



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

ESTUDIO SOBRE EL REGLAMENTO DE SEGURO DE GRUPO

T E S I S

Que para obtener el título de:

A C T U A R I O

P r e s e n t a :

VIRGINIA SAMANIEGO ESPEJEL



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.

A MIS PADRES

Y A TODOS AQUELLOS QUE DE UNA
U OTRA FORMA ME AYUDARON E -
IMPULZARON EN LA REALIZACION-
DE ESTE TRABAJO

INDICE

	PAGINA
I N T R O D U C C I O N	1
- Por qué son necesarias las modificaciones del actual reglamento de - de Seguro de Grupo.	1
- Por qué es necesario ampliar el texto en lo que se refiere a benefi- cios adicionales.	3
CAPITULO 1	
- BENEFICIOS ADICIONALES	4
a) Por qué se considera necesario que los beneficios adicionales sean o . no mencionados en el proyecto del nuevo reglamento de Seguro de Grupo.	
i) Doble Indemnización por Muerte Accidental y Pérdida de Miembros	5
ii) Beneficio de Incapacidad Total Y Permanente	6
iii) Beneficio de Exención del Pago de Primas por Incapacidad	6
iv) Renta por Invalidez	6
b) Como se comercializa con cada uno de los beneficios adicionales y - causas de su limitación en Seguro de Grupo.	7

CAPITULO II	PAGINA
- PROYECTO DEL NUEVO REGLAMENTO	9
a) Comparación artículo por artículo entre el reglamento actual y el del proyecto.	10
CAPITULO III	
- MODIFICACIONES	26
a) Bases generales para realizar las modificaciones sobre los artículos del actual reglamento.	27
- CONSIDERANDOS	29
b) Explicación de cada una de las modificaciones artículo por artículo, las causas y su importancia.	29
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES	53
a) Modificaciones o eliminación del reglamento actual	54
b) Futuro del Seguro de Grupo	58
- BIBLIOGRAFIA	60

I N T R O D U C C I O N

El reglamento de Seguro de Grupo que actualmente rige a todas las Instituciones Aseguradoras de la República Mexicana, fue publicado en el Diario Oficial el 7 de Julio de 1962.

De esas fechas a las actuales han sucedido muchas cosas, que hacen que en determinados puntos el reglamento de Seguro de Grupo sea obsoleto. Además la práctica que ha traído consigo la aplicación del reglamento, nos ha dado margen a todos aquellos que de una forma u otra nos hemos visto involucrados en el manejo de Seguro de Grupo, a proponer modificaciones que serían de gran utilidad en el manejo diario de este reglamento.

Por lo antes mencionado es lógico suponer que el reglamento de Seguro de Grupo puede verse modificado en diversos puntos.

Algunas de las modificaciones que se deben exclusivamente al hecho de que este reglamento tenga más de 15 años, son producto del avance tecnológico que hemos tenido en los últimos años, que hace innecesaria cierta metodología que fuera necesaria cuando fue creado este reglamento.

En específico, cuando este reglamento fue hecho, aún cuando existían ya las computadoras, el acceso a ellas era bastante difícil (ya que los costos eran bastante elevados, y el nivel operativo era bastante deficiente) y por ello básicamente no se contaba con la gran ayuda con la que hoy en día se cuenta. Debido a que el proceso se hacía manualmente surgió la necesidad de crear un sistema que agilizara el proceso y minimizara los costos, creándose el sistema de la cuota media (artículo 18° del actual reglamento de Seguro de Grupo), al cual hay que reconocer que fue de gran utilidad en su momento, sin embargo hoy en día es innecesario e incluso contraproducente en algunos sentidos.

En la actualidad gracias a la ayuda de la computadora todos los movimientos se pueden hacer a la edad real y no a cuota promedio como hasta la fecha se ha venido haciendo.

Además de que hoy contamos con los elementos necesarios para hacerlo, se ha -

convertido en una necesidad, ya que el empleo de la cuota media se presta a trámites adversos para la Institución Aseguradora.

Ya que para aquellos que manejan el proceso actual les es muy fácil emplearlo en beneficio económico del contratante, emitiendo o renovando una póliza con las personas de menor edad que componen el grupo, y dando posteriormente de alta a las personas de edad más avanzada.

Esta situación perjudica tanto a la Compañía Aseguradora como al mismo asegurado, ya que debido al oportunismo que brinda este sistema la Compañía recibe una prima menor de la que realmente debería recibir por el riesgo que esta cubriendo; y a su vez las -- personas mayores, que son las de mayor riesgo quedan desprotegidas por un lapso de tiempo que aunque breve, podría ser fatal. Sin embargo como es bien sabido que la finalidad del Seguro de Grupo es la de dar una prestación social, la situación actual puede poner en un momento dado en contradicción su misma finalidad.

Y en base a que la finalidad básica de haber creado un Seguro de Grupo reglamentado, fue la de proporcionar una base para facilitar el otorgamiento de una prestación social, no se han mencionado las repercusiones que esto debe implicar, ya que el hecho de que sea esa su finalidad básica, debe darnos el marco de referencia para las modificaciones del reglamento actual.

Marco de referencia, en el sentido en que debe ser lo suficientemente estricto -- para que no se negocée con él (perdiendo su enfoque básico) y, a la vez, lo suficientemente abierto para que una vez que ya ha entrado dentro de la clasificación de prestación social, se le proporcionen la mayor cantidad de facilidades para que el grupo quede protegido.

Debido a que el reglamento de Seguro de Grupo debe enfocarse hacia esta finalidad, ha habido diversos intentos por parte de las Compañías Aseguradoras para modificar lo en algunos de sus puntos, sin embargo en los proyectos hechos anteriormente no se hacen lo que pudiera denominarse ampliaciones del reglamento.

En el presente estudio si se hacen ampliaciones del reglamento y esto en base-- a que la experiencia ha demostrado que los seguros complementarios (coberturas adicio-- nales) relacionados con el riesgo de incapacidad son en línea general bastante diferen-- tes al plan básico y de cierta forma más delicados de manejar, e incluso es más difícil-- definir con exactitud el riesgo que se cubre. Por ello en el presente proyecto, se in -- corporan artículos que hacen referencia a los beneficios adicionales que se refieren al riesgo de incapacidad, y que se pueden contratar anexos a la protección básica que cubre el riesgo de muerte, ya que se considera que se hace una necesidad el manejar también de una forma reglamentada dichos beneficios.

Basado en los puntos señalados anteriormente se presenta un proyecto de un nuevo reglamento de Seguro de Grupo, a través del cuál se trata de actualizar el reglamento que rige en el presente a las Compañías Aseguradoras. Reglamento que dará las bases nece sarias para poder otorgar las mayores facilidades a una prestación de tipo social.

CAPITULO I

B E N E F I C I O S A D I C I O N A L E S

BENEFICIOS ADICIONALES:

El reglamento actual de Seguro de Grupo no reglamenta a través de sus artículos a ninguna cobertura adicional, sin embargo en el proyecto del nuevo reglamento de Seguro de Grupo si se incluyen artículos a través de los cuales se limita en cierta medida las coberturas que están relacionadas con la incapacidad.

En tanto que en lo que se refiere a la cobertura de muerte accidental y pérdida de miembros coincidiendo con el reglamento actual no lo reglamenta en forma alguna.

Esta diferencia que a simple vista pudiera parecer antagonica se explica facilmente a través del significado que el Seguro de Grupo tiene, y que es el de otorgar una prestación de tipo social y de que las coberturas adicionales en muchos casos son realmente una necesidad.

Veamos primero la cobertura de Doble Indemnización por Muerte Accidental y Pérdida de Miembros a través de un ejemplo:

Supongamos que tenemos un grupo de personas, que trabajan en una compañía que se dedica a la construcción de viviendas.

Basicamente el grupo esta constituido por peones, albañiles, maestros de obra, algunos arquitectos e ingenieros y personal de oficina. De acuerdo con el reglamento de trabajo este grupo ha logrado que se le otorge una prestación que consiste en el pago de cierta cantidad a sus familiares en el momento de fallecer. Para lo cual el dueño de la empresa ha contratado un Seguro de Grupo para proteger la vida de sus trabajadores.

Este grupo en si tiene en su mayoria una probabilidad más alta de morir en un accidente, que un grupo constituido en su 100% de oficinistas, un riesgo mayor que de alguna forma debe estar protegido. Primeramente protegido por implementos de seguridad en el lugar de trabajo (cascos, andamios, con barandales etc) pero en última instancia protegido el patrimonio por medio de un seguro de vida.

El patrón tiene bajo su cargo la responsabilidad de restaurar en forma económica la pérdida de la persona. Obviamente su responsabilidad es mayor si esta persona muere realizando su trabajo o a causa de él, que si muere por muerte natural.

Aquí se ve claramente la necesidad de contratar una cobertura adicional para proteger la muerte accidental, y este es un caso claro también donde este tipo de cobertura es una verdadera necesidad, ya que otorga una protección que a través del seguro elemental (seguro de vida) no puede cubrirse, pues es evidente que el impacto económico sobre una familia es mayor cuando ocurre la muerte por accidente, ya que no se han dado las condiciones necesarias para que la familia sea lo suficientemente fuerte económicamente para resistir la pérdida económica (los hijos están pequeños, no se ha creado un patrimonio familiar fuerte, etc). Incluso cuando por un accidente no se pierde la vida, o bien el accidente es de poca importancia y el trabajador en cuanto se restablezca podrá volver al trabajo, o bien es un accidente debido al cual pierde la vista, alguna extremidad, en ese caso la pérdida es realmente irreparable y repercutiva fuertemente en la vida productiva de esta persona, esta eventualidad también debería estar prevista para dar una protección más efectiva.

Como puede observarse esta cobertura cubre de muchas formas necesidades fundamentales que se presentan muy a menudo en tipos de colectividades que por sus características pueden quedar protegidos por un Seguro de Grupo.

Debido a lo antes expuesto se tomó la decisión de no reglamentar a través de ninguno de los artículos que se establecen en el presente estudio a la cobertura de Doble Indemnización por Muerte Accidental y Pérdida de Miembros. Coincidiendo en este punto con el actual reglamento de Seguro de Grupo, en el cual tampoco reglamenta de ninguna forma esta cobertura adicional.

Sin embargo no se coincide con el criterio sobre las coberturas adicionales que se refieren a la incapacidad, ya que en el actual reglamento tampoco se les menciona y en el presente estudio sí se ven limitadas estas coberturas en algunos de sus puntos. Esto se debe a que las coberturas adicionales que involucran incapacidad son en su manejo bastante más delicadas que el mismo seguro básico, ya que es más difícil definir el riesgo que se está cubriendo y ya que el plan básico está reglamentado también deben quedar-

reglamentados en sus puntos básicos este tipo de coberturas que son bastante delicadas - en su manejo.

Delicadas en su manejo ya que cuando el seguro se limita a proteger la vida de las personas aseguradas las alternativas del suceso sólo son dos ya que el asegurado vive o ha muerto, y la medición de esta eventualidad es desde un punto de vista actuarial bastante sencillo en su manejo. Sin embargo cuando se trata de las coberturas adicionales que involucran incapacidad, es mucho más difícil definir el riesgo que se está cubriendo, ya que existen más eventualidades que cubrir y puesto que la finalidad del Seguro de Grupo es el de proporcionar un beneficio social, pero no el de otorgar prestaciones a un bajo precio a un sector privilegiado, o el de inducir a un grupo trabajador a buscar la incapacidad para lograr mayores beneficios que si continuase laborando, se considero necesario limitar en cierta medida estas coberturas.

En cierta medida ya que estas coberturas también cubren necesidades fundamentales, ya que al ocurrir que una persona quede total y permanentemente incapacitada para el desempeño de sus funciones laborales, el impacto económico sobre la familia es igual o mayor que si la persona hubiese fallecido. Puesto que el ingreso económico que aportaba esta persona se ve reducido o incluso nulificado y el egreso que ocasiona es a veces mayor ya que en muchos casos existen gastos por conceptos de atención médica, medicinas, prótesis, etc.

Sin embargo la experiencia nos ha llevado a la conclusión de que este tipo de coberturas son difíciles de manejar y que el grado de dificultad aumenta en forma directamente proporcional al aumento de suma asegurada. Existiendo también una relación directa entre siniestralidad y aumento de suma asegurada (a mayor suma asegurada mayor siniestralidad), siniestralidad que se refleja en una mala experiencia que se debe muchas veces a las condiciones sociales y culturales que permiten que este tipo de seguros sean lo suficientemente atractivos como para comercializar con ellos, ya que solo por medio de estas coberturas el propio asegurado puede disfrutar de los beneficios de un seguro de persona, y si la suma asegurada es lo suficientemente alta como para que a través de ella se obtenga una ventaja sustanciosa, agregándole a ello que en muchos casos los "incapacitados" pueden seguir trabajando en otro tipo de trabajos que muchas veces incluso son similares o iguales a los que venía desempeñando antes de "incapacitarse".

Para eliminar este tipo de problemas se podrían extender coberturas donde se definiese muy claramente la incapacidad cubierta, sin embargo sabemos bien que ni la mejor redacción muchas veces puede preveer todas las eventualidades que se asocian a una incapacidad y ya que el índice de siniestralidad esta intimamente relacionado con el monto de la suma asegurada, es más fácil limitar esta de acuerdo a las necesidades que se pretendan cubrir con el Seguro de Grupo.

Basandose en este hecho los artículos que se incluyen en el presente estudio y que estan relacionadas con las coberturas de incapacidad, limitan las sumas aseguradas de estos beneficios cuando se contraten por medio de un Seguro de Grupo, y puesto que la suma asegurada en vida esta limitada por medio del reglamento, se considero necesario que también la suma asegurada en la protección de incapacidad lo estuviese.

Sólo en este sentido y en el de eliminar una duplicidad de protección es que se incluyeron artículos que se refieren a las coberturas de incapacidad.

CAPITULO II

PROYECTO DEL NUEVO REGLAMENTO

REGLAMENTO ACTUAL

ARTICULO 1°

Para la celebración del Seguro de Grupo, en los términos del Artículo 191 de la Ley sobre el contrato de Seguro, el contratante deberá solicitar un seguro, sin necesidad de examen médico obligatorio, sobre la vida de un grupo asegurable constituido, por lo menos, del 75% de los miembros que lo formen, siempre que ese 75% no sea inferior a 10 personas en el caso del inciso a) del artículo 2° y de 25 personas en los demás casos.

ARTICULO 2°

Son grupos asegurables en los términos de este reglamento, los que a continuación se mencionan:

a) Los empleados y obreros de un mismo patrón o empresa, los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo, que presten sus servicios a ese mismo patrón o empresa.

b) Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicio activo, y sus secciones o grupos.

PROYECTO DE REGLAMENTO

ARTICULO 1°

Este reglamento establece las bases de contratación y funcionamiento del Seguro de Grupo sin examen médico, en los términos del Artículo 191 de la Ley sobre el contrato de Seguro.

ARTICULO 2°

Son grupos asegurables en los términos de este reglamento:

a) Los empleados y obreros de un mismo patrón o empresa; los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo, que presten sus servicios a un mismo patrón o empresa o a diferentes empresas pero que se encuentren bajo un control común.

b) Los cuerpos del ejército, de la policía o de los bomberos, así como las unidades regulares de los mismos.

c) Los cuerpos del ejército, -- de la policía o de los bomberos, así como las unidades regulares de los mismos.

d) Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de -- trabajo u ocupación de sus miembros, constituyen grupos asegurables.

Solo en el caso de este inciso las Instituciones Aseguradoras presentarán para su aprobación ante la Comisión Nacional de Seguros, las características del grupo que pretendan asegurar y las reglas que sirvan para determinar las su mas aseguradas.

Pudiendo incluirse a los jubilados mediante convenio expreso.

ARTICULO 1°

Para la celebración del Seguro de Grupo, en los términos del Artículo 191 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el contratante deberá solicitar un se guro, sin necesidad de examen médico obligatorio, sobre la vida de un grupo asegurable constituido, por lo menos, del 75% de los miembros que lo formen, siempre que ese 75% no sea inferior a 10 personas en el caso del inciso a) del artículo 2° y de 25 personas en los demás casos.

ARTICULO 3°

Para la celebración de un contrato de Seguro de Grupo, se requerirá que el grupo asegurado esté constituido, cuando menos por el 75% del grupo asegurable, con un mínimo de 10 personas.

ARTICULO 4°

La suma asegurada deberá de terminarse para cada miembro del grupo asegurado, por reglas que eviten la selección adversa a la Institución Aseguradora.

El máximo de suma asegurada que se podrá conceder sobre una vida, en ningún caso será superior a la que resulte de multiplicar la suma asegurada promedio del grupo, por los factores que aparecen a continuación de acuerdo con el número de asegurados en el mismo grupo.

N° DE ASEGURADOS	FACTOR
10-24	2
25-49	3
50-99	4
100-149	5
150-199	6
200-299	7
300-399	8
400-499	9
500 o más	10

La suma asegurada promedio de un grupo es la que resulta de dividir la suma asegurada total del grupo, entre el número de asegurados que lo componen.

ARTICULO 4°

La suma asegurada deberá de terminarse para cada miembro del grupo asegurado, por reglas que eviten la selección adversa a la Institución Aseguradora.

El máximo de suma asegurada que se podrá conceder, sobre una vida, en ningún caso será superior a la que resulte de multiplicar la suma asegurada promedio del grupo, por los factores que aparecen a continuación, de acuerdo con el número de asegurados en el mismo grupo.

Ni tampoco ningún caso será superior del equivalente a tantas veces - el salario mínimo diario vigente, como aparece también a continuación y que a su vez están relacionados con el número de asegurados del mismo grupo.

N° DE ASEGURADOS	FACTOR	MAXIMO DE VECES EL SALARIO MINIMO
10-24	2	5,000
25-49	3	7,500
50-99	4	10,000
100-149	5	12,500
150-199	6	15,000
200-299	7	17,500
300-399	8	20,000
400-499	9	22,500
500 o más	10	25,000

La suma asegurada promedio de un -- grupo, es la que resulta de dividir la suma asegurada total, entre el número de asegurados que lo componen.

ARTICULO 6°

Los miembros del grupo asegurable - pueden contribuir al pago de la prima.

En el caso del inciso a) del artículo 2° la contribución de cada miembro en ningún caso excederá del 75% de la cuota promedio, ni de un peso mensual por cada millar de suma asegurada.

ARTICULO 5°

Los miembros del grupo asegurable no podrán contribuir al pago de la prima, en un porcentaje mayor al 25% del importe total de la prima.

A menos de que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el contratante, que sean una prestación laboral. En este caso la contribución puede ser hasta del 100%. Sin embargo en cualquier caso donde la contribución sea mayor al 25%, la Institución Aseguradora podrá pedir las pruebas de asegurabilidad que a su juicio considere necesarias.

ARTICULO 6°

En la cobertura adicional, del pago anticipado de la suma asegurada por incapacidad total y permanente, la suma asegurada estará limitada de la siguiente manera:

- a) Nunca podrá ser mayor a la contratada en el seguro básico.
 - b) Nunca podrá ser mayor a 10 000 veces el salario mínimo diario.
 - c) Nunca podrá ser mayor a 50 veces el salario mensual del asegurado.
-

ARTICULO 7°

En la cobertura adicional, del pago de renta mensual por incapacidad total, esta estará limitada de la siguiente manera:

- a) La renta mensual nunca, podrá exceder al 100% del salario mensual (en el momento de incapacitarse) del asegurado.
 - b) En caso de que se conjugue este beneficio con las prestaciones otorgadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, nunca podrán exceder en forma conjunta al 100% del salario mensual. (en el momento de incapacitarse) del asegurado.
-

ARTICULO 8°

No se podrá otorgar simultáneamente la cobertura adicional del pago anticipado de la suma asegurada por incapacidad total y permanente, con ninguna otra cobertura adicional que cubra el riesgo de incapacidad.

ARTICULO 5°

El Seguro de Grupo para el caso de muerte, se practicará siempre en el Plan Temporal, ya sea de un año o en períodos menores.

ARTICULO 24°

Las Instituciones Aseguradoras estarán obligadas a renovar los contratos, mediante endoso en la póliza, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente reglamento en la fecha del vencimiento del contrato.

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas en vigor en la fecha de la misma.

ARTICULO 3°

El contratante de Seguro de Grupo deberá ser.

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

ARTICULO 9°

El Seguro de Grupo, se practicará siempre en el Plan Temporal a un año, quedando obligadas las Instituciones Aseguradoras a renovar el contrato, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos del presente reglamento en la fecha del vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicará la tarifa de primas en vigor en la fecha de la misma.

ARTICULO 10°

El contratante de Seguro de Grupo deberá ser, en el caso del inciso a) del artículo 2° (cuando el grupo asegurable está constituido por empleados y obreros de un mismo patrón o empresa):

El patrón o empresa

En el caso del inciso b) del mismo artículo (cuando el grupo asegurable está constituido por cuerpos del ejército, policía o bomberos):

El Gobierno Federal, el de los Estados, el de los Territorios, el del Distrito Federal o los Municipios.

ARTICULO 7° .

La solicitud u oferta para celebrar el contrato deberá contener especialmente lo siguiente:

a) Naturaleza del riesgo por asegurar.

b) Declaración sobre la existencia de circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de catástrofe, en relación a la actividad que a través del grupo asegurable realice la empresa, patrón u organización a la que pertenezca dicho grupo.

c) Características del grupo asegurable; número de personas asegurables y el de las que van a asegurarse.

d) Tarifa de Primas

e) Reglas para determinar las sumas aseguradas, para cada uno de los miembros del grupo.

f) Porcentaje con el que los miembros del grupo contribuyan, en su caso, al pago de la prima.

g) Como anexo, el consentimiento de cada uno de los miembros del grupo en el que deberá expresarse: ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada o la regla para determinarla, designación de los beneficiarios y si esta se hace en forma irrevocable.

h) Cuando el objeto del contrato de Seguro de Grupo de Vida, sea el de garantizar prestaciones legales, voluntarias o contractuales, a cargo del mismo contratante, deberá expresarse esta circunstancia en la solicitud y en el consentimiento a que se refiere el inciso anterior.

ARTICULO 11°

La solicitud para celebrar el contrato deberá contener lo siguiente:

a) Naturaleza del riesgo por asegurar,

b) Definición y características del grupo asegurable.

c) Número de personas asegurables y el número de las que van a asegurarse.

d) Regla para determinar la suma asegurada para cada uno de los miembros del grupo.

e) Porcentaje con el que los miembros del grupo contribuyan, en su caso, al pago de la prima.

f) Declaración sobre la existencia de circunstancias que se consideren determinantes, para apreciar la posibilidad de catástrofe, en relación a la actividad que a través del grupo asegurable realice la empresa, patrón u organización a la que pertenezca dicho grupo.

g) Forma de pago de la prima

h) Nombre del Contratante

i) Nombre de la persona física que representará al contratante, teniendo todos los derechos y obligaciones del mismo.

j) De que tipo de prestaciones se trata si contractuales o voluntarias.

K) El consentimiento individual de cada uno de los miembros del grupo, en el que deberá expresarse: nombre, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada o regla para determinarla, sueldo mensual del asegurado, fecha de ingreso al empleo y la designación de los beneficiarios y si esta es de carácter irrevocable.

l) Coberturas adicionales que se pretendan contratar.

ARTICULO 8°

El contratante no podrá ser de signado beneficiario, salvo que el objeto del contrato sea el de garantizar créditos concedidos por el contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

ARTICULO 10°

La póliza deberá contener:

- a) Características del grupo asegurado.
- b) Tarifa de Primas
- c) La regla para determinar la suma - asegurada que a cada miembro del grupo - corresponda.
- d) Transcripción íntegra de los artículos 13,14,15,16, en sus tres primeros párrafos, 17,18,19,20,21,22,23, y 24 de este reglamento.

ARTICULO 9°

Las Instituciones Aseguradoras formarán el registro de asegurados, que deberá contener los siguientes datos:

- a) Nombre y edad de cada uno de los miembros del grupo.
- b) Suma asegurada que le corresponda.

ARTICULO 12°

El contratante no podrá ser de signado beneficiario, a menos que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el contratante o prestaciones legales o contractuales a cargo del mismo.

ARTICULO 13°

La póliza deberá contener:

- a) Definición del grupo asegurable
- b) Nombre del contratante
- c) Fecha de Iniciación del contrato
- d) Forma del pago de las primas
- e) Regla para determinar la suma asegurada que corresponda a cada miembro del grupo.
- f) Coberturas adicionales
- g) Transcripción íntegra de los artículos 9,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26 y 27 de este reglamento.

ARTICULO 14°

Las Instituciones Aseguradoras formarán el registro de asegurados que deberá contener los siguientes datos:

- a) Nombre y Fecha de nacimiento o edad de cada uno de los miembros del grupo.
- b) Suma asegurada que le corresponda a cada uno de los miembros del grupo - en todos y cada uno de los riesgos que esté cubierto.

c) Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros del grupo y fecha de terminación de los mismos.

d) Número de certificado individual

La Institución Aseguradora deberá - entregar al contratante copias autorizadas de este registro.

c) Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros del grupo.

d) Prima correspondiente a cada uno de los seguros contratados, por cada uno de los miembros del grupo.

e) Número de certificado individual de cada uno de los miembros del grupo.

La Institución Aseguradora deberá - entregar al contratante copias autorizadas de este registro.

ARTICULO 11°

Será obligación del contratante:

1.- Comunicar a la Institución Aseguradora los nuevos ingresos al grupo, remitiendo los consentimientos respectivos que deberán contener los datos que exige el inciso g), del artículo 7°.

11- Comunicar a la Institución Aseguradora las separaciones definitivas del grupo asegurado.

111- Dar aviso a la Institución Aseguradora dentro del término de quince días, de cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados y que sea necesario para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas.

ARTICULO 15°

Será obligación del contratante:

a) Pagar a la Institución Aseguradora el importe total de la prima.

b) Comunicar a la Institución Aseguradora los nuevos ingresos al grupo, remitiendo los consentimientos respectivos - que deberán contener los datos que exige el inciso K) del artículo 11°.

c) Comunicar a la Institución Aseguradora las separaciones definitivas del grupo asegurado.

d) Dar aviso a la Institución Aseguradora dentro del término de quince días, de cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados y que sea necesario conocer para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas.

Las nuevas sumas aseguradas surtirán -
efecto desde la fecha del cambio de con-
diciones.

Las nuevas sumas aseguradas surtirán -
efecto desde la fecha del cambio de con-
diciones.

ARTICULO 12°

Las Instituciones Aseguradoras deberán expedir un certificado para cada uno de los miembros del grupo asegurado, que entregarán al contratante.

El certificado deberá contener, cuando menos los siguientes datos:

- a) Número de la póliza y del certificado.
- b) Nombre y fecha de nacimiento del asegurado.
- c) Fecha de vigencia del seguro
- d) Suma asegurada o la regla para determinarla.
- e) Nombre de los beneficiarios y en su caso el carácter de irrevocable.
- f) Transcripción íntegra del texto de los artículos 13,15,16,19,20, 21 y 22 de éste reglamento.

Los certificados serán expedidos y firmados por la Institución Aseguradora.

ARTICULO 13°

Si con posterioridad a un -

ARTICULO 16°

La Institución Aseguradora - expedirá un certificado para cada uno de los miembros del grupo asegurado.

El certificado deberá contener los siguientes datos:

- a) Número de la póliza y del certificado.
- b) Nombre y fecha de nacimiento del asegurado o edad del mismo.
- c) Fecha de iniciación del Seguro.
- d) Suma asegurada o la regla para determinarla, en cada uno de los seguros.
- e) Nombre de los beneficiarios y en su caso el carácter de irrevocable.
- f) Transcripción íntegra del texto de los artículos 17,19,20,23,24, 25 y 26 de este reglamento.

ARTICULO 17°

Si con posterioridad a un -

siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado, no concuerda con la regla para determinarla, la Institución Aseguradora pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor.

Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Institución Aseguradora, por su propio derecho, o a solicitud del contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado.

En uno y otro caso deberá ajustarse la cuota a la nueva suma asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

ARTICULO 14°

Los miembros que ingresen al grupo asegurable posteriormente a la celebración del contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta días siguientes a su ingreso, quedarán asegurados sin examen médico, si están en servicio activo, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo asegurable.

La empresa aseguradora podrá exigir un examen médico a los miembros del grupo asegurable que den su consentimiento después de treinta días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado. En este caso, quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por la Institución Aseguradora.

siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado, no concuerda con la regla para determinarla, la Institución Aseguradora pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor.

Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Institución Aseguradora por su propio derecho o a solicitud del contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado.

En uno y en otro caso deberá ajustarse la prima a la nueva suma asegurada desde la fecha en que debió operarse el cambio.

ARTICULO 18°

Los miembros que ingresen al grupo asegurable posteriormente a la celebración del contrato, y den su consentimiento dentro de los treinta días siguientes a su ingreso, si están en servicio activo quedarán asegurados sin examen médico, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo asegurado.

La empresa aseguradora podrá exigir las pruebas de asegurabilidad que a su juicio crea necesarias, a los miembros del grupo asegurable, que den su consentimiento después de treinta días de formar parte de dicho grupo.

En este caso, quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por la Institución Aseguradora.

ARTICULO 15°

Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Institución Aseguradora restituirá al contratante la parte de la cuota media no devengada por meses completos.

No se consideran separados definitivamente los asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del período del seguro en curso.

ARTICULO 16°

La Institución Aseguradora tendrá obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del grupo asegurado, en cualquiera de los planes individuales de seguro en que opere dicha empresa, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo deberá presentar su solicitud a la Institución Aseguradora, dentro del plazo de treinta días a partir de su separación.

ARTICULO 19°

Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso la Institución Aseguradora restituirá al contratante la parte de la prima no devengada por meses completos.

No se considerarán separados definitivamente los asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán en el seguro hasta la terminación del período del seguro en curso.

ARTICULO 20°

La Institución Aseguradora tendrá la obligación de asegurar sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del grupo asegurado y cuya edad este comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía, en cualquiera de los planes individuales de seguro en que opere dicha empresa, con excepción del Seguro Temporal, y sin incluir beneficio adicional alguno.

Para poder ejercer este derecho, la persona separada del grupo deberá presentar su solicitud a la Institución Aseguradora, dentro del plazo no mayor de treinta días a partir de su separación.

La suma asegurada será igual o menor a la que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

El solicitante deberá pagar a la compañía, la prima que corresponda a la edad alcanzada y a su ocupación, en la fecha de su solicitud, según la tarifa de primas que se encuentre en vigor.

La Institución Aseguradora que practique el Seguro de Grupo de Vida, deberá operar cuando menos, en el plan ordinario de vida.

La suma asegurada nunca podrá ser mayor a la que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

El solicitante deberá pagar a la Institución Aseguradora, la prima que corresponda a la edad alcanzada y a su ocupación, en la fecha de su solicitud, según la tarifa de primas que se encuentre en vigor.

ARTICULO 17°

Los efectos del contrato cesarán automáticamente treinta días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada. Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Institución Aseguradora podrá deducir del importe del seguro, la prima total del grupo correspondiente a los treinta días de espera.

ARTICULO 21°

Los efectos del contrato cesarán automáticamente 30 días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada. Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Institución Aseguradora podrá deducir del importe del seguro, la prima total del grupo correspondiente a los treinta días de espera.

ARTICULO 18°

La prima total del grupo será la suma de las primas que correspondan a cada miembro del grupo asegurado de acuerdo con su edad, ocupación y suma asegurada.

En cada fecha de vencimiento del contrato, se calculará la cuota promedio por millar de suma asegurada que se aplicará en el período.

ARTICULO 22°

La prima total del grupo será la suma de las primas que correspondan a cada miembro del grupo asegurado de acuerdo con su edad, ocupación y suma asegurada.

Aplicando la tarifa de primas vigente para Seguro de Grupo.

La cuota promedio es la que resulte de dividir la prima total entre la suma asegurada total.

A cada miembro del grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y a los que se separen definitivamente del grupo, se les aplicara la cuota promedio por meses completos.

Por cada miembro del grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y los que se separen definitivamente del grupo asegurado, la Institución Aseguradora cobrará o devolverá según el caso, la parte proporcional de prima que corresponda.

ARTICULO 19°

Si después de ocurrido un siniestro se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del asegurado y esta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Institución Aseguradora pagará la cantidad que resulte de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del asegurado en el último aniversario de la póliza.

ARTICULO 23°

Si después de ocurrido un siniestro se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del asegurado y esta en el momento del último vencimiento del contrato, se encontraba fuera de los límites de edad admitidos por la Institución Aseguradora, cesarán automáticamente todas las obligaciones de la Compañía Aseguradora.

De otra manera se cobrara la diferencia de prima que debió haber sido pagada desde el último vencimiento del contrato.

ARTICULO 20°

El contrato de seguro dentro del primer año de su vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el contratante para la apreciación del riesgo.

ARTICULO 24°

El contrato de seguro dentro del primer año de su vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos que proporcione el contratante y que sean necesarios para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

En el caso de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer uso del derecho al que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

ARTICULO 21°

Cuando el miembro del grupo asegurado no cubra al contratante la parte de prima a que se obligó, este podrá solicitar su baja del grupo, a la Institución Aseguradora.

ARTICULO 25°

Cuando el miembro del grupo asegurado no cubra al contratante la parte de prima a que se obligó, este podrá solicitar su baja del grupo, a la Institución Aseguradora.

ARTICULO 22°

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Institución Aseguradora la suma asegurada que corresponda conforme a la reglas establecidas en el contrato.

ARTICULO 26°

Los beneficiarios designados o en su caso el asegurado, tendrán acción directa para cobrar de la Institución Aseguradora la suma asegurada que corresponda conforme a la reglas establecidas en el contrato.

ARTICULO 23°

Cuando haya cambio de contratante en el caso del inciso a) del artículo 2º; la Institución Aseguradora podrá rescindir el contrato dentro de los treinta días

ARTICULO 27°

Cuando haya cambio de contratante en el caso del inciso a) del artículo 2º; la Institución Aseguradora podrá rescindir el contrato dentro de los treinta días - -

siguientes a la fecha en que tenga con
cimiento del cambio; sus obligaciones -
terminaran treinta días después de ha -
ber sido notificada la rescisión, de ma-
nera fehaciente al nuevo contratante.

La Institución Aseguradora reem-
bolsará a este la prima no devengada.

siguientes a la fecha en que tenga con-
cimiento del cambio; sus obligaciones --
terminaran treinta días después de ha --
ber sido notificada la rescisión, de ma--
nera fehaciente al nuevo contratante.

La Institución Aseguradora reem--
bolsará a este la prima no devengada.

ARTICULO 25°

Cuando las Instituciones Aseguraa
doras que practiquen el Seguro de Grupo
de Vida, otorguen participación de utili-
dades, esta se sujetará a las reglas ge-
nerales que fije la Comisión Nacional -
de Seguros.

ARTICULO 28°

Las Instituciones Aseguradoras --
que practiquen el Seguro de Grupo y otora
gen participación de utilidades, esta es-
tará sujeta a las reglas generales que -
autorice la Comisión Nacional Bancaria y
de Seguros.

CAPITULO III

M O D I F I C A C I O N E S

C O N S I D E R A N D O S

M O D I F I C A C I O N E S

El Seguro de Grupo ha estado reglamentado desde hace mucho tiempo y la causa principal para que un Seguro de Vida estuviese limitado era el hecho de tratar de otorgar un beneficio de interés social.

Por ello las modificaciones que se han presentado para el proyecto del nuevo reglamento de Seguro de Grupo se han basado fundamentalmente en otorgar el mayor número de facilidades para otorgar una prestación de este tipo.

Para ello se llegó a la conclusión de que sería necesario seguir dos puntos básicos:

- Proteger a las Instituciones Aseguradoras en la mejor manera posible de una selección adversa.

- Evitar que el Seguro de Grupo se utilice para un manejo diferente al de otorgar una prestación social.

El primer punto es necesario ya que en la medida en que las Instituciones Aseguradoras se sientan protegidas de una selección adversa y mayores garantías sientan, más inclinadas estarán a conceder dicho seguro a un costo mínimo, con lo cual a través del Seguro de Grupo se otorgará una prestación de interés social favoreciendo de tal forma al núcleo de población económicamente activo, que es la que en el momento de fallecer produce independientemente de la pérdida moral y física de la persona, una pérdida económica para la familia.

El segundo punto se refiere a que el beneficio que se pretende otorgar cubra las necesidades básicas de el núcleo de población antes mencionado de igual forma que la protección que se ofrezca cubra necesidades reales.

Puesto que en la medida en que las necesidades cubiertas no excedan las necesidades reales y básicas de dicha población las tendencias de los grupos asegurables serán más favorables en cuanto a siniestralidad se refiere, ya que las limitaciones que a tra-

vés del reglamento se establecen con respecto a las sumas aseguradas tanto en el seguro básico como en los beneficios adicionales se fundamentan en no exceder en monto a las - necesidades básicas del asegurado, ya que las cotas de máximo de suma asegurada se rela- cionan con el salario del asegurado y necesidades reales ya que también se limitan por- medio del salario mínimo. Eliminandose de esta forma posibles riesgos con característi- cas individuales, ya que estos se ven diluidos dentro de la colectividad ya que la pro- tección se homogeiniza, con lo cual la tarifa puede disminuirse.

CONSIDERANDOS:

A continuación se mencionarán, uno a uno, todos los artículos que se plantean para el nuevo reglamento de Seguro de Grupo.

Exponiendo las causas que motivaron las modificaciones, exclusiones o ampliaciones que se efectúan sobre el reglamento actual. Así como en su caso, el porque de que el texto de algunos de los artículos, haya sido dejado tal y como aparece actualmente.

ARTICULO 1°

Este artículo esta relacionado con el artículo 1° del actual reglamento de Seguro de Grupo, ya que actualmente el artículo 1° hace mención a la contratación de un Seguro de Grupo sin necesidad de examen médico obligatorio.

Sin embargo, la simple palabra de obligatorio deja poco clara la circunstancia del examen médico, ya que este no es obligatorio, pero pudiera estar permitido.

Pero si realmente una colectividad reúne las características mencionadas en el nuevo reglamento, de tal forma que se le pueda otorgar a dicha colectividad el Seguro de Grupo, y ya que el objetivo fundamental de reglamentar el Seguro de Grupo es el de brindar las mayores facilidades para otorgar una prestación de tipo social, es evidente que el examen médico debe ser eliminado totalmente, para ello será necesario a su vez, eliminar hasta la más mínima ambigüedad que pudiera ocasionar interpretaciones erróneas, con esto me refiero en específico a eliminar la palabra de obligatorio, ya que el Seguro de Grupo se deberá otorgar sin practicar examen médico en ningún caso.

ARTICULO 2°

El segundo artículo del proyecto del nuevo reglamento de Seguro de Grupo, difiere básicamente del segundo artículo del actual reglamento (al cual se refiere), exclusivamente en los incisos que mencionan como grupos asegurables, a los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores y a las agrupaciones legalmente constituídas.

Con lo cual en el proyecto del nuevo reglamento no se consideran como grupos - asegurables dentro del Seguro de Grupo a estos dos tipos de colectividades.

Esto se debe a que a través del nuevo reglamento de Seguro de Grupo se trata de otorgar una prestación de tipo social, protegiendo a su vez los intereses de las Instituciones Aseguradoras, en este caso la protección se refiere a eliminar una selección adversa para la Institución Aseguradora.

Esta selección adversa pudiera generarse al no definir correctamente al grupo-asegurable, correctamente insisto, en el sentido de proteger a la Institución Aseguradora. Para lograr esta protección es que se excluyen estos dos tipos de colectividades.

El hecho de excluir a estos dos tipos de colectividad se debe a que estas, están integradas por miembros cuyo ingreso es voluntario. Lo cual hace que sean colectividades completamente distintas a las integradas por un grupo de trabajadores, ya que aún cuando el ingreso a un trabajo es voluntario, el ingreso a una colectividad laboral de hecho no lo es, ya que realmente es una necesidad. Por ello dentro de las colectividades de trabajo la selección adversa a la Institución Aseguradora se minimiza y se diluye en el resto de la colectividad. Sin embargo los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores así como las agrupaciones legalmente constituídas, pudieran llegar a integrarse con el propósito fundamental de obtener un Seguro de Vida, lo cual no concuerda con la finalidad del Seguro de Grupo, ya que este, trata de otorgar una protección al núcleo de población que realmente lo necesita, en una forma global para poder llevar integralmente el concepto del seguro, y de esta forma minimizar los costos para poder proporcionar una prestación de tipo social.

Resumiendo:

Lo que se busca es poder respaldar una tarifa de Seguro de Grupo, lo más económica posible, para lo cual, esta no debe contemplar una posible antiselección y por lo cual se considera necesario modificar el criterio de grupo asegurable dentro del nuevo - reglamento de Seguro de Grupo.

ARTICULO 3°

El tercer artículo del proyecto del nuevo reglamento de Seguro de Grupo, esta- relacionado con una parte del artículo 1° del actual reglamento. Ya que este tercer artí- culo se refiere al porcentaje de una colectividad que como mínimo debe pretender contra- tar el seguro, para poder ser incluido dentro del Seguro de Grupo.

Básicamente no hay ninguna modificación, ya que se considera suficiente el 75% de una colectividad, para con ello diluir el riesgo y poder otorgar una tarifa de grupo. También se consideró suficiente el 75%, para eliminar una posible selección adversa para la Institución Aseguradora.

Solamente se excluye la parte que mencionan como un mínimo de 25 personas para los otros incisos mencionados en el artículo 2° del actual reglamento, ya que en el artí- culo 2° del proyecto del nuevo reglamento se excluyen como grupos asegurables a los sin- dicatos y a las agrupaciones legalmente constituídas.

Permitiéndose como un mínimo de 10 personas para poder otorgar el Seguro de - Grupo, ya que a través de otros artículos de este proyecto de nuevo reglamento, se pre- ven los inconvenientes que pudieran ser generados por las dimensiones de un grupo tan - pequeño.

ARTICULO 4°

Como se ha mencionado anteriormente el reglamento actual de Seguro de Grupo, - tiene varios artículos en los cuales a través de la práctica se han podido observar sus - fallas, y los puntos donde sería conveniente introducir variantes para facilitar su mane- jo.

Sin embargo en lo que se refiere al artículo 4°, este a través de la práctica y del tiempo, ha demostrado su eficacia, ya que su uso es bastante sencillo además de con- veniente; sencillo porque la regla es bastante fácil de manejar, y conveniente en el sen- tido de que por medio del factor relacionado con el número de asegurados, se prevee un - mal manejo del sentido original de otorgar una prestación de tipo social.

Por ello en el artículo 4° del proyecto del nuevo reglamento que se refiere a este artículo, simplemente se complementó, cuidando que al mismo tiempo, no llegase a dis- minuir la eficacia y agilidad que tiene el actual. De tal forma que se limitará la suma - asegurada máxima, por un monto que evite una posible adversidad para la Institución Asegu- radora, por ejemplo en caso de grupos pequeños que por sus propias dimensiones no puedan- diluir riesgos altos, en lo que se refiere al monto de suma asegurada.

Para ello, se consideró que ese monto debía ser variable a través de los años, ya que lo que hoy pudiera parecer un riesgo demasiado alto, dentro de algunos años (no mu- chos tal vez), pudiera ser un riesgo menor.

Resumiendo:

El artículo 4° del proyecto del nuevo reglamento de Seguro de Grupo, es el ar- tículo 4° del actual reglamento, al cual únicamente se le complementó con el propósito de proteger a la Institución Aseguradora, y simultáneamente mantener las prestaciones básic- as otorgadas a los asegurados, ya que la cota superior impuesta, otorga un límite bastan- te amplio.

ARTICULO 5°

El quinto artículo del proyecto del nuevo reglamento de Seguro de Grupo, se refiere al artículo 6° del actual reglamento, el cual es un caso claro en el que se ha observado a través del tiempo y de su uso lo poco práctico que resulta su manejo.

Ya que para poder obtener la cota que limita la contribución del asegurado al pago de la prima, primero es necesario determinar la cuota promedio, calcular el 75% de esta y posteriormente comparar la contribución para el pago de la prima de cada uno de los asegurados con este 75% permitido, y aún esto no es suficiente todavía, ya que hay que checar que el importe pagado por cada uno de los asegurados, no exceda de un peso mensual por cada millar de suma asegurada.

Como ha podido observarse, el procedimiento no es nada sencillo, ya que se tienen que hacer varios cálculos y comparaciones, después de lo cual pueden quedar excluidas varias personas, principalmente todas las personas de edad más avanzada.

Además el artículo 6° del actual reglamento delimita solo la contribución de los grupos que se catalogan en el inciso a) del artículo 2°, pero a los restantes tipos de grupos no les pone cota alguna.

En el artículo 5° del proyecto del nuevo reglamento de Seguro de Grupo, la contribución del asegurado se limita a un 25% como máximo, ya que se considera que una contribución mayor puede generar en el grupo una antiselección, ya que existe una relación inversamente proporcional, entre la contribución del pago de la prima por parte del asegurado y el deseo de estar asegurado (a mayor contribución, menor deseo).

Pues entre mayor sea la parte con la que contribuyan los asegurados, aquellos que se encuentren en buen estado de salud o que sean la parte más joven del grupo, tenderán a rechazar el seguro, y este será tomado en general por aquellas personas que tengan o bien una cierta edad, (más bien avanzada) o bien aquellas que tengan algún problema médico. Creándose de esta forma una antiselección marcada, totalmente adversa para la Institución Aseguradora. Antiselección que como ya se mencionó antes, para poder otorgar los costos más bajos (y de esta forma convertirse en una verdadera prestación-

social), no debe estar contemplada en la tarifa de Seguro de Grupo.

Sin embargo en el artículo 5° del proyecto del nuevo reglamento, también se plantea y de hecho se prevee una necesidad que evidentemente debe quedar protegida a través del Seguro de Grupo, tal necesidad se presenta cuando se trata de créditos concedidos por la empresa y que forman parte de las prestaciones laborales de dicha empresa.

Es evidente que el Seguro de Grupo debe cubrir tal necesidad, sin embargo no podemos negar que el hecho de que se trate de prestaciones laborales, no elimina la antiselección debida a la contribución del pago de la prima por parte del asegurado. Es por ello que a través de este artículo, cuando la contribución del asegurado sea mayor al 25% del costo total de su prima, se autorice a la Compañía Aseguradora a pedir pruebas de asegurabilidad que a su juicio considere necesarias.

De esta manera, se puede cubrir una necesidad que realmente debe estar cubierta por un Seguro de Grupo y que al mismo tiempo, se otorga una garantía a las Instituciones Aseguradoras para evitar una selección adversa.

ARTICULO 6°

El artículo 6°, así como el 7° y el 8° del proyecto del nuevo reglamento, no tienen ninguna referencia en el actual reglamento de Seguro de Grupo y los tres se refieren en su contenido a las coberturas adicionales para cubrir el riesgo subjetivo de incapacidad.

Al riesgo de incapacidad se le asignó el adjetivo de subjetivo, ya que es en sí bastante distinto al riesgo de muerte, pues en este solo hay dos alternativas o el asegurado vive o ha fallecido, y es fácil comprobar cual de los dos casos se realiza. Pero el riesgo de incapacidad es un evento difícil de medir incluso de definir y es

también muy difícil apreciar si una reclamación se justifica o no.

Además a través de la práctica se ha sentido la necesidad de que de alguna manera este tipo de coberturas, cuyo manejo es tan difícil, estuviesen de alguna manera reglamentadas. Sin embargo hasta hoy cada Institución Aseguradora posee sus propias políticas -- con respecto a este tipo de coberturas, y aún estas políticas dentro de cada compañía pueden ser variables. De ahí que si se pretende manejar tan rigurosamente el Seguro de grupo, tanto para el contratante como para la Institución Aseguradora, esto implica claramente también la necesidad de manejar bajo ciertos límites este tipo de coberturas que por sus características merecen un trato especial.

El artículo 6° se refiere a la cobertura adicional del pago anticipado de la suma asegurada por incapacidad total y permanente, a través de este artículo se limita la suma asegurada que se puede contratar para este riesgo dentro del Seguro de Grupo.

Se consideró necesario limitar la suma asegurada máxima, ya que esta cobertura debe ser manejada con especial cuidado pues es relativamente fácil que el propósito fundamental del Seguro (el de proteger un riesgo) se pierda, y se genere otro completamente -- distinto, que este encausado a lucrar con el seguro mismo, al obtener un beneficio mayor -- a través de él, que del propio trabajo.

Por ello en el inciso a) se establece que la suma asegurada de esta cobertura nunca podrá ser mayor a la contratada en el seguro básico, lo cual es bastante razonable, ya que como su nombre lo indica es una cobertura adicional, y el seguro esta fundamentado -- en la protección sobre la vida de una persona, y si el riesgo fundamental como es el de muerte esta protegido por un cierto monto, es evidente que así como ningún otro riesgo es mayor a ese, ninguna suma asegurada que proteja un riesgo menor, debe ser mayor.

En el inciso b) se da un límite más general, en el sentido de que el máximo de suma asegurada se limita con respecto al salario mínimo diario.

La causa de limitar de esta manera la suma asegurada máxima, es evitar que el sentido original de reglamentar el Seguro de Grupo se pierda. Ya que de otra manera al otorgar sumas aseguradas más elevadas, realmente ya no solo se cubren necesidades básicas, que es lo que se pretende proteger a través del Seguro de Grupo, sino más bien necesidades superfluas de sectores muy particulares.

Así una vez limitada la suma asegurada máxima por medio del salario mínimo diario, se elimina la posibilidad de que se pierda el sentido de prestación social.

El inciso c) limita la suma asegurada de acuerdo con las necesidades propias del asegurado, ya que esta están directamente relacionadas con sus ingresos mensuales.

Al poner un límite de 50 veces el salario mensual del asegurado, estamos dando una suma asegurada máxima equivalente al ingreso de 4 años y 2 meses de trabajo, con lo cual se establece un margen bastante amplio para cubrir las necesidades reales del asegurado, y se evita simultáneamente que la cobertura pueda tomar un giro inadecuado, al hacer atractiva la incapacidad por medio de una suma asegurada muy elevada.

ARTICULO 7°

El artículo 7° del proyecto del nuevo reglamento de Seguro de Grupo, se refiere a la cobertura adicional del pago de renta por incapacidad total, en este artículo también se limita la renta mensual que pueda recibir el asegurado.

El único límite que se establece es el de restringir dicha renta al 100%, ya que si dicha renta llegase a ser superior al salario mismo, es evidente que sería sumamente atractivo el hecho de incapacitarse.

Aún el poder percibir el 100% del salario sin trabajar, hace suficientemente atractivo el que el asegurado se incapacite. Pero la creciente inflación y la poca estabilidad económica, disminuyen por otra parte su atractivo. Evitando de esta manera, que se llegara a aplicar erróneamente el sentido fundamental de esta cobertura.

ARTICULO 8°

Por medio de este artículo se elimina la posibilidad de otorgar simultáneamente una doble protección.

Ya que sin este artículo, sería posible otorgar simultáneamente dos coberturas - para proteger incapacidad, produciéndose una doble protección a un mismo riesgo.

Por ejemplo:

Es evidente que si ya se ha recibido la suma asegurada en forma anticipada por incapacidad, la renta mensual por incapacidad, no tiene ningún sentido, pues el pago anticipado de la suma asegurada debe cubrir las necesidades económicas familiares (por lo menos por un tiempo razonable). Por ello o bien se recibe mensualmente una cantidad (la renta) o bien se recibe el pago anticipado de la suma asegurada.

De esta forma el asegurado queda protegido en el riesgo de incapacidad y se evita una doble protección.

Del mismo modo si se paga en forma anticipada la suma asegurada por incapacidad, es ilógico que esa misma persona siga asegurada en vida, ya que la cobertura adicional - proporciona el beneficio de que sea el asegurado el que en vida reciba la suma asegurada, la cual debe cubrir las necesidades económicas familiares al faltar el asegurado.

Al momento de incapacitarse el asegurado, aún cuando la familia sigue contando con su presencia física, económicamente ya no cuenta con él, es por eso que a través de esta cobertura se protege este riesgo, sin embargo por lo menos económicamente para la familia, ya no representa un riesgo la muerte del asegurado, puesto que ya recibieron el apoyo económico en forma anticipada (en vida del asegurado).

Las únicas coberturas que cobran sentido al aplicarse simultáneamente son las - que otorgan el pago de una renta mensual y la suspensión del pago de primas para seguir protegido en el riesgo de muerte y que los beneficiarios reciban en el momento del fallecimiento del asegurado la suma asegurada. Ya que mientras viva el asegurado sus ingresos-

no se verán mermados tan fuertemente y al momento de fallecer su familia seguirá protegida sin necesidad de que durante el período que duró su incapacidad el asegurado haya tenido que desembolsar ninguna cantidad de dinero.

En este último caso no existe una doble protección, ya que por un lado se protege el riesgo de incapacidad y por el otro, el riesgo de muerte.

ARTICULO 9°

En este artículo se establece que el Seguro de Grupo siempre se practicará en el plan temporal a un año. El actual reglamento también establece que el Seguro de Grupo se practicará en el plan temporal a un año, o en plazos menores.

Se consideró que el plan temporal a un año era el plan que mejor se adapta a las necesidades del Seguro de Grupo, ya que debido a que se protege a un grupo laboral, y considerando que en este tipo de grupos existe un continuo movimiento de personal, otro tipo de planes ofrecen menores facilidades de aplicación.

También por medio de este artículo se obliga a la Institución Aseguradora a respetar el contrato del Seguro de Grupo, bajo las mismas condiciones en que había sido aceptado en su inicio, en esta parte este artículo se relaciona con el artículo 24° del actual reglamento.

Sin embargo en el artículo 24° esta obligación para la Institución Aseguradora, se debe efectuar por medio de un endoso, lo cual no se consideró necesario, ya que con la existencia de un artículo dentro del reglamento de Seguro de Grupo, donde se obligue a la Compañía Aseguradora a respetar las condiciones iniciales, el endoso se hace innecesario.

Y en lo que se refiere a la aplicación de la tarifa de primas no se hizo ninguna modificación ya que es derecho del contratante y obligación de la compañía, aplicar las - tarifas vigentes en cada renovación, y este derecho y obligación respectivos son desde - cualquier punto de vista totalmente justas para ambas partes.

ARTICULO 10°

Este artículo esta relacionado con el artículo 3° del actual reglamento y ambos- están relacionados con el artículo que reglamenta al grupo asegurable.

Las diferencias que presenta este artículo con el 3° se deben exclusivamente a - las modificaciones efectuadas en el artículo 2°. Ya que solo se descartan otro tipo de - contratantes, debido a que ya se descartó otro tipo de grupos asegurables.

ARTICULO 11°

El artículo 11° del proyecto del nuevo reglamento esta relacionado con el artícu- lo 7° del actual reglamento y en ellos se refieren a los datos que deberá contener la so- licitud del Seguro de Grupo.

En general a este artículo no se hicieron modificaciones, sino que más bien se le complementó, de tal manera que es mayor el número de datos solicitados en el proyecto, que en el reglamento actual.

Con ello me refiero a los incisos g),h),i),l), los cuales no tienen un correspondiente en el artículo 7°. De estos incisos que fueron anexados se obtienen los datos siguientes:

- Forma del pago de la prima (inciso g)
- Nombre del contratante (inciso h)
- Persona Física que lo representará (inciso i)
- Coberturas adicionales que se deseen contratar (inciso l)

Datos que se consideraron necesarios expresar en la solicitud ya que lo son para la celebración del contrato y de un buen manejo posterior del seguro.

Veamos, es necesario saber que coberturas adicionales se pretenden contratar, para poder saber que riesgos adyacentes se van a cubrir en esa póliza, también es necesario conocer el nombre del contratante ya que este es la persona responsable de las obligaciones a las que se suscribirá una vez realizado el contrato, sin embargo como muchas veces ocurre la persona responsable no es una persona física, sino una persona moral (la empresa), en este caso también es necesario conocer a la persona física a la que debe dirigirse la Compañía Aseguradora, y que representará a la persona moral. Y por último, la forma de pago también es un dato necesario para poder obtener el importe de la prima que deberá pagar el contratante.

En el caso del inciso b) de este artículo además de las características del grupo asegurable se pide la definición del mismo (para que este quede definido en base a las características del mismo).

Y el inciso k), se solicita que en cada consentimiento deberá aparecer el nombre del asegurado.

Realmente como ya se mencionó anteriormente no se hicieron modificaciones a este artículo, solo se aumenta el número de datos requeridos en la solicitud, para poder celebrar más eficientemente el contrato.

NOTA: En este artículo se permite la omisión de la tarifa de primas y esto obedece a que estas deben ser generales para todas las Instituciones Aseguradoras.

ARTICULO 12°

Este artículo casi íntegramente es copia fiel del artículo 8° del actual reglamento, en el cual se excluye la posibilidad de que el contratante sea designado beneficiario, a menos de que se trate de garantizar créditos concedidos por el mismo, o prestaciones legales o contractuales a su cargo.

Es evidente que el contratante no debe ser designado beneficiario, pues siendo él beneficiario y siendo los asegurados sus empleados, sería sencillo para él en un momento dado simplemente descuidar las medidas de seguridad y con ello producir la muerte de su empleado o empleados y de esta forma recibir un beneficio económico mayor que a través del trabajo productivo del empleado o empleados.

Sin embargo cuando se trata de cubrir créditos concedidos por el contratante, es evidente que el contratante es el que debe aparecer como beneficiario, y lo que es más como beneficiario irrevocable, lo mismo ocurre cuando se trata de garantizar prestaciones legales o contractuales a cargo del contratante, porque ya sea por ley o por un contrato colectivo de trabajo el contratante tiene la obligación en el momento de fallecer un empleado suyo de retribuir económicamente a sus beneficiarios legales. En este caso se justifica también que sea el contratante el beneficiario, ya que en este caso lo que se pretende proteger es el riesgo, en lo que se refiere a los efectos económicos que repercuten en el contratante.

ARTICULO 13°

Este artículo se refiere al artículo 10° del actual reglamento, ya que en ambos se mencionan los datos que deberá contener la póliza. En este artículo lo mismo que en el 11° (del proyecto) no se efectuaron más que ampliaciones con respecto al artículo con el que están relacionados.

Y también debido a que estos artículos, el 13° y el 11° se relacionan, ya -- que a través de uno se establecen los datos que necesariamente deben aparecer en la solidad y en otro los que deben aparecer en la póliza, es evidente que algunos de los datos de uno deben aparecer en el otro.

Por medio del artículo 10° se establece que la póliza contenga las características del grupo asegurado, en su lugar en el proyecto del nuevo reglamento se establece que contenga la definición del mismo, esto obedece a que se considera que un concepto -- queda más claro por medio de su definición que a través de sus características (en este caso del grupo asegurado).

No se consideró necesario que la póliza contenga la tarifa de primas ya que -- esta es la misma para cualquier Institución Aseguradora. En cambio se considera necesario que aparezcan los siguientes datos:

- Nombre del contratante, ya que es la persona legalmente responsable de la -- contratación del Seguro.

- Fecha de iniciación del seguro, ya que esta limita a partir de cuando se ge -- neran las obligaciones y derechos tanto del contratante como de la Institución Aseguradora.

- Forma del pago de las primas, ya que con esta y el punto anterior se esta -- blecen las fechas con las que el contratante se compromete a cumplir su obligación más importante para con la Compañía Aseguradora, y que es el pago de la prima.

- Coberturas adicionales, ya que estos son riesgos en los que también se encuentran amparados los asegurados, por lo cual es necesario que aparezcan en el contrato-legal que es la póliza.

La regla para determinar la suma asegurada y la transcripción de ciertos artículos son dos aspectos que se solicitan tanto en el artículo del actual reglamento como en el del proyecto, ya que la regla para determinar la suma asegurada establece la obligación más importante a que se compromete la Institución Aseguradora con cada uno de los asegurados, y la transcripción de los artículos que se refieren a:

- 1.- Renovación del contrato bajo las mismas condiciones y de acuerdo a la tarifa vigente (artículo 9° del proyecto y 24° del actual).
- 2.- Incongruencia de suma asegurada (artículo 17° del proyecto y 13° del actual).
- 3.- Ingresos de nuevos asegurados (artículo 18° del proyecto y 14° del actual).
- 4.- Separaciones del Grupo (artículo 19° del proyecto y 15° del actual).
- 5.- Seguro opcional para aquellos que se separen del grupo (artículo 20° del proyecto y 16° del actual).
- 6.- Cancelación del contrato por falta de pago de la prima (artículo 21° del proyecto y 17° del actual).
- 7.- Importe total de la prima igual al importe global de las primas de cada uno de los asegurados (artículo 22° del proyecto y 18° del actual).
- 8.- Declaración falsa de la edad (artículo 23° del proyecto y 19° del actual).
- 9.- Indisputabilidad después de un año (artículo 24° del proyecto y 20° del actual).

10.- Baja de los asegurados por no cubrir su contribución (artículo 25° del proyecto y 21° del actual).

11.- Derecho sobre la suma asegurada por parte de los beneficiarios (artículo 26° del proyecto y 22° del actual).

12.- Derecho de la compañía de rescindir el contrato por cambio del contratante (artículo 27° del proyecto y 23° del actual).

Ya que es necesario que el contratante conozca estos artículos para que determine - exactamente todos sus derechos y obligaciones.

ARTICULO 14°

Este artículo se relaciona con el artículo 9° del actual reglamento, y se refiere al registro de asegurados que la Institución Aseguradora deberá proporcionar - al contratante, y los datos que dicho registro deberá contener.

Se consideró necesario que dicho registro incluya:

- Nombre y fecha de nacimiento o edad, datos indispensables para la identificación de cada uno de los asegurados (coincide con el inciso a) del artículo 9° del actual reglamento)

- Suma Asegurada de cada uno de los asegurados en cada uno de los riesgos en que este protegido, datos necesarios para que el contratante este al tanto de cuales son los derechos de los que goza cada uno de los asegurados.

- Fecha de iniciación excluyéndose la fecha de terminación ya que la renovación es automática y el contrato se cancela o bien porque no cumpla con alguno de los artículos del proyecto del reglamento, o bien a petición del contratante.

- Prima por cada uno de los asegurados y por cada uno de los riesgos cubiertos, esto se consideró necesario ya que en el caso de que los asegurados contribuyan al pago de la prima, el contratante contará con una base para obtener el importe de su contribución.

- Número de certificado, dato necesario por ser la forma de identificar al asegurado por parte de la compañía (coincide con el artículo 9° del actual reglamento).

Como puede observarse la parte fundamental de este artículo coincide con el artículo del actual reglamento con el cual esta relacionado, y solo se hicieron pequeñas modificaciones que realmente no modifican su contenido.

ARTICULO 15°

Este artículo se refiere a las obligaciones del contratante, las cuales en el presente reglamento estan expuestas a través del artículo 11°

El texto del artículo 11° se respeto íntegramente y simplemente se anexo como primera obligación del contratante el pago del importe total de la prima, ya que aún cuando los asegurados participen en el pago de la misma, es obligación del contratante para con la Institución Aseguradora pagar el importe total de esta.

Ninguna de las obligaciones establecidas en el artículo 11° sufrió modificación alguna, ya que todas son fundamentales y con ellas y la primera que se anexó, se abarcan todas las obligaciones del contratante, por ello no se consideró necesario anexar ninguna otra.

ARTICULO 16°

Este artículo se relaciona con el artículo 12° del actual reglamento y a este artículo no se le hizo ninguna modificación relevante, ya que las modificaciones hechas no alteraron el contenido neto de dicho artículo, pues se consideran suficientes los datos que en el certificado proporciona la Institución Aseguradora a cada uno de los asegurados.

ARTICULO 17°

El artículo 13° del actual reglamento y este artículo se refieren al problema que se presenta cuando existe alguna incongruencia entre la suma asegurada del certificado y la que resulta de aplicar la regla para determinarla. En este caso se consideró que este artículo no se debía modificar en ningún aspecto, ya que por medio de este artículo se garantiza al asegurado una mejor protección al respetar la suma asegurada de acuerdo a la regla vigente al momento de fallecer, a pesar de que esta no pudiera haber sido notificada a la Institución Aseguradora.

ARTICULO 18°

Este artículo se relaciona con el 14° del reglamento actual, ya que ellos se refieren a los ingresos que se efectúen con posterioridad a la celebración del contrato,

condicionandolos a que aquellas personas que den su consentimiento antes de treinta días de su fecha de ingreso,quedaran incluídas sin ningún otro requisito; sin embargo a aquellas otras que dejen pasar este plazo límite,la Institución Aseguradora podrá exigir no solo examen médico,sino las pruebas de asegurabilidad que a su juicio considere necesarias.

A este artículo no se le hizo ninguna modificación ya que los asegurados podrán quedar protegidos sin ninguna dificultad (se le otorgan garantías) y simultáneamente la Institución Aseguradora se protege de posibles riesgos subnormales, de personas que después de haber rechazado el seguro inicialmente,cuando alcanzaran ya una edad considerable o bien cuando se vieren en la necesidad de tener este tipo de protección por alguna enfermedad grave lo solicitasen.

De esta forma se conjugan los dos factores básicos:

- Servicio a los asegurados
- Protección a la Institución Aseguradora

ARTICULO 19°

Este artículo que se refiere a las separaciones del grupo en cuanto a sus derechos y obligaciones ,difiere del artículo 15° con el cual esta relacionado,solamente en el punto que se refiere a la restitución al contratante de la prima no devengada y no de la cuota media no devengada,esto se explicará más adelante en el artículo 22° - del proyecto para el nuevo reglamento.

En el contenido restante no se hizo ninguna modificación,ya que es evidente - que las personas que se separen del grupo asegurado ya no pertenecen a la colectividad asegurable y por lo tanto no deben continuar asegurados, o no por lo menos bajo un Seguro de Grupo.Sin embargo el riesgo que se corrió por esa persona no siempre correspon

de a la prima que había sido pagada, cuando esto ocurre es debido a que el plazo por el que se corrió el riesgo fue menor y esto genera una obligación por parte de la compañía, una devolución de prima por el riesgo que no se corrió.

ARTICULO 20°

Relacionado con el artículo 16° del actual reglamento. De este artículo solamente se elimina el párrafo en el que se estipula que para que una Institución Aseguradora pueda operar el Seguro de Grupo, debe operar cuando menos en el plan ordinario de vida.

Este párrafo se eliminó debido a que se considera innecesario, ya que aún cuando exista alguna Institución Aseguradora que no teniendo el plan ordinario de vida quisiese otorgar el Seguro de Grupo, y teniendo en consideración que se trata de un seguro de interés social, no se debe eliminar esta prestación.

Por otra parte por medio de este artículo se otorga una prestación más a aquellos que por algún motivo se separen del grupo asegurado, ya que pueden quedar protegidos bajo un seguro individual, que no debe ser temporal ya que esta nueva colectividad que se genera de las separaciones de un grupo asegurado que toman un seguro individual, es una colectividad totalmente subnormal (solo aquellos con verdadera necesidad del seguro lo toman) y por lo mismo no se otorgan beneficios adicionales.

Por lo mencionado anteriormente este artículo no sufrió ninguna otra modificación.

ARTICULO 21°

Este artículo se relaciona con el artículo 17° del actual reglamento, que -- menciona el cese automático de las obligaciones de la Institución Aseguradora después-- de 30 días del vencimiento de la prima no pagada, pero en el cual aún se siguen prote-- giendo los intereses del asegurado, al otorgar ese período de espera para el pago de -- la prima y gozar durante ese período de espera de la misma protección.

En este artículo no se consideró necesario ninguna modificación ya que los-- intereses de ambas partes (asegurados-compañía) se ven protegidos.

ARTICULO 22°

El artículo 22° del proyecto del nuevo reglamento se refiere al artículo 18° del actual reglamento. En este artículo pese a que las modificaciones que se hacen son-- bastante pequeñas, son también bastante relevantes, ya que modifican un criterio que fue creado para facilitar el manejo del Seguro de Grupo. Sin embargo hoy en día con la faci-- lidad del acceso a las máquinas computadoras, es totalmente innecesario.

Por ello se considera una de las modificaciones más importantes que se hacen al reglamento actual, ya que el uso de la cuota promedio es totalmente innecesaria e -- inadecuada.

También en este artículo se estipula que el Seguro de Grupo se manejará bajo una misma tarifa para todas las Instituciones Aseguradoras.

ARTICULO 23°

Este artículo se relaciona con el artículo 19° pero como este y el 13° (ambos del actual reglamento) son contradictorios entre sí, ya que por medio del artículo 13° -- para otorgar una prestación social completa, se protege al asegurado al no disminuir la-- suma asegurada a la que tuviera derecho, aún cuando la Institución Aseguradora no estuvie se notificada al respecto, y en el artículo 19° la suma asegurada se ve disminuida por el hecho de haber declarado erróneamente la edad, mermando de esta forma la suma asegurada y por causa directa de ello la prestación que a través del seguro tuviese el asegurado; - se procedió a eliminar esta contradicción , basándose en que a través del Seguro de Grupo, se otorga una prestación social, por ello la suma asegurada no se le ve realmente afectada y sólo se cubre la parte de prima que debió ser pagada de acuerdo a la edad real. Eliminandose sólo aquellos casos que salen de los límites de aceptación de edad de la Institución Aseguradora.

ARTICULO 24°

A través de este artículo se estipula un año como plazo de indisputabilidad, - el mismo que se establece por medio del artículo 20° del actual reglamento. No se modificó el criterio ya que la indisputabilidad es un derecho reconocido dentro de cualquier se guro de vida, y el plazo de un año es razonable para que la Compañía Aseguradora,verifi - que las declaraciones hechas por el contratante o bien por los asegurados.

ARTICULO 25°

Relacionado con el artículo 21° del actual reglamento, a este artículo tampoco se le modificó ya que se refiere al derecho del contratante de dar de baja a aquel -- asegurado que no cubra la parte de la prima a la que se comprometió, derecho muy justo -- ya que él como contratante tiene la obligación de pagar la prima total.

ARTICULO 26°

Este artículo esta relacionado con el 22° del actual reglamento y tampoco fue modificado pues se refiere al derecho de los beneficiarios o del asegurado (única ampliación, que toca el caso de los beneficiarios por incapacidad) de cobrar la suma asegurada. -- Derecho que no debe ser modificado.

ARTICULO 27°

Este artículo se refiere al derecho de la compañía de dar por terminado el -- contrato de Seguro de Grupo, si así lo desea, cuando haya cambio de contratante. Está rela -- cionado con el artículo 23° del actual reglamento y no se le hizo ninguna modificación -- porque cualquier empresa (en este caso la Institución Aseguradora) es libre de escoger -- con quién tiene trato comercial, en el caso de que exista un cambio de contratante debe -- tener la libertad de decidir si continuá el contrato o no.

ARTICULO 28°

Este artículo se refiere a la reglamentación de la participación de utilidades y está relacionado con el artículo 25° del actual reglamento. Sobre este no se hizo ninguna modificación, ya que la participación de utilidades es el único aspecto en el que cada Compañía Aseguradora puede ofrecer distintas alternativas, pero siempre bajo cierto criterio que se estableciera por medio de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros.

CAPITULO IV

C O N C L U S I O N E S

C O N C L U S I O N E S

Aun cuando el reglamento de Seguro de Grupo tiene más de 15 años funcionando sin que se le haya hecho modificación alguna, dentro de las Instituciones - del Seguro Privado en México desde hace muchos años se ha presentado la inquietud a través de sus representantes, de modificar el actual reglamento de Seguro de Grupo. Inquietud que ha surgido a causa de los problemas que se presentan en su practica diaria. Esta inquietud sin embargo nunca ha llegado a plasmarse en algo consistente, pero como es evidente ya para toda aquella persona que ha tenido contacto directo con la practica del reglamento de Seguro de Grupo, esta inquietud ha crecido año tras año, hablandose - mucho de que hay que modificar el mencionado reglamento, esta inquietud dentro del Seguro Privado ha crecido hasta tal punto que se ha llegado a proponer como una solución, - no solamente modificar el reglamento actual, sino eliminarlo en su totalidad.

Los puntos en los que se ha fundamentado esta última posición - son los siguientes:

- 1.- En el Seguro de Vida, el Seguro de Vida Individual no se encuentra reglamentado.
- 2.- Existencia de otro tipo de planes para proteger colectividades lo que se denomina Seguro Colectivo y que a su vez tampoco se encuentra reglamentado.

El primer punto se respalda bajo la posición de que es cada Compañía Aseguradora la que establece sus propias políticas y lo que podria considerarse - un "reglamento" propio. "Reglamento" que varia de acuerdo a las necesidades del mercado y la posición de la propia Compañía Aseguradora, propiciandose de esta forma una competencia libre que hasta la fecha ha dado buenos resultados.

En el segundo punto se sustenta algo muy similar, sin embargo dadas las características del Seguro Colectivo, por ser en muchas ocasiones muy similar - al Seguro de Grupo, aún cuando no se encuentra reglamentado, se ha venido manejando bajo dos alternativas, algunas veces bajo el mismo criterio de Seguro de Grupo y algunas otras bajo el concepto de que no esta reglamentado, de acuerdo a la propia conveniencia del caso particular.

En resumen en el Seguro de Vida solo el Seguro de Grupo se encuentra reglamentado, lo que provoca hasta cierto punto limitaciones en las funciones propias de la Institución Aseguradora y es por esto que se ha llegado a plantear como una solución en vez de modificar el reglamento, eliminarlo del todo.

Sin embargo, si bien es cierto que por medio del reglamento de Seguro de Grupo, se limitan en cierta forma las funciones propias de las Instituciones Aseguradoras, también es cierto que la protección ofrecida a través de Seguro de Grupo se limita al núcleo de población económicamente activo y a la protección de necesidades reales y básicas de los asegurados.

Ahora bien si se considera que el Seguro de Grupo debe satisfacer también otro tipo de condiciones, ya que si se pretende otorgar a través de él, una prestación de tipo social se deben garantizar ciertos puntos en su contratación, como son el derecho al ingreso sin examen médico, tarifas a los costos más bajos posibles, etc, etc. Garantías que deben ser otorgadas bajo las mismas condiciones por cualquier Institución Aseguradora, sin embargo como es bien sabido que las políticas privadas son totalmente distintas de una compañía a otra y para que dichas condiciones sean respetadas por todas las Compañías Aseguradoras, se mantiene la necesidad de la existencia de un reglamento común que homogenice los criterios y políticas de todas las Instituciones Aseguradoras.

A través del proyecto de reglamento que se propone en el presente estudio, se pretende proteger dentro del conjunto de colectividades, al subconjunto de aquellas colectividades que tengan como factor común el mismo tipo de riesgo en el área laboral, para que el riesgo cubierto se diluya en el volumen del propio grupo. De igual forma se pretende proteger exclusivamente al sector de la población económicamente activo, ya que es en este grupo precisamente donde la muerte tiene un fuerte impacto económico sobre la familia, también se pretende limitar la protección a cubrir necesidades reales y básicas de los asegurados.

Al limitar de esta forma la protección ofrecida por medio del Seguro de Grupo se logran condiciones especiales en el tipo de colectividades cubiertas, debido

a lo cual los riesgos tienen características especiales también, lo que permitiría una reducción de las primas al costo mínimo, ya que los grupos que se pretenden proteger - son grupos donde la antiselección no se presenta, debido precisamente a las condiciones que en algunos puntos se establecen en este proyecto y que son más estrictos en muchos sentidos que el actual reglamento.

En si las modificaciones presentadas en el presente proyecto de reglamento llevan como principal propósito el propiciar las condiciones para que el Seguro de Grupo sea otorgado al núcleo de población económicamente activo, sea cual fuere su nivel económico de vida. O sea que las tarifas deben ser lo más económicas posibles para hacerlas accesibles a todos los niveles económicos y simultáneamente hacerlas lo suficientemente atractivas para que se ofrezca como una prestación laboral más.

Basado en estos aspectos es que se hicieron las modificaciones al reglamento actual, protegiendo a las Instituciones Aseguradoras en los puntos más críticos para que no exista la menor reserva para otorgar el plan de Seguro de Grupo a los precios más bajos dentro de cualquier plan de seguro que proteja colectividades.

Sin embargo existen infinidad de colectividades cuyo nexo no tiene ninguna relación con el área laboral, colectividades incluso cuyo único nexo es el de contratar un seguro en forma colectiva por el simple hecho de que en esta forma las tarifas son menores. Pero como por medio del proyecto de reglamento se establece a que tipo de colectividades son a las que se les puede proporcionar protección por medio del Seguro de Grupo, siendo estas exclusivamente colectividades cuya conexión se establece por medio del trabajo, debido a esto es evidente que por medio del Seguro de Grupo reglamentado tal y como se propone en el presente estudio, no se podrán proteger a todos los tipos de colectividades, aun ahora, con el actual reglamento de Seguro de Grupo no es posible proteger a todos los tipos de colectividades, por ello surgió la necesidad de otro tipo de seguros para proteger a los restantes tipos de colectividades y que se le denomina Seguro Colectivo, aún cuando después de las modificaciones al actual reglamento la necesidad de la existencia del Seguro Colectivo persiste y lo que es más se acrecienta.

Actualmente sin embargo la situación en el seguro privado de México es la existencia de dos tipos de seguros para proteger las colectividades que son:

El Seguro de Grupo, el cual se encuentra reglamentado y el Seguro Colectivo, para el cual no existe reglamento alguno.

Esta situación ha dado lugar a controversias dentro del grupo de actuarios - relacionados con el seguro privado en México, ya que se plantean dos interrogativas que son:

- ¿ Por qué no se encuentran ambos reglamentados?
- ¿ Por qué ambos no se encuentran sin reglamentar?

De hecho esta situación es una de las causas que ha propiciado la inquietud de eliminar el reglamento de Seguro de Grupo.

Sin embargo si se mantiene la posición de otorgar por medio del Seguro de Grupo un servicio social, es evidente que, como ya se ha mencionado, el reglamento de Seguro de Grupo se presenta como una necesidad para homogeneizar los criterios de todas las Instituciones Aseguradoras, por ello no sería posible dejar sin reglamento tanto al Seguro Colectivo como al Seguro de Grupo.

Veamos ahora la otra alternativa que consiste en reglamentarlos a ambos:

Como ya de hecho el Seguro de Grupo debe estar reglamentado y ya que por medio de este proyecto de reglamento se limita la protección ofrecida por él, a un núcleo particular de colectividades, de tal forma que el resto de colectividades que no pertenecen a este núcleo deben poder quedar protegidas por medio de otro tipo de seguro, que es el Seguro Colectivo.

En ese sentido, de existir un reglamento para el Seguro Colectivo tendría que ser lo suficientemente abierto para poder ofrecer protección a todos los tipos de agrupaciones que no pudieran quedar cubiertas por medio del Seguro de Grupo, en estos casos es evidente que para otorgar el contrato de seguro colectivo se diferiría en muchos puntos de la forma en que se procedería si se tratase de una colectividad bajo las características de las permitidas por medio del proyecto de reglamento de Seguro de Grupo, ya que en este caso no hay porque limitar las funciones de la Institución Aseguradora en el sentido de otorgar el seguro sin examen médico, ni de limitar las sumas ase -

guradas en ningún sentido que no sea el de las propias políticas de la propia Compañía - Aseguradora. Tampoco existe ninguna causa que justifique una limitación en el tipo de plan ofrecido ya que al existir diversificación en el tipo de colectividades permitidas es evidente la implicación de que también existe diversificación en el tipo de necesidades a cubrir, por lo cual el Seguro Colectivo debe ofrecer toda la gama de planes y plazos para poder satisfacer esta diversidad de necesidades.

Concluyendo con lo antes expuesto, de existir un reglamento para el Seguro Colectivo este tendría que ser bastante abierto en todos sus puntos. Abierto hasta tal punto que sería ridícula su existencia, ya que sería un reglamento en el cual se permitiese una libre acción sobre todos los puntos tratados en él, puesto que de hecho tanto en el Seguro Individual como en el Seguro Colectivo se puede otorgar la protección a cualquier persona (o conjunto de ellas), bien sean económicamente activa (s) o no, con sumas aseguradas que esten de acuerdo a sus necesidades básicas o no.

Y así, aún cuando en ambos seguros, el de grupo y el de colectivo son seguros por medio de los cuales se ofrece protección a colectividades, existen más puntos en común entre el Seguro Individual y el Seguro Colectivo que entre este último y el Seguro de Grupo, por ello se llega a la conclusión de que así como el Seguro de Grupo debe estar reglamentado, el Seguro Colectivo no debe de estarlo, tal y como no lo esta el Seguro Individual.

Ahora bien si hacemos un poco de historia para recordar cuales fueron las bases para la creación del Seguro de Vida, recordaremos que el Seguro de Vida surgió como una necesidad para poder solventar el impacto económico que ocasiona la muerte de una persona sobre su familia, uniendo a un conjunto de personas para que a cambio de la pérdida cierta de una cantidad pequeña (prima), se solventará la pérdida incierta de una gran cantidad (suma asegurada), este impacto económico se presenta cuando la persona que fallece es la cabeza de la unidad familiar o bien cuando por lo menos contribuye para el mantenimiento económico de la familia, por lo cual al momento de fallecer la suma asegurada recibida por los beneficiarios, contribuye una aportación económica de gran importancia ya que se ha perdido una de las fuentes de ingreso.

Como bien sabemos el individuo empieza a tener este tipo de necesidades cuando contrae matrimonio, tiene hijos, o bien cuando por algún problema familiar pasa a

ser jefe de familia. También es bien sabido que cuando esto ocurre, la mayoría de las veces la persona de referencia se ve en la necesidad de contratarse de alguna forma para obtener un ingreso.

En ese momento pasa a formar parte de alguna colectividad laboral, una empresa, una industria, una fábrica, etc. O sea que precisamente cuando sus necesidades surgen es cuando generalmente pasa a formar parte de un grupo o una colectividad la boral. Es por este motivo que el Seguro de Grupo se convierte en una solución potencial al problema básico.

Por lo cual el futuro que puede llegar a tener el Seguro de Grupos es muy importante ya que se puede llegar a captar a través de él, al mercado que realmente es el que debe estar protegido y en la medida en que como mínimo debe estarlo.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Bande Jorge Dr. La economía del seguro. Santiago de Chile 1955
- 2.- Callery Charles Disertación sobre Seguro de Grupo. Marzo 1974
- 3.- Chávez Miguel, Reyno Camilo, Rendón Jorge, Roth Werner, Suzan Jorge. Proyecto de -
reglamento de Seguro de Grupo. 1972
- 4.- Diario Oficial. Reglamento de Seguro de Grupo. México 7 de Julio 1962.
- 5.- Fulco Lock Dr. Manifestaciones objetivas del riesgo subjetivo en las coberturas de
invalidez y accidente. 1978.
- 6.- Greene Mark R. Risk and insurance, Ohio USA 1973.
- 7.- Mapre Estudios El mercado de Seguros en latinoamerica. Madrid
- 8.- Munchener Ruck. Riesgos especiales en el Seguro de Vida. Munich Re
- 9.- Munchener Ruck. Problematica del riesgo de incapacidad. Serie sobre seguro de inca-
pacidad. Tomo I. Munich Re 1978.
- 10- Revista Mexicana de Seguros. Dictamen y selección de Seguro de Grupo. Febrero 1970.
- 11- Rodriguez Sala J. Jesus Lic. El contrato de seguro en el derecho mexicano.
Tomo I. México 1976.