



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE CIENCIAS

**PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL SEGURO  
DE GASTOS MÉDICOS MAYORES  
COLECTIVO.**

**REPORTE DE TRABAJO  
PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**A C T U A R I A**

P R E S E N T A

**ROMINA RUBI PÉREZ MÁRQUEZ**



Tutor:

ACT. JOSÉ FABIÁN GONZÁLEZ FLORES

2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

1.- Datos de la alumna

Pérez

Márquez

Romina Rubí

5514166068

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias

Actuaría

301251644

2.- Datos del Tutor

Actuario

José Fabián

González

Flores

3.- Sinodal 1

Maestro en Finanzas

Fernando

Pérez

Márquez

4.- Sinodal 2

Actuario

Israel

Morán

Soria

5.- Sinodal 3

Actuaría

Clarissa Jennilu

Salgado

Almaraz

6.- Sinodal 4

Actuario

Ricardo

Villegas

Azcorra

7.- Datos del trabajo escrito

Planeación estratégica del seguro de gastos médicos mayores colectivo.

43 páginas

2011

## Agradecimientos

*A mi alma mater, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, que me formó no solo en lo académico, por la visión integral que me ofreció a cambio de un solo compromiso, obtener el mayor provecho en mi beneficio y en el de aquellos que por mi profesión puedan necesitar del conocimiento conferido, con la firme convicción de servir.*

*Por ser un punto en común en el que convergen distintas mentalidades y formas de comprender la vida y con ello nos aporta la mayor riqueza: la tolerancia y el respeto ante las opiniones ajenas, sin dejar de lado las nuestras. A si mismo, por demostrar que la carencia de recursos económicos nunca será un obstáculo para la formación de personas con un excelente nivel profesional.*

*A mi tía Senorina, que me enseñó el significado de las palabras amor y compromiso. Por ser mi familia, mi sustento, mi paz; por estar siempre.*

*A mis amigos César y Amalia, por poner en tela de juicio todo lo que conocía. Por encaminarme cuando estaba pérdida, su amistad fue un parte aguas en mi vida.*

*A Hiram, por recordarme que el ser humano debe ser estimado por lo que lleva dentro, por su gran corazón y por enseñarme que puedo contar con mis amigos sin importar la distancia.*

*A Ángel Andrés, por ser impulso y compañía, hasta el momento, en este viaje llamado vida. Por su paciencia e inagotable energía.*

*A mi asesor, José Fabián González Flores, por ser el empuje que necesitaba para producir una serie de cambios en mi vida. Por ser amigo y guía en este sinuoso camino.*

*A Yelitza, Liliana, Alejandra, Erika y Arely, por ser mis confidentes, por ser apoyo en mi camino y por siempre brindarme un consejo de hermana.*

*A mis amigos de la universidad David, Gianni, Dulce, Alejandra, Marlene, Benjamín, Mauricio Poblano, por ser la base de que mi paso por la Facultad de Ciencias sea inolvidable, por su cariño y apoyo.*

*A mi tía Alejandra y la Sra. Carolina, por sus cuidados y afecto.*

*A Aseguradora Interacciones, por la cual conocía a personas maravillosas que hicieron de mi estancia una grata experiencia, por enseñarme algo más que técnicas de trabajo, lecciones de vida.*

*A Vicente Negrete, por ayudarme a no desesperar y enseñarme que existen muchas formas de enseñar.*

*A todos aquellos que con sus consejos, tiempo y apoyo, a distintos niveles y magnitudes, hicieron posible la realización de este sueño. Ni con todas las palabras concebidas en los diferentes idiomas sería capaz de expresarles mi cariño y agradecimiento por su ayuda para llegar a cumplir esta meta, sin ustedes esto hubiese sido más arduo.*

*Romina Rubí*

*"La libertad...Era esa euforia, esta luz, esta dicha tan  
inmensa como la de los escasos momentos de amor compartido que  
puedo recordar."*

*"De poco sirve el conocimiento sin sabiduría, no hay sabiduría  
sin espiritualidad y la verdadera espiritualidad incluye también el  
servicio a los demás."*

*"El sabio nada desea, no juzga, no hace planes, mantiene su  
mente abierta y su corazón en paz"*

Isabel Allende.  
"Hija de la Fortuna"

# INDICE GENERAL

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO 1. INTERACCIONES Y LA SUSCRIPCIÓN DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES. ....</b>	<b>5</b>
1.2 Interacciones.....	6
1.2.1 Historia .....	8
1.2.2 Misión.....	9
1.2.3 Visión.....	10
1.2.4 Principios estratégicos.....	11
1.2.5 Diagrama administrativo .....	12
1.2.6 Operación .....	13
1.2.7 Estándares de servicio .....	14
1.2.8 Productos.....	15
1.2.8.1 Seguro de Gastos Médicos Mayores .....	17
1.2.8.1.1 Suscripción anual y análisis de estacionalidad .....	18
1.2.8.1.2 Suscripción regional.....	19
1.2.8.1.3 Suscripción de nuevos negocios .....	20
<b>CAPÍTULO 2. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO</b> <b>.....</b>	<b>22</b>
2.1 Marco normativo.....	23
2.2 Estándares y lineamientos .....	24
2.3 Modelo de Negocios.....	25
2.3.1 Operación de Negocios .....	26
2.3.1.1 Información mínima requerida .....	27
2.3.1.2 Negocios con y sin siniestralidad.....	28
2.3.1.3 Propuesta de Asegurabilidad .....	29
2.3.1.4 Inclusiones y exclusiones. ....	30
2.3.2 Negocios Especiales .....	31
2.3.2.1 Fondo en administración de pérdidas .....	33
2.3.2.2 Esquema de prima mínima .....	34
2.3.2.3 Exceso .....	35
2.3.2.4 Descuento por nómina .....	36
2.3.3 Parámetros de negociación .....	36
2.3.3.1 Siniestros pico .....	37
2.3.3.2 Inflación salud .....	38
2.3.3.3 Comisiones .....	38
2.3.3.4 Competencia .....	39
2.3.4 Emisión .....	40
2.3.5 Sistemas.....	40
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>41</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO 1 CARTA DE AUTORIZACIÓN.....</b>	<b>43</b>

# Planeación estratégica del seguro de gastos médicos mayores colectivo.

Romina Rubí Pérez Márquez



## Introducción

El objetivo de este reporte de trabajo profesional es describir la metodología de negociación, en la suscripción de un seguro de gastos médicos mayores para una colectividad o grupo de participantes, la cual se establece con base a la misión, visión y estrategias que permiten adaptar los productos existentes de una compañía aseguradora en el mercado.

El seguro de gastos médicos mayores ofrece beneficios tangibles, permite manejar contratos específicos para cada necesidad, adecuados a los parámetros que cada colectividad requiere para cubrir el riesgo al que están sujetos los participantes de dicho seguro; así como los costos que pueden absorber para dicho fin, ofreciendo opciones de negociación variadas. Este seguro es una prestación que las empresas brindan a sus empleados, permitiéndoles tener la tranquilidad de que su salud siempre será atendida con servicios de 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 el desarrollo de los productos, así como la creación de nuevas opciones de negocio que le produzcan a la empresa una mayor captación de recursos y explotar un ramo que sea costeable, buscando el equilibrio entre las ganancias de la aseguradora y el beneficio para sus clientes con las mejores opciones de asegurabilidad.

En México es necesaria una mayor cultura del seguro, la cual sigue en desarrollo, debido a una combinación de factores, entre los cuales se podría enunciar: el nivel económico del país y la escasa información de los beneficios, la protección y el soporte económico que representa contar con un seguro en caso de un percance, accidente o enfermedad, que afecte el patrimonio económico y humano, y que conlleva pérdidas no solo a nivel personal. Por este motivo, es importante que el seguro de gastos médicos mayores penetre en el mercado no solo como un producto rentable, sino que también atienda a las necesidades de los consumidores, con beneficios que sean perceptibles y con costos sustentables. Es aquí donde el suscriptor debe 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 adecuarse a un movimiento continuo del mercado.

El Reporte se presenta *grosso modo* en dos capítulos:

En el primer capítulo se presentarán los orígenes, misión, visión, principios estratégicos, estructura y operación de Aseguradora Interacciones, S.A de C.V. Grupo Financiero Interacciones; donde se ahondará en su posición dentro del mercado, su estrategia de colocación, así como se describirán sus productos y como ha venido colocándose año con año en una mejor posición dentro del mercado asegurador mexicano.

Por su parte, en el segundo capítulo se 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 en el ramo de gastos médicos mayores para colectivos.

# Capítulo 1. Interacciones y la suscripción del seguro de gastos médicos mayores.

En el presente apartado, se contextualizará al Grupo Financiero Interacciones, con énfasis en su formación y adaptación al mercado. Para ello, se ahondará en su historia, se expondrá su filosofía empresarial; así como su estructura administrativa; sus estándares de servicio y esquema de operación.

Finalmente, se expondrá el procedimiento de suscripción, análisis de la estacionalidad, regional y su posicionamiento en la suscripción de nuevos negocios.

## 1.2 Interacciones

En 1981, Corporación Mexicana de Valores, S.A. de C.V., institución dedicada a la intermediación en el mercado de valores mexicano, fue adquirida por quienes son actualmente los accionistas de Grupo Financiero Interacciones.

En 1987 este grupo de accionistas, reconociendo la necesidad de conformar un concepto corporativo de mayor impacto en el mercado, decidió cambiar la denominación por Interacciones Casa de Bolsa, S.A. de C.V.

En octubre de 1992, en respuesta a los cambios estructurales que experimentaba el país y al creciente nivel de competitividad en el mercado de los servicios financieros, la organización se consolidó mediante la formación de Grupo Financiero Interacciones, S.A. de C.V., a la que se integraron Interacciones Casa de Bolsa; Interacciones Casa de Cambio (creada en 1988); y, dos empresas de Arrendamiento y Factoraje Financiero que hasta ese momento eran subsidiarias de la Casa de Bolsa.

En enero de 1993, la estructura del Grupo Financiero fue complementada con la incorporación de Seguros La República, S.A., actualmente Aseguradora Interacciones, S.A. de C.V.

En septiembre de 1993, Grupo Financiero Interacciones obtuvo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) la autorización para constituir una (nueva) institución de banca múltiple, a la que se denominó Banco Interacciones, S.A., Institución de Banca Múltiple, la cual inició operaciones el 22 de noviembre del mismo año.

En 1995 las empresas de Arrendamiento, Factoraje y Casa de Cambio fueron fusionadas al Banco.

En 2001, derivado de la nueva Ley de Sociedades de Inversión que entró en vigor en ese mismo año, Interacciones Sociedad Operadora de Sociedades de Inversión, S.A. de C.V. inicia operaciones el 4 de diciembre, teniendo como base el consorcio de Sociedades de Inversión que a lo largo de 19 años vinieron operando primero Interacciones Casa de Bolsa, S.A. de C.V. y luego Banco Interacciones S.A., empresas integrantes de Grupo Financiero Interacciones y que, en la actualidad, son los principales Distribuidores de la Operadora.

Las Operadoras de Sociedades de Inversión son entidades autorizadas por la Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV) para prestar a las Sociedades de Inversión, entre otros servicios, el correspondiente a la administración de activos, que consisten en la celebración de operaciones de compra, venta e inversión de activos a nombre y por cuenta de la Sociedad de Inversión; así como el manejo de carteras de valores en favor de Sociedades de Inversión y de terceros, ajustándose a lo establecido en la Ley del Mercado de Valores.

Las primeras Sociedades de Inversión fueron Fondo Interval, S.A. de C.V., Sociedad de Inversión en Instrumentos de Deuda para Personas Físicas (clave de pizarra IVALOR) e Interfondo de Capitales, S.A. de C.V., Sociedad de Inversión de Renta Variable (clave de pizarra ICAPTAL), las cuales fueron constituidas en diciembre de 1986 y en julio de 1987, respectivamente.

En la actualidad, la Operadora cuenta con 11 Sociedades de Inversión en instrumentos de deuda: IVALOR, INTERMD, INTER7, INTER30,

INTERS1, INTERPL, INTERS2, INTEURO, INTERM1, INTERMG e INTERNC, las cuales en su mayoría cuentan con series accionarias para diferenciar las inversiones realizadas por los Inversionistas. Adicionalmente, también se cuentan con 4 Sociedades de Inversión en renta variable: ISOLIDO, ICAPTAL, INTERV4 Y MIURA.

### Fotografía 1.1

#### Imagen empresarial de Aseguradora Interacciones



Fuente: Fotografía tomada en la recepción de las oficinas matriz el 16 de mayo del 2011.

Derivado de las múltiples fusiones y al concepto de crecimiento continuo, Aseguradora Interacciones, S.A de C.V, tiene presencia en el Distrito Federal y zona metropolitana, Oriente, Occidente, Bajío y Norte de la República Mexicana.

La matriz y centro de operaciones se localiza en la Ciudad de México. En la gráfica 1.1, se muestra la presencia de la aseguradora en la República Mexicana.

**Gráfica 1.1**  
**Presencia de Interacciones en México.**



## 1.2.1 Historia

En 1966, se fusionan los Seguros La Reforma, S.A. y Seguros Americana, S.A.

Para el año 1973, la Sociedad decide cambiar su razón social, a Seguros La República, S.A.

En 1982 Credimex adquiere Seguros La República, quien a su vez fusiona a Unión de Seguros, S.A. surgiendo Seguros La República – Credimex-.

En enero de 1993, la estructura del Grupo Financiero Interacciones se complementa con la incorporación de la novena compañía de mayor importancia en el mercado mexicano de seguros, Seguros La República, S.A., actualmente Aseguradora Interacciones, S.A. de C.V. , en adelante denominada AISA.

AISA, desde su anexión, ha diseñado una amplia gama de productos, acorde a las necesidades de sus clientes y con el propósito de proteger sus bienes y a sus personas, manteniéndose a la vanguardia del mercado. Es una empresa cien por ciento mexicana, que otorga protección en los ramos de: Autos, Daños, Gastos Médicos y Vida.

La filosofía de la empresa se caracteriza por su vocación de servicio y un nivel eficiente de atención a clientes individuales, familiares, empresariales, institucionales y gubernamentales, ya que cuenta con gran experiencia en todas estas líneas de protección. Para ello, cuenta una red superior a los 1,000 agentes de seguros que brindan asesorías especializadas en la expedición de coberturas acordes a las necesidades de protección de sus asegurados.

## 1.2.2 Misión

Ofrecer tranquilidad y protección patrimonial a los clientes con productos y servicios de calidad, de alto valor agregado, en los segmentos de mercado que atendemos, obteniendo la rentabilidad esperada por los accionistas y el desarrollo profesional de los empleados.

### Fotografía 2.

**Rotulo de Grupo Financiero Interacciones del vestibulo del edificio de Paseo de Reforma**



Fuente: Tomada por el autor el 06 de junio de 2011

## 1.2.3 Visión

Ser una empresa líder y rentable en los nichos de mercado donde participamos, reconocida por los productos y servicios de calidad, innovación, confiabilidad, accesibilidad y precio, con empleados, agentes y proveedores capacitados, con cobertura y servicio a nivel nacional a través de canales de distribución diversificados, ofreciendo una imagen de solidez y permanencia al formar parte de un Grupo Financiero.

**Fotografía 3**

**Edificio de la Oficina Matriz en el Distrito Federal**



Fuente: Fotografía tomada el 06 de junio del 2011.

## 1.2.4 Principios estratégicos

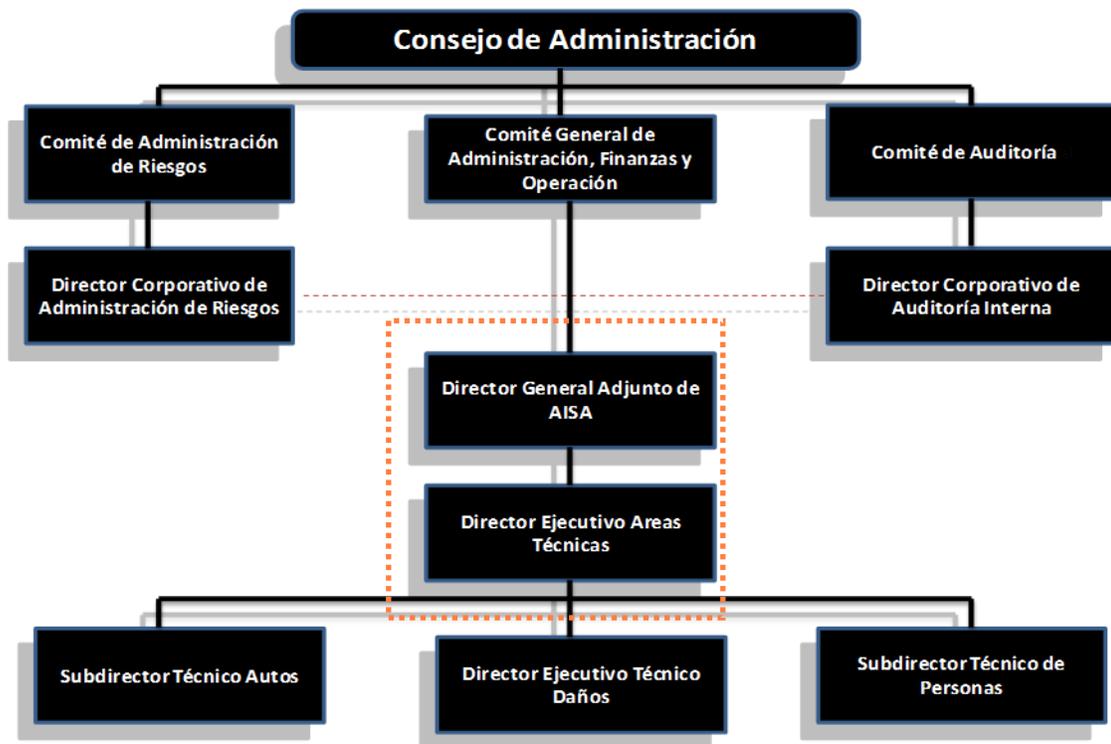
- Calidad.** Aplicando el mejor esfuerzo en contenido, forma y tiempo, en los compromisos, manteniendo un interés y entusiasmo constante por perfeccionar el trabajo.
- Comunicación.** Informando oportunamente a las partes involucradas cualquier cambio. Entendiendo la posición del otro, escuchando opiniones y expresando los puntos de vista con claridad.
- Trabajo en Equipo.** Colaborando con el equipo entendiendo desde un principio el alcance de la participación individual de cada uno de los integrantes, aprovechando la experiencia y cualidades de todos los involucrados, para lograr el objetivo común.
- Responsabilidad** Cumpliendo con el trabajo y siendo corresponsables del resultado del trabajo de todos los involucrados.
- Honestidad** Siendo congruentes entre pensamiento y hechos.
- Flexibilidad** Siendo una organización que se adapta rápidamente a los cambios que exige y plantea el mercado. En Grupo Financiero Interacciones se está comprometido en mejorar continuamente los procesos en cada Unidad de Negocios para proporcionar Servicios Confiables, Oportunos y Rentables, logrando la Satisfacción de los clientes y accionistas, en un marco de beneficio mutuo para el personal.

**Fotografía 4**  
**Ejecutivos responsables de la Gerencia Técnica de Vida y Subgerencia de Suscripción Personas**



Fuente: Fotografía tomada en la recepción de las oficinas matriz el 16 de mayo del 2011.

## 1.2.5 Diagrama administrativo



Fuente: Tomado del manual técnico de suscripción de AISA.

### **D** Dirección General de AISA

1. Autorizar los préstamos a la fuerza de ventas.
2. Firmar de autorización los contratos de Comisión Mercantil.

### **D** Dirección Ejecutiva de Áreas Técnicas

1. Autorizar los Convenios y *Addendums* (suplementos adicionales) que se lleven a cabo con la fuerza de ventas.
2. Elaborar sus propuestas de cotización de acuerdo a los formatos establecidos por la Dirección Técnica.
3. Entregar la propuesta de cotización de acuerdo a lo solicitado por el agente. En caso de no ser posible, se deberá de explicar por escrito el motivo por el cual no se pueden dar las condiciones solicitadas.

4. Validar a los emisores el resumen de términos y condiciones.
5. Dar la autorización final y las acciones a tomar en un negocio con mala siniestralidad o rentabilidad negativa.
6. Analizar y/o consultar la rentabilidad de los negocios para los cuales se solicita un movimiento ya sea de renovación o de modificación en vigencias en AISA.
7. Aprobar la rehabilitación de cualquier documento que cuente con respaldo de reaseguro facultativo.
8. Para la rehabilitación de documentos cedidos a reaseguro facultativo, garantizar que se cuenta con el acuerdo de los reaseguradores involucrados para llevar a cabo dicho movimiento.
9. Validar que no existan descuentos sobre la prima de la póliza.

## 1.2.6 Operación

Los seguros juegan un papel preponderante en la actividad aseguradora y se considera que será a corto plazo uno de los negocios más importantes en Latinoamérica. Por su complejidad y diversidad, el ramo de gastos médicos es una de las coberturas más difíciles de abordar.

Los seguros, son un sistema de protección financiera a la economía familiar cubriendo los perjuicios económicos a consecuencia de una enfermedad o accidente, por lo que la acción de asegurar el costo de la asistencia médica por enfermedad, es un concepto moderno, y ha surgido como consecuencia de los siguientes factores:

1. Mejor conocimiento de las enfermedades y de la forma de prevenirlas.
2. Disminución de la morbilidad y, con ello, la posibilidad de una vida más larga y saludable.
3. Obtención de recursos para combatir enfermedades consideradas como mortales, a través de un diagnóstico temprano, tratamientos médicos o quirúrgicos.
4. Insuficiencia de las instituciones públicas para atender su población usuaria demandante.

El objeto central de la selección del riesgo, consiste en poner el precio justo a cada individuo, basado en la evaluación y criterio del seleccionador según sus características.

La selección de riesgos, evalúa y clasifica el nivel de riesgo con el propósito de mantener el equilibrio entre las primas cobradas y los siniestros a pagar.

Para manejar la selección del riesgo en gastos médicos, es necesario conocer a la perfección toda

su compleja estructura, el riesgo de que un individuo incurra en gastos importantes, que se hagan necesarios para la recuperación de la salud, reuniendo las siguientes características:

1. Es incierto, en general bajo condiciones normales de prevención de salud se desconoce si un individuo adquirirá o no determinado padecimiento, o bien, se verá afectado por un accidente.
2. Es posible, no obstante las medidas de higiene y prevención de la salud que se deben tomar.
3. Es concreto, porque existe la posibilidad de medir su frecuencia y severidad durante un período de observación, en poblaciones típicas.
4. Es lícito, todo individuo tiene derecho de procurar el cuidado, conservación, y recuperación de su salud.
5. Es fortuito, siempre que el padecimiento no provenga de actividades que el asegurado decida realizar y resulten en agravación del riesgo.
6. Es de contenido económico, ya que la realización de un gasto médico importante necesariamente produce deterioro del patrimonio familiar.

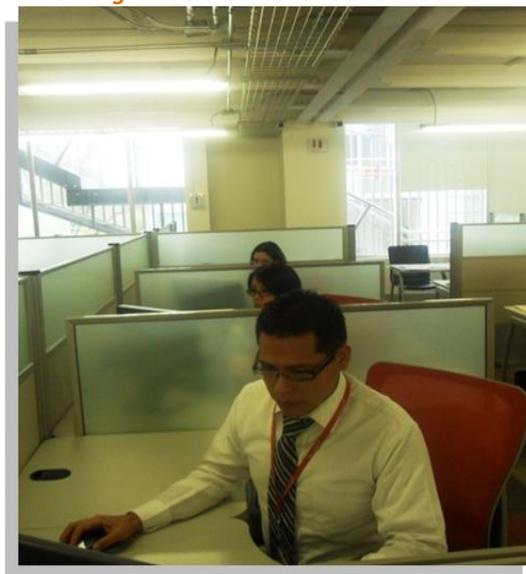
En el proceso de evaluación y calificación de riesgos se determinan las condiciones del riesgo por asumir y en función de este, se establecen las condiciones de aceptación del contrato.

Por lo anterior, resulta necesario establecer los lineamientos generales que regulen el desarrollo del proceso, cumpliendo con las disposiciones legales tanto internas como externas aplicables y buscando siempre que se desarrolle en condiciones de eficiencia y confiabilidad.

## 1.2.7 Estándares de servicio

- Satisfacción de clientes.** Cumplir con los niveles de servicio requeridos por los clientes externos e internos.
- Rentabilidad.** Obtener el rendimiento en cada Unidad de Negocios comprometido con los accionistas.
- Competencia del Personal.** Desarrollar y formar permanentemente al personal para lograr un eficiente desempeño.
- Confianza.** Aplicar un marco normativo institucional que cumpla con las disposiciones legales y regulatorias.
- Mejora continuo.** Medir la efectividad de los procesos a efecto de realizar optimizaciones de manera continua.

**Fotografía 5**  
**Six Sigma de estándares de servicio**



Fuente: Fotografía tomada en el área de Técnico Personas de las oficinas matriz el 16 de mayo del 2011.

## 1.2.8 Productos

Los productos, que se comercializan del área de vida tienden a centrarse en aumentar la venta con impacto de precios más atractivos en el mercado, reduciendo las comisiones y con sumas aseguradas atractivas sin llegar a ser elevadas. Los planes del seguro de vida, son los siguientes:

**Inter-sec** es un instrumento de ahorro combinado con un seguro de vida, compuesto por un conjunto de títulos que amparan diferentes instrumentos cotizados en la Bolsa de Valores con el cual podrá obtener un óptimo rendimiento. Este tipo de seguros se centra con tres bases del mercado: ahorro, educación y retiro.

**Inter-vida** es un seguro de vida en el que la suma asegurada no pierde su valor. Este es un seguro versátil con la gama de opciones más amplia del mercado que contempla la indemnización de la suma asegurada para el momento del retiro.

El plan de gastos médicos, es:

**Inter-Med** el cual se adapta a las necesidades de los asegurados, y le ofrece eliminar deducible y coaseguro al utilizar médicos y hospitales de la Red Interacciones y asesoría médica los 365 días del año, las 24 horas. Este plan se adapta a las necesidades específicas del asegurado o contratante (en el caso de gastos médicos colectivo).

Los seguros de accidentes personales, están diseñados para operar en cualquier momento y en cualquier lugar, en caso de presentarse un suceso que afecte las actividades personales, familiares, y económicas. Éste ofrece una variedad de coberturas. Una de las ventajas es que los agentes de seguros brindan una asesoría personalizada para que la póliza contratada se adapte a las necesidades de protección, actividades y

presupuesto. Entre otras coberturas de la línea de accidentes personales, se encuentran las siguientes:

 **Accidentes Personales a Corto Plazo.** Son seguros especiales que protege en viajes de negocios, personales o familiares. En estas pólizas se combinan coberturas como: muerte accidental, pérdidas orgánicas, indemnización diaria por accidente y reembolso de gastos médicos.

Al contratar la póliza se puede indicar la duración de su viaje nacional o internacional (desde 3 hasta 330 días) y dependiendo de ello dará el costo correspondiente. Se cuenta con una oficina de atención en el Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México que permiten contratar un seguro antes de iniciar el viaje.

- Reembolso de gastos médicos por accidente. En caso de accidente se podrá contar con atención médica, intervención quirúrgica, hospitalización, enfermera, medicamentos, ambulancia terrestre cuyos gastos serán reembolsados.
- Indemnización diaria por accidente

**Incapacidad Parcial.-** Esta cobertura protege en caso de que el accidente ocasione lesiones que incapaciten para cumplir con una o más responsabilidades laborales hasta por seis meses.

**Incapacidad Total.-** Si por causa directa de un accidente se presentará incapacidad para el desempeño de las labores diarias y se requiriera hospitalización, se pagará la suma asegurada contratada mientras subsista la incapacidad y la hospitalización hasta por cuatro años.

 **Accidentes personales escolares.** Este seguro está diseñado para que las escuelas o sociedades de padres de familia, de instituciones públicas o privadas de cualquier nivel educativo, protejan a sus alumnos en caso de accidente.

Las diversas actividades de los estudiantes los convierten en personas expuestas a más riesgos (lesiones, fracturas o accidentes graves). Este tipo de seguros ofrece protección al estudiante en todas las actividades escolares dentro y fuera del plantel, incluyendo el viaje casa-escuela-casa, durante el ciclo escolar.

En todos los ramos, las expectativas, además de mejoras a nivel de productos, es impulsar nuevas alianzas comerciales y convenios con nuevos intermediarios que permitan penetrar a nichos de nuevos mercados, permanecer e innovar con nuevas propuestas para la cartera que en este momento se maneja, y ahondar en el sector gubernamental.

## 1.2.8.1 Seguro de Gastos Médicos Mayores

El costo de la atención médica cada día crece y se requiere necesaria e incluso imprescindible contar con un seguro de gastos médicos mayores que permita solventar satisfactoriamente los fuertes gastos médico-hospitalarios que son menester para la recuperación de la salud.

Una póliza de gastos médicos mayores ofrece a sus asegurados la tranquilidad de saber que están preparados para afrontar económicamente un posible accidente o enfermedad.

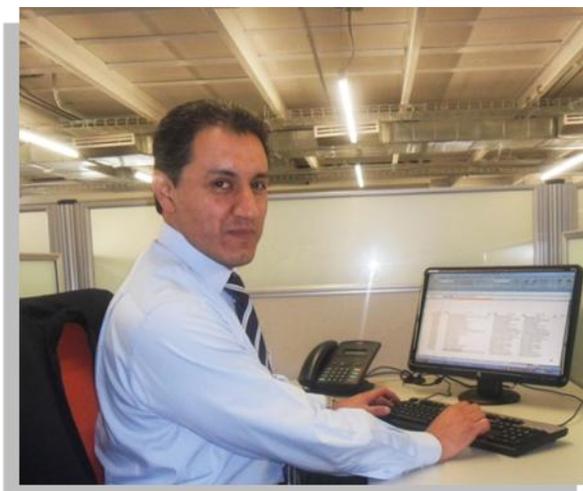
Aseguradora Interacciones, tiene toda una gama de servicios médicos, hospitalarios y complementarios, integrados a excelentes soluciones para una gran variedad de problemas de salud.

La póliza, cubre los gastos médicos necesarios para recuperar la salud, ocasionados por cualquier accidente o enfermedad amparados. Esto puede ser mediante el pago directo a los prestadores de servicios médicos o a través de un reembolso al asegurado, de acuerdo con los límites y condiciones establecidos dentro del territorio que se estipula en la póliza.

Con la contratación de un seguro de gastos médicos mayores, se obtiene no solo la confianza de una atención médica oportuna y rápida, sino también la tranquilidad de contar con los recursos económicos necesarios para solventar los costos de recuperar la salud y reincorporarse a las actividades cotidianas de los asegurados.

Para cada caso, existen condiciones específicas de aseguramiento que se diversifican dependiendo del tipo de protección que desean y de la prima que es posible pagar. Por ello, AISA ofrece planes a la medida, ofreciendo libertad de elección al momento de contratar un seguro de gastos médicos mayores, en donde se pueden combinar todas las opciones de suma asegurada, deducible, coaseguro, nivel de hospitales, tabla de honorarios quirúrgicos; además de los beneficios adicionales como parto y cesárea, emergencia en el extranjero, cobertura en el extranjero, ayuda de últimos gastos, muerte accidental y pérdidas orgánicas, entre otros.

**Fotografía 6**  
**Gerente de Valuación de Gastos Médicos**



Fuente: Fotografía tomada el 16 de mayo del 2011 en el área de Técnico Personas de las oficinas matriz

### 1.2.8.1.1 Suscripción anual y análisis de estacionalidad

La suscripción anual o la renovación de la cartera de gastos médicos colectivo, es una de las actividades preponderantes en el hacer diario del área de suscripción, por dos razones fundamentales: mantener la cartera sana y ofrecer a los clientes el costo de manera oportuna para continuar con la póliza, en caso de tener alguna duda o comentario acerca del porque de los costos, se realicen dentro del tiempo y forma que indican las condiciones generales del seguro.

Al renovar una póliza, es necesario hacer un escrutinio de la siniestralidad: el tipo de siniestros reclamados, los montos y la participación de AISA en los siniestros reportados; con una doble intención; la primera mantener solvente la cartera de la empresa; y, la segunda, dar costos que sean acordes a la experiencia de siniestralidad de la póliza.

El análisis de siniestralidad es realizar un comparativo histórico en el que se presenta: la prima pagada por el contratante en los años que ha estado asegurado, el número de asegurados por año que han estado participando del seguro, el monto de siniestros pagados por cada renovación y se contrasta dicha información para hacer una corroboración de impacto de los siniestros contra la prima neta.

La siniestralidad del último año, se dictamina por el médico del área, cada padecimiento que se registro en la póliza, si existen también los complementos de años anteriores, estos también son valorados, con el afán de tener contemplada la posibilidad de que los mismos generen gastos subsecuentes.

Una vez, que se obtiene ambos análisis, se une la información para un tercer análisis, en el cual se pondera la información histórica de la cuenta y el dictamen médico: los complementos y observaciones del médico del área, con ellos se realiza un pronóstico de los costos de complementos por los siniestros reportados, se impacta con el porcentaje esperado de incremento en los costos de hospitales y medicamentos y los gastos de adquisición y administración.

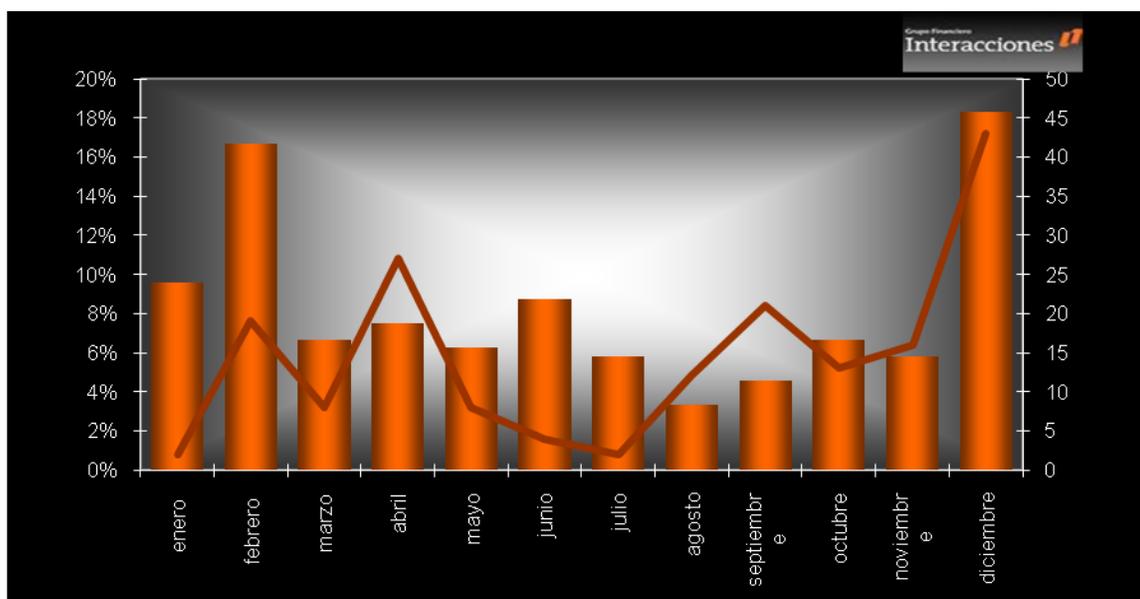
Después se genera el pronóstico de participantes en el seguro, los cuales absorberán el costo del mismo y se llega a una prima de renovación.

Los resultados de los análisis anteriores permite obtener la prima de renovación, la cual se pone en conocimiento al agente encargado de la cuenta para que a su vez esté presente la propuesta, al hallarse conforme el contratante con el incremento y las condiciones, manda la emisión de la póliza para la nueva vigencia.

En caso contrario, se negociará el costo de la póliza, con cambios en las condiciones que sean solicitados por el contratante, ya sea por nuevas necesidades del grupo asegurado o para ajustarse a un costo autorizado para el pago del seguro, para esto intercede un nuevo análisis para el cálculo de la prima mínima que haga rentable el negocio a la compañía.

En la gráfica 1.2 se muestra las renovaciones de las pólizas de gastos médicos mayores colectivos de la cartera de AISA, las cuales son constantes en la mayor parte del año, solo los meses de febrero y diciembre tienen variaciones.

**Grafica 1.2**  
**Renovación de la Cartera de Gastos Médicos Colectivo y Prima Emitida**  
 Cifras en millones de pesos



Fuente: Elaboración propia a partir de la información estadística de AISA,

Las variaciones se deben a que al final del año las empresas contratantes quieren conocer los costos que se generaran para el ejercicio del siguiente año. Esto explica el incremento en diciembre del porcentaje de cotizaciones de renovación y de la prima emitida, ya que es el mes con mayor flujo de efectivo en pagos de las empresas. En abril se

registra un aumento importante en la prima emitida, debido a que una vez solventados los gastos contables a los que tienen que hacer frente a final del año, los contratantes pagan la póliza de gastos médicos. Es importante resaltar que las cotizaciones que se efectúan en el mes de febrero, se hacen pagaderas hasta el mes de abril.

### 1.2.8.1.2 Suscripción regional

Las nuevas estrategias de mercado de la competencia, hacen plantear como una necesidad para AISA, ante las presiones económicas que vive el país actualmente, seccionar los productos con precios competitivos, dependiendo de la zona del país.

hospitales por cada nivel, así como el nivel económico de la zona de cotización.

Los productos que se ofrecen en el interior de la República, además del análisis usual, llevaban una nueva variante, la regionalización, en esta se ponderan los costos de los hospitales en los tres niveles que maneja la empresa y el número de

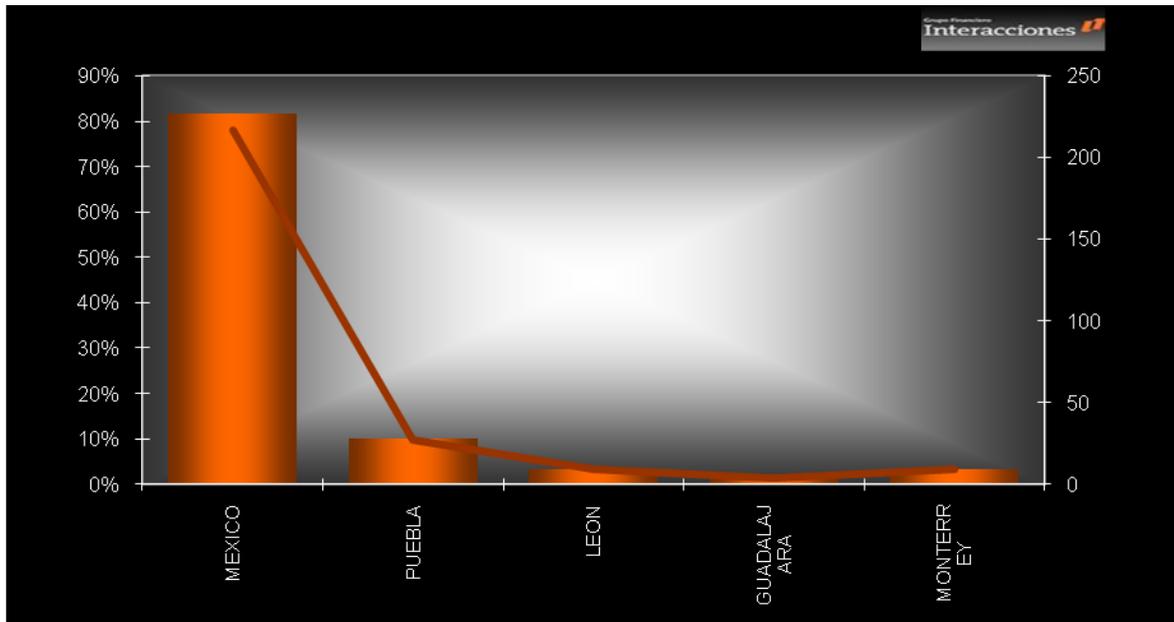
Después de analizar lo anterior, se pondera y se descuentan las primas para ofrecer mejores condiciones de negociación en las oficinas foráneas, tanto en el seguro de gastos médicos individual como en colectivo.

En la gráfica 1.3, se observa que los negocios foráneos representan solo el 12% de la prima emitida, porcentaje mínimo en comparación con los negocios que se realizaron en el DF y Área

Metropolitana, por lo que es importante el crecimiento en el interior de la República. Así se deberán implementar mejoras tanto en el área comercial como en la creación de productos

más atractivos para el resto del país con un enfoque de apertura en nuevos nichos de mercado en la zona de bajo y norte.

**Gráfica 1.3**  
**Negocios Gastos Médicos Mayores Colectivo por Región**



Fuente: Elaboración propia a partir de la información estadística de AISA.

### 1.2.8.1.3 Suscripción de nuevos negocios

La mayor parte de la prima emitida se concentra en el mes de enero, en el resto del año se tuvieron cancelaciones que afectaron los resultados de los negocios contratados en el mismo periodo, teniendo durante varios meses prima emitida negativa.

La suscripción de los nuevos negocios, lleva implícito un análisis de los factores que ponen en riesgo al colectivo y que provocarán pérdidas o utilidades a la Aseguradora, es necesario por lo tanto una valoración exhaustiva con la cual se pretende ofrecer un costo rentable al Contratante,

teniendo la seguridad de que será suficiente para pagar por los siniestros generados.

En el apartado de la renovación anual, ya abordamos el análisis de la siniestralidad para los negocios que ya pertenecen a la cartera de AISA, con respecto a los nuevos negocios introducimos variables, sobre la metodología descrita, ya que se sujeta a la siniestralidad que el agente envía en la solicitud de contratación del seguro de gastos médicos colectivo.

Los tres tipos de casos que, generalmente, se presentan son:

- ▮ **Negocios sin reporte de siniestralidad.**
- ▮ **Negocios con reporte de siniestralidad de un año.**
- ▮ **Negocios con reporte de siniestralidad mayor a un año.**

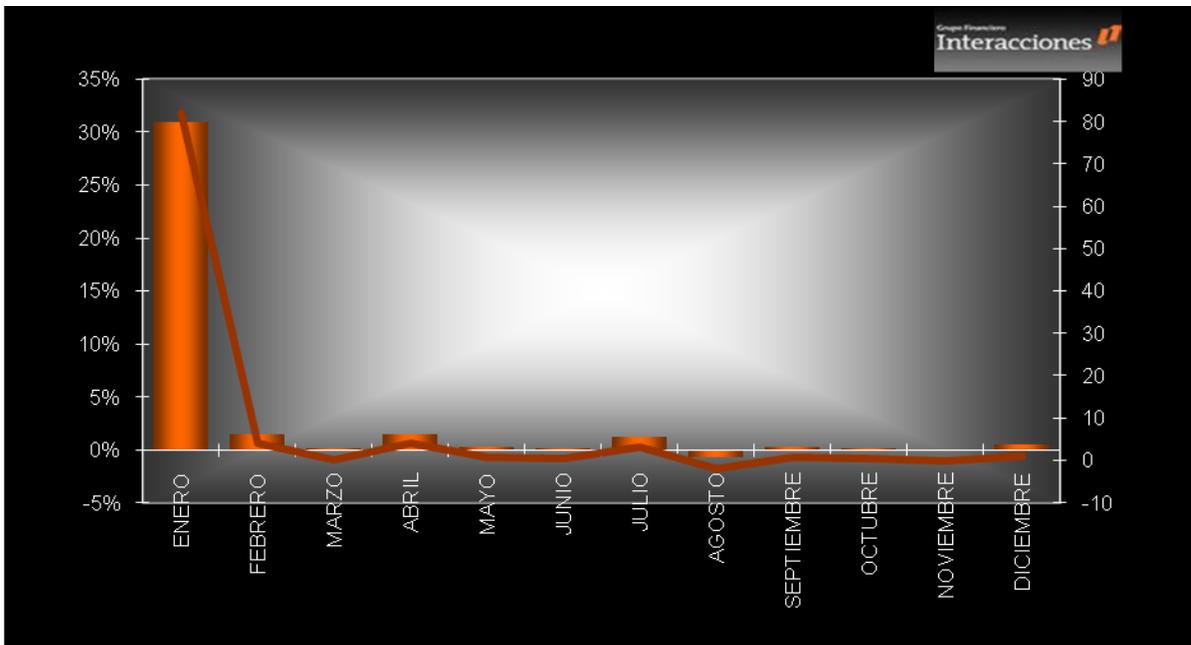
El análisis que se realiza en cada caso varía de acuerdo a los datos que se presentan, y la valoración del riesgo amparado, así como a la distribución de los participantes por edad y condición de salud actual.

Dentro de las metodologías utilizadas se utilizan herramientas de la estadística como la media, la cual es de vital importancia para la valoración del

promedio de los siniestros del colectivo. Otra herramienta es el ROE, que se utiliza para determinar el porcentaje de la utilidad por cada peso emitido.

En la gráfica 1.4 se observa la composición de la suscripción de los negocios nuevos que se realizaron en 2010, como podemos apreciar en la gráfica de barras, el porcentaje se obtuvo de la prima emitida de los nuevos negocios en comparación con el total de la prima emitida durante el año.

**Grafica 1.4**  
**Negocios Nuevos de Gastos Médicos Mayores Colectivo**



Fuente: Elaboración propia a partir de la información estadística de AISA.

## Capítulo 2. Planeación estratégica del seguro de gastos médicos mayores colectivo

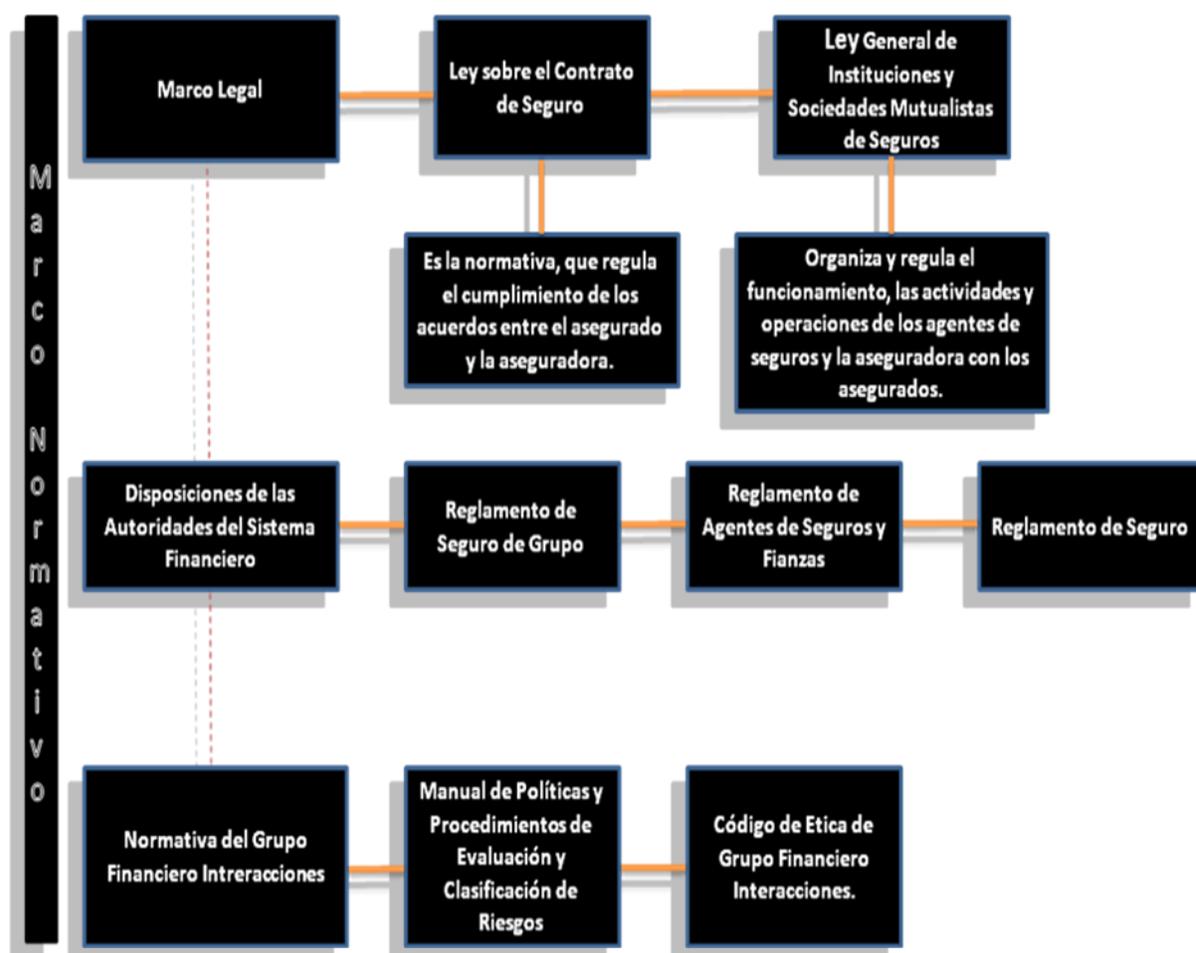
Se analizará el marco normativo sobre el cual se basa la suscripción de Gastos Médicos, así como los estándares y lineamientos, para adentrarnos en el modelo de negocios de AISA, la operación y dentro de esta se detallaran los tipos que se presentan y como se evalúan para presentar la propuesta de aseguramiento. Se mencionarán los negocios especiales y la determinación con los parámetros de negociación para el cierre del trámite y su emisión.

## 2.1 Marco normativo

El marco regulatorio sobre el cual se basa la suscripción de negocios, se estratifica en tres grupos: I) Marco Legal Nacional; II) Disposiciones

de las Autoridades del Sistema Financiero; y, III) Normatividad del Grupo Financiero Interacciones. En la gráfica 2.1 se muestra el esquema normativo.

**Gráfica 2.1**  
**Marco Normativo de Gastos Médicos Mayores Colectivo**



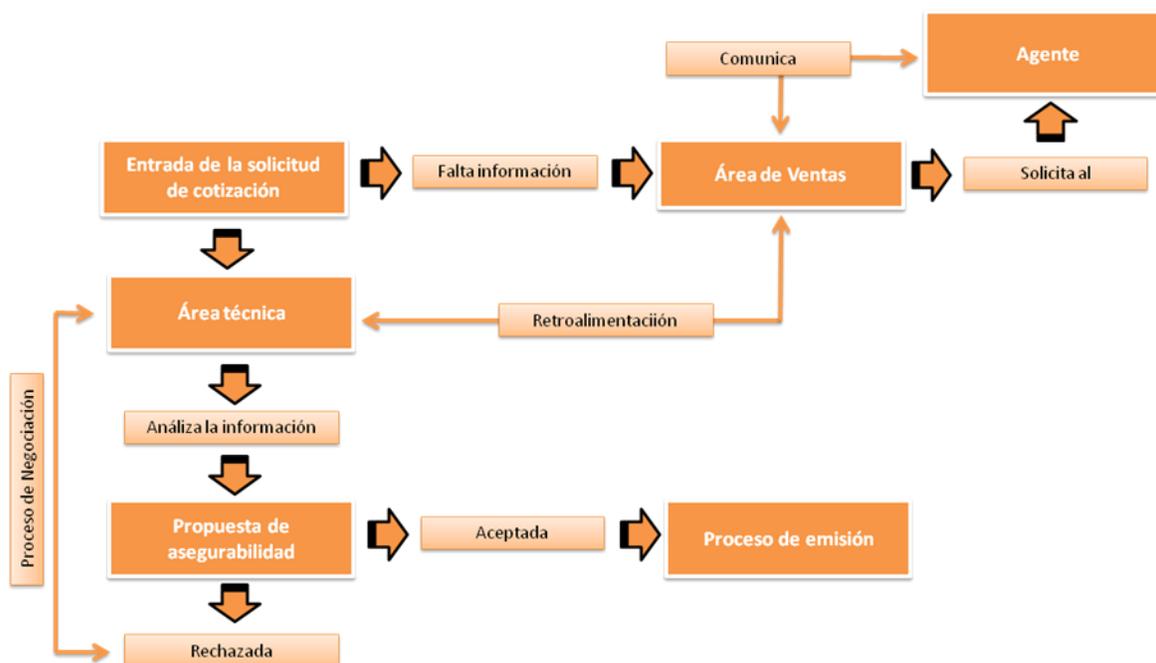
Fuente: Elaboración propia a partir de las disposiciones regulatorias vigentes.

## 2.2 Estándares y lineamientos

Para AISA es importante el éxito y buen funcionamiento de la suscripción, por lo que es necesario contar con políticas y lineamientos que permitan saber cómo proceder.

El proceso de suscripción que sigue un trámite de seguro de gastos médicos colectivo, permite exponer las medidas que se toman en cada punto.

**Gráfica 2.2**  
**Esquemas de procedimiento de suscripción**



Fuente: Elaboración propia a partir de Manuales de procedimiento y Normatividad del Grupo Financiero Interacciones.

En todas y cada una de las partes, se debe de mostrar un orden en el tiempo de la entrada de movimientos. En los análisis que se deben elaborar de la información y llegar a una propuesta que sea competitiva y conveniente, para las partes involucradas: aseguradora y contratante. Se controlan tiempos de respuesta con bitácoras. En

caso de duda o controversia, entre lo solicitado y las condiciones generales o el manual de suscripción, se examina el caso con la jefatura o con el subgerencia de suscripción, que debe de dar el visto bueno sobre la propuesta final que se enviará para la consideración del contratante.

## 2.3 Modelo de Negocios

Dentro de los significados más aceptados de un modelo de negocios podemos decir que es el mecanismo por el cual un negocio trata de generar ingresos y beneficios. Es un resumen de cómo una compañía planifica servir a sus clientes. Implica tanto el concepto de estrategia como el de implementación. Derivado de lo anterior podemos decir que el modelo de negocios que tiene AISA estriba en:

- ▮ Seleccionar negocios que cumplen poder minimizar el riesgo de aseguramiento del colectivo, con la condición de primas competitivas, y por ello no desproteger a los participantes.
- ▮ Ajustar los productos a las necesidades económicas y beneficios deseados por el contratante.
- ▮ Conservar y adquirir negocios que sean rentables para AISA, con el mejoramiento de condiciones y prima en referencia al mercado.
- ▮ Crear nuevos productos que sean estratégicos para la ampliación de la cartera, en mercados aun no explorados.
- ▮ Adherir a todas las oficinas, para involucrar a las áreas que intervienen en la realización de negocios nuevos, renovación o cambio de condiciones, y ofrecer las mejores alternativas para la empresa y el contratante.
- ▮ Acercar al cliente para brindarle alternativas a sus necesidades de aseguramiento.

El modelo de negocios es simple en la táctica, dar el mejor servicio, con opciones rentables para la empresa y la satisfacción de las necesidades del contratante, con el objetivo centralizado de crecimiento. La estrategia, es la dirección por la cual llegaremos a nuestro objetivo, la cual es unir y construir una red en la cual se concentren las oportunidades de colocar el negocio sin perder de vista la rentabilidad.

## 2.3.1 Operación de Negocios

La selección del riesgo es poner el precio justo a cada negocio, basado en la evaluación y criterio del seleccionador, mediante ésta se evalúa y clasifica el nivel de riesgo con el propósito de mantener el equilibrio entre la prima cobrada y los siniestros a pagar, tomando como base el aseguramiento de grupos de individuos sin patología o manifestaciones previas. En este sentido, se puede afirmar que la suscripción o selección del riesgo se procederá bajo dos clasificaciones o etapas:

1. En la primera se seleccionan los riesgos normales, también clasificados como estándar, los cuales han tomado un entorno de mayor importancia al tener una subclasificación llamada riesgos preferentes, los cuales consisten en que los asegurados guardan características de salud extraordinariamente favorables. Para tal efecto, se considera solicitar la siniestralidad del grupo, si no es presentada o se declara no haberse suscitado siniestro alguno, se considera dentro de este rubro.
2. En la segunda, los riesgos subnormales son tarificados, para determinar si son asegurables y bajo qué condiciones, siendo 5 las posibilidades para tarificar a los riesgos subnormales en AISA:
  - Rechazo Definitivo;
  - Extraprima;
  - Extraprima con endoso de exclusión;
  - Endoso de exclusión;
  - Incremento en deducible, coaseguro y/o limitación de la suma asegurada.

A fin de poder realizar un adecuado análisis y evaluación del riesgo, es importante contar con la información básica e indispensable que ayude a realizar esta tarea. Esta información es

fundamental y se condensa en los siguientes documentos:

- La solicitud de seguro de gastos médicos mayores, en donde se recaba la información general que permitirá realizar la selección técnica.
- El cuestionario médico que permite la mejor apreciación de la salud del solicitante.

La selección de un riesgo en seguro de personas, se divide en dos rubros:

- La selección técnica está encaminada a la evaluación de aspectos tales como: edad, hábitos, lugar de residencia, ocupación, estilo de vida, deportes, aficiones, etc.
- La selección médica se realiza basada en la evaluación del cuestionario médico o a través de exámenes adicionales según las circunstancias que se presenten.

La solicitud para seguro de gastos médicos mayores es el documento con que se lleva a cabo la contratación de un seguro. En este documento se recaba la voluntad de contratar un seguro que el futuro tomador dirige a la entidad aseguradora y debe de contener la descripción del riesgo a asegurar, con el detalle que el asegurador necesite para conocer sus características y establecer en función de las mismas, el precio y condiciones bajo las cuales se puede otorgar la garantía solicitada. Por ello, la inexactitud, ocultamiento o falsedad en los datos solicitados tendrán efecto sobre la validez del contrato suscrito y en algunos casos darse por anulado.

### 2.3.1.1 Información mínima requerida

Las características del negocio a asegurar es indispensable conocerlas, por los riesgos que la operación implica, aunque en algunos casos no es posible saber todos los datos. Por ello se creó un formato donde se focaliza la información mínima que se necesita para la suscripción. Son datos indispensables para conocer a la colectividad y los beneficios que requiere el contratante.

Los datos mínimos requeridos para la suscripción y la elaboración de una propuesta de negocio son:

- Elegibilidad del colectivo a asegurar.
- Nombre de contratante (domicilio, RFC, giro, actividades y razón social).
- Suma asegurada.
- Deducible.
- Coaseguro.
- Tabla de honorarios quirúrgicos.
- Nivel de hospitalización.
- Zona de cotización.
- Coberturas adicionales.
- Fecha de inicio de vigencia de la póliza.
- Participación del pago de la prima (opcional contributivo o prestación).
- Archivo de los participantes de la colectividad indicando: nombre, edad, RFC o fecha de nacimiento, sexo y parentesco (titular, cónyuge, hijo, etcétera).

- Siniestralidad indicando: nombre del asegurado, padecimiento, fecha de ocurrido el padecimiento, fecha de pago, monto pagado (indicando si incluye impuesto al valor agrado).
- Periodo de siniestralidad reportado.
- Tipo de trámite (inicial, renovación o cambio de condiciones)
- Agente (clave, nombre y comisión).

Todos los datos son de carácter confidencial y es indispensable su presentación, de lo contrario el trámite se da por rechazado.

**Fotografía 7**  
**Proceso de análisis de la información requerida de carácter confidencial**



Fuente: Fotografía tomada en la sala de juntas de las oficinas matriz el 16 de mayo del 2011.

## 2.3.1.2 Negocios con y sin siniestralidad.

**Negocios sin reporte de siniestralidad** Se cotiza con las tarifas de línea que son calculadas para los negocios de colectivo; se analiza la composición de los participantes del grupo asegurado, que cumplan con las condiciones de aceptación que maneja la compañía en sus condiciones generales y la elegibilidad; se consultan a los asegurados que tengan un mayor índice de riesgo para padecer siniestros en las bases de asegurados de la compañía y corroborar si se tiene algún tipo de información con respecto al participante.

La actividad de los participantes, la edad promedio del grupo y el tipo de condiciones que se solicitan, son los parámetros para definir si es necesario el dictamen del área médica para la aceptación de los miembros en el colectivo. En estos casos, no se ofrece el beneficio de pago de complementos ni preexistencias.

Los negocios con riesgos, que de acuerdo a las políticas de aceptación de siniestros de la Compañía no se pueden tomar o no se tiene la información necesaria para determinarlo, se rechazan.

**Negocios con reporte de un año de siniestralidad.** El análisis que se hace de la cuenta, depende del número de participantes, de las condiciones de asegurabilidad que solicitan, de los siniestros presentados (por el tipo de siniestros y el monto de la siniestralidad) y la compañía donde procede la información.

Generalizando, se encuentra un análisis de la siniestralidad en donde se le pide al área médica, el pronóstico de los complementos de los siniestros presentados, se reconocen a los participantes que tienen siniestros y se hace un análisis por edad de cada uno con los complementos dados, se buscan en las bases

de la Compañía para verificar que no se tenga información adicional.

Derivado de la información de los participantes siniestrados y analizados, se coteja, el costo resultante por el cálculo con tarifas de línea de la Aseguradora y se pronostica si es suficiente para el pago de complementos de los participantes, y se determina mandar la tarifa sin extraprima o incluir el cobro de la misma.

Igual que en el caso anterior, si el riesgo ocupacional que se desea asegurar esta fuera de las políticas de aceptación, se rechaza.

**Negocios con reporte de más de un año de siniestralidad.** El análisis es similar al que se hace con las pólizas de renovación de la cartera de la AISA.

Se analiza la siniestralidad por año, se calculan complementos por parte del área médica de los siniestros del último año, se impactan contra la inflación médica, se le agregan los costos de comisiones y se analiza al grupo de participantes dependiendo de la edad y la siniestralidad para ver si la prima calculada por siniestros alcanza a cubrir los costos de complementos médicos y el riesgo. Con ellos se llega a una prima y se envía la propuesta al agente.

Este tipo de propuestas se aceptan todas las condiciones que traían en la póliza del año inmediato anterior, para que los participantes no sufran modificaciones en sus pólizas por el cambio de compañía aseguradora.

Los cálculos estadísticos que se ocupan varían por caso desde la obtención de medias con desviaciones en las edades o en los siniestros, hasta la apreciación con herramientas más sofisticadas como el ROE.

### 2.3.1.3 Propuesta de Asegurabilidad

La negociación de un contrato de seguro, como cualquier operación comercial tiene un vendedor (aseguradora) y un comprador (contratante), y ambas partes tratan de obtener las mejores condiciones, ambas partes tienen un intermediario, por parte del contratante el agente, por la aseguradora el suscriptor.

El suscriptor, negocia de acuerdo a las reglas y procedimientos de la Aseguradora; sin embargo, existen parámetros que se dejan a la subjetividad. Es necesario que conozca el negocio a asegurar, como las actividades y giro de la empresa, la integración de los participantes de la colectividad (edad, sexo, parentesco), los montos y la periodicidad en la que se registraron los siniestros, las primas pagadas en los años que ha contratado el seguro y la composición de asegurados que tuvieron participación en esos periodos de tiempo, la comisión que ha cobrado el agente y la que pretende cobrar, la mayor información que se pueda conocer añade mejores oportunidades de colocación del seguro. El agente, cuenta con las estrategias que ha ganado con la experiencia en la colocación de seguros, su objetivo el mejor costo de la prima con todos los beneficios, que pide se ampare el contratante.

En la negociación, ambas partes deben estar dispuestas a pactar en un punto, si el agente no puede lograr una disminución de la prima por el riesgo, la siniestralidad o las características de los participantes, cede porcentaje de su comisión, con

respecto a los beneficios que por condiciones generales están excluidos, a menos que la póliza tuviera contratado el beneficio en la vigencia anterior, con documentación que lo certifique, se le puede amparar por endoso.

La propuesta de asegurabilidad, toma forma mediante avancen las negociaciones, y conforme se llegue a un acuerdo entre las partes, se emite y con ello se convierte en póliza de seguro.

#### Fotografía 8

#### Diseño de la propuesta de asegurabilidad del Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo.



Fuente: Fotografía tomada en la sala de juntas de las oficinas matriz el 16 de mayo del 2011.

## 2.3.1.4 Inclusiones y exclusiones.

Los endosos, son documentos contractuales que modifican, previo acuerdo entre la aseguradora y el contratante, las condiciones del contrato y forman parte de este. Lo estipulado en un endoso prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

Las inclusiones, son aquellos beneficios pactados en un negocio que no forman parte del conjunto de beneficios regulares que ampara AISA, es decir, son aquellas cláusulas especiales que el colectivo tenía con la aseguradora donde estaba contratado su seguro. Este cúmulo de beneficios adicionales, se otorgan solo en negocios donde se compruebe mediante documentación contractual, del contratante con la anterior aseguradora, que se tenían amparados y que por la buena siniestralidad del colectivo es posible asumir los riesgos adicionales por ellas. Es posible amparar nuevos beneficios a los colectivos, es decir, sin la presentación de la documentación contractual, siempre y cuando se cuente con la autorización de la subdirección y en casos de alto riesgo con el visto bueno de la dirección técnica.

Los riesgos que requieren autorización, son:

- Deportistas profesionales que no sean de alto riesgo: futbolistas, beisbolistas, corredores.
- Colectivos de personas mayores a 64 años, ya sean activos o jubilados, siempre y cuando la suma de estos no represente más del 3% del grupo asegurable y el pago de la prima sea a cargo de la empresa contratante, es decir, en ningún caso se aceptarán como seguro contributivo.
- Colectividades en los que no se cumplan con que el mínimo de titulares sea de 20 asegurados.
- Suma asegurada sin límite.
- Negocios en los que se solicite fórmula de dividendos.

- Negocios en los que se solicite la eliminación de la entrega de solicitudes y cuestionario médico de los asegurados.
- Negocios con vigencias menores a un año.
- Pólizas sin deducible o coaseguro 0%.
- Pólizas sin límite en la tabla de honorarios quirúrgicos.
- Negocios en los que se tenga que cubrir gastos médicos menores.

Las exclusiones, son aquellos beneficios que de ninguna manera no se pueden conceder, ya que el riesgo de ampararlos no alcanza a ser cubierto por la prima o la probabilidad de un percance es inminente y haría que la póliza no fuera rentable para la aseguradora.

El listado de exclusiones, es:

- Perforadores de pozos petroleros.
- Colectivos de mineros.
- Deportistas profesionales de alto riesgo, como son: paracaidistas, buzos, alpinistas, motociclistas, boxeadores, toreros y corredores de autos.
- Limpia ventanas.
- Obreros que coloquen y quiten andamios, instalen pararrayos y antenas.
- Empresas y talleres de explosivos o municiones.
- Personas que intervengan en el manejo de energía atómica.
- Pilotos fumigadores.
- Operadores de planta eléctrica de alto voltaje.
- Albañiles.
- Personas que se sirven de motocicleta o motonetas para el desarrollo de su trabajo
- Constructores de torres de televisión o torres de estructuras de acero.
- Bomberos.
- Chóferes de ambulancia o carga pesada.

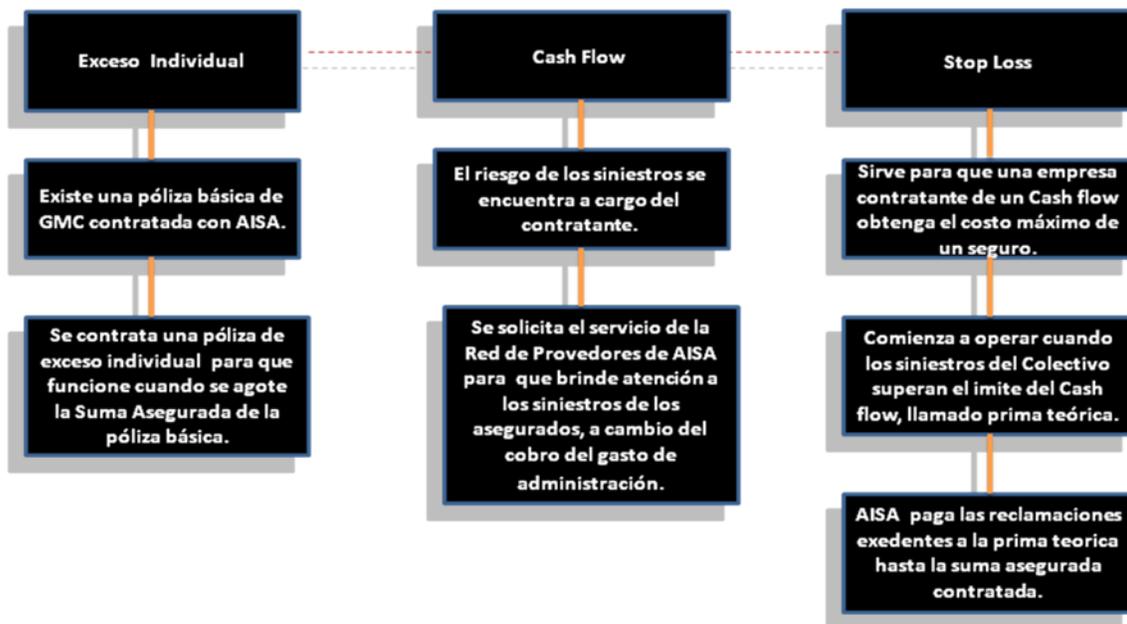
- Transportadores de material explosivo o peligroso.
- Instaladores de elevadores.
- Custodios y personal de seguridad privada.
- Brigadas de prevención de incendios forestales.
- Personal operativo de gaseras y gasolineras.
- Cuerpos del ejército, marina, armada o cualquier actividad militar.
- Operadores de *bulldozer*, palas mecánicas y aplanadoras.
- Pilotos y aeromozas de cualquier tipo de aeronave, ya sea de línea aérea comercial o privada.
- Reporteros y fotógrafos corresponsales de guerra.
- Judiciales, patrulleros, policías, cualquier clase o tipo de estos.
- Dobles de cine conocidos como “*Stunts-man*”.

## 2.3.2 Negocios Especiales

Los negocios especiales son aquellos que por sus características de administración de siniestros o pago de prima, tienen esquemas que no es el tradicional pago de prima por la aceptación de amparar el riesgo del colectivo.

Estos negocios deben contar con características específicas para poder tener estos tipos de administración, mencionaremos solo de breve manera los casos más comunes que se presentan:

**Gráfica 2.2**  
**Esquema de Negocios Especiales de AISA**



Fuente: Elaboración propia a partir de Manuales de procedimiento y Normatividad del Grupo Financiero Interacciones.

Las condiciones para otorgar estos esquemas son:

#### Exceso Individual

1. Verificar si la póliza básica esta con AISA.
2. La vigencia del exceso debe ser la misma de la póliza básica.
3. Identificar que la póliza básica se encuentra pagada.
4. Confirmar si es una prestación del contratante o es opcional contributaria.
5. Edades máximas de aceptación.
6. Límites de suma asegurada.

#### Cash Flow

1. No se reconoce a antigüedad ya que es un plan muy limitado en cuanto a coberturas.
2. Revisión de la siniestralidad de los dos últimos años.

3. Deben ser los mismos asegurados que los contemplados en la póliza calculada en experiencia propia.
4. Es indispensable contar con el texto del plan en donde se especifique claramente las coberturas amparadas.

#### Stop Loss

1. Deducible de pasillo (margen de seguridad para AISA que consta del 25%).
2. No se eliminan siniestros picos (sobre pasen el contrato de reaseguro por asegurado).
3. La suma asegurada del *Stop Loss* debe ser al menos el 50% de la Prima Teórica o mayor sin exceder el 100%.
4. Análisis de la siniestralidad de los últimos 3 años.
5. Cuidar el incremento de asegurados en la póliza.

### 2.3.2.1 Fondo en administración de pérdidas

En este tipo de esquema se maneja lo que anteriormente se mencionó como *cash flow* y *stop loss*. Estableceremos su operación y cálculo de la prima.

Al contratar una póliza de gastos médicos mayores colectivo, una parte del riesgo queda a cargo del contratante, el deducible, después de que el monto de un siniestro lo sobrepasa la responsabilidad queda a cargo de la aseguradora hasta la suma asegurada contratada.

Cuando un siniestro excede dicha suma asegurada, entra un nuevo deducible llamado de pasillo, el cual queda de nuevo a cargo del contratante, para luego entrar en el esquema *cash flow*, en el cual AISA no corre riesgo, ya que únicamente se cobra un porcentaje por la administración de pérdidas. El pago de la prima es de  $1/12$  de la prima total, y una vez que la siniestralidad supera este monto, se cobra nuevamente  $1/12$  de la prima, y así sucesivamente, hasta que el monto del siniestro sea mayor que la prima estimada para este esquema.

El deducible de *stop loss* nuevamente es responsabilidad del contratante y si el siniestro aún sigue generando gastos estos serán a cargo nuevamente de la aseguradora hasta la suma

asegurada contratada para este esquema. El pago de la prima se hace por un porcentaje de la misma por los primeros  $n$  pesos que genera el siniestro; una vez sobre pasado ese monto de siniestro se cobra un nuevo porcentaje por otra  $x$  cantidad de siniestralidad; con esto se tiene el control sobre el cobro de la prima y en caso de presentarse siniestros catastróficos, puede cancelarse el contrato.

Los negocios que por motivos de siniestralidad o por la naturaleza del mismo riesgo se requieren emitir pólizas con esquemas especiales, el área de emisión deberá de informar a la Gerencia de Control y calidad de daños, a fin de que esta pueda llevar el control de la siniestralidad que corresponde. Es de vital importancia llevar un control estricto sobre estas pólizas, ya que la prima de los contratos de *cash flow* y *stop loss*, son pequeñas debido a que la probabilidad de que la siniestralidad sobrepase las capas de los esquemas inferiores es mínima.

La gráfica 2.3, esquematiza el mecanismo de interacción por capas del fondo, protegiendo a la aseguradora de posibles pérdidas y al contratante para controlar el gasto por siniestros del colectivo.

**Gráfica 2.3**  
**Esquema Cash flow y Stop Loss de AISA**



Fuente: Elaboración propia a partir de Manuales de procedimientos de AISA.

### 2.3.2.2 Esquema de prima mínima

Mientras que los esquemas especiales, son para control de la siniestralidad, el esquema de prima mínima se ofrece a los negocios que han tenido un excelente comportamiento de sus siniestros en por lo menos 3 años consecutivos. Esto porque el contexto mismo de la administración de la prima es solo para pago de complementos y para aquellos incidentes aislados de siniestros nuevos que presente el colectivo. Es indispensable que el número de asegurados sea de por lo menos 75 Titulares más dependientes (cónyuges e hijos solteros menores de 25 años), siempre y cuando sea un grupo auténtico y sea una prestación que otorgue el contratante al 100%.

En la gráfica 2.4 se ilustra un ejemplo de lo que puede ser un esquema de prima mínima, el 70/30 al 65%, esto significa que la prima total a pagar será en dos exhibiciones, la primera al iniciar vigencia, con un 70% de la prima total, de este se calcula el 65%, la cantidad resultante es el limite de siniestralidad que puede tener la póliza, una vez superado, se deberá de pagar la otra parte de la prima es decir, el 30% restante.

**Gráfica 2.4**  
**Esquema de prima mínima 70/30 al 65%**



Fuente: Elaboración propia de la autora.

Como puede apreciarse, la siniestralidad no puede superar el 65% de la primera exhibición de la prima, ya que esta servirá para pagar los complementos de los siniestros de las vigencias pasadas y para el pago de comisiones y gastos de administración, que son gastos fijos que devengará la póliza. Si se pacta una disminución en alguno de los gastos el porcentaje de siniestralidad puede incrementarse; por ejemplo: si lo gastos de

administración y adquisición suman un 30%, el límite de siniestralidad será del 70%.

De la misma manera, la prima total puede dividirse hasta en tres exhibiciones y con porcentajes variados.

El esquema de prima mínima, entonces consta de al menos tres dígitos, los dos primeros indican como se dividirá la prima y el tercero el porcentaje

de la siniestralidad límite de la póliza antes de realizar un próximo pago de prima.

En estos casos, se debe de tener una revisión constante de la siniestralidad, no se puede realizar el pago de primas de manera fraccionada, y el número de asegurados debe permanecer constante a lo largo de la vigencia

### 2.3.2.3 Exceso

Es una póliza que se contrata en virtud de querer una suma asegurada mayor a la contratada en la póliza de gastos médicos mayores colectivo. Una de sus características es que se contrata de manera voluntaria e individual, es decir, el costo del exceso corre a cargo del asegurado interesado y solo se pueden dar de alta los beneficiarios de la póliza colectiva.

La póliza básica, tiene las especificaciones pedidas por el contratante para el colectivo asegurado, las coberturas de las cuales goza el asegurado titular y sus dependientes, se ven incrementadas por el exceso.

El exceso, comienza a funcionar en el momento en que el pago de un siniestro rebaso la suma asegurada de la póliza básica, los complementos de dicho percance, se seguirán pagando hasta terminar con la suma asegurada contratada en esta póliza.

El deducible de la póliza de exceso, es la suma asegurada contratada en la póliza básica. Por ello, en este tipo de casos no se amparan los beneficios que tienen un tope de pago; un ejemplo sería parto y embarazo el cual esta topado a un pago de 20,000 pesos por evento, como la suma asegurada

de la póliza básica seguramente será mayor a esa cantidad (incluido deducible y coaseguro), este riesgo no entraría en la póliza de exceso en ningún caso.

El monto de siniestralidad que puede absorber esta póliza depende de la suma asegurada contratada en la póliza básica, es por ello que a menor suma asegurada en la básica, el costo del exceso se incrementa, al ser mayor el riesgo amparado

Gráfico 2.5  
Esquema de exceso de la póliza colectiva



Fuente: Elaboración propia de la autora

## 2.3.2.4 Descuento por nómina

El pago de la prima, por este método es una de las solicitudes más repetidas de las pólizas opcional contributarias o donde el asegurado participa en proporción con el contratante. Contempla una administración práctica, ya que vía nómina se cobra la parte correspondiente.

El contratante, es el encargado de hacer los cobros y de realizar los pagos a la aseguradora en la periodicidad pactada, mensual o quincenal. Así

mismo, en caso de baja de un asegurado de la colectividad avisar la fecha de baja del Titular y dependientes de manera anticipada, de lo contrario los pagos por el certificado no reportado corren por su cuenta.

El asegurado, cuenta con la ventaja de no pagar en una sola exhibición y perder liquidez, además de que goza de las ventajas de tarifas de colectivo.

## 2.3.3 Parámetros de negociación

Los factores que se pueden manipular para llegar a la colocación de un negocio, son aquellos que están sometidos a la parte subjetiva de la suscripción. Estos parámetros, son en parte los requerimientos del contratante y en otra las puntos sobre los cuales no se tienen reglamentaciones definidas como únicas, es por ellos que los productos de AISA no son cerrados, con la finalidad que el contratante tenga la oportunidad de vincular sus necesidades de asegurabilidad con los límites presupuestales que se asignen para el pago de un seguro de gastos médicos colectivo.

Los parámetros pueden ser desde los beneficios básicos o adicionales, si se cotiza con las tarifas de gastos médicos colectivo, para negocios sin siniestralidad. En los casos de pólizas por experiencia de siniestralidad: las comisiones, el tratamiento de los siniestros picos, el tamaño del colectivo asegurado, la salida de participantes que tuvieron siniestros catastróficos o que agotaron la suma asegurada contratada, hasta aquellos que son calculados por la aseguradora en función de una mayor utilidad y que por conservar el negocio, cuando es rentable, pueden minimizarlos, ya se de

acuerdo a los estudios es posible tener un margen de desviación, tal como la inflación contemplada en el incremento de los costos médicos, el derecho de póliza o el recargo por pago fraccionado.

El agente y AISA, son las partes dentro de la negociación, ambos deben estar interesados en la colocación del negocio, y por ello estar dispuestos a mediar, no se puede olvidar que por la aseguradora el interés primordial es no caer en pérdida, por lo que es posible que si el negocio le interese baje incluso al mínimo la utilidad, incluso no incluirla, y los gastos de administración. Por otro lado, el agente, buscará que le otorguen los mayores beneficios solicitados al contratante, pero también una remuneración.

Las negociaciones al estar cerradas, tanto agente como aseguradora es común que bajen sus comisiones a la par para llegar a una prima objetivo, por ningún motivo la aseguradora puede bajar los costos más de lo que se necesita para afrontar los compromisos de pagos de siniestralidad a los que se compromete con el contrato de seguro.

### 2.3.3.1 Siniestros pico

Es un monto de siniestro muy elevado, el cual sobrepasa el límite estipulado en el contrato de reaseguro facultativo.

En la renovación de una póliza con siniestro pico, a parte de la valuación médica de complementos para la siguiente vigencia, es necesario verificar el año en el cual se apertura, con que suma asegurada y que el participante sigue aún en el colectivo. Todo lo anterior, para no encarecer la póliza con la proyección de un siniestro que ya no genera complementos o que el asegurado ya no es integrante del colectivo.

Para ello, se analizan la reincidencia en las enfermedades de cáncer, tumores malignos y carcinomas o que formen parte de la lista de padecimientos excluidos de AISA, es decir, si existen asegurados que han tenido estos padecimientos en más de una ocasión.

El siniestro pico, se topa en el cálculo de la prima del seguro, al límite del contrato de reaseguro, ya que la responsabilidad de la aseguradora termina con el pago de este monto, el no considerar el 100% del pago del siniestro sirve en no encarecer el costo de la póliza. Así, se logra un doble objetivo:

#### **Conservar la población completa del colectivo.**

Porque el contratante al tener una prima sin recargo elevado, a pesar de tener alta siniestralidad, sigue conservando el seguro por el pago de complementos, debido a que si lleva el negocio a otra aseguradora y se cotiza por siniestralidad, el costo sería elevado. Por otro lado, a la aseguradora le conviene porque la población sigue conservándose, es decir, no se queda solo la población siniestrada y por la Ley de los grandes números entre mayor sea el número de asegurados soportará mejor el pago de siniestros.

#### **Ofrecer primas competitivas.**

Los agentes, llevan negocios variados, al darles mejores tarifas, se ponen como aseguradora preferente para colocar el negocio. Si por el contrario, se encarecen las primas, desproporcionadamente, se llevan sus negocios a compañías que ofrezcan mejores condiciones de asegurabilidad.

**Gráfico 1.6**  
**Esquema de contrato de reaseguro**



Fuente: Elaboración propia de la autora

### 2.3.3.2 Inflación salud

La inflación en salud es consecuencia, sobre todo, de las continuas innovaciones tecnológicas en el sector, las cuales han hecho que los precios de los productos y los servicios para la salud se incrementen a un ritmo mayor que el índice general de precios.

Los precios de los medicamentos, crecen en cantidades cada vez más desproporcionadas con respecto al gasto diario. Por ello, al renovar una póliza se debe considerar en el incremento, que no serán los mismos costos en el presente que durante el resto del año.

La inflación en salud, es entonces una tasa de incremento que se obtiene de proyectar el costo de la atención médico-hospitalaria, medicinas y aparatos, y se basa en el estudio del incremento de los precios en referencia de un año con el inmediato anterior. Este estudio es realizado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), el cual se difunde a todas las Aseguradoras del país, y así se adecua con la siniestralidad de cada compañía.

### 2.3.3.3 Comisiones

La comisión para el agente de seguros debe considerarse en toda cotización o emisión de documentos; así como tener contemplar los gastos de administración y el margen de utilidad de AISA.

Por Ley, en el momento que así lo requiera el contratante tiene el derecho de solicitar a la Aseguradora el dato del porcentaje de comisión que cobra el agente por ser intermediario del seguro, por ello es necesario en el sistema se tenga el dato actualizado, además para hacer cálculos del impacto de la siniestralidad contra la prima pagada, es necesario descontar la parte de comisiones, gastos de administración, derechos de póliza, IVA, recargo por pago fraccionado y

utilidad, para obtener la prima de riesgo, que es al final la que debe soportar la siniestralidad.

Las comisiones del agente, pueden jugar un doble papel; por un lado, es uno de los recursos para ganar un negocio, ofreciéndoles algo más atractivo que la competencia, y con ello asegurar la colocación en la compañía, esto opera cuando el negocio es nuevo o ha tenido una buena siniestralidad en los años que ha tenido contratada una póliza de gastos médicos mayores; por otro lado, es sobre la cual se puede bajar la prima de una póliza, esto generalmente se plantea cuando se va a renovar la póliza y la siniestralidad no fue buena en el último año.

## 2.3.3.4 Competencia

Para proceder de una manera uniforme y equitativa ante la solicitud de una cotización por varios conductos o ante las cotizaciones o cambios o cambio de conducto en pólizas o documentos vigentes o renovables, se aplica la siguiente clasificación:

**Negocios nuevos para la compañía.** Cuando más de un agente, solicite cotizar un mismo negocio, los términos y condiciones de cotización siempre serán los mismos, salvo en los casos en que se solicite diferente esquema de aseguramiento, en cuyo caso se respetará siempre una base inicial de cotización. La información que entregan los agentes participantes se hará extensiva a cada uno de ellos a fin de obtener los mejores términos y condiciones que le permitan a AISA mayor competitividad.

La información adicional, que se obtenga una vez que se haya entregado la cotización, que permita mejorar las condiciones ofertadas, se tomará en cuenta dándole aviso al área comercial para determinar la factibilidad de presentar una contra propuesta.

**Renovaciones.** La renovación de la propuesta de asegurabilidad, solo se le presenta al agente con el cual se tiene colocado el negocio. La cotización solo podrá ser entregada a otro agente si el contratante otorga carta de cambio de conducto, en hoja

membretada en la cual se especifique que se ha nombrado a un nuevo agente y se haga del conocimiento del agente vigente.

Se mantienen los términos y condiciones emitidos si la solicitud contempla el mismo esquema de aseguramiento. En caso de solicitar otro esquema, se respetará siempre la base inicial de cotización que se presenta en la póliza vigente.

**Pólizas vigentes.** Si existe una solicitud de cotización de un negocio vigente por un agente diferente al que intermedia la póliza, será necesario que el contratante otorgue carta de cambio de conducto en hoja membretada donde especifique que ha nombrado a un nuevo agente. En caso de proceder la cotización queda sujeta a se mantendrán los mismos términos y condiciones emitidos si la solicitud contemple el mismo esquema de aseguramiento.

Las propuestas de aseguramiento, en estos casos, se manejan con suma cautela, pues se puede prestar a falsas interpretaciones por parte de contratante y a caer en contradicciones de cobro de prima. Es por ello, que solo se entregan a un agente diferente al intermediario solo con autorización del contratante y si la prima es menor a la ya ofrecida, es necesario aclarar que es debido a cesión de comisión por parte del agente, dejándolo estipulado por escrito.

## 2.3.4 Emisión

Posterior a la aceptación de la propuesta de aseguramiento, se prosigue el trámite de emisión de la póliza. Con ella, se da por concluida la parte de negociación del área técnica, pero aún se debe vigilar la correcta entrega de la póliza.

La validación de la información ingresada para la cotización de la propuesta, entregar las tarifas individuales de los participantes para la carga en el sistema, verificar que se cumplan las edades de aceptación de los participantes y que el parentesco sea el estipulado en la elegibilidad de la póliza, es la primera parte de la emisión del póliza.

La emisión debe contener los endosos especiales pactados con el agente, las condiciones de acuerdo a la información proporcionada, avisar del pago de comisiones al área correspondiente y en caso de una administración topada de siniestros, coordinar con el área la vigilancia de esas pólizas; verificar que todas las áreas están enteradas de los parámetros de la negociación que sale de las condiciones normales, como: comisiones o bonos especiales al agente, coberturas aceptadas de la aseguradora anterior, etc. Una vez que se encuentra impresa la póliza, se verifican que todo se encuentra de acuerdo a lo planteado, y se otorga el visto bueno

## 2.3.5 Sistemas

La carga de los asegurados en el sistema, es una de las partes del proceso que se pueden mejorar y con ellos brindar un servicio más rápido en la entrega de la póliza.

Las primas pivote cargadas, deben de acoplarse a los resultados del cotizador, con los mismos ajustes por coberturas y en la detección de los asegurados que no cumplan con alguna de las cláusulas de aceptación del manual de suscripción o de la condiciones generales.

Por ello, es trascendental vincular las áreas de suscripción, emisión y sistemas, para mejorar los tiempos de entrega de las pólizas, es por ello que se hace vital conocer la programación del sistema en la carga de asegurados y siniestralidad, con el fin de encontrar de manera efectiva los errores generados en algún momento de la permanencia del colectivo en la Aseguradora, realizar una correcta administración del riesgo contratado y minimizando la posibilidad de pérdida de rentabilidad

## Conclusiones

La planeación estratégica, es el proceso por el cual se analiza al seguro de gastos médicos mayores colectivo, se aclaran los objetivos de la empresa al ofrecer en el mercado este producto, las reglas de operación y contratación; pero existe un pequeño margen de aleatoriedad dentro de este conglomerado de procedimientos, políticas y normas.

El actuario, juega un papel primordial en ese mínimo espacio, que puede hacer la diferencia entre una buena colocación y un mal negocio, examinando las bases de datos y las solicitudes de asegurabilidad, se llegan a encontrar incompatibilidades entre las reglas de la aseguradora para suscribir y las necesidades del contratante, que deben ser solucionadas acertando en mediar ambas partes, sin perder de vista que es juez y parte en este proceso, debido a que debe brindar la mejor opción de mercado que satisfaga las demandas de la compañía aseguradora a la que representa y la del contratante.

Las bases técnicas, que proporciona el actuario en la negociación proceden del cumulo de sus conocimientos puestos en práctica, amalgamando: las reglas de operación de la aseguradora, la capacidad de análisis y sintetización de la información que proporciona el contratante, la proyección de los siniestros en el tiempo que la

aseguradora soporta el riesgo y el interés por retener la póliza de seguro.

En la negociación de colocación de un seguro de gastos médicos mayores colectivo, las estadísticas juegan un papel primordial, por una lado para ofertar una propuesta y por otro para poder ofrecer un descuento sin afectar los requerimientos mínimos de utilidades solicitados por la aseguradora para afrontar el riesgo y soportar el negocio. Es imprescindible pulir y perfeccionar técnicas estadísticas, para llegar a resultados con mínimas desviaciones y ofrecer alternativas viables de asegurabilidad, con productos que impacten en el mercado.

El proceso de suscripción, incluye la emisión de la póliza, donde se incorporen las condiciones que se pactaron en la negociación y con las cuales se llegó a la prima total a pagar y la integración de la póliza al sistema de la aseguradora, con la información puntual de los parámetros negociados y los ajustes devengados de las condiciones especiales pactadas. Estas últimas etapas, son especialmente importantes de ser revisadas ya que será un cimientito más en el acervo de informaciones y datos a revisar por el actuario encargado de la renovación de la póliza el año siguiente, por lo que es necesario conocer la programación del sistema para la carga de la información.

## Bibliografía

Manual Normativo de Suscripción. Grupo Financiero Interacciones, S.A de C.V. Aseguradora Interacciones. Enero 2011.

Manual de Políticas y Procedimientos de Evaluación y Calificación de Riesgos. Seguro de Gastos Médicos Mayores. Aseguradora Interacciones, S.A de C.V. Diciembre 2010.

Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo. Aseguradora Interacciones, S.A de C.V. Octubre 2010.

Código de Ética de Grupo Financiero Interacciones, S.A de C.V. Agosto 2008.

[www.interacciones.com](http://www.interacciones.com) Consultado en los meses de abril y marzo del 2011.

# Anexo 1 Carta de Autorización

Aseguradora  
**Interacciones** 

México, D.F. a 07 de Abril del 2011

**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, al **C. Romina Rubí Pérez Márquez**, con número de empleado 043073 y fecha de Antigüedad desde el 24 de Abril del 2009, periodo durante el cual ha cubierto un horario de 8 am a 6 pm de lunes a viernes en el Área Técnica de Personas, en el puesto de Analista Técnico de Nuevos Proyectos, se le concede el uso de información de Aseguradora Interacciones, S.A de C.V. Grupo Financiero Interacciones, que no sea de carácter reservado o confidencial, para fines académicos y exclusivamente para el reporte por experiencia profesional, titulado: **"Planeación estratégica del seguro de gastos médicos mayores colectivo"** dirigida por el Act. José Fabián González Flores, académico de la Facultad de Ciencias de la UNAM.



---

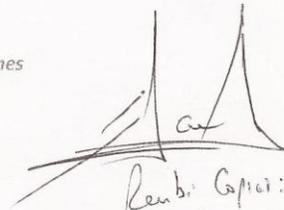
*Act. Vicente Negrete Ayala*

*Gerente de Suscripción Personas*

*Aseguradora Interacciones, S.A de C.V. Grupo Financiero Interacciones*

*Tel de Oficina. 5326-8600 Ext.4484*

*Tel. Celular 04455-4139-3738*



*Renbi Capici:*

*Carta  
Foramto*

*ABR. 20. 2011*

SG012

ASEGURADORA INTERACCIONES, S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO INTERACCIONES  
Reforma No. 383 y Col. Cuauhtémoc 06500 México, D.F. Tel. 52413900 Fax: 524183983 y 52413973 www.interacciones.com