizan a operar a las compañías de seguros en México), que una misma compañía opere los seguros de Vida y los seguros de Daños. Sin embargo, este tipo de compañías mixtas podrán seguir operando si ya contaban con autorización para operar antes del año 2002. Un 38% de las aseguradoras en nuestro país operan los seguros de Vida y No-Vida de manera

simultánea. Cifra que resulta muy alta si se compara con el 10% que se presenta en el Canadá, Italia, Francia y el Reino Unido; o bien, con los EE. UU. y Alemania, donde están prohibidas las compañías mixtas.

2.2 Composición de las primas directas

Por lo que se refiere a las primas directas, la mayor concentración de éstas, en el 2009 —según datos de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas—, se dio en la operación de Vida (se incluyen los seguros de Vida y los seguros de Pensiones derivados de las Leyes de Seguridad Social), que registró alrededor del 45% del total. Siguió en importancia la operación de Daños, con poco más del 40% del total. Accidentes y enfermedades registró cerca del 14%, mientras que Automóviles, 20.1%.

Según cifras de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, las primas directas de los seguros de Vida equivalían, para diciembre del 2009, a menos del 1 por ciento del PIB. Esta cifra resulta muy baja si se compara con el 4 por ciento que suponen las primas en el Canadá y los EE. UU.; el 4.5% que representan en Europa, o bien con el 4.5% que registra Asia.

En cuanto a su crecimiento, las primas directas experimentaron un crecimiento real del 9.6% en 2008, incremento significativamente mayor al 1.08% del año anterior, aunque menor al 11.8% y el 13.6% de 2007 y 2006, respectivamente.

El cuadro 2.2.1 muestra composición de la prima directa en el año 2009.

Prima directa			
2009			
Prima directa	Monto (millones de pesos)	Participación (%)	Var. real (%)
Vida	96,165.1	40.6	8
Pensiones	9,000.7	3.8	9.4

Prima directa			
2009			
Accidentes y enfermedades	35,055.2	14.8	3.9
Daños	96,638.8	40.8	13.6
Daños sin autos	46,666.4	19.7	38.4
Autos	47,608.8	20.1	-4.2
TOTAL	236,859.8	100.0	9.6

Fuente: Boletín de análisis sectorial, Seguros, Pensiones y Fianzas, junio 2009, Comisión Nacional Seguros y Fianzas.

El cuadro 2.2.2 muestra composición histórica de la prima directa en los últimos cinco años registrados por la CNSF.

Prima directa					
(en millones de pesos)					
Prima directa	2005	2006	2007	2008	2009
Vida	52,781.8	69,182.3	77,600.2	84,974.8	96,165.1
Pensiones	4,504.3	5,070.8	6,377.4	7,727.7	9,000.7
Accidentes y enfermedades	20,738.4	24,235.9	28,936.2	32,163.8	35,055.2
Daños	62,183.7	66,942.2	79,053.4	81,837.2	96,638.8
Daños sin autos	26,945.4	27,576.2	34,506.9	34,472.9	46,666.4
Autos	35,238.3	39,366.0	44,546.5	47,364.3	47,608.8
Total	140,208.2	165,431.2	191,967.2	206,703.5	236,859.8

Fuente: Boletín de análisis sectorial, Seguros, Pensiones y Fianzas, junio 2009, Comisión Nacional Seguros y Fianzas.

En nuestro país, según el licenciado Ignacio López Merlo, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, no existe una cultura del seguro. Apenas 16% de la población económicamente activa contaba, para diciembre del 2007, con un seguro de Vida Individual; mientras que 1.4% contaba con un seguro de Gastos Médicos Mayores. El ramo con mayor demanda es el del seguro de automóviles, cuya penetración se estimaba en 2006 en 47% del parque vehicular.

El cuadro 2.2.3 presenta los indicadores de penetración del seguro en México.

Indicadores de penetración en México		
Tipo de indicador	2000 (Por ciento)	2006 (Por ciento)
Seguros de vida/población ocupada	9.5	15.9
Seguros de automóvil/parque vehicular	36.0	47.0
Seguros de gastos mayores (individual)/población total	0.1	0.3
Seguros de gastos mayores (grupo y colectivo)/población total	2.2	3.8

Fuente: Reporte del Sistema Financiero del 2007, del Banco de México

2.3 Rentabilidad y eficiencia

La rentabilidad del Sector Asegurador Mexicano ha registrado altos niveles. En 2009, según datos de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el ROE (Unidad Neta como Proporción del Capital Promedio) registró un 8.1%, misma cifra registrada el año anterior. Sin embargo, los niveles de rentabilidad varían de una aseguradora a otra, siendo el tamaño de éstas un factor determinante. El ROE de las aseguradoras con mayor capital es cercano al 20%. En cuanto a su rentabilidad, las aseguradoras mexicanas siguen el comportamiento de los mercados más desarrollados, obteniendo gran rentabilidad debido en mayor parte al rendimiento de las inversiones.

Por otra parte, en el 2009, según datos de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el *Índice Combinado del Sector Asegurador*, es decir, la medida de rentabilidad técnica que evalúa la capacidad de los ingresos obtenidos por concepto de primas para cubrir los costos de la institución, presentó un 100.7, lo cual significa que el valor de las primas fue insuficiente para cubrir los gastos de operación y administración, así como los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. Este índice está compuesto por la

suma de tres partes, que son: a) los costos de administración como proporción de las primas emitidas; b) los costos netos de adquisición como proporción de las primas retenidas, y c) el costo de la siniestralidad como proporción de las primas devengadas.

En nuestro país, las aseguradoras deben demostrar su capacidad para hacer frente a sus obligaciones mediante las reservas técnicas y el capital mínimo de garantía (aquel adicional a las reservas técnicas con los que las aseguradoras deben contar para hacer frente a los riesgos propios de su operación). En 2007, según datos del Banco de México, 22% de las instituciones de seguros tuvieron un índice de cobertura para las reservas técnicas superior al 1.5. Cuando este índice es superior o igual a 1, las inversiones cubren las reservas técnicas y los recursos son suficientes para atender a las obligaciones contraídas.

2.4 Concentración del mercado

En junio de 2009, según datos de la CNSF, el *índice CR5*, que está conformado por la suma de las 5 compañías con mayor participación en la prima directa del mercado, se ubicó en 53.8%; por lo que registró un crecimiento del 5.3% con respecto a su medición del año pasado. El índice se conforma considerando la participación de las siguientes compañías: Metlife México, S.A., con un 14.0%; Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, con un 12.0%; Grupo Nacional Provincial, S.A.B., con un 10.6%; AXA Seguros, S.A. de C.V., con un 9.6%, y Seguros BBVA Bancomer, S.A. De C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, con un 7.6%.

Participación de las Compañías que integran el CR5		
	Junio 2008 (%)	Junio 2009 (%)
Metlife México	14.0	14.0
Seguros Inbursa	5.1	12.0
Grupo Nacional Provincial	11.6	9.6

Participación de las Compañías que integran el CR5		
AXA Seguros	10.0	10.6
Seguros BBVA Bancomer	7.8	7.6
Total	48.5	53.8

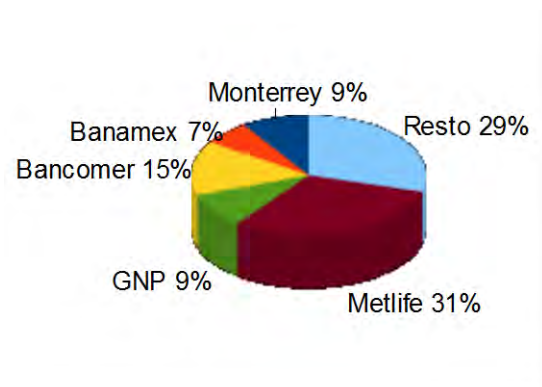
Fuente: Boletín Estadístico de Seguros y Fianzas, junio 2009, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La operación de Vida presentaba, en junio de 2009, una concentración del mercado superior a la del mercado global, con un índice CR5 del 70.5%; el cual fue 3.0% superior al de junio de 2008. Este índice estuvo conformado por: Metlife México, S.A., con un 31.1%; Seguros BBVA Bancomer, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, con un 14.5%; Grupo Nacional Provincial, S.A.B., con un 9.3%; Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., con un 9.3%, y Seguros Banamex, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banamex, con un 6.5%.

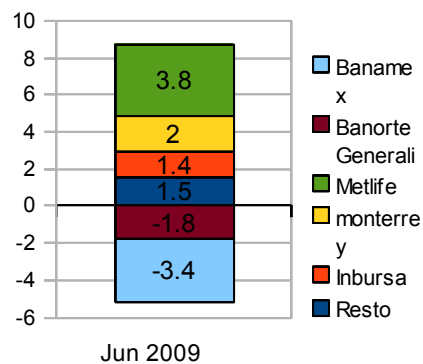
Por su parte, la prima directa de la operación de Vida registró un incremento del 3.5% respecto al cierre de junio de 2008. Las compañías que participaron en dicho incremento fueron: Metlife México, S.A., 3.8%; Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., con 2.0%; Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, con 1.4%, y el resto del mercado contribuyó positivamente en su conjunto con 1.5%. En contraste con el incremento del mercado, Seguros Banorte Generali, S.A de C.V., Grupo Financiero Banorte, presentó un decremento en su prima directa del 3.4%; mientras que Seguros Banamex, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banamex, presentó un decremento del 1.8%.

Participación de las Compañías que integran el CR5 de Vida		
	Diciembre 2008 (%)	Junio 2009 (%)
Metlife México	29.9	31.1
Seguros BBVA Bancomer	11.8	14.5
Grupo Nacional Provincial	10.0	9.3
Seguros Monterrey	8.6	9.3
Seguros Banamex	6.8	6.5
Total	66.8	70.7

Vida
Participación (%)
CR5: 70.7%



Vida
Contribución al crecimiento (pp.)
Crecimiento anual real: 3.5%



Fuente: Anuario Estadístico de Seguros y Fianzas, junio 2009, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

CAPÍTULO III

POBREZA, DESEMPLEO E INFORMALIDAD

3.1 Pobreza

La *pobreza* es la carencia de recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas del ser humano, tales como la alimentación, la vivienda, la salud, la educación y el vestido. La pobreza implica además la imposibilidad de procurarse dichos recursos, ya sea por la falta de empleo (desempleo) o por la remuneración insuficiente de éste.

La Real Academia Española denomina *pauperismo* a «la situación persistente de pobreza».

3.1.1 Características

Algunos de los males endémicos de la pobreza son:

- a) La falta de vivienda.
- b) La falta de salud.
- c) El analfabetismo y la falta de educación.
- d) Los altos índices de problemas de nutrición.
- e) La alta mortalidad infantil.
- f) El desempleo y la economía informal.
- g) La desprotección social.
- h) La carencia de servicios básicos como agua potable, drenaje y luz eléctrica.

3.1.2 Causas

No están claras las causas de la pobreza. Diferentes autores aportan diversas causas, que van desde lo moral o psicológico hasta lo puramente económico. En este último punto, existe el consenso de que la pobreza es causada por estructuras económicas deficientes, las cuales impiden el progreso y perpetúan el atraso.

Podemos señalar someramente tres de estas estructuras:

a) La estructura premodernista o feudal: se caracteriza por una producción agrícola que depende casi en su totalidad de la mano de obra, sin que haya ningún tipo de tecnología o avance en los métodos de producción. Este tipo de estructura también conlleva la sumisión del campesino a acaparadores de tierra o terratenientes, a los cuales está obligado a pagarles algún tipo de feudo. O bien, se trata de grandes plantaciones, donde los trabajadores labran la tierra en condiciones cercanas a la esclavitud.

b) La estructura mercantilista: surge a raíz de las políticas comerciales de las grandes potencias; las cuales cedían el control del comercio internacional a grandes compañías individuales, otorgando privilegios y distribuyendo productos a sectores reducidos y beneficiados de la población. Todavía existen prácticas mercantilistas, que segregan a grandes sectores de la población y les impiden el acceso a los servicios y bienes que brindan a la población más acomodada.

c) La estructura intervencionista: la intervención excesiva e ilimitada del gobierno en la actividad económica es una de las causas de la pobreza; debido a la enorme cantidad de trabas y regulaciones que burócratas ineficientes imponen al desarrollo económico de un país.

Asimismo, otras hipótesis sobre la pobreza de las naciones provienen de la sociología. Como las relaciones imperialistas entre las potencias y sus antiguas colonias; las tendencias culturales que refuerzan y reproducen la pobreza, o bien la pobreza endémica a ciertas localidades.

3.1.3 Diferentes enfoques académicos

Como ya se ha dicho, el concepto de pobreza no es general, por lo que su aplicación varía de un autor a otro. El cuadro 3.1.4 nos muestra diferentes enfoques académicos sobre la pobreza:

Enfoque	Autor(es)/Escuela/Organismo
Definen la pobreza en términos de un nivel mínimo de supervivencia, considerando solamente los ingresos individuales.	Hagenaars (1991); MacPherson y Silburn (1998)
Define la pobreza de manera relativa, es decir, no considera únicamente los ingresos de un individuo, sino que les compara con los del resto de la sociedad.	Galbraith (1958)
Considera, además del acceso a bienes materiales y sociales para mantener un nivel mínimo de supervivencia, la capacidad de utilizarlos libremente con el propósito de obtener bienestar.	Sen (1980, 1996, 2001)
Utiliza un enfoque basado en la distribución de los recursos: los pobres carecen de los recursos necesarios para satisfacer un determinado tipo de dieta, tomar parte de ciertas actividades, así como para gozar de cierto nivel de vida y seguridad.	Townsend (1970, 1999)
La pobreza se trata de una desigual distribución de derechos y deberes básicos.	Rawls (1971)
La pobreza se trata de una exclusión social, por lo que denomina pobres a 'aquellos que tienen vetado el acceso a servicios que les permitan participar plenamente en la economía y la sociedad'.	Taylor (1999)

3.2 Tipos de pobreza

3.2.1 Pobreza absoluta

La medición de la pobreza es relativa, prevaleciendo un enfoque económico basado en las llamadas *líneas de pobreza*, que no son sino el costo total de la canasta de consumo necesaria para cubrir los requerimientos mínimos alimentarios, así como los no alimentarios. Estos criterios varían de un país a otro y suelen ser más altos en los llamados países del primer mundo (se estima, por ejemplo, que en los EE. UU. 46 % de las personas consideradas pobres poseen su propia casa).

Las personas en situación de *pobreza absoluta* perciben ingresos por debajo de la línea de pobreza, es decir que son menores al precio de la canasta, por lo que resultan insuficientes para atender a todas sus necesidades fundamentales.

No obstante, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) sitúa dentro de la *pobreza general* a aquéllos que, aun dentro de la pobreza absoluta, alcanzan a satisfacer sus necesidades básicas alimentarias.

El Banco Mundial fija su *umbral de pobreza* en 1.25 dólares al día, dinero que estima suficiente para que una persona satisfaga su ingesta calórica diaria; se considera en *pobreza extrema* a aquellos que subsisten con una cantidad menor.

Se estima que cerca de 1.1 mil millones de personas vivían en situación de pobreza extrema en el 2001

3.2.2 Pobreza relativa

Otro enfoque utiliza un porcentaje del ingreso medio de una determinada población como línea de pobreza, en lugar de la cantidad que permita cubrir los estándares mínimos de supervivencia. Por ejemplo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) usa el 60% del equivalente a la media nacional del ingreso de los hogares.

Mediante este criterio, se considera en *pobreza relativa* a todos aquéllos cuyas rentas estén por debajo de un porcentaje del nivel medio de ingresos nacional.

El cuadro 3.2.2 nos muestra un comparativo entre la pobreza absoluta y la pobreza relativa.

Pobreza absoluta		Pobreza relativa
Se considera en pobreza absoluta a aquéllos por debajo de una <i>línea de pobreza absoluta</i> ; es decir, aquéllos que son incapaces de obtener los satisfactores mínimos para atender tanto sus necesidades alimentarias como las no alimentarias.		Se considera en pobreza relativa a aquéllos cuyos ingresos anuales sean menores a un determinado porcentaje del equivalente a la media nacional de los ingresos de los hogares.
<i>Pobreza general:</i> Los individuos no son capaces de satisfacer sus requerimientos no alimentarios, pero sí los alimentarios.	<i>Pobreza extrema:</i> Los individuos no son capaces de satisfacer sus requerimientos alimentarios.	

3.2.3 Otros tipos de pobreza

Pobreza educativa

La *pobreza educativa* es la carencia de oportunidades educativas. Las personas que padecen este tipo de pobreza son aquéllas que con más de 15 años no cuentan con instrucción.

La pobreza educativa puede ir de la moderada, que incluye a aquéllos que cuentan con primaria terminada, pero no así la secundaria, hasta la extrema, que incluye a aquellos adultos que no cuentan con la primaria terminada.

Pobreza de espacio de habitación

La pobreza de espacio de habitación es una variante del hacinamiento, a la que se llega cuando el número de habitantes de una vivienda sobrepasa el límite establecido en las normas de vivienda vigentes. Por lo general, este límite es de dos personas por habitación en zonas urbanas (sin contar espacios comunes) y dos personas y media en las zonas rurales.

Pobreza de servicios

Es la carencia —o bien, el servicio por debajo de la calidad estándar— de alguno o más de los tres servicios básicos, que son agua, drenaje y electricidad.

Pobreza de seguridad social

La sufren aquéllos que no están cubiertos por ningún sistema de seguridad social. Es uno de los tipos de pobreza más relativos y no depende del desarrollo económico de las naciones, sino del grado de desarrollo y penetración de los sistemas de seguridad social en éstas. Así, países en relativa bonanza pueden contar con porcentajes muy bajos de individuos protegidos en comparación con otros considerados como subdesarrollados, pero cuyos sistemas de seguridad social son universales o cubren a la mayor parte de la población.

Pobreza de salud

Pobreza de salud es aquella que sufre la población que queda fuera de los programas de asistencia sanitaria. Para su medición se emplean diversos indicadores, como número personal médico, de camas o de recursos con los que se cuenta para atender a la población. Su medición arroja un número porcentual.

3.3 Pobreza en México

En nuestro país, el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, formado en el año 2000 por petición de la Secretaría de Desarrollo Social, señala que medir la pobreza es importante porque permite «evaluar el desarrollo del país en términos del mejoramiento

de las condiciones de vida de la población además permite caracterizar el fenómeno para el diseño de políticas, programas y acciones del sector público». ¹

Para este fin, el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza utilizó la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares, Elaborada por el INEGI. El comité tomó como medida de bienestar el ingreso por persona, clasificando a los hogares como pobres y no pobres según su ingreso. Esto dio como resultado tres tipos de pobreza.

3.3.1 Pobreza de patrimonio

Pobreza de patrimonio	% de hogares e individuos	Pesos diarios por persona Urbano	Pesos diarios por persona Rural
Proporción de hogares cuyo ingreso por persona menor al necesario para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, vestido, calzado, vivienda, salud, transporte público y educación.	Hogares 45.9 Personas 53.7	41.8	28.1

3.3.2 Pobreza de capacidades

Pobreza de capacidades	% de hogares e individuos	Pesos diarios por persona Urbano	Pesos diarios por persona Rural
Proporción de hogares cuyo ingreso por persona menor al necesario para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, salud y educación	Hogares 25.3 Personas 32.9	24.7	18.9

¹ Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), 2002; citada por Martha García, Aportes del capital social a la superación de la pobreza. México, 2004.

3.3.3 Pobreza alimentaria

Pobreza de capacidades	% de hogares e individuos	Pesos diarios por persona Urbano	Pesos diarios por persona Rural
Proporción de hogares cuyo ingreso por persona menor al necesario para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, correspondiente a los requerimientos de la canasta básica establecida por el INEGI-CEPAL.	Hogares 18.6 Personas 24.2	20.9	15.4

3.3.4 Resultados de la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares, del 2008

Según la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares, realizada en 2008, 18.2% de los mexicanos, 19.5 millones, se encontraban en pobreza alimentaria, es decir, aquéllos que no tienen ingresos suficientes para adquirir la canasta alimentaria básica, y 47.4% en pobreza patrimonial, unos 50.6 millones.

3.4 Desempleo

Por lo que se refiere a la economía, las personas *desempleadas* son aquéllas que con disposición y capacidad para trabajar no encuentran empleo. En la práctica no es tan fácil medir el desempleo, pues se requiere tomar en cuenta únicamente a aquellos trabajadores desempleados que en realidad buscan un empleo.

Apuntan los expertos varias causas para este fenómeno, y no todos están de acuerdo en su impacto real. Sírvanos de ejemplo la declaración del que fue Secretario del Trabajo y Previsión Social, Carlos Abascal Carranza, durante una entrevista para el periódico *La Jornada*, el 24 de enero de 2004: «La explicación técnica [del desempleo] es que la automatización de los procesos, es decir, la tecnificación de los procesos

manufactureros, está desplazando a las personas. No le demos muchas vueltas con explicaciones políticas, hay una científica y técnica, y es ésta».

El desempleo conlleva otros problemas de naturaleza social, como miseria, crimen y desigualdad social; para efectos de nuestro trabajo señalaremos que el desempleo es uno de los principales generadores de la pobreza.

En nuestro país, el problema de la medición del desempleo se refleja en cifras irreales, más próximas a las de países en pleno desarrollo. Así, según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, la tasa de desocupación en el 2007 fue tan solo del 3.4% de la población económicamente activa, es decir, alrededor de un millón ochocientas mil personas. Cifra que resulta baja si se compara con el 8.2% que presentó en el mismo periodo Francia, o bien con el 6.2% que presentaron Alemania e Italia.

En realidad, dado a que los estándares internacionales consideran desempleados únicamente a aquellos que no han trabajado ni siquiera una hora a la semana, muchos desempleados quedan fuera del cálculo oficial. De esta forma, si se considera desempleados a los mexicanos que trabajaron menos de 34 horas a la semana, la ENOE indica que el porcentaje de desempleo para 2007 fue del 12.6%.

3.4.1 Subempleo

El *subempleo* ocurre cuando una persona no se emplea en el área en la que está capacitada; generalmente, lo hace en labores que requieren menor preparación y reciben menor paga.

Según el diputado federal Alberto Jiménez Merino, 3.5 millones de profesionistas no trabajan en áreas adecuadas a su perfil y tienen que subemplearse en actividades ajenas a su profesión, cifra cercana a un tercio de los profesionistas que existen en el país. Merino asegura también que los que sí tienen empleo ganan en promedio tres salarios mínimos, es decir, unos 150 pesos diarios.

3.5 Economía informal

Economía informal es toda aquella actividad económica que queda fuera del control del Estado. Debido a lo anterior, es imposible de medir y su estimación queda fuera del Producto Interno Bruto.

Según datos de la Organización Internacional de Trabajo, en nuestro país cerca de 25.5 millones de mexicanos están empleados en la economía informal. Las causas se atribuyen al modelo económico deficiente y a los excesivos trámites que enfrentan las personas que buscan abrir un negocio. De esta forma, el crecimiento escaso y errático de la economía en nuestro país ha generado que la economía informal se relacione con el crecimiento real de la economía nacional: a mayor tasa de crecimiento económico menor desempleo y menor proporción de la población ocupada en el sector informal.

El impacto de la economía informal en la economía de un país es siempre negativo. Expertos señalan la evasión de impuesto, la competencia desleal y la corrupción como algunos de sus males. Sin embargo, vale la pena aclarar que existe una clara distinción entre la economía informal y la llamada *economía subterránea*: mientras que la informalidad, como ya hemos dicho, se refiere a aquellas actividades lícitas que quedan fuera del marco regulador debido a la regulación excesiva; la economía subterránea engloba a todo tipo de actividades legales e ilegales cuyo registro queda fuera de las regulaciones fiscales y laborales.

El cuadro 3.5 nos muestra un comparativo entre la economía subterránea y la informal.

Economía subterránea	Economía informal
Contrabando de mercancías.	Trabajadores no registrados que reciben pagos en efectivo y evaden impuestos.
Tráfico de sustancias ilegales.	Operaciones financieras fuera del mercado.
Prostitución.	Transacciones de bienes y servicios no reportadas a la autoridad fiscal.
Piratería.	Subfacturación o sobrefacturación de exportaciones e importaciones.

Pese a que son muchos los motivos que llevan a la gente a la informalidad, como el deseo de incrementar la riqueza o de obtener ingresos complementarios, la mayor parte de la gente lo hace orillada por la pobreza, por lo que podemos decir que practican un tipo de economía informal de subsistencia. Así, los bajos ingresos les impiden mejorar su nivel de vida, imposibilitándoles, en un verdadero círculo vicioso, el acceso a actividades más calificadas y mejor remuneradas. Como veremos en los siguientes capítulos, los microseguros ofrecen alternativas económicas viables a estas personas.

CAPÍTULO IV

MICROSEGUROS

4.1 Antecedentes históricos

En el 2006, el Dr. Muhammad Yunus, economista de Bangladesh, se hizo acreedor al premio Nobel de la Paz «por sus esfuerzos para incentivar el desarrollo social y económico desde abajo». La historia del Dr. Muhammad Yunus es la historia del microcrédito y su papel como nivelador social e instrumento para erradicar la pobreza.

En 1976, Yunus fundó en Jobra, Bangladesh, el Banco Grameen: banco social orientado a proporcionar pequeños préstamos a grupos de mujeres pobres. El éxito del banco dio fama a Yunus y a su sistema de microcrédito, lo que propició la exportación de éste a países en vías de desarrollo.

En este contexto histórico, los microseguros surgen en África como una solución al problema de otorgar microcréditos a personas infectadas con el virus del VIH, a fin de extender los beneficios del microcrédito a uno de los sectores más vulnerables de la población; lo que creó al mismo tiempo un nuevo reto: el de proporcionar los beneficios del seguro a personas de escasos recursos.

Estos primeros experimentos de microseguro, sin embargo, aunque bien intencionados, fueron implementados bajo un enfoque de comunidad y solidaridad, sin que en su elaboración intervinieran profesionales calificados, por lo que resultaron desastrosos en la mayoría de los casos.

Hoy, los microseguros no constituyen solamente un reto para el sector asegurador, sino además su oportunidad más grande de desarrollo. Cubren generalmente la operación de Vida, pero también ofrecen alternativas para Gastos Médicos y Daños.

Operan principalmente en el mercado asiático, africano y latinoamericano. En nuestro país ya operan los microseguros, que se ofrecen en su mayoría como alternativas de seguro de gastos funerarios a personas de escasos recursos, o como instrumentos de apoyo a los microcréditos.

4.2 Definición

Llamamos microseguros a aquellos seguros cuyas primas pequeñas y coberturas limitadas ofrecen protección a hogares de bajos ingresos. Estos seguros permiten a las personas de menores ingresos acceder a actividades productivas e inversiones de mayor riesgo, pero de mayor ganancia, constituyendo verdaderas alternativas para superar la pobreza. Por lo que podemos decir que los microseguros son formas de agrupar y de hacer frente a los riesgos económicos enfrentados por poblaciones de bajos recursos.

Por lo regular, estos seguros son ofrecidos por diversas gamas de instituciones financieras, a veces en alianza. Estas instituciones aplican la práctica tradicional de los seguros, diseñando productos para clientes de escasos recursos: con costos, condiciones y formas de entrega apropiados a sus necesidades.

Cabe precisar que los pagos gubernamentales por concepto de programas de bienestar social o de emergencia no son considerados como microseguros.

4.3 Mercado potencial

Como ya se ha dicho, los microseguros están diseñados para proteger a los sectores más pobres de la población; de manera que el mercado potencial es grande y ofrece nuevas posibilidades de desarrollo a las aseguradoras, pues hasta ahora éstas se habían concentrado en atender las necesidades de los sectores de ingresos medios y altos.

En cuanto a las necesidades del mercado, éstas son esencialmente la protección económica a los sectores vulnerables en caso de enfermedad, desempleo o fallecimiento; así como ante los efectos de los eventos adversos de la naturaleza.

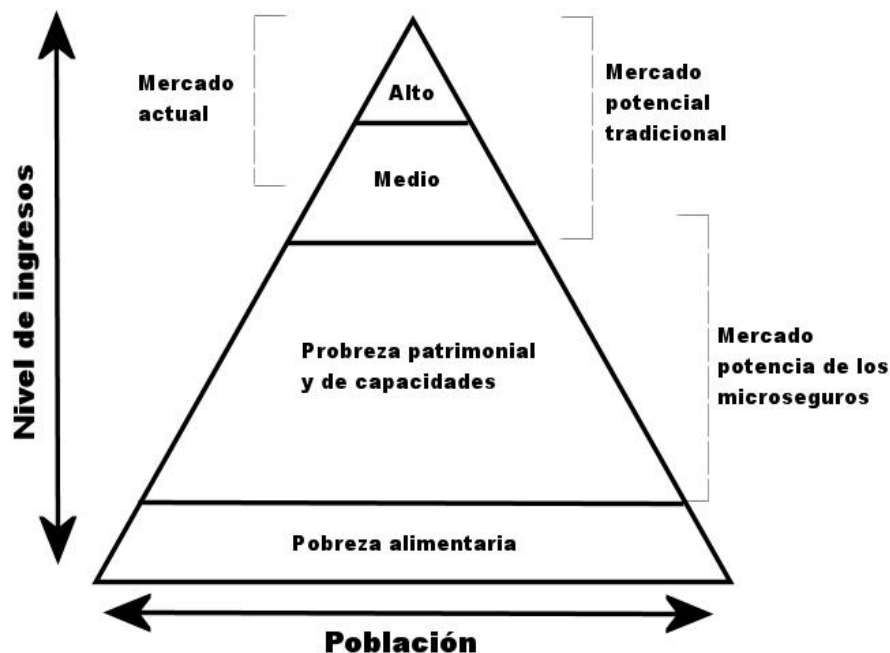
Por otro lado, pese su enorme tamaño, el mercado representa, además de una oportunidad de crecimiento, grandes retos a las aseguradoras; debido principalmente a la ineficiente cultura financiera y del aseguramiento entre los sectores más pobres, así como al desconocimiento y desconfianza del seguro de éstos.

Asimismo, la falta de estadísticas confiables de siniestralidad sobre el sector al que van dirigidos los microseguros dificulta a las aseguradoras establecer los niveles óptimos de prima que deben cobrarse. Con frecuencia, esto ha generado que los productos no estén bien diseñados; que los costos de emisión y de cobranza sean altos, y que los canales de distribución -generalmente los tradicionales- resulten inadecuados.

4.3.1 Mercado potencial de los microseguros en México

Recordemos que, según la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares, realizada en 2008, unos 50.6 millones, 47.4% del total de la población, se encontraban en pobreza patrimonial; mientras que 19.5 millones, 18.2% de los mexicanos, estaban en pobreza alimentaria. El mercado potencial de los microseguros contempla solamente al primer grupo, que cuando menos tiene la capacidad de pagar pequeñas primas, y constituye para éste una verdadera alternativa para mejorar su nivel de vida.

En México, la pirámide de ingresos de la población ilustra perfectamente el mercado potencial de los microseguros, así como el mercado de los seguros tradicionales: el mercado tradicional está constituido por los segmentos de la población con ingresos altos y una porción de aquéllos con ingresos medios; mientras que hasta hace algunos años el mercado potencial contemplaba extender el seguro a los sectores medios sin protección, hoy, con los microseguros se busca llegar a las personas en pobreza patrimonial y de capacidades, además de aquéllas con ingresos medio bajos que hasta ahora no habían conocido la cultura del seguro.



4.4 Características de los microseguros

- Los productos deben contar con un diseño sencillo y comprensible a los sectores a los que están destinados, atendiendo a las necesidades reales de protección de los usuarios de escasos recursos. La operación debe ser igualmente sencilla y transparente, con el objeto de generar confianza en la comunidad. No es recomendable incluir muchos beneficios ni ofrecer muchos productos.
- Su temporalidad debe ser de 12 meses o menos, pues así lo prefiere la mayoría de los usuarios de bajos ingresos. Este tiempo es suficiente para cubrir, por ejemplo, el tiempo de siembra o lluvia, o los préstamos adquiridos con microfinancieras. La temporalidad corta permite además renovar y reconsiderar las condiciones del seguro según la experiencia.
- Las primas deben ser únicas, sin hacer distinciones de edades, de géneros, de ocupaciones ni de ninguna otra clase. Además, éstas deben ajustarse a las posibilidades económicas de los usuarios, sin que el contrato de seguro suponga una carga gravosa que comprometa otros gastos más urgentes a

éstos, como la alimentación, la salud, etcétera. Para esto se sugiere un equilibrio entre los gastos, los beneficios, la prima y la rentabilidad propuesta por la compañía.

- d) La cobranza debe realizarse mediante microfiancieras, cajas de ahorro, programas de asistencia social o cualquier otro medio que permita realizar el cobro de manera concentrada, pues resulta imposible operar de la misma manera que en los seguros tradicionales. Además, es recomendable que la frecuencia de cobro esté ligada al período en que los usuarios perciben ingresos (las personas de escasos recursos suelen tener ingresos irregulares).
- e) A fin de facilitar su emisión, por lo que respecta a la selección de riesgos, se recomienda una sencilla declaración de salud, en lugar de exámenes o cuestionarios médicos.
- f) Se propone excluir a los suicidios, a algunos padecimientos determinados y a catástrofes de naturaleza bélica.

4.4.1 Diferencias entre los microseguros y los seguros tradicionales

Seguros tradicionales	Microseguros
Prima contratada en efectivo.	Prima contratada en efectivo o por concepto de otra transacción, como el pago periódico de un préstamo.
Ventas a través de agentes de seguros.	Ventas a través de agentes de seguros, banca social, cajas de ahorro, programas de asistencia social, etcétera.
Enfocados a las clases medias y altas.	Enfocados a la población de menores ingresos.
Se realizan exámenes y cuestionarios médicos.	Se precisa únicamente de una declaración de buena salud.

Seguros tradicionales	Microseguros
Grandes sumas aseguradas.	Las sumas aseguradas son más pequeñas que las de los seguros tradicionales.
Las primas se determinan de acuerdo a la edad o al riesgo.	Prima única para todas las edades de vigencia del seguro.
Se establecen numerosas exclusiones.	Se establecen menos exclusiones que en los seguros tradicionales, o no se establecen.
La póliza suele ser de difícil entendimiento.	Póliza sencilla y de fácil entendimiento.
Proceso de reclamación largo y complicado.	Proceso de reclamación rápido y sencillo.

4.5 Productos más comunes

4.5.1 Seguro de grupo obligatorio

Éste es el producto de microseguro más común; debido, principalmente, a las microfinancieras. Cuenta entre sus ventajas la reducción del costo merced al volumen, además de presentar menor riesgo y de facilitar la cobranza y el financiamiento.

4.5.2 Seguro de grupo voluntario

Existen dos esquemas para la operación de este tipo de seguros: en el primero, todos los miembros del grupo están asegurados a menos que rechacen la cobertura; en el segundo, estarán asegurados aquéllos que hayan decidido adherirse al grupo.

4.5.3 Seguro de vida individual

Existen ciertos escollos para el desarrollo de este tipo de microseguro; por ejemplo, el aumento en los costos de operación y de reclamo de siniestro, o la dispersión de los

usuarios asegurados, que lo hace más vulnerable a fraudes cometidos por los asegurados. En el presente trabajo se pretende desarrollar una alternativa viable de microseguro de vida individual, incluyendo beneficios adicionales y conservando la sencillez propia de los microseguros.

4.6 Estrategias para la introducción de los microseguros en México

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público recomienda cimentar la estructura introductoria en tres ejes:

a) El uso de canales de distribución masivos, como redes bancarias, redes de microfinancieras, redes financieras, intermediarios no tradicionales, recibos de servicios públicos e incluso el programa de asistencia social «Oportunidades».

b) Productos simples y fáciles de entender, con sumas aseguradas pequeñas, período de vigencia de acuerdo a las necesidades de la comunidad y esquemas de pagos fraccionados. En cuanto a la regulación, se establecerán beneficios perfectamente bien definidos, pólizas con características mínimas y homogéneas, además de que los productos deberán incluir cláusulas y condiciones de fácil comprensión.

c) Mecanismos rápidos y de bajo costo. Contratación de primas con requerimientos establecidos por la regulación vigente, como documentación simplificada, pocos datos requeridos y el empleo de firmas biométricas. Cobranza a través de descuentos por nómina, pagos deducidos de operaciones crediticias, recibos de pagos por otros servicios y descuentos por vía del programa «Oportunidades».

Comprobación de siniestros empleando documentación simplificada. Pagos de sumas aseguradas inmediatos y en efectivo, realizados en cajas de ahorro o en las terminales o puntos de venta.

4.7 Regulación

En el ámbito internacional existen diferentes esquemas de regulación para microseguros, como nuevos marcos regulativos específicos para microseguros, nuevos tipos de instituciones para la operación exclusiva de los microseguros, o bien, nuevas líneas de negocios para las aseguradoras comerciales.

En nuestro país, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a través de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, apuesta por un cambio en la regulación del contrato de seguro, que establece productos más simples, canales de distribución masivos y mecanismos eficientes para el pago de primas, comprobación de los siniestros y pago de las sumas aseguradas. La nueva regulación busca, de esta manera, agilizar el desarrollo del mercado, mantener la solvencia de las instituciones y proteger a los consumidores.

La *circular S-8.1*, de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas establece, en su cláusula segunda, los lineamientos para la operación de los microseguros en México.

CAPÍTULO V

PROPUESTA DE NOTA TÉCNICA

5.1 Justificación

En nuestro país, hasta hace unos años, el seguro de vida protegía únicamente a las clases altas y medias. Las personas en pobreza patrimonial, aproximadamente 50.6 millones, no conocían la protección del seguro de vida; por lo que, si fallecían, dejaban a su familia en el desamparo y el endeudamiento, pues acontecía a menudo que los deudos ni siquiera contaban con recursos para hacer frente al pago del funeral, o consumía éste todo su haber. El desarrollo de seguros asequibles para los sectores desfavorecidos de la población, microseguros, ha cambiado eso.

En el presente trabajo se pretende hacer una propuesta de nota técnica para un producto de ese tipo.

5.2 Definiciones

- a) *Microseguros*: la circular S-8.1 define los microseguros, en su cláusula segunda, como: «aquellos [seguros] que [...] tengan como propósito promover el acceso de la población de bajos ingresos a la protección del seguro mediante la utilización de medios de distribución y operación de bajo costo». La misma circular, en su cláusula vigésimo tercera, establece que, tratándose del seguro de vida individual, la suma asegurada no podrá ser superior a 4 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, elevado al año.
- b) *Nota técnica*: de acuerdo al artículo 36.^o-A de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro, «las instituciones de seguros deberán sustentar cada una de sus coberturas, planes y las primas netas de riesgo que correspondan, en una nota técnica». La nota técnica, según la Circular S-8.1.1, «es aquel documento que describe la metodología y las bases aplicadas para el cálculo actuarial de la prima y en el que se sustenta la aplicación de los estándares de práctica actuarial. En este documento deben incluirse de manera específica: la definición clara y precisa del riesgo y de las obligaciones contractuales cubiertas, las características, alcances, limitaciones y condiciones de la cobertura, las

definiciones, conceptos, hipótesis y procedimientos empleados y, en su caso, las estadísticas y datos utilizados en la valoración del riesgo, así como las fuentes de información y cualquier otro elemento necesario para fundamentar actuarialmente la prima resultante».

- c) *Siniestro*: la circular S-8.1.1 define siniestro como: «Ocurrencia de un evento fortuito, por el cual la aseguradora se obliga a indemnizar al asegurado o a sus beneficiarios».
- d) *Suma asegurada*: la circular S-8.1.1 la define como: «Cantidad máxima que la aseguradora se obliga a cubrir en caso de siniestro o vencimiento del seguro».
- e) *Prima neta*: se trata de la cantidad necesaria para que la aseguradora pueda hacer frente a las reclamaciones de los asegurados o de sus beneficiarios.
- f) *Reserva de riesgos en curso*: monto de recursos suficientes para cubrir los siniestros esperados derivados de la cartera de riesgos en vigor de la institución, así como los gastos de administración derivados del manejo de la cartera

Definiremos la prima neta a edad X como:

$$PN_X = q_X \times V_i \times \left[\frac{i}{\ln(1+i)} \right]$$

Donde:

- q_X es la tasa de mortalidad a edad X .
 - i es la tasa de interés técnico.
 - V_i es el valor presente con tasa de interés i .
- g) *Gastos de administración*: la circular S-8.1.1 los define como: «Los relativos a la suscripción, emisión, cobranza, administración, control y cualquier otra función necesaria para el manejo operativo de una cartera de seguros de corto plazo».
 - h) *Gastos de adquisición*: la circular S-8.1.1 los define como: «Los relacionados con la

promoción y venta de los seguros, que incluyen comisiones a intermediarios, bonos y otros gastos comprendidos dentro de este rubro».

- i) *Margen de utilidad*: lo define la circular S-8.1.1 como: «La contribución marginal a la utilidad bruta general, que se haya definido para el ramo y tipo de seguro en cuestión, de conformidad con las políticas establecidas por la empresa que asume el riesgo».
- j) *Prima de tarifa*: según la Circular S-8.1.1, es aquel «monto unitario necesario para cubrir un riesgo, comprendiendo los costos esperados de siniestralidad y otras obligaciones contractuales, de adquisición y de administración, así como el margen de utilidad previsto».

Definiremos la prima de tarifa a edad X como:

$$PT_X = \frac{PN_X}{1 - (GAdmon + GAdqon + MU)}$$

Donde:

- *GAdmon* son los gastos de administración.
 - *GAdqon* son los gastos de adquisición.
 - *MU* es el margen de utilidad.
- k) *Cobertura de fallecimiento*: la compañía pagará a los beneficiarios designados por el asegurado la suma asegurada contratada al ocurrir el fallecimiento de éste durante del periodo de vigencia del seguro.
 - l) *Accidente*: acontecimiento fortuito, súbito y violento causado de manera externa, sin que haya intención del asegurado, y que le produzca lesiones o la muerte dentro de los noventa días siguientes a la fecha del evento.
 - m) *Cobertura de fallecimiento por muerte accidental*: se pagará a los beneficiarios la suma asegurada convenida para este beneficio si el contratante falleciere en un accidente o a

consecuencia de éste; debiendo ocurrir la muerte dentro de los noventa días posteriores al accidente y antes del aniversario de la póliza siguiente a la fecha en que el asegurado cumpla los 65 años.

- n) *Gastos funerarios*: Son aquellos gastos derivados de las exequias y la inhumación o la incineración del asegurado si éste falleciere durante el periodo de vigencia del seguro.
- o) *Cobertura de gastos funerarios*: se pagará a los beneficiarios la suma asegurada convenida para este beneficio si el asegurado falleciere durante el periodo de vigencia del seguro.
- p) *Beneficio adicional de pago de últimos gastos*: se pagará a los beneficiarios el 25% de la suma asegurada contratada para la cobertura de fallecimiento al presentar el certificado de defunción del asegurado.

5.3 Características

- a) Microseguro de vida individual con coberturas adicionales.
- b) La suma asegurada no podrá ser superior a 4 veces el salario mínimo general anual vigente en el Distrito Federal.
- c) Beneficio adicional de fallecimiento por muerte accidental.
- d) Beneficio adicional de gastos funerarios con suma asegurada máxima de 365 días de salario mínimo del Distrito Federal.
- e) Beneficio adicional sin costo de pago anticipado de últimos gastos.
- f) El plazo del beneficio básico y de los beneficios adicionales, así como la prima será de un año, y se renovará por plazos sucesivos de igual duración.
- g) La prima se determinará como un costo promedio, con la finalidad de que sea igual para todo el segmento de edades a las cuales se otorga el seguro.
- h) Para todas las coberturas la edad de aceptación mínima es de 12 años, la máxima es de 64 y

la de cancelación, de 65.

5.4 Elementos técnicos y financieros

a) Hipótesis Técnicas:

- Tabla de Mortalidad Individual CNSF 2000-I (1991-1998)

Tasas de Mortalidad Individual CNSF 2000-I (1991-1998)							
Edad	qx	Edad	qx	Edad	qx	Edad	qx
12	0.000396	35	0.002186	58	0.011967	81	0.062834
13	0.000427	36	0.002354	59	0.012879	82	0.067362
14	0.00046	37	0.002535	60	0.01386	83	0.07219
15	0.000495	38	0.00273	61	0.014914	84	0.077337
16	0.000533	39	0.00294	62	0.016048	85	0.082817
17	0.000575	40	0.003166	63	0.017265	86	0.088649
18	0.000619	41	0.00341	64	0.018574	87	0.09485
19	0.000667	42	0.003672	65	0.01998	88	0.101436
20	0.000718	43	0.003954	66	0.02149	89	0.108424
21	0.000773	44	0.004258	67	0.023111	90	0.115832
22	0.000833	45	0.004585	68	0.024851	91	0.123677
23	0.000897	46	0.004938	69	0.02672	92	0.131973
24	0.000966	47	0.005317	70	0.028724	93	0.140737
25	0.001041	48	0.005725	71	0.030874	94	0.149983
26	0.001121	49	0.006164	72	0.03318	95	0.159723
27	0.001207	50	.006637	73	0.035651	96	0.16997
28	0.0013	51	0.007145	74	0.0383	97	0.180733
29	0.0014	52	0.007693	75	0.041136	98	0.19202
30	0.001508	53	0.008282	76	0.044174	99	0.203837
31	0.001624	54	0.008915	77	0.047424	100	1
32	0.001749	55	0.009597	78	0.050902		
33	0.001884	56	0.01033	79	0.054619		
34	0.002029	57	0.011119	80	0.058592		

- Censo de Población y Vivienda 2005, INEGI.
- S.E.S.A. VIDA 5 Seguro Individual. Estadística de Asegurados en Vigor y Siniestros en el beneficio de Muerte Accidental.

Año	Asegurados en vigor al final del año	Siniestros ocurridos
1996	650,292	972
1997	672,866	697
1998	900,822	528
1999	1,078,140	659
2000	1,177,724	586
2001	1,367,918	793
2002	1,488,895	803
2003	1,715,341	710
2004	3,392,251	1,024
2005	3,777,746	813
2006	4,029,483	1,107

b) *Hipótesis financieras:*

- *Tasa técnica:* la circular S-8.1.1 la define como: «La tasa de interés que se utiliza para determinar el valor del dinero en el tiempo, al realizar el cálculo actuarial de la prima de tarifa».

Usaremos una tasa técnica i del 5.5%

5.5 Cobertura por fallecimiento

La edad promedio se determinó con base en la Tabla de Mortalidad Individual CNSF 2000-I (1991-1998) y el Censo de Población y Vivienda 2005 del INEGI, usando la siguiente metodología:

Cálculo de la edad promedio					
Edad	Población	Q_x C.N.S.F.	Fallecimientos	Población acumulada	Fallecimientos acumulados
t	L_x	Q_x	$D_x=(L_x)(Q_x)$	$\sum L_x$	$\sum D_x t$
12	2248077	0.000396	890.24	2248077	890.24
13	2200517	0.000427	939.62	4448594	1829.86
14	2149374	0.000460	988.71	6597968	2818.57
15	2187171	0.000495	1082.65	8785139	3901.22

Cálculo de la edad promedio

Edad	Población	Qx C.N.S.F.	Fallecimientos	Población acumulada	Fallecimientos acumulados
t	Lx	Qx	$Dx=(Lx)(Qx)$	$\sum Lx$	$\sum Dx t$
16	2001801	0.000533	1066.96	10786940	4968.18
17	2048540	0.000575	1177.91	12835480	6146.09
18	2081573	0.000619	1288.49	14917053	7434.59
19	1789936	0.000667	1193.89	16706989	8628.47
20	1954604	0.000718	1403.41	18661593	10031.88
21	1647628	0.000773	1273.62	20309221	11305.49
22	1863598	0.000833	1552.38	22172819	12857.87
23	1803618	0.000897	1617.85	23976437	14475.72
24	1695181	0.000966	1637.54	25671618	16113.26
25	1792645	0.001041	1866.14	27464263	17979.41
26	1550774	0.001121	1738.42	29015037	19717.82
27	1587330	0.001207	1915.91	30602367	21633.73
28	1702701	0.001300	2213.51	32305068	23847.24
29	1469908	0.001400	2057.87	33774976	25905.11
30	1934320	0.001508	2916.95	35709296	28822.07
31	1312565	0.001624	2131.61	37021861	30953.67
32	1719343	0.001749	3007.13	38741204	33960.8
33	1535922	0.001884	2893.68	40277126	36854.48
34	1431801	0.002029	2905.12	41708927	39759.61
35	1639337	0.002186	3583.59	43348264	43343.2
36	1432767	0.002354	3372.73	44781031	46715.93
37	1298425	0.002535	3291.51	46079456	50007.44
38	1517260	0.002730	4142.12	47596716	54149.56
39	1224737	0.002940	3600.73	48821453	57750.28
40	1602001	0.003166	5071.94	50423454	62822.22
41	943583	0.003410	3217.62	51367037	66039.84
42	1391712	0.003672	5110.37	52758749	71150.2
43	1110114	0.003954	4389.39	53868863	75539.59
44	969858	0.004258	4129.66	54838721	79669.25
45	1323635	0.004585	6068.87	56162356	85738.12

Cálculo de la edad promedio					
Edad	Población	Qx C.N.S.F.	Fallecimientos	Población acumulada	Fallecimientos acumulados
t	Lx	Qx	Dx=(Lx)(Qx)	$\sum Lx$	$\sum Dx_t$
46	921609	0.004938	4550.91	57083965	90289.02
47	904466	0.005317	4809.05	57988431	95098.07
48	1036511	0.005725	5934.03	59024942	101032.09
49	829034	0.006164	5110.17	59853976	106142.26
50	1138430	0.006637	7555.76	60992406	113698.02
51	621296	0.007145	4439.16	61613702	118137.18
52	838967	0.007693	6454.17	62452669	124591.35
53	754633	0.008282	6249.87	63207302	130841.22
54	737324	0.008915	6573.24	63944626	137414.46
55	821606	0.009597	7884.95	64766232	145299.42
56	639285	0.010330	6603.81	65405517	151903.23
57	541021	0.011119	6015.61	65946538	157918.84
58	619624	0.011967	7415.04	66566162	165333.88
59	495535	0.012879	6382	67061697	171715.88
60	808119	0.013860	11200.53	67869816	182916.41
61	365719	0.014914	5454.33	68235535	188370.74
62	497379	0.016048	7981.94	68732914	196352.68
63	505740	0.017265	8731.6	69238654	205084.28
64	445519	0.018574	8275.07	69684173	213359.35

$$q_X^{promedio} = \frac{\sum_{64} Dx}{\sum_{64} Lx} = .003061 \approx q_{42}^{CNSF 2000-I} = .003671$$

Prima de neta

$$PN_X = q_X \times V_i \times \left[\frac{i}{Ln(1+i)} \right]$$

$$PN_{42} = q_{42} \times V_{.055} \times \left[\frac{0.055}{\ln(1.055)} \right] = 3.560 / 00$$

Prima de tarifa

$$PT_X = \frac{PN_X}{1 - (GAdmon + GAdqon + MU)}$$

Donde:

- $GAdmon = 10\%$
- $GAdqon = 25\%$
- $MU = 5\%$

$$PT_{42} = \frac{PN_{42}}{(1 - 0.4)} = \frac{3.56}{.6} = 5.960 / 00$$

5.6 Beneficio adicional de muerte accidental

Usamos la Estadística de Asegurados en Vigor y Siniestros en el beneficio de Muerte Accidental para construir la siguiente tabla:

Cálculo de la tasa de ocurrencia promedio al millar (TOP)				
Año	Asegurados en vigor	Asegurados expuestos	Siniestros ocurridos	Tasa de ocurrencia al millar
t	AV_t	$AE_t = \frac{AV_{t-1} + AV_t}{2}$	SO_t	$TO_t = 1000 * \frac{SO_t}{AE_t}$
1996	650,292			
1997	672,866	661,579	697	1.0535
1998	900,822	786,874	528	0.6710
1999	1,078,140	989,511	659	0.6660

2000	1,177,724	1,127,932	586	0.5195
2001	1,367,918	1,272,821	793	0.6230
2002	1,488,895	1,428,407	803	0.5622
2003	1,715,341	1,602,118	710	0.4432
2004	3,392,251	2,553,796	1,024	0.4010
2005	3,777,746	3,584,999	813	0.2268
2006	4,029,483	3,903,615	1,107	0.2836
$TOP = \sum \frac{TO_t}{10}$				0.5450

Definimos la tasa de mortalidad promedio para el beneficio de muerte accidental como la tasa de ocurrencia promedio:

$$q_{AC} = TOP = 0.5450$$

Prima neta

$$PN_{ACC} = q_{ACC} \times V_i \times \left[\frac{i}{Ln(1+i)} \right]$$

$$PN_{ACC} = 0.5450 \times V_{.055} \times \left[\frac{0.055}{Ln(1.055)} \right] = 0.530/00$$

Prima de tarifa

$$PT_{ACC} = \frac{PN_{ACC}}{1 - (GAdm + GAdq + MU)}$$

Donde:

- $GAdmon = 10\%$
- $GAdqon = 25\%$
- $MU = 5\%$

$$PT_{ACC} = \frac{PN_{ACC}}{(1 - 0.40)} = 0.880 / 00$$

5.7 Beneficio adicional de gastos funerarios

$$q_X^{promedio} \approx q_{42}^{CNSF 2000-1} = 3.672$$

Prima de neta

$$PN_X = q_X \times V_i \times \left[\frac{i}{Ln(1+i)} \right]$$

$$PN_{42} = q_{42} \times V_{.055} \times \left[\frac{0.055}{Ln(1.055)} \right] = 3.560 / 00$$

Prima de tarifa

$$PT_X = \frac{PN_X}{1 - (Gadmon + Gadqon + MU)}$$

Donde:

- $G_{Admon} = 10\%$
- $G_{Adqon} = 25\%$
- $MU = 5\%$

$$PT_{42} = \frac{PN_{42}}{(1 - 0.4)} = \frac{3.56}{.6} = 5.960 / 00$$

Los 365 salarios mínimos del D. F. de suma máxima asegurada para este beneficio, equivalentes a \$20,973 (365*57.46), se estiman suficientes para sufragar los gastos funerarios promedio en cualquier zona de la República.

Anexos

Presentamos a continuación la valuación de la *reserva de riesgos en cursos* y el *análisis de congruencia*, pues los hemos considerado indispensables para completar el presente trabajo. Vale la pena aclarar que no forman parte de la nota técnica y, de acuerdo a la reglamentación vigente, deberán registrarse por separado de ésta.

5.8 Reserva de riesgos en curso

De acuerdo a la disposición Décimo Primera de la circular S-10.1.7, los aseguradores están obligados a realizarse la valuación de la reserva de riesgos en curso basada en experiencia propia. En cumplimiento de dicha disposición calcularemos nuestra reserva de la siguiente forma:

Primeramente, calculamos la *prima de riesgo* (PN), que corresponde a la prima de tarifa anualizada (PT) libre de los gastos de administración (GAdmon), los gastos de adquisición (GAdqon) y el margen de utilidad (MU).

$$PN = (PT)(1 - G_{Admon} - G_{Adqon} - MU)$$

Calculamos el *factor de tiempo no transcurrido* (FTNT), dividiendo los meses que resten de vigencia a la póliza entre doce.

$$FTNT = \frac{n}{12}; n = 12 - \text{meses transcurridos}$$

Para obtener la *prima de riesgo no devengada* (PRND), multiplicamos la prima de riesgo por el factor de tiempo no transcurrido.

$$PRND = (PN)(FTNT)$$

Obtenemos la *porción no devengada los de gastos de administración* (GAdmonND), multiplicando la prima de tarifa por los gastos de administración (Gadmon) y el factor de tiempo no devengado.

$$GAdmonND = (GAdmon)(PT)(FTNT)$$

Determinamos el *factor de suficiencia propio*, dividiendo los siniestros brutos pagados en los últimos doce trimestres entre la prima bruta de riesgo devengada en el mismo periodo.

$$FSP = \frac{SBP}{PBRD}$$

Comparamos el factor de suficiencia propio con el *factor de suficiencia del mercado* (la media más la desviación estándar del índice anual de la frecuencia de los siniestros [siniestros pagados entre prima devengada] correspondientes a los últimos doce trimestres), y elegimos como *factor de suficiencia* el que resulte mayor.

$$FS = FSP \Leftrightarrow FSP \geq FSM \quad \text{Si no; } FS = FSM$$

De acuerdo a la Circular 10.1.7, el factor de suficiencia no podrá ser menor que uno.

$$FS \geq 1$$

Finalmente, calculamos la *reserva de suficiencia* (RS), sumando los gastos de administración no devengados a la prima de riesgo no devengada multiplicada por el factor de suficiencia.

$$RS = (PRND)(FS) + GAdmonND$$

5.9 Análisis de congruencia

El artículo 36.º-D de la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros establece que la solicitud de un producto de seguro deberá estar acompañada de un análisis de congruencia entre la nota técnica y la documentación contractual, el cual deberá ser suscrito tanto por el actuario responsable de la elaboración de la nota técnica como por el abogado general de la institución.

A continuación, se presenta el análisis de congruencia sugerido para nuestro producto.

Análisis de congruencia

Los que suscriben, Act. _____ con cédula profesional _____ y con certificado de calidad _____ expedido por el Colegio Nacional de Actuarios, A.C. y Lic. _____ con cédula profesional _____, en sus caracteres de actuario certificado y abogado de la institución, respectivamente, bajo protesta de decir la verdad, manifiestan que las condiciones contractuales del producto «Microseguro de vida individual» corresponden fielmente a los métodos actuariales descritos en la nota técnica.

Asimismo, hacen constar los aspectos contractuales más importantes que afectan al

desarrollo técnico del producto.

Características del producto: Las características del producto descritas en la documentación contractual están en consonancia con las descritas en la nota técnica.

Coberturas: Las coberturas descritas en la documentación contractual están en consonancia con las descritas en la nota técnica.

Atentamente,

Act. _____ Lic. _____

CAPÍTULO VI

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

6.1 I Objeto del contrato

*Pues bien: ¿para qué sirve mi seguro?*¹

Tu seguro es una garantía de tranquilidad para tu familia. Si acaso fallecieras en el tiempo de vigencia señalado en la póliza, la Compañía de Seguros X estará obligada —gracias al pago que hiciste de la prima— a pagarles a tus beneficiarios la suma asegurada de la cobertura por fallecimiento, así como la de los beneficios adicionales contratados.

Te hemos entregado una copia de la póliza como prueba del contrato de seguro.

6.2 II Cláusulas generales

6.2.1 Definiciones

a) Asegurado: ése eres tú: la persona que está registrada tanto en la carátula de la póliza como en la solicitud del seguro.

b) Suma asegurada: es la cantidad de dinero que contrataste, la cual aparece en la carátula de la póliza y la Compañía de Seguros X se obliga a pagar.

c) La compañía de seguros: es la Compañía de Seguros X, con la cual contrataste tu seguro.

6.2.2 Contrato

¹ Se propone encabezar las principales cláusulas de las condiciones generales con una frase introductoria que ayude a los asegurados a comprenderlas.

¿De qué forma está constituido mi contrato de seguro?

Tu contrato de seguro está constituido por la póliza de seguro, las condiciones generales, la solicitud de seguro y las especificaciones que se agreguen. Ten presente que éstas son las pruebas del contrato de seguro entre la compañía de seguros y tu persona.

ARTÍCULO 25.º DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO: «Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado o Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días naturales que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones».

6.2.3 Contratante

¿Quién es el contratante del seguro?

Es la persona que tiene a su cargo el pago de la prima del seguro. Asumiremos que eres tú, asegurado; pero bien podría ser un sindicato, una empresa, una asociación o cualquier otra persona física o moral.

6.2.4 Obligaciones del contratante

¿Cuáles son mis obligaciones como contratante del seguro?

La obligación del contratante es pagar la prima del seguro.

6.2.5 Edad

Para el contrato, tu edad es la que tenías al momento de dar de alta tu seguro, fecha que quedó registrada en la carátula de la póliza.

¿Puedo renovar mi seguro a cualquier edad?

Podrás contratar o renovar tu seguro hasta los 64 años de edad, con 65 años éste se cancelará de manera automática

¿La compañía de seguros puede verificar que mi edad sea verdadera?

La compañía de seguros puede comprobar que la edad que hayas declarado sea la real, lo cual quedará anotado en tu póliza y liberará a tus beneficiarios, en caso de que fallezcas, de cualquier comprobación al momento de cobrar la suma asegurada.

¿Qué pasaría si hubiese declarado una edad falsa?

Si la compañía de seguros descubriera que tu edad real y la declarada son diferentes, no podría invalidar tu seguro, a menos que tu edad real estuviera fuera del límite de admisión fijado en la póliza (64 años). Si tu seguro fuera invalidado, se te devolvería la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión, de acuerdo a lo establecido en el artículo 160.º de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

6.2.6 Moneda

¿La prima y la suma asegurada se pagan en pesos mexicanos?

Así es, el seguro será en moneda nacional; y será liquidable en los términos de la ley monetaria vigente a la fecha del pago.

6.2.7 Carencia de restricciones

¿Mi seguro perdería validez si cambiara de domicilio o bien si la eventualidad se presentara durante un viaje?

No, no la perdería. Tu seguro no está sujeto a restricción alguna por razones de residencia o de viaje.

6.2.8 Competencia

¿A quién puedo acudir en caso de estar inconforme con la aseguradora?

Podrás acudir ante la Unidad Especializada de la compañía de seguros, o presentar tu reclamación ante la Comisión Nacional para la Defensa y Protección de los Usuarios (CONDUSEF) de Servicios Financieros, incluso podrás apersonarte directamente ante el juez de la delegación de la CONDUSEF que te corresponda.

6.2.9 Disputabilidad

¿La compañía puede poner peros a mi póliza?

Sí, podría hacerlo si le hubieses dado información falsa o incompleta que le hubiese impedido apreciar correctamente tu riesgo.

¿Y en caso de rehabilitación?

En caso de rehabilitación de tu póliza, el plazo de un año se contaría a partir de la fecha en que la rehabilitación hubiera sido aceptada por la compañía de seguros.

6.2.10 Cambio

¿Es posible modificar las condiciones de mi póliza?, ¿cómo puedo hacerlo?

Se pueden modificar las condiciones de tu póliza, en efecto; pero ten presente que dicha modificación sólo podrá realizarse con el acuerdo previo entre el contratante de tu seguro y la aseguradora. El cambio deberá constar por escrito mediante un endoso, que pasará a formar parte de tu póliza. Por tanto, no podrán realizar cambios a tu póliza personas ajenas a la compañía de seguros, como los agentes, los promotores o cualquier otra persona que carezca del reconocimiento de la compañía de seguros.

6.2.11 Notificaciones y comunicaciones

¿De qué manera puedo realizar declaraciones relacionadas a mi contrato?

Por medio de un escrito al domicilio indicado en la carátula de la póliza.

¿De qué manera se comunica la aseguradora conmigo?

La compañía de seguros te hará sus notificaciones mediante entregas en forma personal, o en tu domicilio señalado en la carátula de la póliza o por correo certificado con acuse de recibo.

6.2.12 Suicidio

¿Mi seguro ampara suicidio?

La compañía de seguros no indemnizaría a tus beneficiarios en caso de suicidio si no hubiesen transcurrido cuando menos dos años de vigencia continua de la póliza, sin importar las condiciones físicas o mentales por las que hubieras estado atravesando.

Si no procediera la indemnización, se les entregaría la cantidad correspondiente a la reserva matemática de la prima.

6.2.13 Rehabilitación

¿Es posible rehabilitar la protección de mi seguro si éste hubiera cesado por falta de pago?

Desde luego que podrás rehabilitarlo en cualquier momento, siempre que lo solicites por escrito y reúnas las condiciones necesarias de salud requeridas por la compañía de seguros, así como las de otra naturaleza que sean igualmente requeridas; además, el contratante de tu seguro deberá cubrir el importe de las primas vencidas.

6.2.14 Renovación

¿Cada cuánto debo renovar mi seguro?

La protección de tu seguro y tu prima tienen una duración de un año. Se renovarán automáticamente en períodos de la misma duración. Cada renovación tendrá un costo igual a la tarifa en vigor registrada ante la Comisión de Seguros y Fianzas a la fecha de realizarse ésta.

6.2.15 Prescripción

¿Mi seguro puede prescribir?

Sí, todo aquello que se derive de este contrato de seguro pierde efecto ante la ley en dos años, que serán contados, en los términos del artículo 81.º de la Ley sobre el contrato de

Seguro, desde la fecha de acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82.º de dicha ley.

ARTÍCULO 81.º DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO: «Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguros prescribirán: En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. [...] En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen».

ARTÍCULO 82.º DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO: «El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización de un siniestro, desde el día en que haya llegado a su conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento de derecho constituido a su favor».

Dicha prescripción podrá ser interrumpida, además de por causas ordinarias, por aquello que refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, por la presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios de la compañía de seguros y ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (artículos 50.º -Bis y 66.º).

6.2.16 Liquidación

¿De qué manera se realiza la liquidación de mi contrato de seguro?

La compañía de seguros pagará a tus beneficiarios al recibir las pruebas fehacientes de la realización del siniestro. La prima anual vencida o sus parcialidades, en caso de encontrarse en período de gracia, serán deducidas de la liquidación correspondiente.

6.2.17 Interés por mora

¿Qué sucedería si la compañía de seguros se demorara en pagar la suma asegurada a mis beneficiarios?

En ese caso, la compañía de seguros estaría obligada a pagar a tus beneficiarios una indemnización por mora según los términos que establece el artículo 135.º Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

6.2.18 Información de comisiones y compensaciones directas

¿Puedo saber a cuánto asciende la comisión del intermediario mediante el cual adquirí mi seguro?

Desde luego que puedes pedir que se te informe el porcentaje de la prima que se entregó al intermediario por concepto de comisión. Si lo solicitas, la compañía de seguros estará obligada a darte respuesta por medios escritos o electrónicos en un plazo no mayor a 10 días naturales después de recibida tu solicitud.

6.3 III Cobertura

Descripción de la cobertura de fallecimiento

La compañía pagará a los beneficiarios designados por el asegurado la suma asegurada contratada al ocurrir el fallecimiento de éste, en tanto la muerte del asegurado ocurra antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

La cobertura y la prima tendrán una duración de un año. Se renovarán automáticamente en períodos de la misma duración. Cada renovación tendrá un costo igual a la tarifa en vigor registrada ante la Comisión de Seguros y Fianzas a la fecha de realizarse ésta.

6.4 IV Vigencia

¿Cuándo inicia la protección de mi seguro?

A las 12:00 horas de la fecha de inicio que figure en la carátula de la póliza.

¿Cuándo termina la protección de mi seguro?

A las 12:00 horas de la fecha correspondiente, la cual podrá ser:

a) Al cumplirse el plazo estipulado en la carátula de la póliza.

b) Al fallecimiento del asegurado.

c) En el aniversario inmediato posterior de la póliza a la fecha en que hayas cumplido 65 años de edad.

d) La fecha en que se cancele por falta de pago, la cual será el día en que se hayan devengado por completo las primas pagadas. En tales casos, la compañía no está obligada a notificarte la cancelación de tu seguro.

6.5 V Primas

6.5.1 Prima y obligaciones de pago

La prima de tu seguro tendrá una duración de un año, después de la cual vencerá. Tu comprobante de pago te servirá de comprobante de la celebración del contrato, en los términos que establezca éste.

¿Mi póliza cuenta con período de gracia?

Contarás con un periodo de gracia de treinta días naturales; es decir, tendrás 30 días para evaluar la operación de tu seguro y decidir si conviene o no a tus intereses. Durante el tiempo que dura el período de gracia, estarás protegido por la cobertura del seguro; por lo que en caso de ocurrir el siniestro, el costo de la prima se descontaría de la suma asegurada. Si transcurridos los 30 días no ocurriera el siniestro y decidieras no pagar la prima, el contrato de seguro se invalidaría automáticamente a las doce horas del último día de este período. Ten presente que dicho período sólo aplica al momento de contratar tu seguro o de renovar la póliza, no para pagos subsecuentes (en caso de que la prima se pague de manera fraccionada).

6.6 VI Beneficiarios y pago de indemnizaciones

6.6.1 Beneficiarios

Nombrar o cambiar beneficiarios es tu prerrogativa, pero deberás notificar por escrito a la compañía de seguros de las nuevas designaciones. Si tu notificación no se hubiera recibido oportunamente y se realizara el siniestro, la compañía de seguros pagaría al último beneficiario del que hubiera tenido conocimiento, lo que la liberaría de las obligaciones adquiridas en tu póliza.

Tú puedes hacer una designación irrevocable y perder de esa manera el derecho a nombrar y a cambiar beneficiarios. Para hacerlo, deberás comunicar por escrito tu deseo a la compañía de seguros, que lo hará constar en la póliza como único medio de prueba

Si hubieras designado a un único beneficiario y éste muriera antes o al mismo tiempo que tú, el importe del seguro se pagaría a quien le correspondiera por ley.

Si existiendo varios beneficiarios alguno falleciera con anterioridad a ti, el porcentaje de la suma asegurada que le hubieras designado se distribuiría por partes iguales entre los sobrevivientes.

6.6.2 Pago de indemnizaciones

¿Cuál es el procedimiento que deben seguir mis beneficiarios para efectuar la reclamación del siniestro?

Deberán presentar la siguiente documentación, además de aquella que la compañía de seguros considere necesaria para el análisis de ésta:

Del asegurado	Del beneficiario
Acta de defunción	Identificación oficial
Acta de nacimiento	Acta de nacimiento
Identificación oficial	Acta de matrimonio (aplica sólo para el
Acta del Ministerio Público (en caso de muerte accidental)	cónyuge)

La compañía de seguros indemnizará a tus beneficiarios dentro de los 5 días hábiles siguientes a la presentación de la reclamación debidamente entregada.

6.6.3 Pérdida del derecho a ser indemnizado

¿Existe alguna posibilidad de que mis beneficiarios pierdan el derecho a ser indemnizados?

Como asegurado estás obligado a declarar por escrito a la compañía de seguros, empleando los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcas o debas conocer en el momento de contratar tu seguro.

Las obligaciones de la compañía de seguros quedarían extinguidas:

- a) Si se demostrara que tú, asegurado, el beneficiario o tus representantes con el fin de hacerle incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones.
- b) Si hubiera en el siniestro dolo o mala fe de tu parte, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes.
- c) Si se demostrara que tú, tus beneficiarios o tus representantes con el fin de hacerle incurrir en error, no proporcionaron oportunamente la información que la compañía de seguros solicitó sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales podrían haberse determinado las circunstancias de su realización y las consecuencias de éste.

6.6.4 Anticipo de últimos gastos

Presentando el certificado médico de defunción, tus beneficiarios tendrán derecho a solicitar un anticipo inmediato del 30% de la suma asegurada de la cobertura de fallecimiento, siempre que el importe no exceda el porcentaje que por derecho correspondiera al beneficiario. La cantidad que la compañía de seguros pague por dicho

concepto quedará descontada de la liquidación final a la que tenga derecho el beneficiario.

6.7 VII Beneficios adicionales

6.7.1 Beneficio adicional de muerte accidental

6.7.1.1 Definición de accidente

Acontecimiento fortuito, súbito y violento causado de manera externa, sin que haya intención del asegurado, y que le produzca lesiones o la muerte dentro de los noventa días siguientes a la fecha del evento.

6.7.1.2 Descripción del beneficio

Se pagará a los beneficiarios la suma asegurada convenida para este beneficio si el asegurado falleciere en un accidente o a consecuencia de éste; debiendo ocurrir la muerte dentro de los noventa días posteriores al accidente y antes del aniversario de la póliza siguiente a la fecha en que el asegurado cumpla los 65 años.

Se podrá contratar o renovar este beneficio hasta los 64 años de edad, con 65 años éste se cancelará de manera automática

El beneficio y la prima tendrán una duración de un año. Se renovarán automáticamente en períodos de la misma duración. Cada renovación tendrá un costo igual a la tarifa en vigor registrada ante la Comisión de Seguros y Fianzas a la fecha de realizarse ésta.

6.7.1.3 Exclusiones

El beneficio no se hará valido si la muerte es debida directa o indirectamente, total o parcialmente a cualquiera de las siguientes causas:

- a) Enfermedades, padecimientos y sus respectivos tratamientos médicos y operaciones quirúrgicas que no sean causados por accidentes.

- b) Suicidio o intento de suicidio.
- c) Lesiones u homicidio ocasionados por riña cuando el asegurado haya sido el provocador.
- d) Lesiones sufridas al presentar el servicio militar durante contingencias bélicas, rebeliones o actos de insurrección.
- e) Lesiones sufridas en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- f) La práctica de la navegación aérea, a menos que el asegurado haya viajado en una aerolínea de transporte de pasajeros debidamente autorizada.
- g) La práctica del motociclismo y el paracaidismo.
- h) La práctica de la navegación submarina
- i) Accidentes ocurridos por culpa del asegurado mientras se encontraba bajo los efectos del alcohol, drogas o enervantes que causen perturbación mental o pérdida de conocimiento y no hayan sido debidamente prescritos por el médico.
- j) Envenenamientos e inhalaciones de gases de cualquier naturaleza, a menos que hayan sido a consecuencia de un accidente.

6.7.1.4 Terminación del beneficio

La vigencia del beneficio terminará al presentarse cualquiera de los siguientes sucesos:

- a) Al cumplirse la vigencia de la póliza de la que este beneficio forma parte.
- b) Al cancelarse la vigencia de la póliza de la que este beneficio forma parte.

- c) En el aniversario inmediato posterior de la póliza a la fecha en la que el asegurado haya cumplido 65 años de edad.
- d) Al cancelarse el beneficio a petición del asegurado.
- e) Cuando la compañía de seguros otorgue la indemnización correspondiente a este beneficio.

6.7.2 Beneficio adicional de reembolso de gastos funerarios

6.7.2.1 Definición de gastos funerarios

Son aquellos gastos derivados de las exequias y la inhumación o la incineración del asegurado si éste falleciere durante el periodo de vigencia del seguro.

6.7.2.2 Descripción de la cobertura

Se pagará a los beneficiarios la suma asegurada convenida para este beneficio si el asegurado falleciere durante el periodo de vigencia del seguro. Se podrá contratar o renovar este beneficio hasta los 64 años de edad, con 65 años éste se cancelará de manera automática

El beneficio y la prima tendrán una duración de un año. Se renovarán automáticamente en periodos de la misma duración. Cada renovación tendrá un costo igual a la tarifa en vigor registrada ante la Comisión de Seguros y Fianzas a la fecha de realizarse ésta.

6.7.2.3 Terminación del beneficio

La vigencia del beneficio terminará al presentarse cualquiera de los siguientes sucesos:

- a) Al cumplirse la vigencia de la póliza de la que este beneficio forma parte.
- b) Al cancelarse la vigencia de la póliza de la que este beneficio forma parte.

- c) En el aniversario inmediato posterior de la póliza a la fecha en la que el asegurado haya cumplido 65 años de edad.
- d) Al cancelarse el beneficio a petición del asegurado.
- e) Cuando la compañía de seguros otorgue la indemnización correspondiente a este beneficio.

Conclusiones

El lector ya podrá inferir que los microseguros, en virtud del volumen de su mercado, representan la alternativa de crecimiento más atractiva para el sector asegurador. Tales seguros de igual forma comportan considerables beneficios a los sectores desfavorecidos de la población, pues su aparición les supuso la posibilidad de proteger sus modestos patrimonios de la adversidad, que a menudo les golpea con mayor saña e intensidad que a aquéllos con buena posición.

Prever las pérdidas económicas inciertas les evita descapitalizarse y comprometer sus negocios, por lo que los recursos que de otra forman se empeñarían en gastos funerarios y pago de deudas permanecen en sus bolsillos y acrecienta su haber. De esta forma, el negocio asegurador se convierte en un efectivo reparador de la desigualdad social.

Sin embargo, el microseguro es, ante todo, un negocio; el asegurador con conciencia social no debe olvidarse de su fin último: lucrar con la eventualidad de la manera más eficiente. Los quijotescos experimentos de los años noventa por parte de organizaciones altruistas demuestran que buenas intenciones no significan necesariamente buenos resultados. La operación irresponsable del seguro por parte de personas ignorantes de la ciencia actuarial puede traer consigo la ruina a las economías emergentes.

El asegurador que reconozca esta oportunidad deberá prepararse para enfrentar grandes retos. Primeramente, deberá romper con las ideas tradicionales de todo aquello que conviene al seguro. Los productos de microseguro no son como el resto, en su diseño se debe poner especial cuidado en que las condiciones contractuales sean inteligibles a todo el mundo. De este modo, es recomendable abandonar el lenguaje administrativo denso y escabroso, los productos que contengan gran cantidad de exclusiones y de beneficios adicionales, y aquéllos que, por su naturaleza, requieran de cierto grado de conocimientos financieros por parte del asegurado.

Los canales de distribución son otro de los escollos con los que pueden toparse las compañías de seguros. Los medios tradicionales resultan caros e ineficientes en la

práctica. Para enfrentar esta problemática se requiere de la colaboración del asegurador con los programas asistenciales del gobierno, con las microfinancieras y con las organizaciones altruistas.

Por lo que respecta al cobro de la prima, además de realizarse, como ya se ha dicho, por medio de programas asistenciales y terceros, es preferible hacerlo de manera fraccionada, pues para los asegurados es más fácil disponer de pequeñas cantidades de dinero.

Finalmente, los aseguradores deben despojarse de prejuicios y prepararse para tratar con personas carentes de cultura financiera, sin faltar en ningún momento a la dignidad humana del asegurado.

Bibliografía

AGENDA DE SEGUROS Y FINANZAS. México, 2008.

ANTONIO MINZONI CONSORTI, Crónica de dos siglos de seguro en México. México, 2005.

ANTONIO MINZONI CONSORTI, Memoria de los 15 años de la CNSF. México, 2005.

COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, Boletín de análisis sectorial. México, varios años.

COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, Anuario estadístico de seguros y fianzas. México, 2000-2007.

COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, circular S-8.1.

COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, circular S-8.1.1.

COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, circular S-10.1.7.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, Conteo Nacional de Población y Vivienda, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos en los Hogares, 2008.

MARTHA GARCÍA, Aportes del capital social a la superación de la pobreza. México, 2004.

SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, Reporte sobre el sistema financiero, 2007.