



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

**MODELO DE NEGOCIOS PARA LA
SUSCRIPCIÓN DEL SEGURO DE
GASTOS MÉDICOS MAYORES**

**REPORTE DE TRABAJO
PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

A C T U A R I O

P R E S E N T A

MARCO ANTONIO REYES HERNÁNDEZ

Tutor:

ACT. JOSÉ FABIÁN GONZÁLEZ FLORES

2011





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



HOJA DE DATOS DEL JURADO

1. Datos del alumno

Reyes
Hernández
Marco Antonio
57392989
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Ciencias
Actuaría
9833716-1

2. Datos del tutor

Act.
José Fabián
González
Flores

3. Datos del sinodal 1

Act.
Sergio Antonio
Rivas
Rojas

4. Datos del sinodal 2

Act.
Ricardo
Villegas
Azcorra

5. Datos del sinodal 3

Act.
Daniel
Cid
Padilla

6. Datos del sinodal 4

Act.
José Guadalupe
Vázquez
Vázquez

7. Datos del trabajo escrito

Modelo de negocios para la suscripción del
seguro de gastos médicos mayores
67 p
2011

Gracias Carlita ...



INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 1. LA COMPAÑÍA ASEGURADORA Y LA SUSCRIPCIÓN DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES	15
1.1 Introducción	16
1.2 La compañía aseguradora	17
1.2.1 Historia	18
1.2.2 Misión y visión	20
1.2.2.1 Nuestra Misión	20
1.2.2.2 Nuestra Visión	21
1.2.3 Principios estratégicos	22
1.2.4 Estructura administrativa	24
1.2.5 Operación	24
1.2.6 Estándares de servicio	26
1.2.7 Productos	27
1.2.7.1 Seguro de Gastos Médicos Mayores	28
1.2.7.2 Suscripción anual y análisis de estacionalidad	29
1.2.7.3 Suscripción regional y nichos de mercado	30



CAPÍTULO 2. MODELO DE NEGOCIOS PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.	33
2.1 Introducción	34
2.2 Marco normativo	35
2.3 Estándares y lineamientos	37
2.4 El modelo de Negocios	39
2.4.1 Operación de Negocios	40
2.4.1.1 Planes de negocios con elección	49
2.4.1.2 Participación del asegurado en el riesgo.	50
2.4.1.3 Gastos administrativos, inclusiones y exclusiones.	51
2.4.2 Negocios Especiales	55
2.4.2.1 Esquema de Dividendos	55
2.4.2.2 Cash –Flow	58
2.4.2.3 Stop loss	59
2.4.2.4 Fondo en administración de pérdidas	60
2.4.2.5 Esquema de prima mínima.	61



2.4.2.6 Exceso individual	62
2.4.2.7 Fondo especial.	63
2.4.2.8 Descuento por nómina (D x N)	63
2.4.3 Parámetros de Negociación	64
2.4.3.1 Siniestros pico	64
2.4.3.2 Combinación de vigencias.	64
2.4.3.3 Inflación salud	65
2.4.3.4 Comisiones	65
2.4.3.5 Margen	66
2.4.3.6 Competencia	66
CONCLUSIONES	69
Carta Autorización de AXA	71
BIBLIOGRAFÍA	73

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este reporte es describir la metodología de negociación, para la suscripción de una colectividad a un seguro de gastos médicos mayores, la cual prevalece con base a la misión, visión y estrategias que permiten adaptar los productos existentes de una de las compañías aseguradoras de mayor renombre en el mercado asegurador.

AXA es una de las 3 compañías mas grandes a nivel mundial dentro del sector asegurador, y una de las compañías más grandes en México, con solo dos años dentro del mercado se ha logrado colocar en los primeros lugares de captación de negocios en todos los ramos, incluyendo el seguro de Gastos Médicos Mayores.

El Seguro de Gastos Médicos Mayores, ofrece beneficios tangibles, permite manejar contratos específicos para cada necesidad, con planes en los que puedes elegir el nivel hospitalario o el nivel de honorarios quirúrgicos más adecuado a las necesidades individuales de cada empresa o colectividad, ofreciendo opciones de negociación variadas, que van desde la participación del riesgo por parte del asegurado, hasta una administración de fondos por parte de la aseguradora, la cual ya cuenta con convenios establecidos con médicos y hospitales para la atención de los participantes. Este seguro es una prestación que algunas empresas brindan a sus empleados, permitiéndoles tener la tranquilidad de que su salud siempre será atendida con servicios de buena calidad.

En el ámbito de la negociación, es de suma importancia la participación del Actuario, toda vez que su destreza y habilidad le permite implementar nuevas estrategias que impulsan un desarrollo de los productos y de las técnicas de comercialización permitiendo un acercamiento con un mayor nicho de mercado. Así como también explotar un ramo que sea costeable para el sector asegurador.



En México existe una cultura del seguro, que requiere aún mucho desarrollo, esto debido a una combinación de factores, entre los cuales predomina el nivel económico del país. Por este motivo, es importante que el seguro de gastos médicos mayores penetre de la forma más accesible a los nichos de mercado y quién se suscriba a este seguro tenga protección a su salud. Por ello, es de suma importancia generar estrategias de negociación eficaces, que permitan generar oportunidades de captación de negocios para todos los niveles socioeconómicos, ofreciendo una amplia gama de opciones para el asegurado y para la aseguradora, la cual debe de adecuarse rápidamente a un movimiento del mercado continuo.

El reporte se desarrollará en dos apartados:

En el primer capítulo se presentarán los orígenes, misión, visión, principios estratégicos, estructura y operación de AXA compañía de seguros; se ahondará en su posición dentro del mercado, su estrategia de colocación, así como se describirán sus productos, resaltando la importancia que tiene en este ramo.

En el segundo capítulo se concretizará y expondrá el modelo de negociación, basado en un marco legal y regulatorio y se resaltarán las estrategias para la operación y suscripción; negocios especiales y parámetros de negociación para una cartera del seguro de gastos médicos mayores.



CAPÍTULO 1.

La compañía aseguradora y la suscripción del seguro de gastos médicos mayores.



1.1 Introducción

En el presente capítulo se expondrá una reseña histórica, la filosofía empresarial, la estructura operativa y mecanismos de operación de AXA Seguros, empresa fundada en Francia en 1986, y que en la actualidad tiene presencia en 57 países. En México, a través de la experiencia de 20 años, se posiciona vertiginosamente en los primeros lugares en el mercado asegurador y el sector empresarial.

Hoy en día, la misión y visión de la empresa están orientadas para posesionarse en el máximo nivel de preferencia de sus clientes, agentes y empleados. Para ello, existen procesos internos de mejora y calidad y, paralelamente, se promueve el crecimiento

sustentable, y se implementan acciones estratégicas para el reconocimiento de la marca y la optimización en las operaciones que coadyuven para alcanzar sus metas.

Por su parte, los estándares de servicio se adaptan permanentemente al dinamismo del mercado, se impulsa el bienestar de los empleados y se promueve una relación recíproca para la satisfacción de la empresa y sus colaboradores.

Entre la gama de productos, se destaca el Seguro de Gastos Médicos Mayores y cuyo propósito, importancia y comportamiento de la cartera se expondrán en el desarrollo de este Reporte.

1.2 La compañía aseguradora

AXA es una compañía francesa con presencia mundial en 57 países, con una cartera de 96 millones de clientes y más de 216,000 empleados, que le permite posesionarse como la más grande del mercado asegurador. En México inició operaciones el 22 de Julio del 2008 y en la actualidad ofrece protección a 5 millones de clientes, emplea a 4,300 personas y organiza una red de 8,000 agentes de seguros.

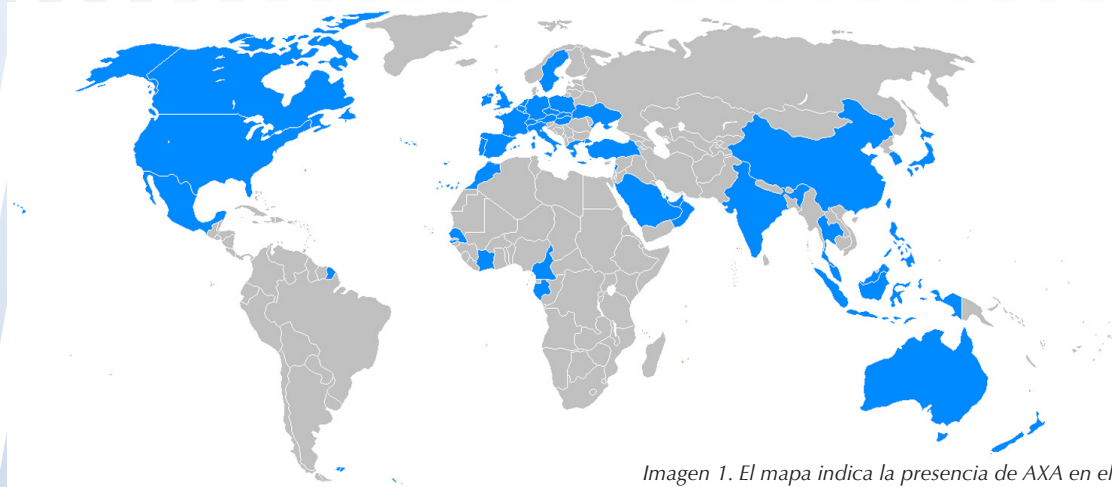


Imagen 1. El mapa indica la presencia de AXA en el mundo.

La filosofía de la empresa es brindar soluciones de protección acordes a las necesidades de sus clientes, ofreciéndoles niveles superiores de servicio, administración del riesgo y asesoría financiera especializada.

El nombre de la empresa no tiene un significado particular. En 1985 el nombre y el logo fueron desarrollados para reflejar una imagen atractiva, dinámica, profesional, unida, emprendedora y con enfoque global. Así, se eligió AXA por ser una palabra de estructura corta, fácil de memorizar, la pronunciación es igual en la mayoría de los idiomas, se lee igual de derecha a izquierda y por iniciar con la letra "A" encabeza, en primer lugar, los listados.

La comercialización de sus productos se realiza a través de agentes y promotores, corredores, canales alternos como bancos, cadenas comerciales, sitios de trabajo, venta directa y venta dirigida a los empleados de las empresas con relación comercial y vía descuento por nómina.

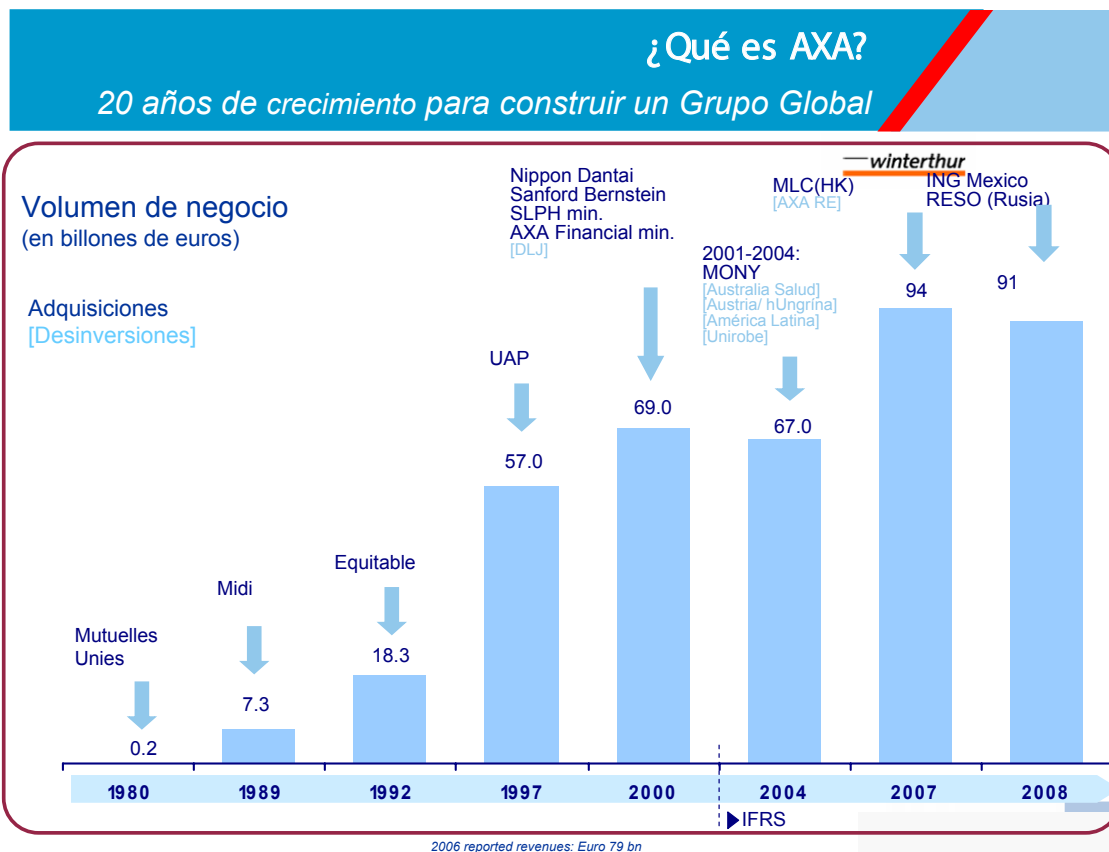


1.2.1 Historia

AXA se conforma por un grupo de compañías independientes organizadas y operadas de acuerdo a las regulaciones de los diferentes países donde está presente, fue fundada en 1985 por Claude Bébéar, con sede en París, Francia. Estas compañías tienen como principales actividades tanto el ramo de vida como de no vida, los seguros internacionales y la gestión de activos.

Durante los 20 años siguientes a su fundación, el Grupo AXA ha adquirido varias empresas mediante una estrategia de mercado que se traduce en un crecimiento acelerado y una reestructuración administrativa acorde a este dinamismo de expansión.

En 2008, implementa exitosamente su estrategia de crecimiento externo, mediante la adquisición del 50% de Oyak en AXA Oyak,



segunda aseguradora del mercado turco, por 525 millones de dólares. Así, penetra en el mercado mexicano, con la adquisición del 100% de ING Seguros la tercera aseguradora, por un importe de 1.5 billones de dólares.

En 2009, anunció el fortalecimiento de su posición en Europa central y oriental con la adquisición de participaciones minoritarias que posee el Banco Europeo de Reconstrucción y Desarrollo en AXA Hungría, filiales checas y polacas. Este mismo año adquiere el 100% de las empresas asiáticas de AXA Asia-Pacífico Holding, mientras que un socio australiano adquiere el 100% de AXA Australia APH y las empresas de Nueva Zelanda.

El 29 de abril de 2010, anuncia su intención de presentar a la Junta de Accionistas, una propuesta de cambio en su estructura de gobierno corporativo de una estructura directiva dual -Consejo de Supervisión y Gestión Boad- a una estructura directiva unitaria -Consejo de Administración-. El propósito de esta nueva organización es apoyar una nueva etapa de desarrollo bajo el liderazgo de François Pierson, Presidente y Consejero delegado de AXA Francia, y Christopher Condron, Presidente Ejecutivo de CER Ofi de AXA Financial, Inc. en Estados Unidos, ambos miembros del Consejo de Administración, quienes asumen la responsabilidad, a nivel internacional, para los productos: seguro de propiedad y accidente; seguro de vida y ahorro; y, seguro de salud, además de sus responsabilidades operativas actuales. Así, el Grupo busca posicionar su marca en el mercado mundial, mediante una sola firma y un slogan muy definido.





1.2.2 Misión y visión

1.2.2.1 Nuestra Misión

Brindar
protección financiera,
para ayudar a los clientes
a confiar en la vida



1.2.2.2 Nuestra Visión

Ser la empresa preferida de accionistas, clientes y empleados mediante la campaña



empresarial denominada “Ambición 2012”

consistente en aumentar el volumen de negocios y mejorar el resultado operacional.



1.2.3 Principios estratégicos

La estrategia llamada “Nuestro ADN” impulsa algunos valores y promueve un enfoque siempre orientado a los clientes, internos o externos, mediante una estrategia de diferenciación que va de las promesas a los hechos.

Los principios que se transmiten a los directivos, empleados y ajustadores:



reinventando / los seguros

- **Atentos**
Tratamos a nuestros clientes de manera personalizada, damos consejos y soluciones a la medida en cada etapa de la vida del cliente. Recompensamos la lealtad de los clientes.
- **Disponibles**
Escuchamos y estamos dónde y cuándo nos necesitan nuestros clientes.
- **Confiables**
Somos claros en lo que hacemos y cumplimos e informamos cada paso, el cliente siempre cuenta con nosotros.

Por su parte, los valores que se promueven para alcanzar las metas son:

- Profesionalismo
 - Transmitimos estándares de comportamiento de acuerdo a los valores de AXA
 - Orientamos nuestros intereses y acciones hacia las necesidades de la empresa
 - Mantenemos un constante afán de superación.

- Realismo
 - Somos conscientes de cómo nuestra empresa interactúa con el entorno por lo que tomamos decisiones ajustando las prioridades a las necesidades de la organización

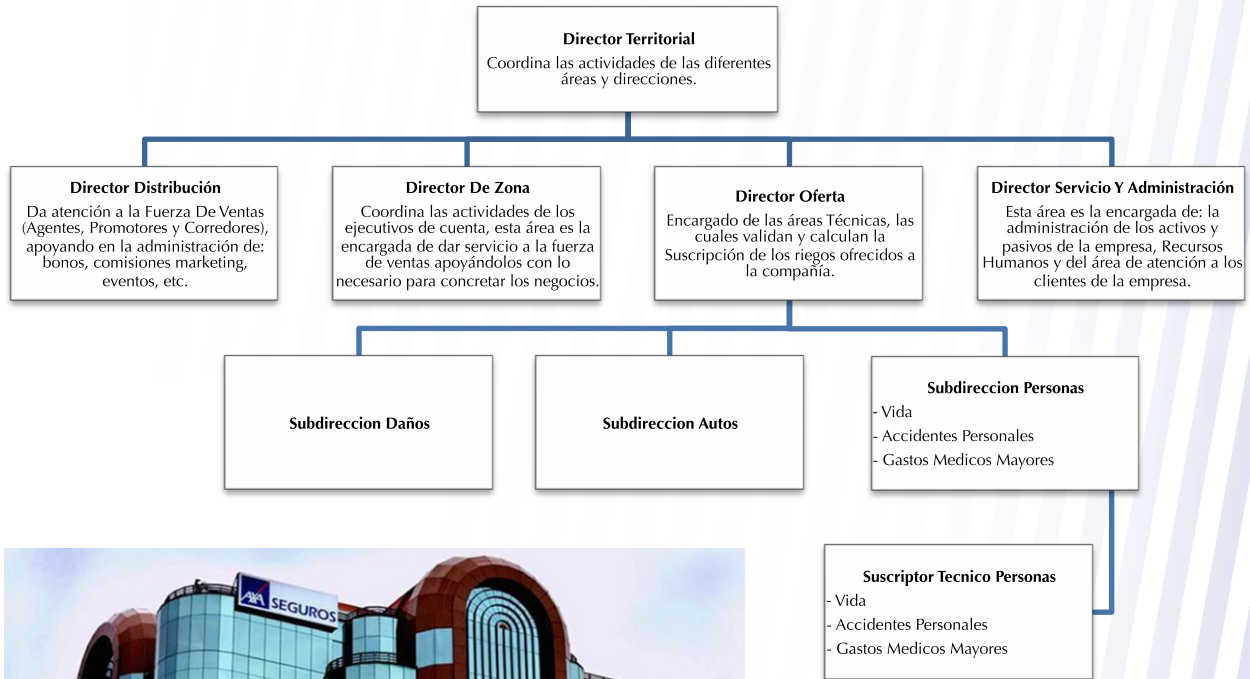
- Integridad
 - Somos reconocidos porque respetamos y cumplimos nuestros compromisos

- Innovación
 - Somos capaces de generar, desarrollar e implementar ideas que garanticen los mejores procesos de la organización

- Espíritu de Equipo
 - Trabajamos colaboramos y nos comunicamos para conseguir objetivos compartidos y consistentes a través de funciones, niveles, áreas geográficas y unidades de negocio. Consideramos el impacto que nuestras actividades producen en otras áreas de AXA.



1.2.4 Estructura administrativa



1.2.5 Operación

En el proceso de operación descrito en el diagrama anterior, se definen los siguientes componentes.

• Cliente: Persona física o moral, que solicita la celebración del contrato, para sí y/o para terceras personas que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en la póliza, comprometiéndose a pagar las primas.



- **Agente:** Persona encargada de asesorar al cliente para una correcta administración del riesgo, colaborando directamente con la aseguradora, pero trabajando de forma independiente.



- **Promotor:** Figura encargada de ofrecer soporte técnico y administrativo a un grupo de agentes, colaborando directamente con la aseguradora, pero trabajando de forma independiente.



- **Ejecutivos de Venta:** Figura encargada de ofrecer capacitación, información sobre productos y cambios relacionados con los diferentes productos que ofrece la compañía aseguradora, orientando a Promotores y Agentes sobre los procedimientos necesarios para el cierre de las negociaciones. Es el encargado de solicitar las cotizaciones al Área Técnica de acuerdo a lo negociado por el conducto.



- **Ejecutivos de Servicio:** Es el personal encargado para brindar soporte y atención para el buen mantenimiento y administración de una póliza después de su emisión, tramitando: altas, bajas, endosos especiales, rehabilitaciones, etc. Son los encargados de solicitar las Validaciones técnicas para que los movimientos realizados se apeguen a la normatividad y lineamientos de los productos.



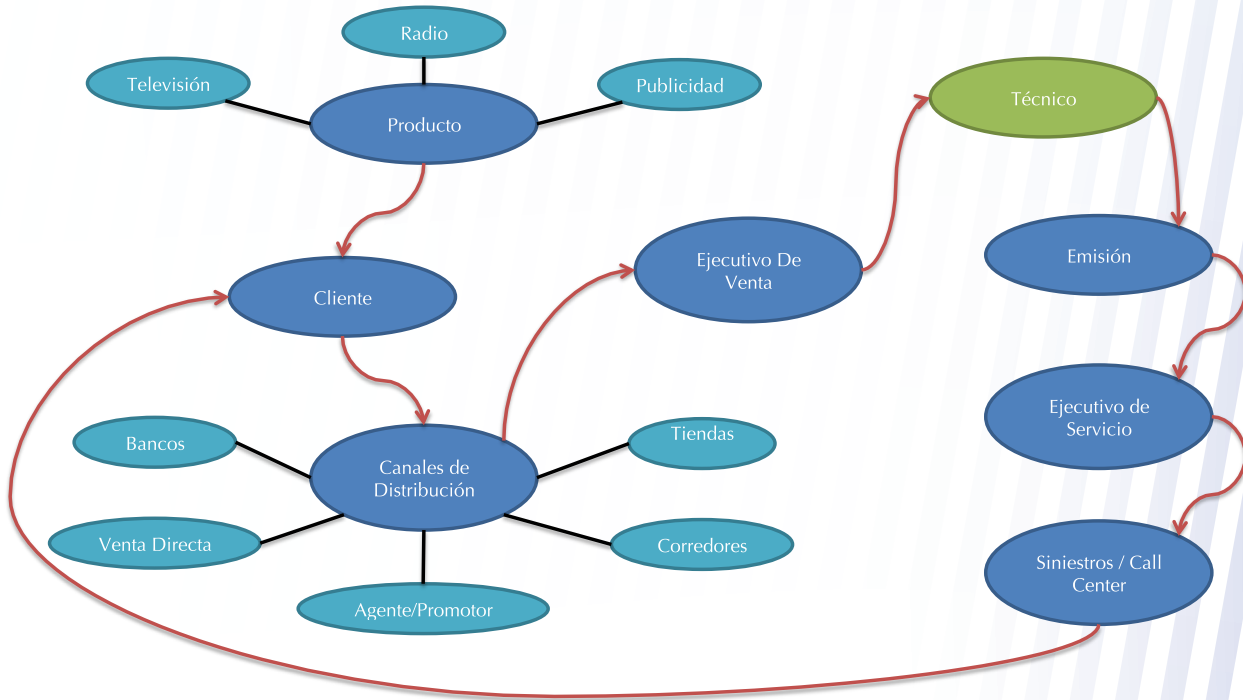
- **Técnico:** Especialista encargado de evaluar el riesgo, con el objetivo de ofrecer una propuesta económica - Cotización- para suscribir una póliza, tanto nueva, como de renovación, apegándose a las políticas establecidas





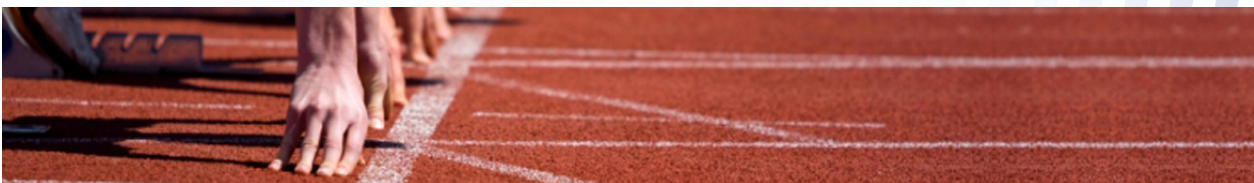
en los manuales técnicos de la compañía, a su vez es responsable de autorizar movimientos en las pólizas ya emitidas, asegurando una correcta aplicación de los parámetros establecidos para cada producto.

- Emisión: Área encargada de la elaboración del contrato de seguro, así como de solicitar los documentos normativamente necesarios.
- Siniestros / Call Center: Área encargada de dar servicio y trámite a las reclamaciones, por los siniestros ocurridos.



1.2.6 Estándares de servicio

AXA Seguros solidifica su éxito colectivo mediante una interconexión, donde las necesidades de la empresa y de sus empleados son mutuamente satisfechas. Para ello, impulsa una constante capacitación que permite a sus colaboradores alcanzar un balance profesional y personal, para que cada persona pueda desempeñarse con altos estándares y, así, sobrepasar las expectativas de sus clientes a través de los principios y valores empresariales.



1.2.7 Productos

En el gran ramo de vida, AXA cuenta con los siguientes productos

Vida Grupo

Producto diseñado para cubrir a los empleados de un mismo contratante, con el objetivo de proteger la economía de los dependientes económicos en caso de fallecimiento del titular, es posible ampliar la cobertura de este seguro ofreciendo: Doble indemnización por muerte Accidental, Indemnización por Perdidas Orgánicas y exención de pago de primas por invalidez.

Vida Grupo Escolar

El objetivo de este seguro es garantizar el estudio de los dependientes económicos del asegurado titular, en caso de fallecimiento.





Vida Grupo Deudores

Este seguro de vida ofrece protección al contratante, indemnizando, en caso de muerte del titular, el equivalente al remanente de la deuda que tenga con el contratante.

Vida Grupo Gastos Funerarios

Es un seguro de vida diseñado para afrontar los gastos funerarios del titular o de algún dependiente.

Vida Temporal

Es un seguro de vida que otorga protección a la familia en caso del fallecimiento del titular. Tiene la opción de complementarse con los beneficios de invalidez y muerte accidental.

Grandes Sumas

Es un seguro de vida que otorga el cual ofrece sumas aseguradas superiores a las dos millones de pesos, este seguro basa sus costos dependiendo de la salud y costumbres del asegurado

Vida Entera

Es un seguro de vida que otorga protección a la familia en caso del fallecimiento del titular, ofrece la posibilidad de pagar el seguro sólo durante la edad productiva, y tener cobertura a lo largo de toda la vida del contratante

Protección Efectiva

Es un seguro de vida que protege en caso de fallecimiento, invalidez total, invalidez permanente y pérdidas orgánicas. Además, incluye una cobertura por muerte accidental conjunta. Ofreciendo una suma adicional si el titular y el cónyuge llegaran a fallecer por un mismo accidente.

1.2.7.1 Seguro de Gastos Médicos Mayores



Uno de los aspectos más importantes en la vida, es la salud, la cual nos da la oportunidad de proveer y proteger a nuestra familia y de esta manera mantener una solvencia emocional, que permita un correcto desarrollo de todas las facetas de un individuo. Nuestra salud y la de nuestra familia, se encuentra constantemente amenazada por algún accidente o enfermedad, y con el objetivo de que, esto no implique un impacto económico que limite el nivel de vida acostumbrado de la familia, por el alto costo de la atención médica, es importante contar con un seguro de gastos médicos mayores, el cual nos permita atender los gastos realizados a consecuencia de la atención y hospitalización médica, con servicios de calidad.

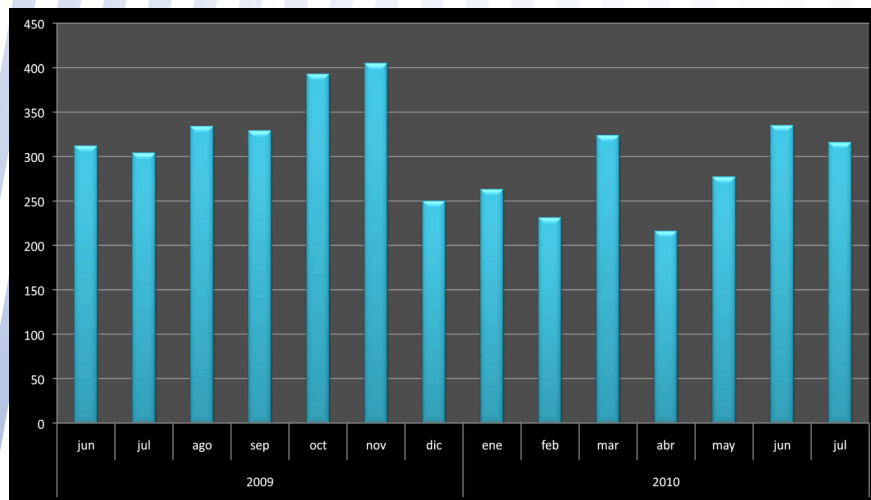
En esencia, una póliza de gastos médicos mayores cubre el pago directo requerido a los prestadores de servicios para el tratamiento médico a causa de un accidente o enfermedad, o a través de un reembolso al asegurado de acuerdo a los límites y condiciones establecidos, dentro de un territorio estipulado en el contrato de seguro y durante un periodo establecido, generalmente la vigencia de las pólizas es anual.



El contrato de seguro basa sus condiciones en las regulaciones establecidas por las Leyes y reglamentos, dichos contratos pueden presentar algunas modificaciones mediante cláusulas adicionales o endosos al contrato, los cuales ajustan el producto de acuerdo a las necesidades especiales de cada cliente.

1.2.7.2 Suscripción anual y análisis de estacionalidad

En general la suscripción de seguros de Gastos Médicos Mayores, tiene una frecuencia promedio a través del año, con un incremento en la solicitud de cotizaciones al final de cada trimestre, excepto en el último trimestre del año, con una tendencia muy clara que marca un incremento de cotización de negocios, en los meses de Octubre y Noviembre, debido a que en la mayoría de los casos, la negociación para la contratación de una póliza de Gastos Médicos Mayores se lleva a cabo con uno o dos meses de antelación, lo que nos indica que existe un fuerte porcentaje de empresas





que contrata o renueva sus pólizas de Gastos Médicos Mayores en el mes de Diciembre debido al cierre del ejercicio contable, además de que el cierre de cartera de AXA Seguros concluye con el año calendario, por lo que, en el último trimestre del año se generan estrategias para una captación de negocios más eficaz.

1.2.7.3 Suscripción regional y nichos de mercado

En México existe una cultura poco desarrollada del seguro y, en particular, del seguro de gastos médicos mayores, la forma más común de asegurabilidad para este ramo, se encuentra dentro de las empresas, es decir, cuando éstas ofrecen este beneficio como prestación para sus empleados, por lo que se busca atacar principalmente este sector.

Existen varias empresas que ya cuentan con la cultura del seguro para sus empleados, pero viene acompañada de una gran competencia del mercado, por lo que la habilidad del actuario juega un papel muy importante para encontrar metodologías y estrategias acordes a las necesidades mutuas de la aseguradora y los clientes, promoviendo productos que ofrezcan coberturas adecuadas a precios que permitan una correcta operación y sustentabilidad del negocio.

Dentro del sector empresarial, y debido a que este seguro no es una prestación que se obligue por Ley, se observa que las PyMEs son el sector más fructífero para el crecimiento y la evolución de este beneficio, dentro de la cartera de AXA Seguros, los negocios con una prima neta menor o igual a 2 millones de pesos ocupan el 87% de la cartera.

Las empresas que ya se encuentran consolidadas dentro del mercado, en la mayoría de las ocasiones ya cuentan con esta prestación, por lo que es importante identificar los nichos de mercado vírgenes, así pues, una fuente importante de captación para este tipo de negocios, son todas aquellas empresas en crecimiento.

Debido a esta tendencia, es de suma importancia enfocarse en la clase media, y media alta, ya que es un mercado con muchas posibilidades de captación, por lo que es imprescindible que el Actuario, genere estrategias de negociación eficaces que permitan crear productos, diseñados a satisfacer las necesidades de estos sectores.

La asesoría del actuario en el ámbito asegurador involucra diversas áreas, considerando la habilidad de realizar estadísticas, es posible identificar puntos vulnerables en el proceso de negociación, creando programas o herramientas que permitan una evaluación más eficaz y precisa en un menor tiempo creando mas oportunidades de captación, ofreciendo mejores costos, realizando una planificación financiera de la cartera, asesorando a diversas áreas con el fin de crear empleados mas capacitados y que puedan determinar las coberturas necesarias y en consecuencia, la póliza optima y el precio técnicamente adecuado.



CAPÍTULO 2.

Modelo de negocios para la suscripción del seguro de gastos médicos mayores.



2.1 Introducción

En este apartado del Reporte, se describirá el marco regulatorio de los seguros de gastos médicos mayores; así como los estándares y lineamientos; coberturas, beneficios y límites; los requisitos que debe de cumplir para poder cubrir los gastos de hospitalización; la tabla de procedimientos terapéuticos, de la cual se basa el monto por procedimiento terapéutico que se paga por cada siniestro. Finalmente, se explicará los conceptos y las políticas sobre la inclusión de dependientes económicos y el procedimiento para realizar modificaciones al contrato.

El modelo de negocios para la suscripción al seguro de gastos médicos mayores permite identificar al sector de población para el cual están dirigidos; evaluar la diferencia de los planes que existen en el mercado; ofertar los beneficios que ofrece al asegurado; e, impulsar la estrategia de distribución y publicidad de sus productos.

Es importante resaltar la forma en que operan este tipo de negocios; la estructura organizacional que esta involucrada en la distribución y comercialización; el proceso y los requisitos mínimos indispensables que exige la Ley par realizar un contrato

de este tipo; las políticas sobre las inclusiones y cancelaciones en la póliza; los documentos que rigen el contrato; la temporalidad y territorialidad de la cobertura; la política sobre las edades de aceptación y formas de pago; las responsabilidades de la compañía cuando exista incumplimiento del pago por parte del contratante; el periodo de prescripción de la póliza; las obligaciones de los asegurados en caso de un siniestro; el derecho de la compañía de comprobar hechos o situaciones de los cuales se derive una obligación por parte de la compañía; la operación de las distintas formas de pago por indemnización con las que cuenta la compañía aseguradora; la penalización que se aplica en caso de no acudir con hospitales y médicos con los que tiene convenio la compañía aseguradora; así como las políticas por el término anticipado, por parte del contratante o de la compañía aseguradora, del contrato de seguro.

Dentro de una póliza de gastos médicos mayores es posible elegir entre diferentes niveles médicos y bases de reembolso, también es posible determinar un monto y un porcentaje de

participación por parte del asegurado, en un siniestro, lo que en conjunto permite adecuar cada producto a cada necesidad específica, por parte de los diferentes contratantes.

2.2 Marco normativo

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas es un Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, encargada de supervisar que la operación de los sectores asegurador y afianzador se apegue al marco normativo, preservando la solvencia y estabilidad financiera de las instituciones de Seguros y Fianzas, para garantizar los intereses del público usuario, así como promover el sano desarrollo de estos sectores con el propósito de extender la cobertura de sus servicios a la mayor parte posible de la población.

Las aseguradoras deben ofertar sus productos cumpliendo el marco normativo y las disposiciones de las leyes que se enuncian a continuación:

- Ley sobre el Contrato de Seguro. Encargada de regular el contrato de seguro, medio por el cual el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima, a resarcir de un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato. El contrato de seguro puede tener por objeto toda clase de riesgos si existe interés asegurable, es decir, una relación lícita de valor económico sobre un bien, salvo prohibición expresa de la Ley.

El contratante o tomador del seguro, que puede coincidir o no con el asegurado, por su parte, se obliga a efectuar el pago de esa prima, a cambio de la cobertura otorgada por el asegurador, la cual le evita afrontar un perjuicio económico mayor, en caso de que el siniestro se produzca.

El contrato de seguro es consensual; los derechos y obligaciones recíprocos de asegurador y tomador, empiezan desde que se ha celebrado la convención, aún antes de emitirse la póliza o documento que refleja datos y condiciones del contrato de seguro. Al realizar un contrato de seguro, se intenta obtener una protección





económica de bienes o personas que pudieran en un futuro sufrir daños.

- Ley general de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros; las actividades y operaciones que las mismas podrán realizar; así como las de los agentes de seguros y demás personas relacionadas con la actividad aseguradora, en protección de los intereses del público usuario de los servicios correspondientes.
- Reglamento del seguro de grupo para la operación de vida y del seguro colectivo para la operación de accidentes y enfermedades. Regula la celebración del seguro de colectivo previsto en el artículo 188 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las instituciones y sociedades mutualistas se regirán por lo previsto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Ley sobre el Contrato de Seguro y el presente Reglamento.

Ley sobre el Contrato de Seguro

Artículo 188.- El seguro colectivo contra los accidentes dará al beneficiario un derecho propio contra la empresa aseguradora, desde que el accidente ocurra.



2.3 Estándares y lineamientos

Cada producto que ofrece la compañía aseguradora se rige por “Condiciones Generales” que describen las obligaciones y beneficios que ofrecen dichos productos, en estas condiciones se explican detalladamente, con el objetivo de homologar el lenguaje utilizado dentro de las condiciones, la definición de los principales términos utilizados dentro de estas condiciones. Se explica el objetivo del seguro para que el asegurado conozca sus beneficios las obligaciones de la compañía aseguradora, las obligaciones y límites del asegurado así como la temporalidad y territorialidad del producto. En este documento se explica detalladamente las coberturas que ofrece el seguro, el periodo de espera que debe de cumplir para cubrir algunos padecimientos con periodo de espera, se detallan las exclusiones de cada producto y se incluye la tabla de procedimientos terapéuticos, la cual indica el porcentaje de la base de reembolso contratada, que se pagará por cada tratamiento cubierto.

En este tenor, el propósito de la cobertura del seguro de gastos médicos mayores son los gastos cubiertos, de acuerdo al contrato, por cualquier enfermedad o accidente, que haya sido tratada médica o quirúrgicamente, dentro del territorio especificado en el contrato. Así, la Compañía pagará o reembolsará el costo de los mismos hasta por la Suma Asegurada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en la carátula de la póliza por tipo de gasto, inicio de vigencia y periodo de cobertura, así como a las Condiciones Generales, Endosos y cláusulas adicionales, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado al momento del Accidente o Enfermedad.



Los gastos de hospitalización y médicos serán cubiertos, siempre que sean proporcionados por instituciones o por personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, (que no sean familiares del Asegurado) y sean médicamente necesarios. La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anesthesiólogos,



consultas postoperatorias, así como por visitas hospitalarias, de acuerdo al límite establecido por el monto por procedimiento terapéutico.

El monto por procedimiento terapéutico, es el resultado de multiplicar la base de reembolso que se indica en la carátula de la póliza, por el factor porcentual correspondiente al procedimiento descrito en la “Tabla de Procedimientos Terapéuticos” que se anexa a las Condiciones Generales, el cual establece el límite máximo de reembolso. Este monto incluye los honorarios de cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos.

La “Tabla de Procedimientos Terapéuticos” es la relación que indica el factor porcentual a considerar para el Monto por procedimiento terapéutico para cada enfermedad o accidente cubierto por concepto de honorarios de cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos, con la base de reembolso contratada o establecida en cada producto.

La “Suma Asegurada”, es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura contratada, mientras éstas se mantengan vigentes en forma continua.

Dentro de las pólizas de gastos médicos mayores es factible asegurar a los dependientes económicos de los asegurados titulares, ya que, el desmejoramiento de la salud de alguno de ellos impactaría directamente en la economía del titular, por lo que se contemplarán como dependientes del asegurado titular al cónyuge o concubinario que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el artículo 1635 del Código Civil para el Distrito Federal y los hijos solteros menores de 25 años, que no tengan ingresos por trabajo personal.

Código Civil para el Distrito Federal

CAPITULO VI

De la Sucesión de los Concubinos

Artículo 1635.- La concubina y el concubinario tienen derecho a heredarse recíprocamente, aplicándose las disposiciones relativas a la sucesión del cónyuge, siempre que reúnan los Requisitos a que se refiere el Capítulo XI del Título Quinto del Libro Primero de este Código

Todas las modificaciones que se realizan a una póliza, como altas y bajas de asegurados, inclusión de beneficios, límite de beneficios, entre otras, se realizan por medio de un documento llamado “Endoso” el cual modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato y forma parte de este.

Algunos de los padecimientos o coberturas que ofrecen los seguros de gastos médicos mayores

deben de cumplir con un periodo de espera, que es el lapso ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado, de acuerdo a las especificaciones de la póliza y de las condiciones generales o endosos. Este periodo de espera se establece principalmente por dos razones:

- Debido a que el impacto del padecimiento o cobertura puede representar un alto costo para la compañía por la naturaleza del tratamiento que requiere.
- Para asegurarse que los padecimientos o coberturas no nacieron antes de la celebración del contrato.

2.4 El modelo de Negocios



Durante el desarrollo del seguro a lo largo del tiempo, se han creado estrategias y negociaciones especiales, a través de la participación del asegurado en la utilidad por buena siniestralidad; la administración de los siniestros en un contrato donde el asegurado es quién corre con el riesgo de los siniestros, y de un seguro que entra en el momento de que los siniestros rebasan la capacidad de pago cuando el asegurado es quien corre con el riesgo de su propia siniestralidad; esquemas de pago en donde la prima total del seguro se fracciona con el fin de condicionar el pago total de la prima al resultado de la siniestralidad; contratos que entran para cubrir siniestros que por su severidad rebasen la suma asegurada contratada y fondos especiales creados para cubrir riesgos no cubiertos en las condiciones generales.

Existen algunos parámetros de negociación creados para poder realizar un buen cálculo de las primas de renovación, las cuales se pueden ver afectadas por siniestros atípicos o con un fuerte impacto en el resultado técnico. Se contempla una “Inflación salud” que ayuda a calcular el costo de la inflación de los diferentes conceptos que involucran los gastos médicos mayores.

El seguro de gastos médicos mayores está diseñado y enfocado a empleados del mismo patrón o sociedades de carácter voluntario creadas con un fin diferente que contratar el seguro con ciertas reglas de selección principalmente por edad; podrán adquirir este seguro cuando cumplan por un mínimo de titulares, el cual será establecido por cada compañía aseguradora. Para poder crear un producto que se adecue a las necesidades de las empresas contratantes, se generan planes en los que es posible seleccionar el nivel médico y la base de reembolso.

Así, la compañía aseguradora crea convenios con médicos, hospitales y laboratorios. Esto permite ofrecer servicios de calidad a bajos costos para las personas que cuenta con una póliza, incluso aún, cuando los gastos médicos corran a cargo del asegurado.



En acciones estratégicas de mercado, AXA impulsa la publicidad y la distribución masiva, para que las empresas conozcan la gama de servicios que ofrece, pero el principal acercamiento hacia los clientes es mediante agentes y promotores, también llamados “Fuerza de ventas”, los cuales son asesores especializados en materia de seguros, certificados y regulados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.



2.4.1 Operación de Negocios

La “Fuerza de ventas”, busca oportunidades en el mercado para colocar los diferentes productos que ofrece AXA, una vez que el cliente está interesado, en la contratación de un seguro de gastos médicos mayores, solicita con ayuda del “Área de ventas” de la compañía aseguradora, una propuesta económica, para ofrecer al cliente un costo a cambio de los servicios que incluyen estos productos, para poder cotizar un seguro de este tipo se requieren llenar una solicitud que incluye algunos datos indispensables para poder evaluar el riesgo y realizar el cálculo de la prima, esto de acuerdo al Artículo 10 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Artículo 10.- El formato de solicitud que proporcione la Aseguradora para celebrar el contrato de Seguro de Grupo y del Seguro Colectivo, deberá comprender la siguiente información:

- I. Operación de seguro de que se trate y naturaleza del riesgo por asegurar;*
- II. Número, edad y sexo, de las personas asegurables bajo el contrato de seguro;*
- III. Características particulares o especiales del Grupo o Colectividad que va a asegurarse, así como su relación con el Contratante;*
- IV. Sumas aseguradas para los Integrantes del Grupo o Colectividad o regla para determinarlas;*
- V. Participación con la que, en su caso, los Integrantes del Grupo o Colectividad contribuirán al pago de la prima;*
- VI. Declaración sobre la existencia de circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios Integrantes del Grupo o Colectividad, ocasionado en forma directa por la actividad que realicen éstos;*
- VII. Cuando el objeto del contrato de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo sea el de garantizar prestaciones u obligaciones*





a cargo del mismo Contratante deberá expresarse esta circunstancia en la solicitud, y

VIII. Las demás que, en su caso, estime necesaria la Comisión para dar cumplimiento al presente Reglamento.

Una vez que la aseguradora y el contratante estén de acuerdo con las condiciones cotizadas, se crea un contrato, en el cual, forman parte de este contrato: las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a La Compañía en la solicitud de seguro, las Condiciones Generales, los cuestionarios para evaluación del riesgo, registro de Asegurados, la póliza, todos los Endosos que se agregan al mismo y la Tabla de Procedimientos Terapéuticos en su caso, constituyen testimonio de dicho contrato de seguro.

Los Asegurados inscritos en la póliza, quedarán cubiertos en el caso de Accidente amparado, a partir de la fecha de Alta del Asegurado en la póliza, y de una Enfermedad luego de transcurrir 30 días a partir de la fecha de Alta del Asegurado en la póliza, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones y para los padecimientos del recién nacido siempre y cuando la madre tenga 10 meses continuos de Asegurada en la póliza y se haya notificado a La Compañía a más tardar a los 30 días de ocurrido el nacimiento.

En caso de cancelación del contrato por parte del Contratante o Asegurado, La Compañía cubrirá los gastos que se hayan erogado por cada Accidente o Enfermedad cubierto mientras el contrato se encuentre en vigor, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en la carátula de la póliza por el tipo de gasto, inicio de vigencia y peri-

odo de cobertura, hasta el agotamiento de la suma Asegurada o 5 días naturales posteriores a la cancelación del mismo, lo que ocurra primero.

Si el Asegurado no se encuentra dado de Alta en una póliza en vigor, La Compañía queda sin responsabilidad posterior en el pago de siniestros iniciales o complementarios, lo mismo ocurrirá para todos los Asegurados si la póliza es cancelada o a su vencimiento no es renovada.

Las Condiciones Generales de la póliza, las Cláusulas y los Endosos respectivos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y La Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito, en Endosos debidamente registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada de La Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones

Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 25.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

La vigencia de los seguros colectivos será de un año, salvo que se pacte lo contrario.



Sólo estarán protegidas bajo este seguro, las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

La prima total de la póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su ocupación, sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión.

En cada renovación la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. La prima correspondiente a cada uno de los recibos, vencerá al inicio de cada periodo pactado, salvo el primer recibo, por el cual el Contratante dispondrá de 30 días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la prima, plazo en el cual el seguro continuará en pleno vigor.

Para los recibos subsecuentes al primero, en caso de pago fraccionado, el Contratante, deberá efectuar el pago de la prima antes del inicio de vigencia de cada recibo.

Transcurridos los plazos citados, si el pago no se ha realizado, los efectos de este contrato cesarán automáticamente.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la póliza podrá ser incluida en la cobertura mediante solicitud del contratante y aceptación de La Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que queda facultada para pedir. Esta inclusión deberá ser reportada a La Compañía en los 30 días siguientes a la fecha en que la persona se hizo elegible al plan.

Causarán baja de esta póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, así como sus dependientes. Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

Se excluirán de la cobertura de esta póliza, a partir de la siguiente renovación, los hijos del Asegurado titular que:

- a) contraigan matrimonio.
- b) cumplan 25 años de edad.

La edad máxima de aceptación es de 64 años. En los casos de renovación o rehabilitación, la cober-



tura para cada Asegurado será vitalicia mientras se siga renovando.

En caso de altas de Asegurados, o de aumento de beneficios, La Compañía cobrará al contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo del seguro y emitirá el recibo correspondiente contando con el plazo de espera ya descrito. En el caso de bajas de Asegurados, o disminución de beneficios, se procederá en forma similar, devolviéndose al contratante el 60% de la prima no devengada.

Este contrato se considerará renovado por periodos de un año si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo, El Contratante no da aviso por escrito de su voluntad de no renovarlo.

El pago de la prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de La Compañía se tendrá como prueba suficiente de tal renovación. No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación los Asegurados cuya edad, a la fecha de renovación, estén fuera de los límites establecidos en esta póliza.

El Contratante podrá, dentro de los treinta días siguientes al último día del plazo de gracia, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y La Compañía devolverá, a prorrata, en el momento de recibir el pago, la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto por el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Contratante solicita por escrito que se amplíe la vigencia del seguro, ésta automáticamente se prorrogará por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta Cláusula, la hará constar La Compañía para efectos administrativos, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente, y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad de dicho pago.

En ningún caso, La Compañía responderá de siniestros ni sus complicaciones ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta Cláusula.

Ley Sobre el Contrato de Seguro

Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el



término, se aplicará el mayor previsto en este artículo

Todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en dos años contados, en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Ley Sobre el Contrato de Seguro

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

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

Todos los pagos relativos a este contrato del seguro, ya sea por parte del Contratante o de La Compañía se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en la época de los mismos. Cuando los gastos se hagan en moneda extranjera y procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana vigente al día de erogación de los gastos, dictada por el Banco de México, y publicado en el Diario Oficial de la Federación.

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o declaración inexacta de los hechos importantes a los que se refiere el párrafo anterior, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al



Usuario de Servicios Financieros.

La Compañía aceptará el ingreso a esta póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En los casos de renovación esta póliza se renovará en forma vitalicia para los Asegurados incluidos en ella.

Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del contrato de seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente póliza quedarán rescindidos y sin ningún valor para el Asegurado y La Compañía reintegrará al Contratante el 70% de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.



La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, La Compañía deberá anotarla en la propia póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a La Compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización. El retraso para dar aviso, no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro. Cuando cualquiera de los Asegurados



se haya programado para someterse a una cirugía que no tenga carácter de urgencia, el Asegurado Titular deberá notificarlo cuando menos con 5 días hábiles de anticipación a la fecha en que éste deba internarse. El Asegurado Titular tiene la obligación de presentar las pruebas que hubieren determinado dicha cirugía.

En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a La Compañía la ocurrencia del siniestro. El reclamante deberá presentar a La Compañía las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, tales como: notas, facturas y recetas en original, así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, La Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

Ley sobre el contrato de Seguro

Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa asegu-

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

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

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a La Compañía de cualquier obligación.

La Compañía sólo pagará los honorarios de Médicos titulados y enfermeras tituladas y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que no sean familiares del Asegurado, así como los gastos de

internamiento efectuados en sanatorios y Hospitales legalmente autorizados.

El reclamante podrá optar en caso de que notificada la improcedencia de su reclamación a causa de preexistencia, por parte de La Compañía, en acudir a un Perito Médico que sea designado por el reclamante y La Compañía, a un arbitraje privado. La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para ser dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por La Compañía, y las partes en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por La Compañía.

La Compañía pagará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

La cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la carátula de la póliza, Condiciones Generales y Endosos específicos.

b) A la cantidad resultante se le descontará primero el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro, de acuerdo al porcentaje establecido en la carátula de esta póliza. Si los gastos son originados por un Accidente cubierto y sobrepasan el Deducible contratado, no se aplicará Deducible ni Coaseguro. Para ser catalogado como Accidente, los primeros gastos médicos se deben realizar dentro de los 90 días siguientes a la fecha del Accidente. Transcurrido este periodo se considerará como Enfermedad.

c) El Deducible se aplicará para cada Accidente o Enfermedad cubierta. Para las coberturas y limitaciones que estén definidas

como múltiplos del salario mínimo general mensual (SMGM), se entenderá que las mismas son variables y éstas se fijarán en caso de Enfermedad o Accidente, cubiertos por la póliza, tomando en cuenta el que se encuentre vigente en el Distrito Federal en la fecha de la primera erogación efectuada por el Asegurado para esa Enfermedad o Accidente.

En caso de que el Asegurado requiera internamiento, podrá hacer uso del sistema de Pago Directo en el que, previa verificación de La Compañía respecto a la procedencia del caso, vigencia de la póliza, Endosos especiales, Altas de Asegurados, pagos, etc., si procede la reclamación La Compañía efectuará el pago de los gastos cubiertos por la póliza a los prestadores de servicio afiliados que acepten el Pago Directo, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Deducible y el Coaseguro que corresponda.

Durante el periodo de gracia de 30 días para el pago del primer recibo no se otorgará el servicio de Pago Directo si la póliza no ha sido pagada.

En caso de que el servicio médico se hubiere proporcionado por Médicos o en Hospitales que no estuvieran en convenio con La Compañía o en situación de internamiento, el pago de la indemnización se realizara mediante un reembolso.

Siempre que el monto de la reclamación sea superior al Deducible contratado, se utilice Médico y Hospital en convenio a través de Pago Directo: Se realiza un descuento en el Deducible y Coaseguro. Las coberturas de Procedimientos Terapéuticos, Anestesiólogo y Consultas Médicas operan sin límite. Para la cobertura de cuarto y Alimentos se pagará cuarto privado estándar al 100%.

En caso de no acudir con los Prestadores de Servicios Afiliados (Hospital y Médicos), pero el Hospital corresponde a la jerarquía del plan contratado, el Deducible, el Coaseguro, la tabla de Pro-





cedimientos Terapéuticos y todas las coberturas, se aplicarán de acuerdo a las cantidades establecidas en la carátula de la póliza, Condiciones Generales y Endosos específicos. Si por cualquier circunstancia el Asegurado que acude con los Prestadores de Servicios Afiliados, se atiende en un Hospital de mayor jerarquía a los del plan contratado, se le aplicará el Coaseguro contratado y 5 puntos porcentuales adicionales a éste, operando las coberturas y límites del plan contratado. Si el Asegurado no acude con los Prestadores de Servicios Afiliados y se atiende en un Hospital de mayor jerarquía a los del plan contratado, se le aplicará el Coaseguro contratado y 15 puntos porcentuales adicionales a éste, operando las coberturas y límites del plan contratado.

La atención en otros Hospitales se ajusta a las coberturas y límites del plan contratado, indicados en la carátula de la póliza, Condiciones Generales y Endosos.

En gastos complementarios tramitados vía Reembolso se aplicará el Coaseguro y limitaciones de la póliza.



Cualquier indemnización realizada indebidamente por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al contratante a reintegrar el pago a La Compañía.

En caso de que La Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio de conformidad con el Artículo 135-Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que venza el plazo de treinta días señalado en el artículo 71 antes citado.

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 135 BIS.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora

Si las coberturas aseguradas en esta póliza estuvieran amparadas en todo o en parte por otros seguros, en esta u otras Compañías, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederá a los gastos reales incurridos y se liquidarán en proporción a los beneficios que cubra cada póliza, de acuerdo al contenido de los artículos 100, 101 y 102 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

Ley sobre el Contrato del Seguro

Artículo 100.- Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores, la existencia de los otros seguros

El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los aseguradores, así como las sumas aseguradas.

Artículo 101.- Si el asegurado omite intencionalmente el aviso de que trata el artículo anterior, o si

contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, los aseguradores quedarán liberados de sus obligaciones.

Artículo 102.- Los contratos de seguros de que trata el artículo 100, celebrados de buena fe, en la

misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán válidos y obligarán a cada una de las empresas aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubieren asegurado.

La compañía o el contratante podrán dar por terminada esta póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito. La terminación anticipada no eximirá a La Compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras estuvo en vigor. Cuando la Compañía dé por terminada lo hará mediante notificación fehaciente al contratante, surtiendo efecto la terminación del seguro después de 15 días de practicada la notificación respectiva, debiendo devolver la totalidad de la prima no devengada.

El contratante se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que en el momento de la expedición de la póliza reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurable definida en la carátula. Asimismo se obliga a solicitar seguro en los términos de esta póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a reunir dichas características dentro de los 30 días siguientes a que las reúnan.

El incumplimiento de esta obligación por parte del contratante facultará a la Compañía a dar por terminado este seguro mediante aviso por escrito al contratante, comunicado con 30 días de anticipación.⁴

2.4.1.1 Planes de negocios con elección

Existen básicamente tres Líneas de negocios: Hospitalaria, Tabular e Internacional. Dentro de la Línea Hospitalaria es posible elegir entre



tres niveles hospitalarios, los hospitales se clasifican por el costo de sus servicios, y el asegurado puede elegir el nivel hospitalario en el que desee atenderse, cada nivel hospitalario tiene una base de reembolso acorde al nivel, la cobertura de estos planes es nacional.

En la Línea Tabular se elige entre tres bases de reembolso establecidas en Salarios Mínimos Generales Mensuales (SMGM), 21 SMGM, 36 SMGM y GUA (gasto usual y acostumbrado), es la suma de la cual se basan todos los gastos cubiertos, estos planes tienen cobertura en todos los hospitales, la cobertura de estos planes es nacional.

Los planes internacionales, tienen cobertura en todos los hospitales y su base de reembolso es GUA, la suma asegurada, y el deducible esta expresada en dólares.

2.4.1.2 Participación del asegurado en el riesgo.



El Seguro de Gastos Médicos mayores es un producto diseñado para evitar un desequilibrio económico ocasionado por un Accidente y/o Enfermedad cubierta, sufrida por el titular de la



póliza o cualquiera de sus dependientes económicos Asegurados, cubriendo gran parte de los gastos erogados, quedando a cargo del Asegurado el Deducible y Coaseguro contratado. Para que el Seguro de Gastos Médicos cubra las erogaciones realizadas éstos deberán ser médicamente necesarios para el restablecimiento del Asegurado y deberán estar relacionados con el padecimiento cubierto por la Compañía.

El objetivo principal de estos conceptos, en los cuales se involucra al asegurado, haciéndolo asumir parte del riesgo, es lograr que el asegurado procure hacer un uso moderado de los gastos realizados.

El deducible es una cantidad fija y es la primera participación a cargo del Asegurado por cada accidente y/o enfermedad. Para que un evento procedente quede cubierto por la póliza, es necesario



que el gasto total procedente rebase el Deducible contratado. El Asegurado cubrirá el monto estipulado en el Deducible y el resto de los gastos quedarán a cargo de la Compañía. Dependiendo del tipo de plan contratado, el deducible se aplica una sola vez por cada accidente o enfermedad cubierta o es re instalable, al año siniestro. Entre mayor sea del Deducible elegido, menor será la prima del seguro.

El coaseguro es la segunda participación a cargo del Asegurado y el monto se expresa en porcentaje. En la mayoría de los planes que ofrecen las compañías aseguradoras el Asegurado podrá elegir desde un 5% hasta un 25%. El Coaseguro se aplica al total de los gastos procedentes, una vez descontado el Deducible y se aplicará en todos los gastos que se eroguen sobre cada padecimiento cubierto, dependiendo del tipo de plan contratado, el deducible podrá tener un tope estipulado en la carátula de la póliza.⁹

2.4.1.3 Gastos administrativos, inclusiones y exclusiones.

Existen algunos conceptos, que representan ciertos gastos, los cuales tienen el propósito de crear sustentabilidad en la operación de los negocios.

- El Recargo por pago fraccionado, es un porcentaje que se incrementa a la Prima Total, para soportar los gastos administrativos que genera una cobranza fraccionada, regularmente de forma mensual, trimestral o semestral.
- Impuesto al Valor Agregado (IVA)
- La Reserva para los gastos de ajuste asignados a los siniestros (GAAS) incluye la totalidad de los



montos por concepto de pagos de gastos de ajuste, para la atención de los siniestros ocurridos y no reportados, tales como honorarios de abogados y de ajustadores externos contratados para tal propósito.

- El Siniestros “Incurred but not Reported” (IBNR) se refiere a los montos pendientes de reclamación, el desarrollo futuro de siniestros conocidos, la reapertura de casos cerrados, los casos ocurridos pero no reportados y a los siniestros en tránsito (“pipeline”).¹⁰
- Los conceptos de Comisión, Factor de Siniestros Pico, Margen y Comisión se detallan en el Capítulo 2.4.3 ya que estos parámetros son comúnmente utilizados para Negociar las Cuentas.

Para un correcto funcionamiento de las pólizas de Gastos Médicos Mayores, se detallan las coberturas que se incluyen dentro del cada producto, en seguida mencionaremos algunas de las coberturas exclusiones mas frecuentes de un producto de Gastos Médicos Mayores.

Quedan cubiertos los Gastos Médicos Mayores ocasionados por:

- Honorarios por consultas médicas, con los límites establecidos en la carátula de la póliza.
- Gastos dentro del Hospital. Representados por el costo de la habitación, alimentos, medicamentos, laboratorio, gabinete, y atención general de enfermeras, sala de operaciones o de curaciones y terapia intensiva.
- Honorarios del Anestesta.
- Equipo de Anestesia y material médico.
- Costo de la cama extra para el acompañante del Asegurado, durante la estancia de éste en el hospital.
- Honorarios de enfermera. Que bajo prescripción del médico tratante, sea necesaria para la convalecencia domiciliaria.
- Tratamiento tales como radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhala terapia, fisioterapia y otros semejantes.
- Los honorarios médicos por atención hospitalaria sin intervención.





- Honorarios de médicos quiroprácticos que cuenten con cédula profesional, siempre y cuando sean recomendados por el médico tratante.
- Cirugía reconstructiva a consecuencia de accidentes solo si el primer gasto se realiza en los primeros 90 días de ocurrido el accidente.
- Consumo de oxígeno.
- Transfusiones de sangre, aplicaciones del plasma, suero y otras sustancias semejantes.
- Aparatos ortopédicos y prótesis. Los necesarios para el tratamiento integral del padecimiento
- Renta de equipo tipo hospital. Que por prescripción médica sea necesario para la convalecencia domiciliaria.
- Medicamentos consumidos por el Asegurado en el hospital o sanatorio y los adquiridos fuera de él, siempre que sean prescritos por los médicos tratantes, que estén relacionados con el padecimiento y se presente la nota de la farmacia acompañada de la receta correspondiente.
- Estudios de Laboratorio y Gabinete.
- Análisis de laboratorio o estudios de rayos X, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables que hayan sido utilizados para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto.
- Padecimientos congénitos de los recién nacidos.
- Ambulancia de traslado terrestre en la localidad hacia o desde el hospital.⁴

El contrato de seguro contenido en esta póliza no cubre los gastos que se originen a consecuencia de:

- Enfermedades preexistentes al momento de la contratación de la
- Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje.
- Afecciones propias del embarazo, aborto, partos prematuros o partos normales o anormales.
- Legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio
- Tratamientos y padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.
- Tratamientos o padecimientos terapéuticos de carácter estético o plástico, salvo los ocasionados por accidente.
- Tratamientos de calvicie, obesidad, reducción de peso y esterilidad.
- Adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de corregir el astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción estrabismo.
- Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control de la fertilidad, natalidad y sus complicaciones.
- Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital, excepto cama extra.
- Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión auto infringida, intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- Lesiones que ocurran en riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado o estando bajo influencia de bebidas



alcohólicas o de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un médico.

- Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
- Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- Práctica de: box, charrería, tauromaquia, deportes aéreos, alpinismo, espeleología, paracaidismo.
- La práctica profesional de cualquier deporte.
- Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.
- Uso de motocicletas y vehículos de motor similares, ya sea como piloto o pasajero, excepto cuando se requiera el uso de motocicleta para el desempeño de sus actividades y siempre que el accidente ocurra dentro de su horario de labores.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo y quelaciones.
- Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas y vegetarianos.
- Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones, a excepción de accidentes
- Circuncisión.
- Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check up.
- Tratamientos preventivos.
- Tratamientos en vías de experimentación.
- Tratamiento médico o quirúrgico de nariz y/o senos para nasales que sea originado por enfermedad.
- Todos los gastos erogados por diagnóstico y/o tratamientos derivados del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y sus complicaciones.
- Enfermedades congénitas
- Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un médico.
- Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier complicación de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en el contrato.
- También son: exclusiones aquellas que figuren en las condiciones especiales y endosos anexos a la póliza.
- Queda excluida la reposición de aparatos de prótesis.
- Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.
- Tratamiento médico o quirúrgico para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral.
- Tratamiento médico o quirúrgico de hallux valgus o «juanetes».⁴

2.4.2 Negocios Especiales

Durante el desarrollo de los seguros se han creado varias formas de negociar la suscripción de un Seguro De Gastos Médicos Mayores, mediante opciones que permiten ajustar cada póliza a las necesidades individuales de cada cliente.

2.4.2.1 Esquema de Dividendos

Son aquellos negocios que de acuerdo a su experiencia propia en siniestralidad recibirán participación en las utilidades a través de dividendos, incluyendo ajustes en las primas al aniversario de la póliza derivados de altas o bajas de participantes.

Para negocios de renovación, será necesario contar con el resultado de al menos 2 vigencias continuas en Seguros AXA, con el objetivo de tener datos confiables sobre la siniestralidad de la póliza, donde el porcentaje de dividendos garantice todos los gastos necesarios de la operación así como la utilidad.

El porcentaje máximo a otorgar es la diferencia entre el 100% de la prima neta pagada menos la suma de los siguientes conceptos:

Comisión + Margen + IBNR + GAAS + Factor de Siniestros Pico

En ningún caso se podrán otorgar dividendos cuando los parámetros anteriores rebasen el 100% de la fórmula anterior.

La fórmula de dividendos para negocios nuevos y renovaciones deberá ser asignada a grupos en donde todas sus pólizas tengan la misma fecha de vigencia.

En ningún caso la fórmula de dividendos, se podrán dar de forma anticipada ni garantizada. El pago de los dividendos se realizará en forma anual vencida, 60 días hábiles posteriores a la fecha de vencimiento de todas las pólizas del grupo. Una vez realizados todos los ajustes de población y se encuentren pagados todos los recibos de la póliza.

Reglamento del seguro de grupo para la operación de vida y del seguro colectivo para la operación de accidentes y enfermedades.

Artículo 8.- El otorgamiento de Dividendos por siniestralidad favorable en los Seguros de Grupo y en los Seguros



Colectivos se sujetará a lo siguiente:

I. Los Dividendos que, en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Propia del Grupo o Colectividad, o la Experiencia Global de la Aseguradora de que se trate, lo que se justificará en la nota técnica respectiva al momento del registro del producto de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo. Se entenderá por:

a) Experiencia Propia, cuando la prima del Grupo o Colectividad esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo o bien de las pólizas de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo que pertenezcan al mismo grupo empresarial.

Para el caso de los seguros de vida, el número de Integrantes del Grupo o Colectividad no podrá ser inferior a mil al inicio de la vigencia del contrato.

Para el caso de los seguros de accidentes y enfermedades, el número mínimo de Integrantes del Grupo o Colectividad deberá permitir la aplicación de procedimientos actuariales, de tal manera que las hipótesis adoptadas en el cálculo de la prima tengan un grado razonable de confiabilidad. Sólo se podrán integrar Grupos o Colectividades constituidos, cuando pertenezcan al mismo grupo empresarial y, en conjunto, cumplan con lo previsto en la fracción V del artículo 2 de este Reglamento, y

b) Experiencia Global, cuando la prima del Grupo o Colectividad no esté determinada con base en su Experiencia Propia;

II. El otorgamiento de Dividendos deberá estar convenido expresamente en la póliza al momento de su contratación;

III. Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos, se determinará con base en el procedimiento que la Aseguradora establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión. En el caso de Experiencia Global, los Dividendos deberán determinarse utilizando la experiencia total de la cartera de la Aseguradora de que se trate.

Para efectos del cálculo de Dividendos a otorgarse en los Seguros de Grupo, podrá considerarse hasta el monto de la prima correspondiente a la suma asegurada máxima que se establezca para otorgarse sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo de Dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma. En este caso, deberá mantenerse el principio establecido en la fracción IV de este artículo, en lo relativo a la prima pagada respecto de la suma asegurada que sirva de base para el cálculo de los Dividendos;

IV. Cuando los asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado;

V. La determinación de los Dividendos a pagar se realizará conforme a lo siguiente:

a) En caso de Experiencia Propia, al finalizar la vigencia de la póliza;

b) En caso de Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente,

y

c) En el caso de pólizas multianuales, los Dividendos se podrán determinar al aniversario de la póliza.

El cálculo de los Dividendos a pagar se realizará en las fechas señaladas en los incisos anteriores, con independencia de las fechas en las que se realice el cálculo de los Dividendos para la constitución de reservas técnicas correspondientes;

VI. Sólo podrán pagarse Dividendos calculados conforme a lo establecido en las fracciones I a V anteriores;

VII. Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos;

VIII. En las pólizas multianuales, el pago de Dividendos deberá ser anual, al aniversario de la póliza, y

IX. Cualquier acuerdo referente a la compensación de siniestros ocurridos y no reportados durante la vigencia de la póliza contra Dividendos pagados, deberá establecerse en la documentación contractual.

Para todos los negocios los dividendos deberán calcularse con la siguiente fórmula:

$$\text{Dividendos} = (\text{prima neta devengada} * \text{fórmula de dividendos}) - 100\% \text{ de los siniestros del periodo}$$

Los dividendos deberán ser calculados conforme a la prima neta devengada y conforme los siniestros ocurridos dentro de la vigencia en cuestión sin importar si el siniestro original corresponde a otra vigencia, por lo tanto, se deberán incluir los pagos complementarios, siniestros pagados por fondo especial o siniestro especiales o exgratia.

La formula de dividendos no se deberá otorgar en los siguientes casos:

- Cuando se Esquemas de Prima Mínima y Fórmula de Dividendos al mismo tiempo.
- Cuando se trate de pólizas de Cash Flow, Fondo en administración de pérdidas, pólizas de exceso o negocios en el esquema Descuento por Nómina
- Cuando los no tengan el beneficio contratado



2.4.2.2 Cash – Flow

El sistema de Cash-Flow consiste en un contrato de administración de siniestros, en el cual el Contratante hace aportaciones a la aseguradora con el fin de formar un fondo que sirva para el pago de las reclamaciones por concepto de Gastos Médicos Mayores que cumplan con lo establecido en las condiciones del plan.

En este sistema el Contratante corre con el riesgo de los siniestros ocurridos durante la vigencia del plan y la Aseguradora únicamente se encarga de la administración del plan y de dar el servicio de pago directo o reembolso a los asegurados.

Este sistema se podrá proporcionar únicamente a negocios cuya prima, se pueda calcular por su experiencia propia.

Los márgenes de gastos de administración se manejarán de acuerdo al monto de la prima teórica anual.

La prima teórica anual del plan se deberá calcular basándose en la experiencia de la siniestralidad del último año presentada por el grupo. En caso de tratarse de un grupo sin experiencia se deberá calcular el fondo teórico aplicando las tarifas de la cartera global de la compañía. De acuerdo a la siguiente formula

$$\text{Prima neta teórica anual} = \text{Siniestralidad Teórica} / (1 - \text{gastos de administración} - \text{comisión})$$

$$\text{Siniestralidad Teórica} = \text{Siniestralidad anualizada} * (1 + \text{Inflación})$$

La siniestralidad anualizada no deberá ser suavizada por siniestros pico es decir se tomara completa.

Para iniciar la administración del plan, se deberá exigir al cliente por lo menos una primera aportación anticipada llamada fondo de depósito, el cual será equivalente a 2 meses de la prima teórica anual calculada y, así poder llevar a cabo el pago de los siniestros que ocurran a partir de que se cuente con el fondo.

En caso de que se agotara el fondo de depósito antes de terminar el mes, se suspenderá el pago de los siniestros que se tengan pendientes de pago hasta recuperar el fondo; por lo que se deberá hacer la recuperación del fondo oportunamente para evitar la suspensión de pago de siniestros a los asegurados.

Al final de la vigencia, si existe un saldo a favor del cliente, se utilizará para el siguiente ejercicio, siempre y cuando exista solicitud por parte de este y, en caso de cancelación del plan, se devolverá

el fondo, dando por terminado el compromiso de pago de cualquier siniestro posterior, independientemente de tratarse de algún complemento a siniestros previamente presentados.

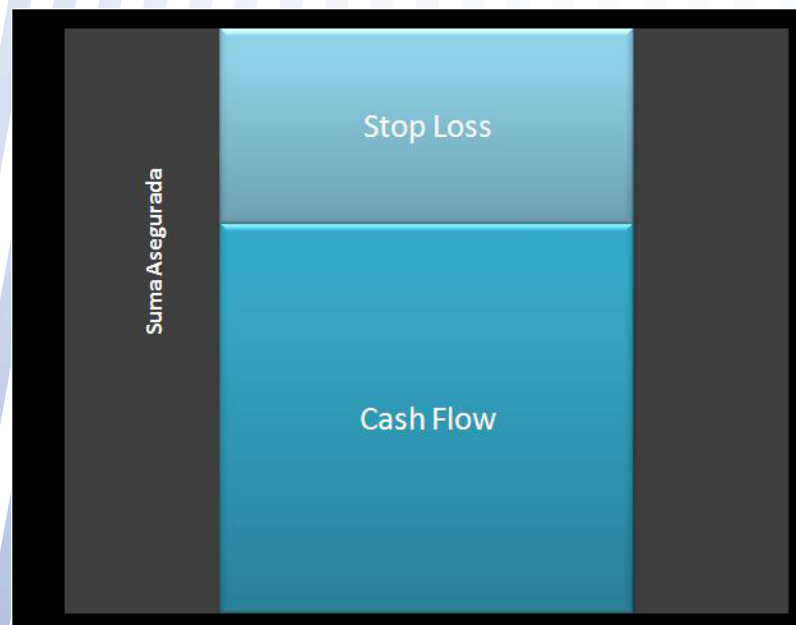
2.4.2.3 Stop loss

Las pólizas con Exceso “Stop – Loss” son las que cubren el excedente de los siniestros a partir de que el monto total que se ha pagado en la primera capa por todos los siniestros que se han presentado ha alcanzado el límite establecido. Por lo tanto esta póliza depende tanto de la frecuencia como de la severidad de los siniestros.

Este tipo de pólizas se puede dar solamente cuando la primera capa del riesgo esta cubierta por la misma aseguradora.

Los negocios cotizados como Stop Loss corresponde a excedente de siniestralidad que se presentan en las pólizas de Cash Flow. La finalidad de estas pólizas es dar continuidad de cobertura una vez agotada la siniestralidad teórica en los mismos términos y condiciones que en la póliza de Cash Flow. Al igual que en las pólizas de Cash Flow la cobertura es limitada y oscila entre el 25% de la siniestralidad teórica hasta el 100%, comúnmente se les denomina a la suma asegurada del Stop Loss “banda”, la banda nunca puede ser mayor a la cobertura que se otorgue en el Cash Flow.

Las pólizas de Stop Loss no deberán incluir: Esquema de Prima Mínima, esquema de Fórmula de Dividendos, fondo especial y forma de pago fraccionado. No se podrá otorgar bonos o sobre comisiones para estas pólizas





2.4.2.4 Fondo en administración de pérdidas

El sistema de Fondos en Administración de Perdidas consiste en un contrato de prestación de servicios, en el cual el contratante hace una aportación a la compañía (fondo inicial) con el fin de formar un fondo útil para el pago de reclamaciones por concepto de gastos médicos mayores que cumplan con lo estipulado en el contrato.

En este sistema el contratante corre el riesgo durante la vigencia del contrato de los siniestros ocurridos y la compañía únicamente se encarga de la administración del fondo y del contrato, así como de dar el servicio de pago directo o reembolso a los derechohabientes.

Este sistema se podrá proporcionar únicamente a negocios cuya prima, se pueda calcular por su experiencia propia.

La prima teórica se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Fondo teórico anual} = \text{Siniestralidad Teórica} * (1 + \text{comisiones} + \text{gastos de administración})$$

$$\text{Siniestralidad Teórica} = \text{Siniestralidad anualizada} * (1 + \text{Inflación})$$

La siniestralidad anualizada deberá de considerar los siniestros pico

El fondo teórico anual del plan se calculara basándose en la experiencia de la siniestralidad del último año inmediato presentado por el grupo. En caso de tratarse de un grupo sin experiencia se deberá calcular el fondo teórico aplicando las tarifas de la cartera global de la compañía.

Para iniciar con la administración de pérdidas del fondo, la compañía deberá contar con un depósito, el cual será el equivalente a 2 meses del fondo teórico anual, a este se le denominará fondo en depósito y así poder llevar a cabo el pago de los siniestros que ocurran a partir de que se cuente con el mismo.

En caso de que se llegara a presentar una siniestralidad mayor o igual a 70% del Fondo de Depósito, la Aseguradora solicitara al contratante la reposición inmediata, aun y cuando no haya concluido el mes completo. En caso de que el contratante no reinstale el fondo requerido se suspenderá el pago de siniestros a los asegurados del grupo.

Al final de la vigencia, si existe un saldo a favor del Cliente, se le devolverá o podrá ser utilizado para la siguiente vigencia, siempre y cuando exista previa solicitud del mismo.

Al cierre mensual la aseguradora, en los primeros 5 días de cada mes generara un reporte de Sinies-

tralidad, el cual será entregado al contratante, estipulando detalladamente el motivo y el monto de los servicios otorgados a los derechohabiente, una vez hecho lo anterior se procede a facturar los siniestros.

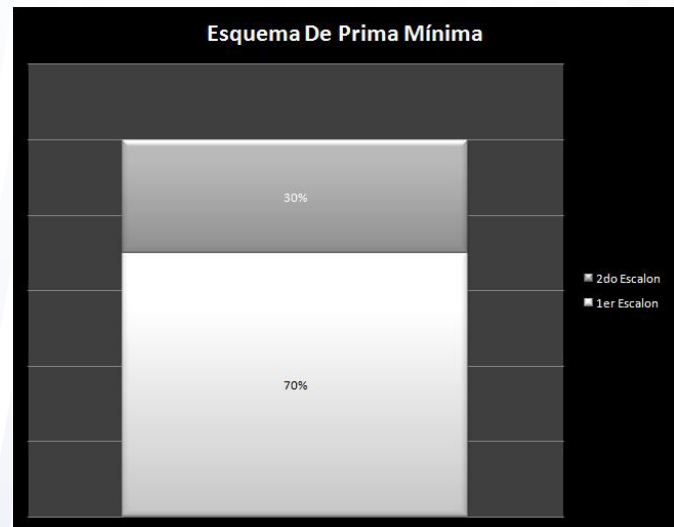
Bajo este esquema de Fondos en Administración de Pérdidas, el Contratante tiene mayor claridad en las operaciones, únicamente se facturan siniestros con estatus de pagado, en materia fiscal se obtienen ahorros en impuestos (IVA), se realiza un financiamiento fiscal con un promedio de 45 días y se realiza una programación y presupuesto de flujo y gasto.

2.4.2.5 Esquema de prima mínima.

Este esquema consiste en otorgar al cliente el beneficio de fraccionar la prima neta total del negocio, de tal forma que en la emisión inicial solo pague el primer escalón de la prima y cuando la siniestralidad rebase el porcentaje acordado contra la prima neta anual emitida, se solicitara la emisión del recibo correspondiente al siguiente escalón.

Este negocio solo se ofrecer a negocios con al menos tres años de cobertura en la compañía y cuyo comportamiento en su siniestralidad haga suponer que se presentaron movimientos atípicos de severidad, los cuales muy probablemente no se repetirán.

El resultado de la cuenta deberá de calcularse de la siguiente manera:



$$\text{Resultado de la cuenta} = 100\% \text{ de la prima neta pagada menos} - (\text{Comisión total} + \text{Margen} + \text{IBNR} + \text{GAAS} + \text{Factor de Siniestros Pico})$$

En ningún caso se podrá otorgar este esquema con pago fraccionado o sin recargo.

Las formulas que se ofrecen son 70 / 30 y 80 / 20.

La administración de los movimientos de altas y bajas de asegurados para este tipo de negocios es auto administrada, es decir, con ajuste de movimientos al final de la vigencia.

El esquema de prima mínima no se deberá otorgar cuando se tenga al mismo tiempo esquema de



prima mínima, esquema de dividendos, Cash Flow, Fondo de administración de perdidas, pólizas de exceso, negocios en esquema Descuento por nomina o como esquema de financiamiento.

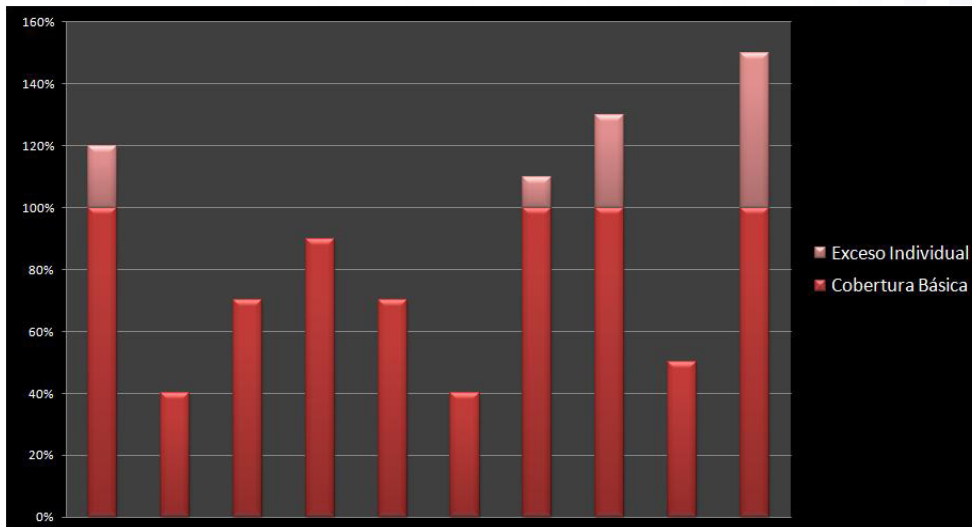
2.4.2.6 Exceso individual

Las pólizas con Exceso Individual son aquellas que cubren el excedente de los siniestros que rebasen el monto establecido en su cobertura básica, por lo tanto, estas pólizas dependen de la severidad de cada uno de los siniestros.

La tarifa que se toma para este beneficio es la de la cartera Global Individual.

Solo se otorgan a colectividades cuyo beneficio sea otorgado por el empleador al 100% y cuando el mínimo de asegurados para otorgar excesos sea de al menos 20% de la población total. No se otorgan Excesos sin limite de suma asegurada.

Esta cobertura solo se aplicara para padecimientos que se generen a partir de la contratación de la misma.



Las pólizas básicas que tengan una póliza con excesos individuales, no consideran siniestros pico, pero si el factor de siniestros pico, ya que este se considera en el resultado de la cartera.

No se puede otorgar ninguna cobertura adicional a las pólizas de excesos cuando en la póliza básica el beneficio no esté contratado es decir no se puede dar Cobertura de Asistencia Médica en el Extranjero (CAME), Urgencia Médica en el Extranjero (UME), Beneficios adicionales o Dinero en efectivo, en el Exceso individual.

Las pólizas de Exceso individual no deben de incluir esquema de prima mínima, Formula de

Dividendos, Fondo Especial, pago fraccionado, Descuento por nomina. El soporte a las negativas anteriores se fundamenta en la experiencia de siniestralidad de la compañía y los casos registrados en la misma; donde el importe de primas ha sido pequeño y la reclamación en este tipo de pólizas corresponde a siniestros catalogados como catastróficos. En los cuales un buen resultado se pierde con una vigencia negativa.

Las pólizas de exceso son colocadas de manera voluntaria en su mayoría por lo que un certificado puede solicitar muy fácilmente su baja de la póliza.

2.4.2.7 Fondo especial.

Opera para pagos que a consecuencia de un siniestro de Gastos Médicos Mayores afectan riesgos no cubiertos en condiciones generales y en condiciones especiales. La prima neta propuesta debe de considerar el costo de este fondo antes de comisión y margen.

Este fondo no es reembolsable en ningún momento de la vigencia, ni cuenta con reinstalación automática; por lo cual, una vez agotado el fondo no procederá ningún pago especial.

No será posible otorgar fondos especiales a pólizas con esquemas de Administración de Pérdidas, Excesos individuales, Descuento por Nómina, Negocios con esquema de prima mínima

2.4.2.8 Descuento por nómina (D x N)

Son aquellas empresas legalmente constituidas en colectividades, y su particularidad radica por su forma de pago, ya que está se hace vía descuento por nómina.

Se deben contar con dos datos importantes:

Empresas (Agrupadores)

Estadísticos de la Empresa o Agrupador.

De la información del Estadístico obtenemos el volumen de la Prima Neta Real Pagada, la cual se obtiene de la siguiente manera:

$$\text{Prima Neta Real Pagada} = (\text{Prima Neta Vendida} - \text{Prima Neta Cancelada})$$

Para obtener la siniestralidad del negocio, se deben contemplar todas las empresas (agrupadores) y se incluirían todas las pólizas existentes, ya sean canceladas, rehabilitadas, terminadas y vigentes.



2.4.3 Parámetros de Negociación

En esta sección se presentan algunos parámetros definidos a partir del volumen del negocio; para renovaciones, dicho volumen está definido como la Prima Neta Emitida correspondiente a la vigencia que está por vencer.

Para negocios nuevos, donde no se cuente con la prima neta emitida de competencia, el volumen queda definido como la siniestralidad anualizada de la vigencia anterior y contemplando el IBNR.

$$\text{Siniestralidad Anualizada} = (\text{Importe de siniestros del periodo} / \text{días del periodo}) * 365$$

2.4.3.1 Siniestros pico

Con el fin de realizar un ajuste para aquellos siniestros considerados como “severos” (en función de monto), se podrá realizar un ajuste en la siniestralidad del negocio. Dicho ajuste dependerá del volumen de negocio y se podrá realizar exclusivamente para aquellos siniestros cuyo monto de siniestralidad ocurrida sea superior al monto de retención calculado para cada volumen de negocio, en función del impacto que genera dentro de la cartera global de la compañía, el excedente del monto se distribuye en toda la cartera, cuando se contempla en el cálculo de la “Siniestralidad Suavizada Anual” de los negocios de la compañía. En otras palabras, a la siniestralidad se le podrá descontar el excedente sobre la retención de cada siniestro pico.

De acuerdo a la experiencia en la cartera, el hecho de dejar fuera de nuestra cotización el excedente de los siniestros pico genera una desviación en el resultado, tradicionalmente se cotiza la renovación del negocio antes de finalizar su vigencia y por lo tanto, generalmente se desconoce la siniestralidad necesaria para obtener el costo de la siguiente renovación. La forma correcta de calcular esta siniestralidad consiste en recortar los siniestros pico de la siniestralidad al mes actual, proyectar al final de la vigencia tomando en cuenta la inflación para el periodo desconocido de siniestros, e incluir los factores globales de siniestros pico, IBNR (Incurred but not reported) y GAAS (Gastos de Ajuste Asignados al Siniestro).

2.4.3.2 Combinación de vigencias.

Para aquellos negocios que han esentado resultados positivos en vigencias anteriores y para la reno-

vación presentan una desviación en la siniestralidad, es conveniente utilizar el método de combinación de vigencias.

Para el cálculo de combinación de vigencias es necesario traer a valor presente las primas netas y la siniestralidad de cada año tomando en cuenta la inflación medica de cada año.

El margen y la comisión utilizados, son los que corresponden por volumen de negocio, sin combinación.

2.4.3.3 Inflación salud

La “Inflación salud” que se contempla para el incremento de primas de renovación en las pólizas de los seguros de Gastos Médicos Mayores, se refiere al impacto de la inflación de los diferentes conceptos que involucran los gastos médicos.

La siguiente tabla muestra la inflación observada durante el periodo de un año.

Concepto	Inflación 2008
Análisis*	7.50%
Aparatos**	7.70%
Consulta	6.50%
Hospitalización	12.30%
Medicamentos	11.50%
Hon. Quirúrgicos	6.50%
Inflación Total	10%

2.4.3.4 Comisiones

La “comisión” en un seguro, es una parte proporcional que se le da al agente y/o promotor, por la colocación de un contrato de seguro, dicho porcentaje esta recargado en la Prima total y depende de esta misma asi como a los estándares del mercado. Este porcentaje “Comisión Total” a su vez se divide en dos, otorgando un 80% para el agente, y un 20% para el promotor.

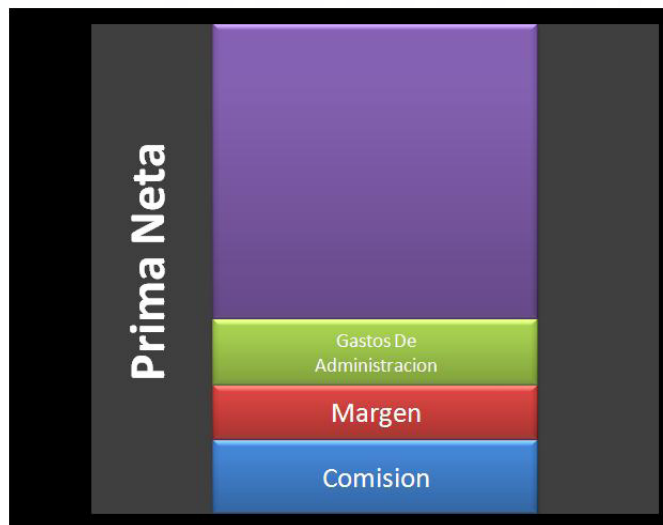


2.4.3.5 Margen

El “Margen” es el porcentaje de utilidad esperado por la compañía, el cual se establece de acuerdo a las metas y presupuestos establecidos por cada compañía aseguradora, así como los Gastos de Operación y Otros Gastos de Adquisición, dicho porcentaje depende del “Volumen del negocio”.

2.4.3.6 Competencia

Con el objetivo de ofrecer un costo competitivo, es indispensable contar con la mayor cantidad de información con respecto al negocio en referencia, ya que mediante esta se puede realizar una evaluación objetiva del riesgo. Mediante un estudio detallado de la siniestralidad, es posible evaluar la frecuencia y severidad de los siniestros, evaluar el impacto de cada cobertura y de la participación del asegurado en el riesgo, mediante el deducible y coaseguro. El estudio de la siniestralidad ayuda a construir un producto ajustado a las necesidades de cada cliente, con el costo y coberturas



requeridas para cada negocio

La información mínima y necesaria que requiere para realizar el análisis de cotizaciones es la siguiente:

- Información de referencia:

Nombre del negocio, razón comercial y razón social

Clave del agente

Nombre del agente

Zona



- Condiciones y características actuales del negocio:

Experiencia (Global o propia)

Nivel Hospitalario

Base de Reembolso

Esquema de cobertura (Dividendos, Prima Mínima, Cash-Flow, Exceso Individual, Stop-Loss. En todos los casos se deberá indicar las características principales de cada esquema.)

Suma asegurada

Deducible

Coaseguro

Coberturas adicionales (Maternidad, cobertura en el extranjero, preexistencia, etc.)

Comisión total del negocio

Vigencia del negocio

Subgrupos y condiciones

Si es Negocio nuevo o renovación

CONCLUSIONES

Siendo una aseguradora consolidada en el mercado asegurador Mexicano y con la experiencia adquirida mediante su acelerado crecimiento a nivel mundial, está obligada a aprovechar su posicionamiento, que la ha acercado a ser una de las principales opciones preferida por los clientes, requiere adaptar su estrategia de venta para adecuarse al mercado mexicano, enfocando sus esfuerzos en los cierres trimestrales y anuales, que son temporadas de mayor demanda apoyándose en las destrezas del actuario para identificar y crear técnicas y productos dirigidos principalmente a las PyMEs, que es el segmento del mercado con mayor crecimiento y rentabilidad.

Es importante crear productos con estándares y lineamientos claros apegados a las leyes y normatividades establecidas, con el fin de ofrecer una correcta información y protección a los asegurados, además de crear una base administrativa más ágil y accesible para que la gestión de las pólizas sea más cómoda para el asegurado

Un cálculo adecuado y la correcta utilización de esquemas especiales, permite ofrecer productos más competitivos, generando una mayor oportunidad de colocar negocios.



reinventando / los seguros

México, D.F. a 7 de Diciembre del 2010

**Universidad Nacional Autónoma de México.
Facultad de Ciencias
Consejo Departamental de Matemáticas
Comité Académico de la Carrera de Actuaría**

A quién corresponda,

Con motivo del proceso de titulación, que se lleva a cabo para obtener el Título de Actuario, se autoriza a **C. Marco Antonio Reyes Hernandez** con número de empleado Mxi2000169a, el uso de información de AXA, que no sea de carácter reservado o confidencial, para fines académicos y exclusivamente para el reporte por experiencia profesional, titulado: **"Modelo de negocios para la suscripción al seguro de gastos médicos mayores"** dirigida por el Act. José Fabián González Flores, académico de la Facultad de Ciencias de la UNAM.

Eric Schmidt Vargas
Responsable - Suscripción BPE CdN Metropolitana
AXA Seguros
Insurgentes Sur 1960 – Piso 9 – México D.F.
eric.schmidt@axa.com.mx

Tel. : +52 55 53 22 09 00 – Ext. 8961

Por favor piensa en el medio ambiente antes de imprimir este mensaje.

BIBLIOGRAFIA

- 1 <http://www.axa.mx/Personas/ConoceAXA/AXA/Paginas/default.aspx>
- 2 <http://es.wikipedia.org/wiki/AXA>
- 3 <http://www.axa.com/en/group/history/>
- 4 Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores
- 5 <http://www.cnsf.gob.mx/Paginas/Inicio.aspx>
- 6 http://es.wikipedia.org/wiki/Contrato_de_seguro
- 7 Ley General De Instituciones Y Sociedades Mutualistas De Seguros
- 8 Reglamento del seguro de grupo para la operación de vida y del seguro colectivo para la operación de accidentes y enfermedades
- 9 <http://www.serviciosintegrales.info/gastosmedicos.php>
- 10 http://www.amis.org.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/1_Eduardo_Estevan.pdf