



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS

**SUSCRIPCIÓN POR REASEGURO FACULTATIVO
DE RIESGOS AGRAVADOS DE
VIDA INDIVIDUAL**

**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:

ZILCA DÍAZ LÓPEZ



**TUTOR:
ACT. OSCAR ÁNGEL PINEDA CARRASCO**

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Hoja de Datos del Jurado

1. Datos del alumno

Díaz
López
Zilca
52 71 10 88
Universidad Nacional Autónoma de
México
Facultad de Ciencias
Actuaría
090521245

2. Datos del tutor

Act.
Oscar Ángel
Pineda
Carrasco

3. Datos del sinodal 1

Act.
Arturo
Roldán
López

4. Datos del sinodal 2

Act.
Ricardo
Villegas
Azcorra

5. Datos del sinodal 3

Act.
Elsa Lorena
González
Franyutti

6. Datos del sinodal 4

Act.
María Lila
López
Pineda

7. Datos del trabajo escrito

Suscripción por reaseguro facultativo de riesgos agravados de vida individual
136 p
2015

INDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| CAPÍTULO 1. SUSCRIPCIÓN DE RIESGOS AGRAVADOS EN VIDA INDIVIDUAL..... | 10 |
| Introducción..... | 10 |
| Aspectos relevantes del seguro de vida individual..... | 12 |
| Interés asegurable | 12 |
| Tipos de seguro de vida individual | 13 |
| Planes de seguro de vida individual..... | 14 |
| Riesgos agravados en vida individual..... | 17 |
| Características de la suscripción de riesgos en vida individual..... | 21 |
| Suscripción de riesgos en vida individual..... | 23 |
| Riesgo médico | 25 |
| Riesgo deportivo y aficiones peligrosas | 26 |
| Riesgo moral y financiero..... | 30 |
| Proceso de administración del riesgo agravado | 31 |
| Etapas del proceso | 35 |
| Identificar | 36 |
| Analizar..... | 37 |
| Evaluar..... | 38 |
| Administrar..... | 40 |
| Monitorear y revisar | 41 |
| Comunicar y consultar | 41 |
| CAPÍTULO 2. REASEGURO FACULTATIVO EN RIESGOS DE VIDA INDIVIDUAL..... | 43 |

| | |
|--|-----------|
| Reaseguro..... | 43 |
| Límite máximo de retención..... | 46 |
| Esquemas de Reaseguro..... | 48 |
| Obligatorios..... | 50 |
| Proporcionales..... | 53 |
| Cuota-Parte..... | 55 |
| Excedente..... | 56 |
| Combinado o mixto..... | 59 |
| No proporcionales..... | 59 |
| Stop Loss..... | 61 |
| Exceso de pérdida operativo..... | 62 |
| Exceso de pérdida por evento..... | 63 |
| Reaseguro Facultativo..... | 64 |
| En seguros de vida individual..... | 65 |
| Colocación de riesgos en reaseguro facultativo..... | 70 |
| CAPÍTULO 3. SUSCRIPCIÓN DE RIESGOS AGRAVADOS EN EL CONTRATO DE REASEGURO FACULTATIVO..... | 73 |
| Introducción..... | 73 |
| Estudio de casos..... | 76 |
| Selección médica..... | 81 |
| Antecedentes de lesión medular y vejiga neurogénica..... | 82 |
| Riesgo por obesidad mórbida..... | 83 |
| Selección no médica (ocupacional y financiera)..... | 86 |
| Suscripción de riesgo ocupacional..... | 87 |
| Ocupacional: minero..... | 90 |

| | |
|--|------------|
| Riesgo financiero | 93 |
| Por cobertura..... | 95 |
| Invalidez profesional para deportistas..... | 95 |
| Pérdida de licencia..... | 96 |
| Guía y estrategias de suscripción | 97 |
| APENDICE DE CUESTIONARIOS | 100 |
| Cotización de vida individual | 101 |
| Solicitud para seguro de vida individual..... | 102 |
| Cuestionario financiero | 104 |
| Formato de examen médico | 107 |
| Cuestionario sobre asma..... | 115 |
| Cuestionario “cardiopatía isquémica” | 118 |
| Cuestionario sobre drogas..... | 123 |
| Cuestionario sobre hipertensión arterial | 125 |
| Cuestionario para paracaidista civil y militar | 128 |
| Cuestionario para participante en carreras de automóviles | 129 |
| Cuestionario riesgos “ejército” | 131 |
| Riesgo de estancia y riesgo político..... | 133 |
| CONCLUSIONES | 134 |

BIBLIOGRAFÍA 136

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está dirigido a los alumnos de la carrera de Actuaría y a aquellas personas interesadas en conocer las bases de la selección de riesgos en los seguros de vida individual y el alcance que este proceso conlleva cuando deben ser colocados en reaseguro facultativo. Tiene como objetivo apoyar a personas que inicien su carrera laboral en una compañía de seguros y sean ubicadas en un área de selección de riesgos de vida individual y reaseguro y que cuenten con poca experiencia.

Los riesgos agravados de seguro de vida deben ser lícitos, posibles, cuantificables, concretos, asegurables y fortuitos, entre otros aspectos; cada riesgo debe clasificarse y medirse, siendo indispensable conocer al detalle sus características e identificar los factores agravantes del riesgo. En la medida que los riesgos se agraven o se incremente la probabilidad de ocurrencia, será necesario dispersarlo, buscando el apoyo, visto bueno o aprobación de otras compañías de seguros conocidas como reaseguradoras con quienes se comparten las pérdidas asociadas en caso de suscitarse un evento desfavorable.

En cada esquema de reaseguro facultativo que se suscriba para la cobertura de un riesgo agravado será preciso establecer las condiciones y los acuerdos; así como establecer los montos máximos de suma asegurada, aprobados por la autoridad, para seleccionar los riesgos que podrá retener la aseguradora por cuenta propia, y aquellos en los que se establecerán acuerdos con las reaseguradoras.

En el proceso de suscripción de riesgos se deben identificar las particularidades de cada uno; por ejemplo, existen casos en los que el riesgo médico es la prioridad a revisar; aquellos riesgos en los que se manifiesta claramente el deseo latente de practicar los deportes de alto riesgo que se caracterizan por llevar al

límite la condición física de una persona, arriesgándose excesivamente, así también aquellas personas con profesiones de alto riesgo por su forma y estilo de vida que tienen para ganarse el sustento, y finalmente, existen los que pueden llevar implícito un riesgo por su ocupación, ubicación geográfica o algún otro factor que lo incremente.

Durante el proceso de selección de riesgos, el especialista debe enfrentarse con características especiales que tiene cada uno de éstos y que podrían llevar de manera implícita una agravación del mismo, es decir, que se encuentran mayormente expuestos a que ocurra un evento desfavorable. Por este motivo, en el momento de seleccionar y clasificar cada riesgo, es importante identificar aquellos factores que pudieran agravarlo y, de este modo, poder analizarlo, evaluarlo, administrarlo y monitorearlo de forma adecuada pero sobre todo clasificarlo adecuadamente.

En este contexto el presente reporte de experiencia profesional tiene como objetivo explicar cómo se desarrolla un proceso de administración de riesgos agravados de vida individual; así como la importancia que tiene la correcta selección, clasificación, análisis y evaluación de los mismos, con el propósito de proponer un esquema de reaseguro facultativo y algunas estrategias para la suscripción, las cuales garanticen la rentabilidad y el interés asegurable para la compañía.

Los objetivos específicos del reporte son:

En el capítulo 1 se conceptualizará la importancia de la necesidad de adquirir un seguro de vida, los tipos de planes y seguros de vida individual y se clasificará al riesgo agravado de vida, y se explicará el proceso de selección y administración desde su identificación, revisión y evaluación de los riesgos como la base de la

administración de éstos y se discutirá sobre la importancia de seleccionarlos adecuadamente.

En el capítulo 2 se explicará el diseño de un esquema de reaseguro facultativo a partir de la retención técnica de una compañía de seguros así como la propuesta para la administración de los riesgos agravados en el seguro de vida, el cual bajo la posibilidad de que sean compartidos o no, permitirá mantenerlos bien administrados. Además se señalan los tipos de reaseguro más frecuentes y las reglas que deben observar las compañías de seguros ante la autoridad para dar cumplimiento a las disposiciones regulatorias.

En el capítulo 3 se mostrará la manera de identificar esos riesgos especialmente agravados, identificando los factores que los hacen salir de parámetros que establecen las compañías de seguros, ya sea por factores médicos, ocupacionales y financieros, para lo cual se explicarán casos reales y se propondrán algunas estrategias que garanticen la rentabilidad y el interés asegurable, es decir que haya una necesidad real de la existencia de un seguro, con toda la intención de que no ocurra el siniestro, pero que si ocurre pueda resarcirse la pérdida económica.

CAPÍTULO 1.

SUSCRIPCIÓN DE RIESGOS AGRAVADOS EN VIDA INDIVIDUAL

Introducción

La suscripción de riesgos juega un papel preponderante en aquellas empresas que consideran al riesgo como un elemento propicio para la obtención de ganancias o beneficios. Por este motivo, deben cuidar o priorizar esta actividad ya que si se lleva a cabo de manera adecuada es posible obtener una mayor rentabilidad.

El riesgo¹ es la vulnerabilidad ante un potencial perjuicio o daño para las unidades, personas, organizaciones o entidades (en general bienes jurídicos protegidos). Cuando mayor es la vulnerabilidad mayor es el riesgo, pero cuando más factible es el perjuicio o daño, mayor es el peligro. Por esta razón, es necesaria una adecuada administración de los riesgos con el propósito de conseguir una disminución de las posibles pérdidas que desencadene un evento, o mejor aún, obtener ganancias. El hecho de que no exista una adecuada administración de los riesgos dentro de una empresa, implicaría una posible amenaza a su productividad y, en ocasiones, el peligro en la continuidad de sus actividades.

Estas posibles pérdidas también pueden darse entre los clientes, acreedores, empleados, accionistas y, en general, cualquier persona que esté relacionada con el riesgo en cuestión. En específico, los eventos a los que están expuestas las personas pueden provocar un desenlace adverso, total y definitivo, como es el caso de fallecimiento y un eminente desamparo a sus beneficiarios o dependientes económicos.

De manera muy general, la administración de riesgos llevada a los seguros de vida individual, es el proceso que se sigue desde que un riesgo llega a una compañía de

¹ Definición de WIKIPEDIA La enciclopedia libre

seguros en busca de algún tipo de aseguramiento hasta la ocurrencia del evento amparado, que en el caso de los seguros de vida se refiere al fallecimiento, la invalidez a causa de accidente y/o enfermedad o la pérdida de algún órgano o miembro a causa de un accidente. Lo anterior, en el caso de que se amporen o contraten todas o algunas de las coberturas amparadas, pues no son obligatorias. La única cobertura obligatoria que debe ampararse en un seguro de vida individual es la cobertura por fallecimiento, que se denomina básica, las demás son opcionales. La compañía de seguros da inicio a la revisión del riesgo para determinar si es viable tomarlo y asegurarlo o bien declinarlo. En esta decisión intervienen muchos factores, como la salud del prospecto, la ocupación, sus principales actividades, sus ingresos, conocer la razón por la que necesita el seguro, etc. La intención de este proceso es la identificación y correcta valoración del riesgo.

En algunos casos será factible asegurar a la persona, aun cuando presente algunas condiciones que lo hagan más propenso o vulnerable a la ocurrencia del evento amparado. En estos casos la compañía de seguros podrá solicitar a otra compañía de seguros llamada Reaseguradora, que la acompañe en el aseguramiento de este riesgo y comparta la misma suerte con ella. Para esto se seguirá un proceso que detallaré más adelante, y que es la base de este trabajo de experiencia profesional.

Bajo estos supuestos, el presente capítulo discute sobre el concepto de la selección de riesgos, la identificación de riesgos agravados de vida individual que incluyen coberturas de fallecimiento, invalidez, accidentes, pérdidas orgánicas, etc., y aborda los diversos factores que incrementan esta exposición, convirtiéndolos en riesgos que de verse materializados generarán una importante pérdida. Además, se mencionan los tipos y planes de seguros de vida individual.

Finalmente, se explica el proceso de selección como parte de la suscripción de riesgos de vida individual y administración desde su identificación, revisión y evaluación de los mismos y se discutirá sobre la importancia de seleccionarlos adecuadamente.

Aspectos relevantes del seguro de vida individual

Interés asegurable

Un factor indispensable en la suscripción de riesgos es el interés asegurable, que se define como sigue: ²

“Requisito que debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero de que el siniestro no se produzca, ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.

Este principio se entenderá más fácilmente si se tiene en cuenta que lo que se asegura, es decir, el objeto del contrato, no es la cosa amenazada por un peligro fortuito, sino el interés del asegurado en que el daño no se produzca. El interés asegurable no es sólo un requisito que imponen los aseguradores, sino una necesidad para velar por la naturaleza de la institución aseguradora, sin la cual sería imposible cumplir su función protectora en la sociedad. Desde un punto de vista técnico, la existencia de contratos sin interés asegurable produciría necesariamente un aumento de la siniestralidad, si se tiene en cuenta, por ejemplo, como la experiencia ha demostrado, que el número de siniestros aumenta en las épocas de crisis en que con facilidad existen muchas mercancías almacenadas sin valor comercial, pero con un valor asegurado equivalente al de un periodo normal, mientras que en las épocas de escasez el porcentaje de siniestralidad disminuye.

Desde un punto de vista económico, un aumento de la siniestralidad motivaría una elevación de las primas y el verdadero asegurado habría de pagar un precio superior al que realmente correspondería a su riesgo, perjudicándose así no solo él, sino también la economía del país, que habría de soportar una carga económica superior a la debida. Consiste en la motivación de una persona para contratar un seguro, pensando en el interés, razón o motivos que tiene para hacerlo.

² Diccionario Mapfre de Seguros

El interés asegurable es uno de los principios básicos del seguro y de no existir interés asegurable, es seguro que no hay necesidad de contar con un seguro. Si bien es cierto que las compañías de seguros promueven la venta de los seguros de vida, éstos deben ser adquiridos bajo una necesidad real, de lo contrario el riesgo se volvería especulativo, al pretender obtener una ventaja, una ganancia o beneficio de donde no es adecuado obtenerlo.

Tipos de seguro de vida individual

Pensando precisamente en el interés asegurable, es posible determinar las necesidades que tiene una persona para contratar un seguro de vida individual, basado primordialmente en resarcir la pérdida que la falta de ingresos puede traer a una familia, ya sea por una muerte o una invalidez.

Con base en lo anterior es posible detectar la necesidad de adquirir un **Seguro Patrimonial**. En este tipo de seguro, la principal necesidad del asegurado es el patrimonio y bienestar de su familia, pues al decidir contratar un seguro para que a su muerte su familia no quede desprotegida está intentando garantizar que el nivel de vida que llevaba su familia mientras él proveía los recursos será al mismo cuándo él ya no pueda proveer los recursos, ya sea porque ha fallecido, ha sufrido una invalidez o una pérdida orgánica y no puede conseguir el mismo nivel de ingresos o ningún ingreso.

Otro interés por que puede contratarse un seguro es para cubrir un **Crédito**. Esto se da cuando el asegurado ha adquirido un crédito y por un lado el acreedor se asegura de que si el deudor ya no puede pagar la deuda porque ha muerto, el saldo de la deuda será liquidado con el pago de la suma asegurada de este seguro y por otro lado, el asegurado se queda tranquilo de no dejar a sus familiares con la deuda en caso de que él fallezca.

Otro interés por el que puede darse la necesidad de adquirir un seguro de vida o asegurar a una persona, se debe a la identificación de una persona clave en una

empresa, cuya muerte de esta persona clave podría ocasionar una pérdida en la generación de ganancias o utilidades para dicha empresa, de este modo la empresa decide asegurarlo para que en caso de muerte o invalidez, sea la empresa quien reciba la indemnización y pueda hacer uso de ésta para contratar una persona calificada o para capacitar a algún otro empleado y que se vuelvan a generar las mismas utilidades que cuando estaba la persona clave. Este seguro se denomina **Seguro de Hombre Clave.**

Existe un cuarto tipo de seguro llamado de **Socios o Intersocios**, en el que todos los socios de una empresa o sociedad deciden asegurarse para que en caso de que alguno de ellos llegue a faltar a causa de fallecer, la suma asegurada con la que será indemnizada la empresa, servirá para comprar a la familia del socio fallecido las acciones de éste y de esta forma asegurarse que la sociedad se conservará bajo los lineamientos iniciales y no llegará alguna persona ajena que desconozca el negocio de la sociedad.

Planes de seguro de vida individual

Las compañías de seguros tienen dentro de su oferta comercial de seguros de vida individual una serie de planes que son conocidos como planes tradicionales y de manera muy general, se dividen en 3 grupos:

Plan temporal

Estos planes son los más básicos y sencillos. Tienen una duración de un plazo de tiempo, definido en el producto y puede ser desde 1 año hasta 20, 30 o Edades Alcanzadas. Esto último es que el asegurado tendrá cobertura hasta que cumpla determinada edad, y entonces el plazo del seguro será la diferencia entre la edad que alcanzará el asegurado al término del plan y la edad que tiene a la fecha de contratación. Generalmente se pagarán primas por todo el plazo del seguro.

Este plan ofrece cobertura durante el plazo que se haya contratado, es decir si ocurre el siniestro o evento amparado durante este plazo, la compañía de seguros

deberá indemnizar a los beneficiarios designados por el asegurado, la cantidad de suma asegurada que haya comprado el asegurado.

También pueden contratarse coberturas que indemnizarán en caso de que al asegurado le ocurra algún accidente o una invalidez, pagando la prima correspondiente.

Este plan no ofrece algún beneficio al final del plazo contratado. Simplemente se llega a término y las obligaciones terminan para ambas partes, compañía de seguros y asegurado.

Plan vida entera

Este plan también se conoce con el nombre de ordinario de vida o vitalicio. El plazo de este seguro es por toda la vida del asegurado, es decir desde la edad en la que decide contratarlo hasta que ocurra el evento amparado. Técnicamente se dice que la cobertura del seguro es hasta que el asegurado cumpla 99 años, pues hasta esta edad se tiene información relativa a la probabilidad de riesgo de muerte. Generalmente el pago de primas se hace por toda la vigencia del seguro.

Por lo anterior, en este plan se tiene la certeza de que en algún momento de la vida del seguro se deberá pagar la suma asegurada a los beneficiarios que haya designado el asegurado cuando contrató el seguro.

También pueden contratarse coberturas adicionales dentro de este plan, que indemnicen por algún accidente que sufra el asegurado o a causa de una invalidez.

Considerando las tasas del riesgo de muerte que han definido los actuarios con el estudio de las tablas de mortalidad, es poco probable que el asegurado sobreviva a la edad máxima de permanencia en la póliza que generalmente es de 99 años, pero puede variar en cada compañía, no obstante si esto llegara a ocurrir, la compañía de seguros podría pagar la suma asegurada por la sobrevivencia. En el momento que

se pague la suma asegurada porque ocurrió el evento amparado cesarán las obligaciones para ambas partes.

Plan dotal

El plan dotal en las compañías de seguros es un plan por un plazo determinado. Este plan otorga cobertura al asegurado por un plazo de tiempo establecido previamente, e indemniza la suma asegurada contratada a los beneficiarios designados por el asegurado en caso de que ocurra el fallecimiento de éste durante el plazo contratado o al asegurado en el caso de que llegue con vida al final del plazo contratado. El plazo de pago de primas generalmente se realiza durante todo el plazo del seguro.

Este es un plan en el que el pago de la suma asegurada es inminente, ya sea por el fallecimiento del asegurado o por la sobrevivencia del mismo; pero de lo que no se tiene certeza es de cuándo se realizará la indemnización en el caso del fallecimiento, no obstante se sabe que en caso de que no ocurra el fallecimiento durante el plazo del seguro, se pagará la supervivencia.

Al igual que en los dos planes anteriores, se pueden contratar coberturas de accidente y de invalidez.

Estos son los tres planes tradicionales básicos y pueden tener algunas variantes que son combinaciones entre estos y que pueden hacer que los planes sean más atractivos a los clientes, por ejemplo, el plan ordinario de vida en el que el plazo de pago de primas se reduzca a un plazo menor de la protección del seguro, o en el plan dotal se realice un pago único y se siga cubriendo el fallecimiento y la supervivencia, dotales en los que en lugar de pagar la suma asegurada a la sobrevivencia paguen las primas que pagó el asegurado, etc. En fin, las compañías de seguros buscan innovar y ser competitivas.

A modo de resumen se muestran el cuadro 1.1 las principales características de los planes de seguro tradicionales de vida individual:

Cuadro 1.1 Planes tradicionales del seguro de vida individual

| | Cobertura | Indemnización | Primas |
|--------------------------|--|--|---|
| Temporal | Cubre la muerte, accidente o invalidez, durante un plazo de tiempo determinado | Cuando ocurre el evento amparado en la póliza | Se pagan durante toda la vigencia del seguro |
| Ordinario de vida | Cubre la muerte, accidente o invalidez durante toda la vida del asegurado | Cuando ocurre el evento amparado y en caso de llegar con vida a los 99 años se indemniza la suma asegurada | Se pagan durante toda la vigencia del seguro o por un plazo menor |
| Dotal | Cubre la muerte, accidente o invalidez durante un plazo de tiempo determinado o la sobrevivencia al término del mismo. | Cuando ocurre el evento amparado en la póliza, incluyendo la supervivencia | Se pagan durante toda la vigencia del seguro |

Riesgos agravados en vida individual

En el seguro de vida individual, los riesgos suelen agravarse cuando la probabilidad de ocurrencia de un evento desfavorable es más alta de lo que se considera “normal” o “estándar”. Los factores que los agravan son diversos y se pueden presentar en menor o mayor grado, por eso es importante una correcta identificación de éstos y así poder catalogarlos y clasificarlos adecuadamente.

Un riesgo normal o estándar es aquel que no presenta factores de riesgo o que si los presenta, no son relevantes y podrían no incidir en la ocurrencia del siniestro. Para identificar este tipo de riesgo en el aspecto médico, las compañías de seguros practican exámenes médicos a sus clientes y revisan los resultados para catalogarlos. Se dice que un riesgo medicamente es normal cuando los resultados

del examen médico se encuentran dentro de los valores de referencia que el laboratorio indica.

Los valores de referencia que establece un laboratorio se obtienen de analizar el resultado de la prueba en un gran número de personas sanas y calculando estadísticamente lo que se puede considerar normal en esta muestra.

El primer paso para determinar un intervalo de referencia es definir o identificar a la población a la que se refiere este rango, por ejemplo, hombre o mujeres sanas, entre ciertas edades. Entonces un número amplio de personas con estas características se somete al análisis de una prueba en concreto y los resultados se calculan siguiendo ciertas normas estadísticas. Se analiza la distribución de los resultados y se obtiene una media y una desviación estándar con las que se calcula el intervalo de más o menos 2 desviaciones estándar alrededor de la media, quedando así definido un intervalo de referencia.

Se prefiere el término “intervalo de referencia” al de “valor normal” porque en el primero se han determinado ciertas condiciones en la población de estudio y el intervalo de referencia indica que sus resultados se están considerando dentro de un contexto más adecuado, pues la referencia está claramente definida, en cambio, comparar el resultado con la idea de un concepto abstracto como “normal” puede resultar erróneo en muchas ocasiones. Cuando se examinan los resultados de una misma prueba, pero en diferentes poblaciones, resulta que lo que es normal para una población puede no serlo para otra, por eso es preferible hablar de intervalo de referencia.

Aunado a lo anterior, vale señalar que existen otras pruebas para las que los valores de referencia son irrelevantes, pues es solo un resultado positivo o negativo, o por

arriba o debajo de un valor, sin embargo, hay que recordar que un resultado por sí solo puede no decir mucho, es necesario revisar todo el contexto.³

Con base en lo anterior, las compañías de seguros practican exámenes médicos a sus clientes para valorar el estado de salud y la probabilidad de que algún padecimiento médico incida en la ocurrencia de algún siniestro prematuro. Para esto deben hacer uso de los resultados médicos obtenidos pero también de su experiencia como suscriptores y la revisión del riesgo de manera integral, de modo que la clasificación del riesgo sea adecuada. Entonces catalogamos a los riesgos en agravados y no agravados. Existe otra clasificación que es para riesgos que casi no tienen exposición al riesgo y cuya probabilidad de ocurrencia del evento amparado es baja, estos son los riesgos preferentes, de los que hablaré más adelante.

Diversos factores y forma de vida pueden traducirse en incertidumbre financiera para las personas, y es precisamente cuando surge una necesidad real por asegurarse en un seguro de vida y así reducir en gran medida esta incertidumbre, la cual puede presentarse principalmente por diversas contingencias de salud o de ocupación que pudieran desencadenar en una invalidez, una enfermedad, un accidente, por vejez, e incluso por la misma muerte.

Los riesgos agravados del ramo vida individual, solo pueden identificarse a través de una adecuada selección de riesgos, la cual permitirá tarificar justa y adecuadamente cada riesgo. Para esto deberán observarse factores importantes que incidan, afecten o modifiquen la “normalidad” del riesgo convirtiéndolo en “subnormal”, esto significa que los resultados médicos están fuera de los intervalos de referencia.

El conocimiento con detalle del riesgo permitirá realizar la identificación adecuada y oportuna de los factores de incidencia, por lo que el conocimiento de estos detalles

³ Lab Test On line

también es fundamental. Un buen conocedor de riesgos cuenta con la ventaja de tener facilidad para seleccionar lo que desea asumir o no asumir, sin perder de vista el costo beneficio.

En los riesgos agravados del ramo de vida individual es preciso identificar el impacto que puede ocasionar la materialización del evento. El anticiparse o conocer previamente este impacto, hace suponer ciertas reacciones o acciones frente al riesgo, y que pueden asumirse desde diferentes puntos de vista, experiencias y conocimientos previos.

En la mayoría de los casos, se pueden observar diversas acciones o actitudes frente a los riesgos, sobre todo cuando se está en presencia de un riesgo alto. Estas actitudes se describen en el cuadro 1.2 que se encuentra a continuación.

Cuadro 1.2 Actitudes frente al riesgo

| Alternativas | Descripción |
|----------------------------|--|
| <i>Eliminarlo</i> | Erradicar las causas que puedan originarlo, aniquilar cualquier posibilidad que haga que exista. |
| <i>Disminuirlo</i> | Eliminar los factores que puedan agravar la pérdida y buscar cómo reducir la pérdida que se produzca. Implica la modificación de las actividades, dejando de hacer alguna de modo que se logre reducir el nivel de riesgo global asumido. |
| <i>Prevenirlo</i> | Analizar las posibles causas del riesgo con la finalidad de minimizar la posibilidad de que ocurra. Bajo esta modalidad, las actividades que se suelen realizar consisten en evitar que se materialicen los riesgos o limitar sus consecuencias |
| <i>Distribuirlo</i> | Repartir o dividir el riesgo bajo ciertas condiciones pactadas |
| <i>Retenerlo</i> | El riesgo es tan remoto que se decide no adoptar medida alguna, de modo que se sufran todas las consecuencias sin más. Esto es habitual si se desconocen los riesgos, o cuando el costo de otras decisiones sería muy elevado en relación a la gravedad del propio riesgo. |
| <i>Transferirlo</i> | Se traspasan las consecuencias del riesgo a otra entidad a través de un convenio o contrato. |

Los riesgos agravados en vida individual pueden presentarse debido a diversos eventos, los cuales generan la desfavorable pérdida económica, a veces para el mismo asegurado y otras veces para sus dependientes económicos o sus empresas. Las coberturas que pueden contratarse son: por muerte, por invalidez, por accidentes o pérdidas orgánicas.

Los riesgos deben revisarse con especial cuidado dependiendo del interés que tengan por adquirir el seguro. El suscriptor debe asegurarse que siempre haya una necesidad para la adquisición del seguro de vida y que esta no sea una trivialidad, es decir, que exista realmente la necesidad económica y que la suma asegurada solicitada sea acorde con sus ingresos.

Características de la suscripción de riesgos en vida individual

En el proceso de revisión y administración de riesgos agravados del seguro de vida individual, es preciso identificar las características que debe tener el riesgo para que sea asegurable, además de sus impactos económicos o pérdidas por la ocurrencia o materialización del evento.

El riesgo agravado en el seguro de vida individual se visualiza como la posibilidad de que la persona sufra el fallecimiento o la invalidez o un accidente o pérdida orgánica, y que ocurran de una manera prematura en comparación con otro riesgo que no se encuentre con mayor exposición al riesgo, entonces decimos de manera general que los riesgos agravados son aquellos que tienen mayor probabilidad de ocurrencia.

Una vez revisados los tipos y planes de seguro de vida individual, es importante señalar que independientemente del que el asegurado elija de acuerdo a sus necesidades, las características del riesgo siguen prevaleciendo, por lo que deberá realizarse la suscripción completa del riesgo.

Con base en las características del riesgo, y la postura de las compañías de seguros ante el conocimiento de un riesgo, se tiene que el riesgo agravado en el seguro de

vida, el cual por definición⁴ es aquel que se da en una situación que se produce cuando, por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del asegurado, el riesgo que se cubrirá en una póliza adquiere una peligrosidad superior a la inicialmente prevista. Teniendo en cuenta que la tarificación de este riesgo agravado estará en función de sus características.

El cliente llega a la compañía de seguros para transferir el riesgo al que está expuesto, lo cual genera una protección que consiste en la indemnización en caso de que se produzca el evento amparado. Es decir, no se evita que el riesgo se manifieste sino que cuando éste ocurre, se genera una compensación por parte de la compañía de seguros y a cambio de ésta, el cliente paga una cantidad de dinero llamada prima.

Todos los riesgos de las pólizas de seguro de vida funcionan según el principio de la ley de los grandes números. Las compañías de seguros deben utilizar una muestra de gran tamaño de la población para predecir las tasas de mortalidad. Si bien la muerte de nadie puede predecirse, la ley de los grandes números permite a las aseguradoras predecir las tasas de mortalidad por mirar un gran grupo de personas. Un gran tamaño de la muestra significa que la probabilidad puede predecirse como un porcentaje de la población. Las aseguradoras han llegado al punto en que pueden predecir las tasas de mortalidad cada año con muy buena precisión.⁵

Para una adecuada suscripción de riesgos de vida individual, durante el proceso se deberá conseguir que los riesgos suscritos adquieran las cualidades o características técnicas que se muestran en el cuadro 1.3. Estos contribuirán a mantener una cartera sana y rentable.

⁴ Diccionario Mapfre de Seguros. Fundación Mapfre

⁵ Ley de los grandes números. Principio del Seguro de Vida. Alibaster Smith

Cuadro 1.3 Características técnicas del riesgo

| Característica | Descripción |
|----------------------|---|
| <i>Homogéneo</i> | Significa que debe poder ocurrir a muchas personas, es decir, debe hablarse de un grupo de riesgos que en su conjunto estén expuestos a las mismas situaciones, de modo que sea sustancialmente el mismo para todos. |
| <i>Dispersión</i> | La dispersión del riesgo es un método que distribuye en un grupo grande de expuestos, una posible pérdida financiera demasiado grave, que muy probablemente una sola persona no podría soportar, no podría hacer frente a ella. Esta es una característica básica del riesgo. |
| <i>Incertidumbre</i> | En cuanto a la incertidumbre, no debe existir la certeza de la ocurrencia del riesgo, es decir, debe existir la duda de que ocurra o no y sobre todo desconocer el momento cuando pueda presentarse. |

Suscripción de riesgos en vida individual

En la administración de riesgos y en particular los riesgos agravados en el seguro de vida individual, es indispensable saber que existe la selección de riesgos, saber en qué consiste y cómo incide en la buena siniestralidad de una cartera de seguros, a través de una correcta clasificación de los mismos.

La suscripción del seguro de vida individual consiste en conocer los aspectos generales del riesgo a través de la identificación de los factores, tanto médicos como no médicos, que pueden incidir en algún siniestro prematuro, señalando además la tarificación adecuada dependiendo de la gravedad del riesgo.

Ante la incertidumbre del ser humano sobre el desconocimiento de las condiciones en las que llegará a su futuro, o el no llegar a un futuro, prefiere transferir las posibles pérdidas a una institución de seguros. De este modo el seguro de vida busca reducir la incertidumbre financiera que se origina de contingencias naturales como la muerte, la invalidez o los accidentes, evitando que los dependientes

económicos tengan una fuerte descompensación financiera y puedan continuar con el mismo nivel de vida que llevaban antes de ocurrir el fallecimiento.

El riesgo ocupacional lleva implícito la forma de vida del asegurado. Se trata de su estilo de vida y es preciso poder catalogarlo e identificarlo con detalle para establecer el tipo de tratamiento que deberá dársele. Algunas ocupaciones suelen presentar mayor riesgo que otras, dado que se encuentran mayormente expuestas a presentar sucesos o factores que aceleren la ocurrencia del evento amparado.

Las compañías de seguros a través de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), han trabajado en el diseño de manuales de tarificación para estos riesgos especiales. Se trata de identificar mediante el Catálogo Nacional de Ocupaciones el grado de exposición que se puede llegar a tener por el uso de ciertas sustancias o químicos; o por permanecer varias horas en lugares poco adecuados para la salud; o porque arriesgan y exponen su vida de diversas maneras. Cabe destacar el importante trabajo de investigación de campo y estudio que realizó el Doctor Arturo Lozada García para la realización, diseño y contenido de este trabajo.

Ante estas situaciones, es preciso incrementar la prima que pagará el asegurado con una cantidad adicional que compense el deseo de amparar o cubrir esta situación que sale de los parámetros tradicionales o estándares de la población. Algunas compañías prefieren no participar en estos riesgos, entonces están ante la postura de eliminar el riesgo no tomándolo. Debe recordarse que ésta es una de las alternativas que puede presentar alguna entidad aseguradora o persona frente al riesgo, dependiente del apetito que se tenga del mismo.

El riesgo ocupacional puede referirse a algunas de las siguientes actividades entre muchas otras: policías y militares en lucha contra el narcotráfico; escoltas o guardaespaldas; personas públicas o con riesgo político, deportistas de alto rendimiento, personas que manejan explosivos o sustancias tóxicas, etc. Las

compañías de seguros han elaborado cuestionarios especiales para la revisión y clasificación de estos riesgos.

Riesgo médico

Un factor importante en la selección de riesgos es la identificación de la salud del prospecto para la adquisición del seguro. Lo anterior debido a que lo que se cubre en un seguro de vida es la muerte del prospecto o la invalidez, coberturas que están altamente relacionadas con la salud. Por lo anterior, el prospecto deberá llenar el cuestionario médico de la solicitud para seguro de vida, en donde aportará la información que necesita el suscriptor o seleccionador de riesgos para su análisis. Si el suscriptor considera necesario deberá solicitar ampliación médica sobre alguna respuesta afirmativa al cuestionario médico o pedir el llenado de algún cuestionario médico adicional específico.

Las políticas de selección y suscripción de las compañías de seguros varían entre una y otra, pero generalmente se manejan los mismos criterios, montos de suma asegurada y requisitos médicos a fin de contar con la información necesaria y lograr catalogar el riesgo de manera adecuada.

Para lo anterior, las compañías de seguros establecen tablas de requisitos médicos de asegurabilidad, estas tablas indican los estudios médicos que deberá practicar la compañía de seguros al futuro asegurado, con el fin de contar con información que ayude a clasificar el riesgo en cuanto al tema médico se refiere. Los exámenes médicos con mayor número de pruebas generalmente se aplican a personas de mayor edad o que solicitan una suma asegurada elevada. Los más jóvenes o que solicitan menos suma asegurada pueden asegurarse con un mínimo de pruebas médicas.

A continuación se muestra el cuadro 1.4 con ejemplo de una tabla de requisitos médicos de asegurabilidad:

Cuadro 1.4 Ejemplo de tabla de requisitos médicos⁶

| SUMA ASEGURADA EN PESOS | 0 1,000,000 | a 1,000,001 2,500,000 | 2,500,001 4,000,000 | 4,000,001 6,000,000 | Más de 6,000,000 |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|
| EDAD | | | | | |
| 0 – 17 | Tipo 1 | Tipo 1 | Tipo 1 | | |
| 18 – 40 | Tipo 1 | Tipo 1 | Tipo 2 | Tipo 3 | Tipo 4 |
| 41 – 50 | Tipo 1 | Tipo 2 | Tipo 3 | Tipo 3 | Tipo 4 |
| 51 – 60 | Tipo 1 | Tipo 3 | Tipo 3 | Tipo 4 | Tipo 4 |
| 61 – 70 | Tipo 2 | Tipo 3 | Tipo 4 | Tipo 4 | Tipo 4 |

El tipo de examen “1, 2, 3 y 4” identifica el número de pruebas médicas que se aplicarán para cada uno de los prospectos, dependiendo de la edad que tengan y la suma asegurada que soliciten. El tipo “1” es el que tienen menos pruebas y el “4” el que tiene el mayor número de pruebas.

Aunado a lo anterior, las compañías de seguros manejan cuestionarios médicos específicos para ciertos padecimientos. Estos cuestionarios son generalmente recomendaciones de las reaseguradoras o elaborados de acuerdo con la experiencia de los médicos suscriptores, que se han dedicado a la medicina del seguro. Al final de este trabajo se encuentra un apéndice con estos cuestionarios.

Cuando los riesgos médicos son elevados, las compañías de seguros deben tomar alguna de las actitudes frente a estos, y generalmente deciden compartir el riesgo con algún reasegurador para dispersar el riesgo.

Riesgo deportivo y aficiones peligrosas

Las actividades que realiza un deportista profesional y que generan su ingreso, suelen motivar al deportista a solicitar un seguro que cubra su vida y su invalidez en caso de que ocurra, pues en el momento en que no puedan realizar más la actividad

⁶ Sugerido por el IMESFAC

deportiva a causa de una invalidez, generará una pérdida económica para la familia, al dejar de percibir estos ingresos.

Ante esta situación, existe claramente la necesidad de contar con un seguro de vida que proteja los intereses propios del deportista y de sus familias.

Cada deportista, según su disciplina y su trayectoria, constituye un riesgo que hay que valorar de forma individual y específica. Una evaluación minuciosa se hace necesaria aunado a que las sumas aseguradas solicitadas por estos prospectos suelen ser altas, por lo que para las compañías de seguros, el seguimiento detallado de estas pólizas es muy rigurosa, no se debe perder de vista ningún aspecto.

El evento o cobertura principal en una póliza de seguro de vida, es el fallecimiento y no es excepción al asegurar a los deportistas profesionales, pero éstos, adicionalmente pueden solicitar una cobertura que atañe a la actividad propia y específica del deportista y que les resulta muy interesante; se llama invalidez profesional.

Esta cobertura cubre al Deportista Profesional al momento de sufrir una lesión corporal, ocasionada ya sea por un accidente o por alguna enfermedad o padecimiento cubierto que ocurra o se manifieste por primera vez durante la vigencia de la póliza y que, exclusiva e independientemente de cualquier otra causa, resulte en la incapacidad total del asegurado.

Suele ocurrir que las compañías de seguros solicitan cotización y apoyo para esta cobertura a las reaseguradoras, pues ellas cuentan con la experiencia e información para cotizarla. Si la compañía de seguros logra hacer la venta de la póliza, compartirá con la reaseguradora este riesgo y decimos entonces que se ha colocado con la reaseguradora vía reaseguro facultativo.

El reaseguro facultativo es el medio por el cual las compañías de seguros ceden riesgos a las compañías de reaseguro siempre que cuenten con el consentimiento del reasegurador.

En cuanto a los deportes de alto riesgo, los suscriptores deben buscar factores que ayuden a la clasificación correcta del riesgo, tales como experiencia en la práctica del mismo, medidas de seguridad, si lo practica en grupo o de forma individual, si cuenta con alguna licencia para practicarlo, si pertenece a algún club, si participa en carreras o competencias, si tiene programadas competencias en el futuro, la edad, si ha tenido accidentes, entre otros factores de riesgo que son decisivos en la aceptación y tratamiento de estos riesgos.

Generalmente los deportes de alto riesgo que se realizan de manera ocasional o por *hobbie* son lo que menos riesgos pudieran presentar, pues generalmente se hacen en presencia de un experto y con altas medidas de seguridad. En el apéndice de este trabajo, se han agregado algunos de los diversos cuestionarios que las compañías de seguros usan como apoyo para evaluar los riesgos.

A continuación, en el cuadro 1.5 se muestra un ejemplo de un cuestionario para deportes o actividades de alto riesgo.

Cuadro 1.5 Cuestionario de ocupaciones o deportes de alto riesgo

| Nombre del solicitante | |
|---|--|
| RFC | Fecha de nacimiento día ____ mes ____ año ____ |
| Seguro que desea contratar, indicar plazo y tipo | |
| Actividad u ocupación de alto riesgo. Detalle | |
| ¿Pertenece el solicitante a algún club o asociación relacionada con esta actividad? | |
| En caso afirmativo indicar cuál es y especificar en qué consiste | |
| ¿Es usted profesional, amateur o aficionado? | |
| ¿Recibe usted ingresos por la práctica de esta ocupación, actividad o deporte? | |
| ¿Tiene usted licencia para practicar la actividad indicada? Mencione el tipo de licencia | |
| ¿A partir de qué fecha lo practica y con qué frecuencia? | |
| Indique las suertes que suele practicar o realizar | |
| ¿Participa usted en competencias? Si () No () En caso afirmativo indique la frecuencia | |
| ¿En qué lugares o eventos realiza esta actividad? | |
| ¿Ha sufrido algún accidente realizando esta actividad? Si () No () | |
| En caso afirmativo indique en cuántas ocasiones y en qué fechas: | |
| Si contestó afirmativo a la pregunta ¿cuáles han sido las consecuencias, qué tratamiento se le prescribió y por cuánto tiempo? | |
| El solicitante declara que las anteriores respuestas son verídicas y acepta que las mismas forman parte de su solicitud de seguro de vida | |
| Lugar y Fecha | |
| Nombre y firma del solicitante | |

Riesgo moral y financiero

El riesgo moral en el seguro de vida está fuertemente ligado con la selección adversa pues en ésta suele ocultarse información, haciendo ver al riesgo como un riesgo normal.

En la selección adversa el riesgo suele hacerse ver con una frecuencia y severidad normal, por lo que la compañía de seguros decide aceptar el riesgo catalogándolo como normal, pero que de haber tenido conocimiento del riesgo completo, habría rechazado o extra primado. Una vez que se cuenta con el seguro, existe el riesgo moral pues, generalmente, el prospecto al saberse asegurado descuida cualquier medida de seguridad o disminución del riesgo, pues ya no le preocupa que la exposición sea alta; finalmente tiene contratado un seguro y ante cualquier eventualidad sabe que la compañía de seguros indemnizará por los daños.

El riesgo financiero aparece cuando este tipo de riesgos presentan el siniestro o evento desfavorable de manera prematura, antes de haber constituido las reservas suficientes para hacer frente a este riesgo en particular. Generalmente, las sumas aseguradas son altas y estarían provocando una pérdida para la compañía de seguros.

En este tipo de riesgo, la experiencia del suscriptor es fundamental, pues debe ir más allá de lo que vea escrito en los cuestionarios o solicitudes. Pedir información adicional si algo no parece correcto o completo, es la mejor forma para contar con los datos necesarios que permitan catalogar el riesgo adecuadamente.

Con este fin, se muestra a continuación el cuadro 1.6 como ejemplo de una tabla de requisitos financieros, dependiendo del fin que se busca con la contratación del seguro.

Cuadro 1.6 Ejemplo de tabla de requisitos financieros⁷

| SUMA ASEGURADA | Hasta 5,000,000 | 5,000,001 a 10,000,000 | Más de 10,000,000 |
|--------------------------|------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| TIPO DE SEGURO | | | |
| Patrimonial | Paquete 1 | Paquete 2 | Paquete 3 |
| Seguro de Socios | Paquete 1 | Paquete 2 | Paquete 3 |
| Hombre Clave | Paquete 1 | Paquete 2 | Paquete 3 |
| Seguro de crédito | Paquete 1 | Paquete 2 | Paquete 3 |

En este caso, los paquetes consisten en la documentación que debe presentar el prospecto de acuerdo con el tipo de seguro que solicita. Los paquetes 1 y 2 pueden consistir en la información mínima que las compañías de seguros consideran necesaria para suscribir, como son la solicitud y algún cuestionario financiero propio del tipo de seguro solicitado. Para suma aseguradas mayores, se pueden solicitar estados financieros y balances de las empresas que justifiquen la suma asegurada solicitada, inclusive podrá realizarse una visita de campo para corroborar que la información declarada en la solicitud es verídica.

Proceso de administración del riesgo agravado

Proceso de suscripción

En el cliente o prospecto nace la necesidad de contar con un seguro de vida individual para proteger a su familia cuando él falte, ya sea porque ha adquirido un préstamo y su familia no tendrá los recursos para pagarlo o simplemente porque su familia no tiene otros ingresos y a su muerte tendrían carencias económicas. La intención del seguro es resarcir esta pérdida económica.

De este modo busca una compañía de seguros o un asesor de seguros lo contacta para ofrecerle un seguro. El prospecto deberá conocer muy bien sus necesidades

⁷ Sugerido por el IMESFAC

para determinar el tipo de seguro que necesita y el plan de seguro que va a contratar. El asesor o agente de seguros le presentará una propuesta en la que solo se han valorado los datos mínimos indispensables para generala. Ésta deberá ser atractiva al prospecto para que continúe con el proceso de adquisición de un seguro.

Después de la cotización deberá llenar una solicitud para seguro de vida individual, en la que se podrán identificar los datos personales, médicos y financieros básicos. Es de suma importancia llenar todas las preguntas e incisos que aparecen en la solicitud, pues es de los primeros filtros para identificar el riesgo.

Dentro de la solicitud, generalmente existe un apartado en el que el asesor de seguros muestra sus impresiones sobre el prospecto, el tiempo que tiene de conocerlo y si sabe más sobre él. Toda la información que se tenga nunca es excesiva.

Los procesos de suscripción pueden variar un poco de compañía en compañía, pero generalmente son muy similares, pues lo que buscan es identificar al cliente y sobre todo los factores de riesgo que indiquen que puede ser un riesgo agravado.

Las compañías de seguros cuentan con mecanismos de búsqueda de posibles factores que incrementen el riesgo, tanto médicos como no médicos (financieros, ocupacionales y deportivos).

Desde que el suscriptor o personal que revisa los riesgos para determinar el tipo de riesgo de que se trata tiene en su poder la solicitud para seguro de vida, empieza el proceso de suscripción del riesgo, al identificar en la solicitud, las enfermedades que padece o ha padecido, los antecedentes familiares, los tratamientos médicos que ha seguido, la evolución y su estado actual.

De igual forma se identifica si existe interés asegurable, es decir si el seguro tiene razón de existir, o por el contrario solo se está especulando o buscando obtener un

beneficio donde no hay motivo para tenerlo u obtener una ganancia mucho mayor a la que debería esperarse por el tipo de riesgo y los ingresos del prospecto.

También se revisa que exista una relación lógica y coherente entre la suma asegurada que solicita y sus ingresos, es importante identificar el estilo de vida o calidad de vida que lleva, para que los dependientes económicos puedan seguir manteniendo el mismo nivel de vida.

Para validar la información señalada en el párrafo anterior, se solicita información relativa al tipo de seguro que solicite, información que respalde el monto de suma asegurada solicitado. Generalmente esta información es requerida cuando las sumas aseguradas son elevadas. Se dijo anteriormente que puede realizarse una visita confidencial de la compañía de seguros a través de un investigador privado, en la que el prospecto podrá entregar al investigador toda la documentación financiera que se le haya requerido. Esta información podrá estar integrada por comprobantes de ingresos, declaraciones al hacienda, estados de resultados y financieros de sus empresas o negocios cuando existan, etc.

Una vez que se han llevado a cabo todas estas acciones, el suscriptor de la compañía de seguros cuenta con toda la información para comenzar con la identificación de factores de riesgo en la información del prospecto que revisa. Entre otros, identificará factores médicos que puedan incidir en una muerte o invalidez prematura, mediante la revisión de los resultados médicos y los antecedentes familiares.

Aunado a lo anterior, verificará que toda la información mencionada en la solicitud para seguro de vida es válida porque el investigador privado lo ha corroborado y ha rendido un informe para tales efectos, en el que ha presentado la documentación financiera que le habían requerido al prospecto.

Todo este proceso parece no tener mayores complicaciones, y entonces, si todo está en orden y no se han encontrado factores que agraven el riesgo, se decide que la póliza solicitada puede emitirse en las condiciones solicitadas por el prospecto y es factible respetar la prima que se le indicó en la cotización que dio inicio al proceso.

Lo interesante de estos casos viene cuando se comienzan a identificar factores que pueden agravar el riesgo, factores como enfermedades que pudieran desencadenar en una invalidez, resultados médicos alterados que en su conjunto presenten una enfermedad que ni siquiera es del conocimiento del prospecto y que puede desarrollar algún padecimiento que le lleve una muerte temprana. O antecedentes familiares que en conjunto con alteraciones o hábitos del prospecto, pueden desencadenar en siniestros prematuros.

Aunado a lo anterior, se valida la ocupación y la afición por la práctica de algún deporte peligroso, actividades que pueden afectar una cobertura de accidente en caso de haberla solicitado. Se deberán observar medidas de seguridad, equipos de protección completos, experiencia en la práctica de dichas actividades, etc.

Una vez que se han identificado estos riesgos, se determinará con base en las sugerencias o recomendaciones de manuales y guías de suscripción y la experiencia del suscriptor, si el riesgo debe ser catalogado dentro de una tarifa de cobro normal o si debe tener un cobro adicional por encontrarse más expuesto a la ocurrencia del siniestro, por las condiciones propias del riesgo. Este cobro adicional se conoce como extraprima o sobreprima.

Cuando se determina la extraprima, el suscriptor de riesgos valora la posibilidad de que la compañía de seguros asuma el riesgo completo, en cuyo caso se autoriza y emite la póliza, de lo contrario, si la extraprima que se determina es muy elevada, se deberán tomar medidas necesarias para transferir el riesgo.

En esta transferencia del riesgo es donde se hace patente la necesidad de contar con un reaseguro facultativo, a fin de poder emitir la póliza y obtener mejores condiciones de asegurabilidad y no perder al cliente.

Durante el proceso de búsqueda y colocación de un riesgo en reaseguro facultativo se deberá compartir con el reasegurador toda la información con la que cuente la compañía de seguros, pues de la misma forma en la que la compañía de seguros, también conocida como cedente hizo la suscripción del riesgo, así la reaseguradora deberá valorar el riesgo para determinar si desea participar y las condiciones bajo las que desea apoyar a la cedente. Todo esto bajo la Ley de Protección de datos y el principio de buena fe.

Los riesgos mencionados con anterioridad, deben ser tratados de manera especial por las compañías de seguros, y ese es precisamente el fundamento del desarrollo de este trabajo de experiencia profesional. La importancia del proceso de administración del riesgo agravado, radica en poder identificarlos para darles el tratamiento adecuado.

Los riesgos que llevan implícito una agravación importante deben separarse de los riesgos que cumplen con cierta homogeneidad en sus características y que pueden ser suscritos de manera similar.

Etapas del proceso

En el proceso de administración de riesgos agravados se requiere de un análisis de variables y datos a través de la incorporación de la experiencia del equipo que revisa la información; así como la participación de una amplia gama de actuarios y suscriptores expertos y la consideración de sus diferentes criterios y experiencia.

La administración de los riesgos agravados suele realizarse, como toda administración de riesgos, en las etapas que se muestran en la figura 1.3.

Figura 1.1 Etapas en la administración de riesgos



Identificar

El proceso de identificación del riesgo se lleva a cabo desde el llenado de la solicitud para seguro del ramo de vida individual. . El vendedor de seguros puede plasmar sus apreciaciones e impresiones en el documento, mencionando las características del prospecto que considere relevantes para la identificación del riesgo. En la actualidad, varias compañías de seguros incluyen en la solicitud un apartado para ser llenado por el agente o vendedor de seguros con declaraciones valiosas respecto al prospecto.

La compañía de seguros identifica al cliente al revisar esta primera información y las declaraciones que aquí se hayan plasmado. Al identificar al cliente, las compañías de seguros inician con la ubicación del mismo a fin de establecer qué o cuál es la información que deberá solicitar con base en el tipo de seguro que está solicitando, el monto de suma asegurada, con la revisión de la solicitud para seguro de vida, en las declaraciones que para efectos de la contratación ha realizado el cliente.

Hoy, la regulación en México obliga a las instituciones financieras, como son las compañías de seguros, a identificar al cliente y para ello establece a través de la

LISF en su artículo 492 (antes artículo 140 de la LGISMS) el requerimiento de información cuando se va a emitir la póliza. En este artículo se establecen los requisitos que debe presentar para su identificación y tiene que ver con el monto de prima que pagará el cliente; puede ser que sea suficiente llenar un formato o tal vez deba entregar documentación como identificación oficial y acta de nacimiento para que quede en el expediente. Lo anterior tiene como objetivo la revisión e identificación del origen de los recursos, evitando que sean de procedencia ilícita

Adicional a lo anterior, hoy existe la ley de cumplimiento de cuenta de impuestos extranjeros (FATCA por sus siglas en inglés), que obliga a las instituciones de seguros a identificar aquellos clientes que tengan nacionalidad extranjera, ya sea el asegurado, el contratante o el beneficiario; esto es con la intención de que no haya evasión de impuestos. Para dar cumplimiento a esta ley las compañías de seguros deben identificar a estas personas solicitando el llenado de un cuestionario específico y de ser necesario requerirle documentación adicional.

Es de suma importancia no omitir información y cumplir con la serie de requisitos que solicite la compañía de seguros.

Analizar

En la etapa de análisis se recopila toda la información que se tenga del prospecto, inclusive dentro de la misma compañía para saber si esta nueva solicitud va a hacer cúmulo con alguna otra póliza que ya tenga emitida. Se consulta también la base de datos que para tales efectos ha establecido en la AMIS en la que las mismas compañías de seguros dan de alta padecimientos, actividades y deportes que de antemano los suscriptores saben que serán motivo de un riesgo subnormal. Esta base de datos se conoce como OII (Oficina de Intercambio de Información), esto es una oficina que actúa como buró de crédito sobre los prospectos que solicitan un seguro de vida.

Además, se analizan las pruebas médicas y financieras, y el informe de la visita de campo para corroborar que todo lo declarado y proporcionado por el cliente es verídico y que la suma asegurada que solicita el prospecto es viable, es decir, es acorde con sus ingresos y forma de vida, además de la necesidad clara de la existencia de un nuevo seguro de vida.

Evaluar

Una vez que se cuenta con toda la información, médica, financiera y ocupacional se procede a la valoración del riesgo de una manera integral. Con esta valoración, se va catalogando la gravedad o magnitud del riesgo, que puede ser alta o baja, incluso muy baja, en cuyo caso hasta se podría facilitar un descuento en la prima. Estos riesgos que tienen una exposición por debajo de lo estándar se denominan “preferentes”.

También se recomienda tratar por separado estos riesgos preferentes, pues al ser catalogados con una nula exposición al riesgo, se otorgan altos descuentos en la prima que deben ser compensados con una cartera que esté compuesta por riesgos que hayan sido solicitados como preferentes y no hayan calificado así, de este modo se mantiene el equilibrio y se puede seguir ofertando este tipo de seguros. Para calificar como riesgo preferente el prospecto debe presentar una serie de pruebas médicas muy minuciosas y los resultados deben aparecer dentro del valor de referencia y además deberá cumplir con otros requisitos que los médicos suscriptores expertos han definido con base en su experiencia y estadísticas que muestran que el impacto en la siniestralidad es prácticamente nulo.

Regresando a los riesgos que no son preferentes, en algunos casos el suscriptor concluye que lejos de ser preferente, el riesgo está agravado, y que debe aplicar una extraprima, en estos casos decimos que se trata de un riesgo subnormal. Así, con la palabra subnormal se designa a aquellos riesgos que padecen alguna enfermedad o tienen mayor probabilidad de accidente o invalidez debido a su

ocupación, aficiones, deportes, hábitos y antecedentes de salud, por lo que su riesgo es mayor al de la población en general para su rango de edad.

De forma contraria, los riesgos que se encuentran dentro de los parámetros de riesgo normal de la población para su rango de edad, se habla entonces de riesgo normal o estándar. Bajo estos antecedentes es preciso determinar una extraprima, la cual vendrá de forma porcentual o al millar de suma asegurada, dependiendo de si afecta directamente a la prima o al riesgo de muerte.

Las extraprimas porcentuales se aplican cuando existen factores médicos desfavorables que afectan directamente a la mortalidad. Al riesgo normal se le asigna como valor numérico el 100 por ciento, que es la mortalidad equiparable a la de la población promedio para un rango de edad. Cualquier riesgo que represente un factor desfavorable para la mortalidad, se le sumará un valor numérico positivo llamado débito, pues representa un incremento en la tasa de mortalidad que se tiene para la edad y sexo del solicitante y se expresa en forma porcentual.

Las extraprimas al millar se aplican cuando existe una agravación del riesgo debido a ocupaciones, aficiones y/o deportes peligrosos, ya que estas afectan directamente a la prima, lo que significa que por cada mil pesos de suma asegurada se debe adicionar una cantidad específica dependiendo del grado de riesgo que represente⁸.

Para las extraprimas porcentuales y al millar, existen manuales de tarificación, la mayoría elaborados conforme la experiencia de las compañías de reaseguro. También existe el manual de ocupaciones recomendado por la AMIS, del que ya hablé anteriormente. Todos estos manuales son solo recomendaciones, finalmente las compañías de seguros siempre deben aplicar el criterio y la experiencia del seleccionador para llegar a una tarificación definitiva.

⁸ Boletín PHS Prudential. “El sistema de clasificación de los riesgos en el seguro de vida”

Dentro de este mismo proceso de evaluación destaca la participación de uno o más reaseguradores en el riesgo, cuando la compañía de seguros ha decidido compartir el riesgo con un reasegurador.

Administrar

La intención de colocar el riesgo en un reaseguro facultativo es para brindarle al cliente la posibilidad de asegurarlo y probablemente mejorar las condiciones de aseguramiento, como reducir la extraprima, eliminar endosos de exclusión, aceptar condiciones y coberturas especiales, etcétera. Pero esto es solo una posibilidad, pues la opinión del reasegurador puede ser diferente y no ofrecer alguna de esas posibilidades.

Para lograr que el reasegurador acepte participar en el riesgo es preciso que se comparta toda la información inherente al riesgo, de la misma forma como las compañías de seguros solicitan claridad, información detallada sin omisiones, ni falsas declaraciones.

Las compañías de seguros deben ser congruentes y proporcionar al reasegurador toda la información correspondiente al riesgo, a fin de que puedan valorarlo correctamente y mejorar en la medida de lo posible, a través de la dispersión de riesgos, las condiciones y extraprimas.

En el caso de que un reasegurador acepte acompañar a una compañía de seguros en un riesgo, deberá formalizarse mediante la existencia de un contrato legal que autorice a ambas compañías a compartir riesgos por la vía del reaseguro y además por cada colocación facultativa, una nota de cobertura, contra entrega de la cesión oficial del riesgo y el pago correspondiente de la prima. Lo anterior, de conformidad con lo establecido en la Circular Única de Seguros. De esto escribiré más adelante.

En el momento en que el riesgo es colocado vía reaseguro facultativo, es necesario revisar periódicamente los movimientos con el reasegurador: informar la cesión de

primas, de siniestros, el pago de saldos y envío de estados de cuenta y confirmaciones de información, de modo que no se tenga ninguna complicación durante el proceso de la administración del riesgo.

Monitorear y revisar

Cuando se tiene el riesgo asegurado y se conoce la magnitud del mismo, no es posible dejarlo sin revisar, es preciso monitorearlo periódicamente; así como en cada petición que haga el asegurado respecto de su seguro, modificación del riesgo, cambio de condiciones en la póliza, etc.

Es importante destacar que si la póliza está en reaseguro facultativo, entonces no puede hacerse un solo cambio si no es autorizado por el reasegurador y solo una vez que el reasegurador autoriza el cambio o ajuste se pueden hacer las modificaciones, revisando siempre que éstas cumplan con los acuerdos y autorizaciones del reasegurador.

El hecho de que un riesgo esté colocado con un reasegurador, no es motivo para que el asegurado se entere, el reaseguro siempre es un proceso y un acuerdo interno de la compañía de seguros con el reasegurador. Ambos deben estar al pendiente de lo que suceda con el riesgo y la compañía cedente debe notificar cualquier movimiento al reasegurador, pero no tiene que notificar el asegurado que está en reaseguro facultativo.

Comunicar y consultar

La comunicación con el reasegurador es indispensable, para saber que el riesgo fue suscrito adecuadamente, tanto por la compañía cedente como por la reaseguradora. Es preciso consultar las veces que sea necesario a la reaseguradora para garantizar que el riesgo está bien asegurado y que ante cualquier eventualidad la compañía de seguros tendrá el respaldo del reasegurador, evitando enfrentar el riesgo de manera individual que genere una posible pérdida financiera.

En algunas ocasiones las compañías de reaseguro trabajan con otras compañías con las que se reaseguran bajo un proceso de retrocesión. Esta situación tampoco es sabida por la compañía cedente, no obstante, este proceso es debido a una situación financiera favorable y una solvencia importante en las compañías de reaseguro, por lo que bajo cualquier circunstancia siempre es valioso cuidar la selección de riesgos y colocarlos adecuadamente.

CAPÍTULO 2.

REASEGURO FACULTATIVO EN RIESGOS DE VIDA INDIVIDUAL

Reaseguro

En el capítulo anterior, se valoró y comentó la importancia y necesidad de una adecuada selección del riesgo, con la intención de poder identificar aquellos que por su exposición al riesgo por mayor severidad o frecuencia pudieran ser catalogados como riesgos agravados.

El poder identificarlos y catalogarlos es un primer paso importante para mantener sana la economía de una compañía de seguros, pues estos riesgos pudieran en un momento dado provocar una desviación a la estabilidad financiera de la aseguradora, ya sea porque el evento amparado ocurre de manera prematura o porque no se suscribió adecuadamente, dejando de cobrar la prima adecuada o porque el monto del siniestro es tan elevado que provoca un desfaldo en la aseguradora.

Para evitar las situaciones comentadas en el párrafo anterior, existe entre otras alternativas la transferencia del riesgo vía el reaseguro, el cual es un componente importante en el sistema de estabilidad de una compañía aseguradora, por lo que es indispensable que se considere dentro de las medidas que deben tomar estas empresas para conseguir la solvencia adecuada.

El reaseguro es una de las técnicas conducentes para homogeneizar las carteras y consiste en una nueva operación de seguros concertada por el asegurador con el reasegurador y en este acuerdo se define la transferencia de parte de los riesgos asumidos o parte de las indemnizaciones por pagar. Algunos autores consideran el reaseguro como el mecanismo que constituye la columna vertebral del seguro.

Básicamente el reaseguro es la transferencia por parte de una compañía de seguros de sus pólizas o riesgos a otra compañía denominada reasegurador, y definen esta transferencia mediante un contrato a través del cual el reasegurador conviene en indemnizar al asegurador por la pérdida del riesgo asumido por este último, bajo una póliza de seguro emitida a favor de una tercera persona. Estos acuerdos se llevan a cabo mediante la transferencia de una parte de la prima proporcional al importe de las sumas aseguradas cedidas.

Este mecanismo no exime a la compañía de seguros de ser la responsable ante el asegurado original, es decir, que la transferencia de una parte del riesgo a otra compañía, solo transfiere el riesgo, no la responsabilidad ante el asegurado. El reaseguro nada tiene que ver en absoluto con el asegurado original, pues el reasegurador no asume con el asegurado ninguna obligación.

Los riesgos cedidos en reaseguro por el asegurador son objeto de un nuevo contrato totalmente distinto del que se ha celebrado entre la compañía de seguros y el asegurado, no obstante, éste último sigue subsistiendo en todo su alcance frente al contrato de reaseguro, que no concierne en nada al asegurado, pues no ha intervenido para nada en éste. De ahí se desprende que el asegurado no puede ejercer ninguna acción directa sobre el reasegurador. Se recomienda que la compañía de seguros extienda al asegurado las condiciones acordadas con el reasegurador a fin de que las tres figuras mantengan el mismo conocimiento del riesgo asegurado.

Los contratos que celebren las compañías de seguros con las compañías de reaseguros, deberán contar con todos los términos y condiciones necesarios que permitan una operación y administración de reaseguro transparente y correcto. Deberán contener, los montos de suma asegurada por las cuales harán frente el reasegurador, las primas de reaseguro, las exclusiones relativas y absolutas, la vigencia, y todo aquello que las áreas involucradas de las compañías de seguros y reaseguros consideren conveniente para facilidad de la operación.

Los reaseguros automáticos, establecen las condiciones, el marco general o parámetros de riesgos que pueden ser cedidos sin una autorización previa del reasegurador. Por lo general, se consideran en los automáticos aquellos riesgos normales o hasta un cierto grado de subnormalidad, las condiciones generales de los productos que vende la compañía de seguros en cuanto a edades de aceptación, planes, monedas, incrementos en suma asegurada, beneficios adicionales, y algo muy importante, las extraprimas, mismas que determinan el grado de subnormalidad del riesgo.

Cuando la extraprima o alguna otra condición del riesgo suscrito sale de la política o de los parámetros establecidos en el marco general del reaseguro automático debe tratarse de manera separada, y en caso de que la compañía de seguros considere que no puede retener el riesgo por cuenta propia entonces se considera la posibilidad de cederlo en reaseguro facultativo y, como su nombre lo indica, es facultad del reasegurador participar en el riesgo o no.

La reaseguradora puede declinarlo o puede indicar condiciones especiales bajo las que pueda participar, esto es indicar la extraprima o las exclusiones bajo las que desea asumir una parte del riesgo y las comunica a la compañía de seguros para que ésta decida si está de acuerdo con las condiciones o no. En caso de estar de acuerdo, la compañía las informará al cliente final y éste decidirá si toma la póliza.

La intención de la compañía de seguros al buscar un apoyo facultativo con las compañías de reaseguros, es poder otorgar o autorizar la cobertura al cliente, pues las compañías de reaseguros tienen mayor dispersión de riesgos, capacidad y experiencia, lo cual es un fundamento importantísimo a la hora de tarificar un riesgo, ofreciendo condiciones más justas y acertadas para el riesgo que se está analizando, como pueden ser posiblemente dar extraprimas menores o asegurar riesgos que la compañía de seguros había decidido rechazar.

Límite máximo de retención

El límite máximo de retención es la cantidad que las Instituciones de Seguros podrán retener por cuenta propia, en el seguro directo o tomado, en cada uno de los riesgos asegurado en las pólizas en vigor, una vez deducida la parte cedida en los diversos contratos de reaseguro.⁹

Las compañías de seguros deciden la cantidad de riesgo en la que desean incurrir, en función de varios indicadores, entre los cuales están el grado de aversión al riesgo que tengan los accionistas de las compañías.

El límite máximo de retención, traducido como niveles de participación en el riesgo tendrán que estar autorizados por los consejos de administración de la compañía, no es una decisión que pueda tomar una sola persona. Generalmente, están basados en estudios actuariales que tienen que ver con los siniestros a los que pueda hacer frente la compañía de seguros, por cuenta propia, bajo ciertos supuestos y simulaciones de diversos escenarios de la siniestralidad que indicarán los niveles de retención, participación y riesgo en el que desean incurrir.

Al revisar el siguiente punto, quedará más claro el proceso para determinar los niveles de participación en el riesgo de las compañías de seguros, el cual está basado en las disposiciones regulatorias de la Circular única de seguros y fianzas.

En diciembre de 2014 se publicó la versión definitiva de la nueva Circular Única de Seguros y Fianza, en la cual se establecen las disposiciones legales a las que deben apegarse las compañías de seguros a partir del 4 de abril del 2015.

Con respecto al Límite Máximo de Retención, se indica lo siguiente:

⁹ Circular única de seguros

- I. La fijación de los límites máximos de retención que en cada operación o ramo asuman las Instituciones de Seguros, será responsabilidad del consejo de administración
- II. El consejo de administración deberá fijar y aprobar durante el último trimestre los límites máximos de retención que aplicará la institución de seguros para el siguiente ejercicio
- III. Los límites máximos de retención por cada operación, ramo o tipo de seguro que practiquen las instituciones de seguros, deberán fijarse mediante la aplicación de un método técnico que considere los puntos señalados en el artículo 260 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas
- IV. El método técnico para la fijación de los límites máximos de retención deberá ser aprobado por el consejo de administración de la institución de seguros y hacerse del conocimiento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- V. El referido método técnico deberá contar con la aprobación del consejo de administración, con la opinión favorable de un actuario que cuente con el registro necesario ¹⁰

La metodología sugerida para realizar el cálculo se basa en la construcción de simulaciones estocásticas de la siniestralidad anual de la compañía. El proceso de simulación genera escenarios de la siniestralidad bruta y retenida para cada conjunto de límites de retención propuestos en el modelo. El resultado de estas simulaciones muestra la siniestralidad retenida para los diferentes límites de retención y la posible desviación de la siniestralidad a diferentes niveles de confianza.

¹⁰ Circular única de seguros, Capítulo 9.1

Es recomendable que el límite máximo de retención que apruebe el consejo de administración de las compañías considere que la desviación de la siniestralidad estimada sea menor a los recursos disponibles asignados para el ramo o producto de que se trate y que la desviación correspondiente al nivel de confianza aceptable se encuentre dentro de los niveles de tolerancia al riesgo definidos por el consejo de administración, pues finalmente será éste quien los apruebe.

Esquemas de Reaseguro

Se ha dicho que el reaseguro es un mecanismo de transferencia de riesgos, el cual se lleva a cabo en virtud de un acuerdo que se firma entre dos compañías, uno denominado reasegurador y otro el reasegurado o asegurador directo o compañía cedente, y que el objeto asegurado será la totalidad o la parte del riesgo que la compañía cedente decida compartir y la compañía reaseguradora acepte. Bajo estos supuestos, debe pensarse en el establecimiento de condiciones de operación para esta cesión de riesgos que se adecúen a las necesidades de ambas compañías. Se espera que esta operación ayude a las compañías cedentes a tomar más riesgos y a mejorar los resultados minimizando las pérdidas.

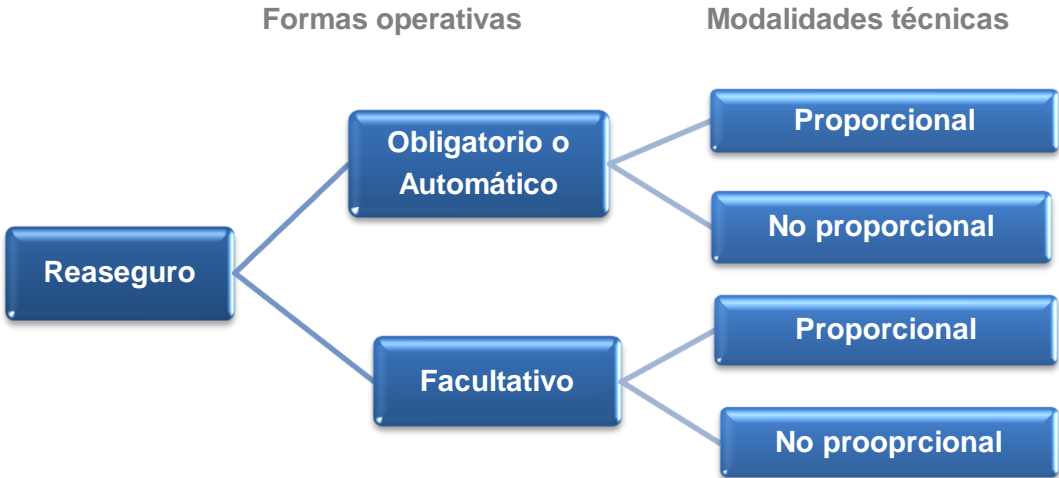
Los esquemas de reaseguro buscan satisfacer las necesidades financieras y requerimientos regulatorios de las compañías de seguros. Se fundamentan en las necesidades actuales de los mercados ya que los aseguradores desean aceptar riesgos cuyo valor puede exceder la capacidad financiera de la empresa y se ven en la necesidad de traspasar a otro asegurador parte de sus riesgos o de las responsabilidades aceptadas. Son esquemas que han permitido a las compañías de seguros tomar riesgos e incursionar en negocios que tradicionalmente no podrían tomar. En este contexto, existen diversas formas de catalogar el reaseguro, dependiendo de las necesidades que se desean cubrir y del tipo de negocio.

La principal forma de establecer el reaseguro es por la participación en el riesgo de cada compañía, tanto cedente como reaseguradora. Dentro de esta primera clasificación, existen otras que van variando dependiendo del método de

contratación, de la composición de las cesiones, del carácter y origen de las operaciones o del negocio y del carácter de los reaseguradores. Existe también la clasificación del reaseguro como: tradicional y la transferencia alternativa de riesgo (ART) que abarca el no tradicional o reaseguro financiero. Bajo esta clasificación destaca principalmente el reaseguro tradicional en su modalidad técnica de reaseguro proporcional y el reaseguro no proporcional.

La Figura 2.1 muestra un diagrama que identifica los tipos de reaseguro, ubicando cada uno dentro de la clasificación de otro, pues las formas de operar están dentro de las modalidades técnicas del reaseguro, y las formas de ceder primas y recuperar siniestros, también es una administración de reaseguro que se encuentra dentro de las modalidades técnicas.

Figura 2.1 Modalidades técnicas del contrato de reaseguro.



Las formas de operación obligatorio o automático y facultativo se refiere a la manera como las compañías de seguros ceden los riesgos a las reaseguradoras.

Obligatorios

El reaseguro obligatorio o automático es aquel contrato que acuerdan y firman las compañías de seguros con las reaseguradoras en los cuales se establecen las condiciones de cesión de riesgos. Estas condiciones se pactan, generalmente, por un tiempo de un año y ambas compañías se comprometen a cumplir los acuerdos. Por una parte, se comprometen a ceder una participación determinada de un tipo de negocios y el reasegurador se obliga a aceptarla.

En el contrato se fijan las condiciones, límites, ámbito geográfico, cobertura, edades de aceptación, planes de seguro, beneficios adicionales, exclusiones, etcétera de un conjunto de operaciones futuras que serán emitidos por el asegurador y que alimentará a la cuenta de este contrato en forma automática, sin el consentimiento previo del reasegurador.

En el contrato automático de reaseguro se establece un marco general de condiciones que deben ser cumplidas por ambas partes, tanto cedente como reaseguradora. Si la compañía cedente recibe un riesgo con alguna particularidad o característica que esté excluida del contrato, no deberá alimentar la cuentas de este contrato. Para establecer las condiciones de estos contratos automáticos de reaseguro, las compañías cedentes deben proporcionar información necesaria e indispensable para las compañías reaseguradoras, tales como la lista que se muestra a continuación, sin que esto signifique que se pueda solicitar información adicional:

| Contratos proporcionales: |
|--|
| 1. Estimado de primas de reaseguro por contrato para el periodo que vence |
| 2. Estimado de primas de reaseguro por contrato para la vigencia siguiente |
| 3. Perfiles de cartera de primas y siniestros, por tipo de riesgo, actualizados a alguna fecha |
| 4. Histórico de estadísticas actualizadas de los contratos de reaseguro a alguna fecha |
| 5. Propuesta de condiciones de reaseguro solicitadas por la cedente |
| 6. Tablas de requisitos médicos y financieros actualizados |
| 7. Condiciones generales de los productos |

Contratos no proporcionales:

- | |
|---|
| 1. Suma asegurada protegida de los últimos cinco ejercicios (al menos). |
| 2. Estimación de la suma asegurada protegida para el ejercicio siguiente |
| 3. Relación de siniestros que hayan superado el 50% de la prioridad en los últimos cinco ejercicios |
| 4. Perfiles de cartera de primas, por tipo de riesgo, actualizados a alguna fecha |
| 5. Prioridad y límite requeridos para el siguiente ejercicio |
| 6. Otras propuestas de condiciones para el siguiente ejercicio |
| 7. Indicar si se espera un cambio importante en la composición de la cartera |

Con esta información las reaseguradoras tendrán oportunidad de conocer el riesgo y establecer las condiciones de las carteras que podrán alimentar estos contratos y, lo más importante, el costo adecuado que deberá pagar la compañía cedente por la cesión o transferencia de los riesgos. Las compañías de seguros obtienen grandes ventajas en el establecimiento de estos contratos automáticos de reaseguro y su utilización. Desde este punto de vista, la percepción de la cedente es:

1. Proporciona a la compañía de seguros capacidad de aceptar operaciones de características y montos que por sí sola no podría hacer frente;
2. Administrativamente, el contrato evita los costos de gestión de colocaciones facultativas y agiliza la emisión de las pólizas;
3. Deja en manos de la compañía aseguradora la responsabilidad en la selección de riesgos asumidos;
4. Financieramente los contratos le permiten a la cedente contar con plazos adecuados para la revisión de cuentas y la remesa de primas;

Desde el punto de vista del reasegurador, puede suponer lo siguiente:

- Como una ventaja importante, el reasegurador cuenta con el ingreso cierto de un determinado volumen de primas durante un determinado periodo de tiempo (un año o más);

- Otra ventaja es que la reducción de los costos administrativos de la colocaciones facultativas, igual que para la cedente.

Como desventajas para el reasegurador pudiera considerarse:

- Que renuncia al derecho de seleccionar las operaciones que toma, ya que se ve obligado a aceptar a ciegas todas las coberturas que se enmarcan dentro del marco del contrato, estén bien o mal suscritas, lo cual llegará a su conocimiento a través de los siniestros.

A pesar del punto de vista de las reaseguradoras en cuanto a que puede haber inexperiencia en la suscripción de riesgos por parte de las compañías cedentes, estas últimas se preocupan seriamente por suscribir los riesgos adecuadamente. Uno de los principios básicos del seguro es el principio de buena fe, y este principio se reconoce y se aplica en las operaciones de reaseguro, cuando las compañías cedentes generan negocio para los reaseguradores a través del contrato automático de reaseguro, toda vez que las compañías de seguros siguen este principio.

Las compañías cedentes no buscan perjudicar el resultado del contrato de reaseguro. Generalmente, buscan mejores condiciones en cuanto a capacidades de suscripción automática y prima de reaseguro que esperan conseguir del reasegurador, además de comisiones de reaseguro atractivas y disminución de gastos de reaseguro, pero finalmente, las compañías cedentes saben que si suscriben riesgos erróneamente, estos se verán reflejados en el resultado del contrato de reaseguro y en el resultado de la propia compañía.

Muchos de los contratos automáticos consideran esquemas en los que la cedente tiene una participación importante en el riesgo; así que el hecho de hacer una mala suscripción del riesgo se reflejará en el resultado de la cedente, lo cual no es correcto ni lo que esperan los inversionistas.

Proporcionales

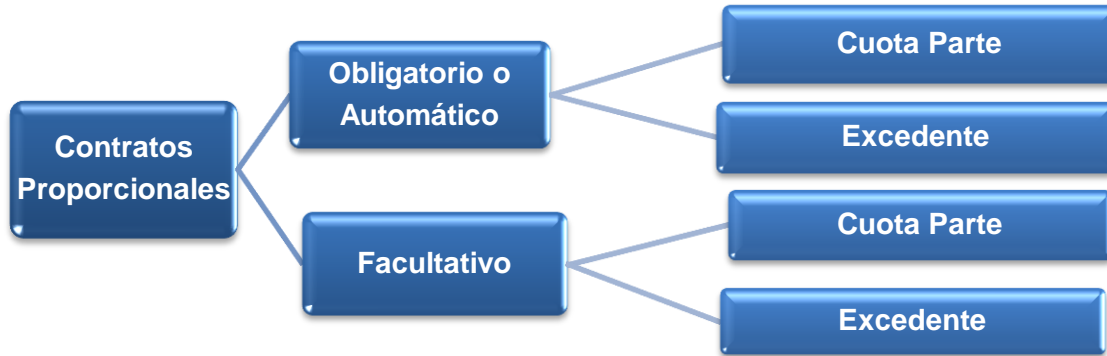
El reaseguro proporcional es aquel en el que la suma asegurada cedida por la compañía de seguros y aceptada por la reaseguradora es proporcional al riesgo asumido por la cedente. Bajo esta modalidad, el reasegurador acepta una parte fija de la responsabilidad asumida sobre un riesgo suscrito por la cedente, haciéndose cargo tanto de las obligaciones (siniestros) como de los derechos.

En este esquema se reparte el riesgo entre aseguradora y reasegurador de acuerdo a un porcentaje fijo. Por cada póliza reasegurada se determinan los porcentajes de participación correspondiente al asegurador y al reasegurador.

Lo anterior es relativo a las primas, a la suma asegurada, a los siniestros, es decir, todo repartido en la misma proporción entre reaseguradora y aseguradora. Esto significa que se está hablando de un contrato de riesgos, o de sumas aseguradas, todo riesgo que sea cedido al contrato, considera todo lo que venga relacionado con él como parte del contrato de manera proporcional, cualquier cesión de primas implica una participación en el riesgo (suma asegurada) en la misma proporción y la misma aplicará al siniestro cuando éste ocurra.

Los proporcionales aplican a los contratos automáticos y a los facultativos, por lo que ambos pueden establecerse conforme este esquema. En la figura 2.2 se indican los tipos de contratos proporcionales.

Figura 2.2 Tipos de contratos proporcionales



En los contratos proporcionales, ya sea facultativos o automáticos deben establecerse las condiciones de operación antes de iniciar la colocación de la primera póliza. Las condiciones se negocian dependiendo, entre otros factores, del tipo de cartera que vaya a dar alimento de prima a dicho contrato y la forma como esta cartera se vaya incorporando al contrato.

En mi experiencia para los contratos automáticos deben acordarse principalmente las capacidades de suscripción automática, las primas de reaseguro, las comisiones y los porcentajes de participación. En los facultativos, vale la pena establecer desde inicio las primas de reaseguro y las comisiones lo cual facilitará la administración del contrato, pero las capacidades de suscripción y los porcentajes de participación podrán variar de caso a caso.

En seguros de vida individual que es una cartera a largo plazo, las comisiones de reaseguro de los contratos automáticos pueden manejar dos esquemas. Si es un sistema simplificado en donde las condiciones se negocian anualmente y entra al contrato toda la cartera vigente y las nuevas pólizas, se pueden manejar comisiones fijas, es decir la misma comisión cada año, pero si es un contrato que solo tendrá alimento de una cartera específica durante un tiempo determinado y que no haya más alimento de pólizas después de este plazo, entonces se establecen comisiones de primer año y subsecuentes, y lo común es que cada año disminuya la comisión.

Cuota-Parte

En este esquema se establecen desde el inicio de la colocación del riesgo, los porcentajes de participación de cada una de las compañías. Lo anterior dependerá de la capacidad de retención de la compañía cedente, pero también de la cantidad de riesgo que esté dispuesta a asumir. Hay que recordar que las compañías de seguros tienen autorizado un límite máximo de retención, mismo que no pueden rebasar en cada riesgo asumido, pues legalmente tiene que cumplir con dicho requerimiento, tal como se ha indicado anteriormente.

Al participar en un riesgo bajo un esquema cuota parte el reasegurador asume los siguientes hechos, mismos que se traducen en ventajas para la cedente:

Ventajas:

- Apoyo en las carteras nuevas de las que se desconoce el comportamiento que tendrán.
- Comparten todos los riesgos y la suerte con la compañía reaseguradora y ésta debe seguir dicha suerte
- Participa en la misma proporción en cada riesgo
- Participa en todos los riesgos de una cartera cuando se trata de un esquema automáticos u obligatorio
- Tiene mayor volumen asegurado
- Contribuyen a que las compañías cedentes reduzcan el riesgo retenido
- Ofrece protección contra el cúmulo de muchos siniestros, cuando el problema no radica en la magnitud (severidad), sino en la cantidad (frecuencia)

Desventajas:

- Alto volumen de cesión de primas, aún en riesgos menores que no requieren necesidades financieras y que no hay problema por un desequilibrio en el comportamiento de los riesgos.
- Posible cesión de primas de riesgos que nos sean un factor importante en el crecimiento del negocio, que no estén involucradas en el desarrollo y resten

un monto importante al desenvolvimiento del negocio y aun así tengan que cederse

- Compartir los riesgos de una cartera sana y con baja siniestralidad

Para un reaseguro cuota parte se fija un límite o monto máximo llamada capacidad de este contrato cuota parte y se establece la participación de las compañías en el mismo, como se muestra en el ejemplo del cuadro 2.1 en el que se observa la participación y resultado de cada compañía conforme la participación acordada.

Cuadro 2.1 Ejemplo de reaseguro proporcional en esquema cuota parte

| Reaseguro proporcional. Esquema CP (50,50) | | | |
|--|---------------|-------------|------------------|
| Comisión de reaseguro 30% y gastos de adquisición 20% | | | |
| | Total negocio | Cedente 50% | reasegurador 50% |
| Primas emitidas | 15,000,000 | 7,500,000 | 7,500,000 |
| Siniestralidad | 7,000,000 | -3,500,000 | -3,500,000 |
| IBNR | 900,000 | -450,000 | -450,000 |
| Total siniestralidad | 7,900,000 | -3,950,000 | -3,950,000 |
| Comisión reaseguro | | 2,250,000 | -2,250,000 |
| Gastos de adquisición | -3,000,000 | -3,000,000 | 0 |
| Resultado | 4,100,000 | 2,800,000 | 1,300,000 |

Excedente

En este esquema de reaseguro, la participación en el riesgo sigue siendo proporcional pero a diferencia del esquema cuota parte no se comparte el riesgo desde el primer peso de suma asegurada. El riesgo comenzará a compartirse en el

reaseguro una vez que haya alcanzado y rebasado un monto establecido que se llama pleno de retención. Entonces el reparto de capitales o sumas aseguradas será diferencia para cada riesgo, pero seguirán manteniendo la proporción.

En esta modalidad, igual que en el esquema cuota parte, las condiciones se establecen desde el principio del negocio y antes de firmar los contratos automáticos de reaseguro. La participación del reasegurador está en función de la composición de la cartera en cuanto a los montos de suma asegurada, toda vez que solo hay alimento cuando se rebasa el pleno de retención. Para las compañías cedentes, con este esquema de reaseguro eliminan los picos de sumas aseguradas haciendo una cartera más homogénea.

En este caso, se parte de una suma asegurada que la compañía de seguros decide tomar a su cargo y cede el excedente, hasta el total de suma asegurada o límite del contrato. Por lo anterior, si se hace el cociente de la suma asegurada cedida sobre la suma total del riesgo, se tendrán porcentajes diferentes de participación por riesgo, por lo que la cesión de la cartera dependerá de los porcentajes de cesión y retención de sumas aseguradas.

Este esquema es conveniente usar cuando las carteras están bien conformadas y son estables, con riesgos homogéneos, pero con fluctuaciones importantes en las sumas aseguradas, es decir riesgos que tienen diferente exposición y que en algunos casos, con un riesgo que sea elevado, puede poner en riesgo la estabilidad de la compañía de seguros.

Este esquema maneja diversos conceptos, tales como:

- Pleno de retención: Porción retenida por la cedente, por individuo

- Pleno o línea: Señala la capacidad por vida del reaseguro. El límite se establece en un determinado número de veces el pleno de retención, por ejemplo 20 o 30 líneas o plenos.
- Límite o capacidad Es el monto hasta el cual una compañía de seguros puede ceder riesgos a su reasegurador en forma automática

En la práctica, los contratos de excedentes se reaseguran por tramos y cada tramo puede verse como un contrato independiente. Inclusive pueden colocarse con diferentes reaseguradores cada tramo y hasta con condiciones diferentes como se muestra en el ejemplo del cuadro 2.2.

Cuadro 2.2 Ejemplo de reaseguro por tramo

| Pleno de retención | Plenos o líneas | Límite | |
|---------------------------|------------------------|---------------|-------------|
| Capacidad total | | | |
| 1er. Excedente \$100,000 | 10 | \$1,000,000 | \$1,100,000 |
| 2º. Excedente | 15 | \$1,500,000 | \$2,600,000 |
| 3er. Excedente | 14 | \$1,400,000 | \$4,000,000 |

En este ejemplo se aprecia cómo la capacidad se va acumulando y de qué forma se están creando los límites en función de los plenos o líneas. Se puede observar que cada límite puede formar parte de un reasegurador diferente y tener diferentes condiciones, como tarifa y comisiones. Bajo este esquema se aprecian las siguientes ventajas y desventajas para la compañía cedente:

Ventajas:

- Homogeneización de riesgos retenidos.
- Suscribir sumas aseguradas distintas y a pesar de esto mantener un equilibrio de la cartera
- Conserva las primas de los riesgos por debajo del pleno de retención

- La cedente está cubierta frente a grandes siniestros

Desventajas:

- La tarea de análisis se acrecienta en relación al cálculo de la suma asegurada y prima cedidas de forma individual
- Trámite administrativo más alto

Combinado o mixto

Este esquema es una combinación de los dos anteriores, cuota parte y excedente. Cuando van combinados suele decirse uno es complementario al otro.

Por ejemplo:

Se establece un pleno de retención hasta un monto y luego una capacidad del cuota parte, indicando la participación de cada compañía en este cuota parte y de ahí en adelante los plenos o líneas. O bien un esquema cuota parte desde el primer peso de suma asegurada y de la capacidad que se determine para el cuota parte establecer el excedente, sin pleno de retención o con pleno de retención.

Bajo este esquema, se pueden hacer las combinaciones que se deseé, pero sin perderse de vista la complejidad de operación administrativa que estos esquemas combinados puedan traer para la cedente.

No proporcionales

Los esquemas de reaseguro no proporcionales son aquellos en los que no existe una relación fija predeterminada en la que establezca el reparto o distribución de las sumas aseguradas y las primas, ya no se fija en una proporción, sino que la cedente transfiere en reaseguro aquellos montos de siniestros que superen un nivel determinado que se ha definido contractualmente. Ese nivel determinado se conoce con el nombre de límite de retención o prioridad y éste nombre puede tener algunas variantes dependiendo del tipo de contrato. Por su parte el reasegurador tiene que

pagar a la cedente los montos de siniestros que excedan el límite de retención hasta un tope llamado límite máximo de responsabilidad o límite de cobertura.¹¹

Estos contratos se caracterizan por una distribución de las responsabilidades entre la cedente y el reasegurador sobre la base del siniestro y no sobre la base de suma asegurada como ocurre en el reaseguro proporcional.

En compensación a estas coberturas otorgadas, el reasegurador recibe un porcentaje de la prima o de las primas originales y no en proporción que corresponda a sumas aseguradas. Los contratos pueden verse seriamente afectados de dos maneras, cuando hay siniestro por un monto grande cuya suma asegurada rebasó el límite de retención o por varios siniestros cuya retención se vuelve una acumulación importante para la compañía cedente y puede afectar gravemente el resultado.

En estos esquemas, el pago de prima al reasegurador también se establece de forma diferente a los esquemas proporcionales, pues se cotiza una prima mínima y de depósito (PMD) con la intención de que haya prima desde el inicio de vigencia del contrato, y al final de la vigencia se calcula un ajuste a la prima (prima de ajuste) cuyo objetivo es pagar la prima justa en función de la exposición real durante la vigencia del contrato.

A continuación se muestra una figura que muestra la clasificación de los contratos no proporcionales.

¹¹ Reaseguro Fundación Mapfre

Figura 2.3 Tipos de contratos no proporcionales



Stop Loss

Este esquema de reaseguro limita la probable pérdida de una compañía de seguros para un producto o ramo determinado. En este tipo de contrato el límite de retención se denomina prioridad.

En esta cobertura, la compañía de seguros establece un monto máximo que está dispuesta a asumir y perder por siniestralidad en un ramo o producto en particular durante un año. Este monto operará como la retención de la cedente para efectos del reaseguro y en el caso de que la siniestralidad real rebase ese monto, la diferencia entre la siniestralidad real y el monto estimado por la cedente, será el monto a recuperar del reasegurador, siempre que la diferencia se encuentre dentro del límite del contrato de reaseguro respectivo.

Para la compañía cedente, el objetivo de usar este tipo de reaseguro es protegerse contra una posible desviación o fluctuaciones en la siniestralidad. Generalmente las compañías de seguros estiman la siniestralidad que tendrán durante una vigencia anual, pero existe el riesgo de una desviación.

Exceso de pérdida operativo

También se le conoce como Exceso de pérdida por riesgo o Working Cover.

En este esquema de exceso de pérdida, la compañía de seguros se protege mediante una cobertura de reaseguro, contra siniestros muy altos que le provoquen un desequilibrio económico o una pérdida en el resultado. El reaseguro ampara estos siniestros que exceden la retención o prioridad hasta cierto límite definido al inicio del contrato.

El esquema exceso de pérdida por riesgo, también llamado exceso de pérdida por riesgo operativo o *working cover* es aquél en el que la compañía cedente fija una prioridad hasta la que hará frente a cada siniestro por cuenta propia y el reasegurador cubrirá el monto de cada siniestro que rebasen esta prioridad.

La capacidad del contrato puede dividirse en varias capas, lo más común es utilizar de 2 a 3 capas. Más capas podría complicar la administración del reaseguro. La cobertura de reaseguro ampara la diferencia positiva entre la suma asegurada reclamada y la retención de la compañía de seguros. Se establece generalmente por una vigencia limitada a 12 meses.

La base de cobertura de este esquema de reaseguro son los siniestros ocurridos durante la vigencia contractual y que sean pagados a los beneficiarios durante este mismo periodo, generalmente se cubren las indemnizaciones ya realizadas por la compañía cedente como pago por algún siniestro. Algunos contratos de reaseguro también pagan a la cedente los siniestros cuyos pagos se hayan realizado durante la vigencia del contrato y que se reporten al reasegurador hasta uno, dos o tres meses después de terminada la vigencia del contrato, siempre que se hayan pagado a los beneficiarios durante la vigencia contractual. Estos meses de cobertura posterior al término de vigencia del contrato y todas las demás fechas como inicio o término, deben establecerse desde inicio de la vigencia para evitar cualquier complicación. No es frecuente usar este esquema de reaseguro para riesgos de vida individual.

Exceso de pérdida por evento

El esquema de exceso de pérdida por evento, también llamado exceso de pérdida catastrófico o *excess loss*, se utiliza para proteger la retención de las compañías de seguros contra acumulaciones debido a eventos catastróficos.

Ofrece a la cedente una protección contra los cúmulos¹² que resulten de numerosos siniestros que son causados por el mismo evento y que afecte a muchas pólizas, en general, las compañías de seguros compran este esquema de reaseguro para proteger o cubrir su retención contra los riesgos catastróficos.¹³

Este contrato de reaseguro se verá afectado cuando ocurre un accidente o serie de accidentes originados por un mismo evento independiente de la voluntad de las vidas afectadas y que les provoque un siniestro de muerte accidental o una lesión corporal accidental dentro de los 12 meses siguientes después de ocurrido el evento, siempre que haya sido a consecuencia del evento antes mencionado. Generalmente, el mínimo de vidas o riesgos afectados se establece en 3 y deben estar aseguradas por la compañía cedente y protegidos en los contratos automáticos.

El evento que da origen a estos siniestros usualmente es conocido como evento catastrófico y lo que provoca es una acumulación de siniestros, que aunque puedan afectar sumas aseguradas pequeñas, para la compañía cedente puede convertirse en un pérdida importante al verse afectados un gran número de riesgos al mismo tiempo. Aún con un buen esquema de reaseguro, este tipo de acumulaciones pueden poner en peligro la existencia de una compañía, y el esquema de exceso de pérdida catastrófico es la única cobertura que protege contra estas acumulaciones o cúmulos.

¹² Situación que se produce cuando determinadas partes de un mismo riesgo están aseguradas simultáneamente por la misma entidad aseguradora, o cuando ciertos riesgos distintos están sujetos al mismo evento

¹³ Instituto de Ciencias del Seguro. Introducción al Reaseguro. Fundación Mapfre

Es de resaltar que este esquema de reaseguro es comprado con por las compañías de seguros como una cobertura para proteger o amparar su retención en uno o más ramos de los que operen y que presentan posibilidades de cúmulo, por lo que los riesgos afectados deben estar emitidos por la compañía cedente y protegidos en los contratos automáticos.

En mi experiencia, para negocios de vida individual no he visto que este contrato de reaseguro se active, es decir que ocurra un evento catastrófico en el que se vean afectadas al menos 3 vidas por el mismo evento y que la compañía de seguros tuviera que pagar la parte del riesgo que tenga asumir por cada una de las 3 vidas afectadas de acuerdo con la participación definida en el contrato de reaseguro. En el caso de ocurrir el evento catastrófico definido en el contrato automático de Exceso de pérdida por evento catastrófico y se vieran afectadas más de 3 vidas, entonces la compañía de seguros dejaría de hacer frente al pago de los siniestros a partir de la cuarta vida afectada y las siguientes, toda vez que esa es la intención de la cobertura por evento catastrófico, de aquí es que se explica la razón por la que las compañías cedentes compran esta cobertura para proteger su retención.

Reaseguro Facultativo

El reaseguro facultativo es el medio por el cual las compañías de seguros ceden riesgos a las compañías de reaseguro siempre que ésta haya dado su consentimiento previo. Indica que los reaseguros son contratados voluntariamente, dado que ni la compañía cedente tiene la obligación de ceder el negocio, ni el reasegurador de aceptarlo y cada operación es independiente de las restantes.

Los contratos de reaseguro facultativo se utilizan para reasegurar una operación o riesgo que queda fuera de las condiciones, límites o características de un contrato automático de reaseguro. Si se ha decidido colocar un riesgo en facultativo y finalmente por alguna razón no se coloca y es retenido, puede generar un siniestro prematuro y una pérdida importante para la compañía.

Un factor importante de una colocación facultativa, es que la compañía de seguros no contará con cobertura de reaseguro, hasta después de que el reasegurador haya aceptado la operación expresamente, por lo cual la compañía de seguros debe tener extrema precaución y cuidado con no emitir la póliza ni asumir el riesgo hasta contar con dicho consentimiento por parte del reasegurador.

Para operar el reaseguro facultativo entre una compañía aseguradora y una reaseguradora, es indispensable contar con un contrato en el que se establezcan las condiciones bajo las que se manejarán las compañías para la gestión de estos negocios facultativos.

En seguros de vida individual.

Al tratarse de negocios facultativos, el proceso de negociación entre ambas compañías para la firma de este contrato, consiste en establecer las mejores condiciones para ambas. La compañía cedente buscará la prima de reaseguro que de acuerdo su experiencia, correspondan al mejor supuesto de mortalidad y buscará también una buena comisión de reaseguro.

El contrato de reaseguro facultativo considera en general los parámetros legales que aplican a cualquier contrato de reaseguro. Se basa en gran medida en principios básicos del contrato del seguro y en leyes mercantiles.

Como ocurre en toda operación mercantil, las formas de establecer esta relación reasegurador/reasegurado pueden ser muy variadas y diferentes. Una primera diferenciación es aquella que cataloga las obligaciones contractuales de las artes según seas esporádicas y casuales (contratos facultativo) o las que comprometen tanto al asegurador como al reasegurador de manera permanente e integral para núcleos enteros de negocio, ya sea por ramos de seguro o por carteras completas de

negocios (contratos automáticos).¹⁴ En esta sección estamos hablando de los facultativos.

La negociación entre la cedente y la reaseguradora debe cuidar que las condiciones estipuladas en el contrato satisfaga y cuide los principios de cada compañía, evitando que alguna redacción, artículo o texto del contrato ponga en peligro la solvencia de alguna de las dos las compañías.

Entre otras, estas son algunas de las condiciones que deben negociarse entre ambas compañías y firmarse en el contrato de reaseguro facultativo: prima de reaseguro y comisiones. La práctica ha demostrado que estos conceptos tienen prioridad, pero también los usos y costumbres internacionales del mercado de reaseguro, juegan un papel preponderante en la gestión y operación del contrato, que si bien, es la base para colocar y tratar de manera individual los riesgos, es de gran apoyo el establecimiento de condiciones que pueden aplicar de manera general para la gestión de estos negocios. Se debe establecer dentro de un marco general cuál será la prima de reaseguro y las comisiones.

La prima de reaseguro de la cobertura básica o de muerte, generalmente corresponde a la prima de riesgo, es decir se toma de tabla de mortalidad de vida individual¹⁵ para cada edad del prospecto asegurado, aplicando o a esta tasa a un porcentaje que refleje la experiencia real o más cercana de mortalidad de la compañía. Debido a que se trata de planes a largo plazo, cada año de renovación de la póliza se considerará la prima de riesgo a la edad alcanzada del asegurado, aplicando el porcentaje mencionado.

¹⁴ Introducción al Reaseguro. Instituto de Ciencias del Seguro. Fundación Mapfre.

¹⁵ Colección de valores del número de fallecimientos que a cada edad se han verificado entre un grupo de cierto número de individuos. Fuente: Tablas de mortalidad y supervivencia Elementos de Matemática Actuarial. Gregoria Mateos-Aparicio Morales

Para las coberturas adicionales de accidente e invalidez, generalmente se toma la misma tarifa que la que cobra la compañía cedente, pues esto facilita enormemente la administración y gestión de pagos del negocio y evita al reasegurador cargar tarifas diferentes en sus sistemas de administración.

Con base en lo anterior, y dependiente de cómo se defina la prima de reaseguro de todas y cada una de las coberturas, se establecen comisiones de reaseguro. Si la prima de reaseguro corresponde a la prima de riesgo de la cobertura básica y al 100% de la prima de beneficios adicionales, la reaseguradora deberá regresar una comisión de reaseguro a la cedente por la prima de los beneficios adicionales, pues recordemos que la prima que cobra la cedente lleva implícitos todos los gastos en los que incurre la compañía, como son administración, adquisición y utilidad; y dado que la reaseguradora no incurre en estos gastos puede regresar a la cedente, vía comisión, un porcentaje de la prima que ha recibido como prima de reaseguro.

Cuando la prima que se paga al reasegurador es neta de reaseguro, no existe comisión de reaseguro, pues en estricta teoría, se paga justo por el riesgo, sin incluir en la prima algún gasto adicional de la cedente. Se concluye entonces que cuando la prima de reaseguro no considera gastos de la compañía cedente, no habrá comisión de reaseguro.¹⁶

Los riesgos de vida individual que se colocan en reaseguro facultativo, generalmente son riesgo subnormales, por lo que pueden llevar extraprima, en cuyo caso también deberá negociarse el monto de prima de reaseguro que se pagará a la reaseguradora por estos conceptos.

. Entre las condiciones cuantitativas resaltan las primas y las comisiones de reaseguro, que son los conceptos de los que podrán obtener ventaja o utilidad ambas compañías.

¹⁶ La comisión de reaseguro es la cantidad que paga el reasegurador a la compañía cedente por la colocación del negocio, generalmente se establece como un porcentaje de la prima de reaseguro.

En vida individual se busca un reaseguro facultativo en los siguientes casos: persona con algún antecedente o padecimiento patológico importante, cuya gravedad haga sospechar que la extraprime médica deba ser elevada y consecuentemente será un riesgo que no pueda cederse al contrato automático.

Otra razón para buscar un reaseguro facultativo es cuando la suma asegurada solicitada es muy elevada y rebasa el límite de retención de la compañía cedente y además no tiene cabida en la capacidad de suscripción automática del contrato automático de reaseguro.

Otro factor importante para buscar un reaseguro facultativo es la ocupación del prospecto. Cuando se observa que presenta una alta exposición de riesgo como el caso de policías, bomberos, funcionarios, militares y muchas otras que tienen que ver con deportes peligrosos y de recreación como la charrería o competencias de autos, motociclismo, aviación privada, tripulación aérea, se observa claramente la elevada exposición al riesgo y puede ser un factor determinante para ceder en reaseguro facultativo.

Desde el punto de vista de la compañía de seguros, la contratación de un reaseguro facultativo puede contribuir de manera positiva en el negocio de la misma si se observa lo siguiente:

- Ejerce una función importante en la distribución de los riesgos.
- Le permite incursionar en nuevas coberturas, buscando con quien compartir la responsabilidad.
- Ayuda a las cedentes a ampliar las posibilidades de servicio y selección que desean ofrecer a sus clientes.

- Tiene la ventaja para poder aceptar operaciones de gran capital de riesgo, que supera el límite de su capacidad contractual automática o bien cuando no se posee un contrato al que ceder estas primas o riesgos.
- Cubrir riesgos excluidos de sus contratos automáticos.
- Proteger los resultados de sus contratos automáticos, evitando en ellos la inclusión de riesgo cuyo resultado pueda afectarlos, por resultar ajenos a la composición de la cartera cedida.
- Aprovechar la experiencia de los reaseguradores en el riesgo sobre el cual carece de experiencia o personal idóneo para su clasificación.
- Colocar operaciones aisladas o riesgos que en su cartera no posee en cantidad suficiente y por ende no resultan compensables entre sí, por no cumplirse la ley de los grandes números.

Desde el punto de vista del reasegurador, tiene estas ventajas:

- Le permite actuar discriminadamente, es decir, puede suscribir o no el negocio que le ofrecen, mientras que bajo el reaseguro automático no puede optar sobre la aceptación del negocio o riesgo.
- Tener la apreciación riesgo por riesgo con la opción o facultad de aceptar o rechazar y de esta manera seleccionar una cartera que corresponda a su política de aceptación.
- Le permite intervenir directamente en la suscripción de cada negocio, estudiando sus características, fijando sus condiciones y estableciendo la prima de reaseguro.
- Apremiar la calidad técnica de suscripción de la compañía cedente, lo que le permite ir calificando y categorizando a la aseguradora a los efectos de tenerlo en cuenta al celebrar o renovar los contratos automáticos.

Se observa claramente las ventajas que tienen los reaseguros facultativos, aun cuando los costos administrativos son más elevados.

Colocación de riesgos en reaseguro facultativo.

Para la colocación de riesgos en reaseguro facultativo, dentro de las compañías cedentes debe existir un área con el conocimiento y la experiencia necesaria, pues es fundamental identificar cuándo realmente un riesgo debe ir a reaseguro facultativo. Generalmente se trata de un departamento de reaseguro técnico en el que el personal debe contar con el conocimiento y experiencia necesarios, tanto de reaseguro como del seguro directo.

Una vez que el responsable de colocar los riesgos en facultativo identifica que es necesaria la colocación, deberá buscar y contactar a los reaseguradores que puedan dar este soporte y apoyo a la compañía cedente para que ésta pueda quedarse con el riesgo y emitir la póliza.

El responsable de esta actividad deberá revisar y cumplir con el principio de buena fe, enviando a los reaseguradores toda la información que tenga del riesgo que desea facultar. El cumplimiento de este principio es básico y debe practicarse desde el seguro directo cuando se negocia el seguro entre el agente de seguros y el cliente.

La compañía cedente no omitirá información al reasegurador ni hará que éste vea el riesgo mejor de lo que realmente es, solo para conseguir el apoyo y poder quedarse con el riesgo. La compañía cedente especificará con toda claridad el motivo por el que oferta el riesgo a los reaseguradores y por el que requiere apoyo facultativo, sin omitir información. Las prácticas reaseguradoras obligan a al cedente a facilitar toda la información disponible sin omitir ningún aspecto que pueda incidir en la decisión del reasegurador. En caso de omitir información como acto de mala fe podría suponer, llegado el caso, que el reasegurador rehúse el pago del siniestro.

La compañía cedente llevará un registro el envío de todos y cada uno de los riesgos ofertados a los reaseguradores, señalando en dicho registro, el nombre de la reaseguradora a la que se envió el riesgo, la fecha de envío y la fecha en la que se tuvo respuesta por parte de la reaseguradora, ya sea para pedir más información o alguna aclaración o bien la cotización del riesgo.

En mi experiencia se considera la siguiente política para asignar el riesgo a algún reasegurador:

- El reasegurador que tenga la calificación más alta, de acuerdo con las empresas calificadoras.
- El reasegurador que cumpla con todas las condiciones solicitadas por la cedente
- El reasegurador que haya entregado cotización en menor tiempo
- El reasegurador que oferte la mejor cotización

La presión de la fuerza de ventas de las compañías de seguros es muy fuerte, lo que hace que aunque exista una política de asignación de riesgos a las reaseguradoras, a veces pudiera no cumplirse, pues no siempre se cuenta con la respuesta oportuna de todas las reaseguradoras a la que se ofertó el riesgo.

Lo importante de esta situación es establecer tiempos de respuesta con los reaseguradores para obtener una cotización y buscar que la reaseguradora cumpla con dichos tiempos. De este modo la compañía cedente podrá indicar a la fuerza de ventas cuándo contará con la propuesta de aseguramiento para el prospecto.

Es importante destacar que el reasegurador debe transmitir su aceptación expresamente, sin que sean válidas las aceptaciones tácitas en caso de silencio por no responder en un determinado plazo. Dentro de las prácticas habituales en el mundo del reaseguro, existe un documento de gran tradición llamado slip de reaseguro, el cual contempla datos mínimos de las condiciones de aceptación o

participación en el riesgo, como son porcentaje asumido por el reasegurador a través de su sello y firma.

Las prácticas en el mercado han creado cláusulas específicas que operan en el mundo de reaseguro y se conocen a través de iniciales, siglas o abreviaturas concretas. Generalmente estas cláusulas se mencionan en los slips de reaseguro como indicaciones técnicas de las condiciones de coberturas o estipulaciones aplicables a una operación o riesgo en particular.

Se ha comprobado que el reaseguro facultativo participa de la misma esencia que el seguro directo y que exige un tratamiento muy profesional, riguroso y estricto por parte de la cedente. Lo anterior hace necesaria la continua comunicación entre ambas compañías, tanto para los riesgos colocados como para el intercambio de experiencias y conocimientos, proponiendo de este modo mejores y sanas prácticas.

En la medida en que las carteras de negocios facultativos se incrementen generando un volumen de prima importante para el reasegurador, éste verá la necesidad e importancia de tener una oficina local, cerca de la cedente, para proporcionar un excelente servicio, motivando en la cedente un alto grado de confianza, aportando procedimientos ágiles, claros y eficaces.

CAPÍTULO 3.

SUSCRIPCIÓN DE RIESGOS AGRAVADOS EN EL CONTRATO DE REASEGURO FACULTATIVO

Introducción

En este tercer y último capítulo, es de suma importancia ver el proceso de la suscripción de riesgos agravados de manera integral, enfatizando en la operación del reaseguro facultativo de vida individual y su administración.

Para tales efectos, existe una regulación que deben observar todas las compañías de seguros. La autoridad en la materia es decir la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, establece reglas y condiciones bajo las que debe operarse en general el sector financiero, incluido el sector asegurador; y en este último incluida la operación de reaseguro. Esta normativa se encuentra en la Circular Única de Seguros en donde se reglamenta la forma en que debe operar el reaseguro.

Cabe mencionar que en algunos casos, uno de los primeros pasos de la suscripción de reaseguro facultativo, puede ser a través de un intermediario de reaseguro, también conocidos como corredor o “bróker”.

Los intermediarios de reaseguro domiciliados en el país requieren para operar, de la autorización de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mientras que los radicados en el extranjero, deben contar con la inscripción en el registro que lleva dicha Comisión.

Cuando las compañías cedentes deciden que sus negocios sean suscritos por reaseguro facultativo directamente por una reaseguradora, es decir sin la intervención de un intermediario, estas reaseguradoras deberán observar lo siguiente: las extranjeras que deseen operar con las compañías de seguros, deben registrarse ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y deben reunir los

requisitos de solvencia y estabilidad para efectuar las operaciones, así como mostrar que cumplen los requisitos que les exigen para operar la ley del país donde residen. Es importante señalar que las reaseguradoras registradas, así como aquellas que tienen oficinas de representación en México, sólo pueden actuar a nombre y cuenta de la institución que le da poderes para aceptar o ceder responsabilidades en reaseguro.

Las reaseguradoras deben sujetarse a las directrices de política general que en materia reaseguradora señale la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y en lo que se refiere a la inspección y vigilancia, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Otra regulación importante es la del Límite Máximo de Retención, al que ya nos referimos en capítulos anteriores, no obstante cabe rescatar su importancia a la hora de la suscripción por reaseguro facultativo, toda vez que las compañías de seguros deben observar y respetar estos montos máximos de retención del riesgo, de tal suerte que los montos que queden bajo la responsabilidad de la compañía cedente, siempre estén por debajo del límite máximo de retención fijado por la compañía y autorizado por el Consejo de Administración.

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales, las compañías de seguros están obligadas a presentar información a la autoridad respecto a las operaciones de reaseguro que realicen, tanto para contratos automáticos como para contratos facultativos. Dentro de esta regulación, a partir del 4 de abril de 2015 que entró en vigor la nueva normativa, las disposiciones para la entrega de esta información tuvieron algunos cambios en la forma y periodicidad de entrega.

Toda la información que debe entregar una compañía de seguros para dar cumplimiento a esta normativa se encuentra en el Título 9 de la Circular Única de Seguros y Fianzas. Esta información está contenida en Reportes Regulatorios, mismos que se encuentran definidos en la citada circular.

El Reporte Regulatorio que aplica a la operación de reaseguro es el número 6 y se denomina RR-6. Este reporte se integra por 4 productos: RR6TRIVA que reportan las compañías exclusivas de vida y/o accidentes y enfermedades, R6TRIME que reportan las compañías que realicen operaciones de vida, accidentes y/o daños, y el RR6TRIMD y RR6ANUAL.

El RR6TRIVA está integrado por 6 archivos TXT y el RR6TRIME por 7 archivos TXT. En ambos se reporta la operación relativa al reaseguro, los esquemas de reaseguro, las operaciones facultativas, las características de contratos automáticos de reaseguro, resultados de siniestros y de los contratos. La periodicidad de entrega es trimestral.

El RR6TRIMED se integra por 2 archivos, uno TXT y uno PDF, correspondientes a la documentación contractual de los textos en los que se establecen las condiciones de reaseguro automático. La periodicidad de entrega es trimestral.

EL RR6ANUAL se entrega una vez al año y está integrado por 5 archivos en formato PDF en los que se reporta el límite máximo de retención autorizado por el consejo de administración, la opinión del actuario calificado para tales efectos y el plan general de reaseguro, separado en estrategias que seguirá la compañía de seguros para la renovación de contratos automáticos y en una matriz con la información relativa a los riesgos y la mitigación de éstos a través de las estrategias para la renovación.

Aunado a lo anterior, las compañías de seguros deben observar el cumplimiento a lo dispuesto en la circular única de seguros y fianzas respecto a la operación de los contratos de reaseguro facultativo.

Estas colocaciones de reaseguro facultativo, deben considerar una serie de pasos que constituyen el corazón de la suscripción de dichos negocios y se trata primordialmente del proceso, en el que tanto la compañía cedente como la

reaseguradora deben cumplir con la entrega de documentación que formaliza la colocación del riesgo, además de la forma y términos en los que las compañías de seguros deberán conservar y tener disponible para la autoridad en caso de inspección, la documentación que formalice cada una de las operaciones de reaseguro que celebren, así como la documentación que acredite fehacientemente su correcta y oportuna colocación y la aplicación de los términos y condiciones pactados.

Entre la documentación que se debe conservar y que es fundamental para la correcta operación de reaseguro facultativo se encuentra:

- La ofertas o “slip” de condiciones solicitadas por la cedente para la colocación y el correspondiente de parte de la reaseguradora con las condiciones finales
- Las confirmaciones formales de colocación de reaseguro, fechadas
- La demás documentación soporte de los pagos de primas, liquidación de saldos o de los costos de coberturas de conformidad con los plazos pactados en las negociaciones correspondientes.¹⁷

Para las compañías de seguros es de suma importancia validar *el security* de las reaseguradoras a las que ceden sus riesgos, esto es, las calificaciones que asignan las diferentes agencias calificadoras internacionales, con la intención de respaldar la evaluación de solvencia y estabilidad de dichas reaseguradoras.

Estudio de casos

A continuación se revisarán algunos casos de suscripción facultativa, considerando diferentes tipos y grados de riesgos.

En este orden de ideas, el primer paso está dado por el seleccionador de riesgos, el cual al realizar su función primordial, trata de identificar aquellos factores que

¹⁷ Circular Única de Seguros y Fianzas. Título 9

agravan el riesgo, recordemos que la agravación del riesgo deriva de algún factor médico, de ocupación, financieros y especulativos.

Las compañías de seguros, con base en su experiencia, pueden decidir si retener un riesgo o cederlo, o solo una parte. Los factores que determinan esto son muchos y muy variados, pero uno muy importante es la competencia, esto hace que las compañías de seguros busquen la forma de dar mejores condiciones, de sí tomar los riesgos y ganar negocio, y aunque esto puede conseguirse a través de un reaseguro facultativo no siempre es así.

Para las compañías de seguros es muy importante estar posicionadas en el mercado y conseguir un nivel alto en primas, en comparación con las demás compañías, por eso buscan la forma de ganar negocios y si a veces requieren de una colocación facultativa no tendrán inconveniente en hacerlo. También resulta muy importante para algunas compañías ser rentable en los negocios por lo que sus decisiones están enfocadas a obtener ganancias y amplios márgenes de utilidad.

Las compañías establecen las condiciones bajo las que desean obtener dichas ganancias, en cuanto a porcentaje y tiempo. Por lo anterior, no basta la sola idea de ganar negocio e incrementar las primas, eso es importante, pero antes hay que valorar la rentabilidad que dejará dicho negocio para la empresa.

Cuando las compañías de seguros no vigilan la rentabilidad de un negocio, sucede con frecuencia que quedan en pérdida, con resultados negativos en sus registros y pueden venir muchas cosas en consecuencia: la insolvencia de la compañía, el desprestigio si no han cumplido con sus obligaciones, el cierre de la empresa, etc.

Es preciso recordar la importancia de un reaseguro facultativo con quien se deseé compartir los riesgos, a fin de evitar que ocurra una o todas las situaciones mencionadas en el párrafo anterior. Cuando un riesgo individual es altamente expuesto por algún antecedente patológico, cuando su ocupación es de alto riesgo e

incluso requiere de alguna protección adicional (guardaespaldas, armas, auto blindado, etc.) o cuando de manera grupal, la colectividad representa una alta siniestralidad para la compañía y la prima cobrada no es suficiente o cuando los márgenes de utilidad son pequeños o la cuota es tan competitiva que podría traer pérdida. Por todas estas situaciones vale mucho la pena buscar el apoyo de un reasegurador que de manera directa o a través de un intermediario, acepte compartir el riesgo con la aseguradora o cedente y seguir la misma suerte que ésta en todos sentidos.

Algo fundamental como en todo contrato de seguros y que se ha dicho anteriormente, es que el reaseguro es una extensión de éste, por lo que se debe ser totalmente transparente con el reasegurador y presentar toda la información con la que se cuente para que el reasegurador, con la facultad que tiene de aceptar o no los casos, pueda tomar la mejor decisión para ella y para la cedente.

No se debe ocultar información, no se debe hacer ver que el riesgo es mejor de lo que parece, no se deben cambiar las condiciones que está solicitando el prospecto. Ante todo debe prevalecer el principio de buena fe, el cual es un principio básico en la formalización del contrato de seguro, por lo que debe trasladarse a la operación de las reaseguradoras. Este consiste en la honestidad de ambas partes, se debe creer en lo que el prospecto afirma respecto a su estado de salud y ocupación y así mismo se debe informar a las compañías de reaseguro.

Un apoyo primordial en la selección de riesgos, son los manuales de las reaseguradoras, que hoy la mayoría se encuentran disponibles en línea y sirven como una base, que de acuerdo con la experiencia de cada suscriptor, apoyará a clasificar el riesgo en su justa dimensión.

Los manuales de las reaseguradoras pueden contener información para seleccionar riesgos médicos, con calculadoras del riesgo para cuando éste se encuentra en

situación de tener varios padecimientos que en su conjunto exponen gravemente la vida del prospecto, pudiendo ocasionar un siniestro prematuro.

También contienen y presentan el tipo de riesgo al que se puede exponer un prospecto por la práctica de su profesión o de su actividad u ocupación. Se incluyen los riesgos que pueden encontrarse expuestos a una más alta siniestralidad por el lugar en el que se encuentren ubicados, el lugar en el que realicen su trabajo y el equipo de protección que se les requiera para estar protegidos.

Las preguntas que se hacen en una solicitud para seguro de vida, son fundamentales para la suscripción. A últimas fechas la ley ha hecho obligatorio que se incluyan datos que ayuden a identificar más y mejor al prospecto, evitando con esto la evasión fiscal y el lavado de dinero. Estos dos últimos aspectos inciden también en la selección del riesgo, pues el hecho de donde provienen los recursos con los que se va a pagar la prima del seguro, habla de una posición financiera del prospecto y ayuda a valorar si existe interés asegurable para la suma asegurada solicitada o está sobre asegurado.

Entre la información que se pide o pregunta al prospecto en la solicitud para seguro de vida, se encuentran entre otros, datos generales y de identificación del mismo, siendo éstos sumamente importantes, pues de esta información, el suscriptor empieza a inferir el tipo de riesgo que está suscribiendo.

No menos importante es la información médica, la cual varía dependiendo de la edad del prospecto, de la suma asegurada que solicite y de los antecedentes médicos que él mismo declare.

Para tales efectos, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, ha puesto a consideración de las compañías de seguros un perfil médico para que aquellas compañías que lo consideren adecuado a sus necesidades y experiencias, lo adopten o lo usen como base y agreguen o eliminen pruebas de acuerdo con su

experiencia. Aunque si bien es cierto que la AMIS ha hecho este trabajo con la asesoría de los médicos suscriptores del sector, por lo que sin duda la propuesta o sugerencia recoge las pruebas médicas mínimas indispensables para hacer una valoración del riesgo, con la intención de detectar factores médicos que pudieran desencadenar en un siniestro prematuro, también es cierto que este perfil puede ser enriquecido y mejorado con la experiencia del propio suscriptor, pues con el tiempo y el número de casos revisados, lo acreditan para opinar y proponer muchas mejoras.

Por último, y con la misma jerarquía en orden de importancia, se encuentra la información financiera que la compañía de seguros solicite. Esta información se pide para corroborar que el prospecto está solicitando un seguro acorde a sus necesidades y forma de vida y debe tener manera de probarlo. Por esta razón, ésta información se solicita solo cuando las sumas aseguradas que requiere el prospecto son elevadas.

La razón por la que debe existir una suma asegurada “adecuada” para cada prospecto, es entre otras cosas porque el seguro de vida, se adquiere para resarcir la pérdida económica que ocurre si el proveedor de recursos de una familia muere. Si la persona es joven, se considera que puede tener hijos pequeños y que tardarán cuando mucho 15 o 18 años en tener una ingresos propios, esta es la razón por la que en este caso, lo adecuado es solicitar una suma asegurada de hasta 18 veces el ingreso anual de este prospecto que provee los recursos económicos a su familia. El seguro de vida no pretende enriquecer a nadie con la muerte del proveedor de ingresos, por esta razón debe ser acorde con los ingresos.

El suscriptor siempre espera poder catalogar los riesgos que suscribe dentro de los parámetros que tiene definidos para considerarlos normales o muy cerca de ser normales, sin embargo existen riesgos, condiciones, sumas aseguradas o coberturas que están fuera de las condiciones aceptables por las compañías de seguros o que no pueden retener por cuenta propia. Es aquí cuando entra el reaseguro facultativo.

Selección médica

La selección médica consiste en la identificación de una serie de datos que ayudan a valorar las condiciones en las que puede emitirse una póliza de seguro de vida, cuando el prospecto presenta factores médicos que lo agraven. Lo anterior ayuda a prevenir siniestros prematuros y sobre todo a cobrar la prima adecuada al tipo de riesgo.

Al solicitar información médica o realizar exámenes médicos para la valoración del riesgo se busca identificar factores que puedan incidir en una muerte o invalidez prematura. La selección médica en el seguro de vida no busca encontrar enfermedades para curarlas, sino los factores que agraven cualquier padecimiento o enfermedad en un corto plazo y que se conviertan en un siniestro.

Dentro de la búsqueda de estos factores de riesgo, no se pierde de vista la cobertura que desea ampararse, ya que distintos padecimientos o enfermedades pueden llegar a afectar las diferentes coberturas contratadas, como la muerte o la invalidez.

Durante el proceso de selección médica, se revisarán los resultados que presente el prospecto o los que haya realizado la compañía de seguros para revisar que se encuentren dentro de los rangos o valores de referencia normales. Para esto, existen guías o manuales de suscripción en referencia a las anomalías en los resultados médicos. Generalmente estos manuales son elaborados por compañías que tienen grandes volúmenes de asegurados y han hecho estudios con sus carteras, encontrando grupos interesantes con los que se puede hacer estadísticas y establecer rangos de extra primas sugeridas para ciertos padecimientos.

En la evaluación del riesgo, los exámenes de laboratorio son utilizados para asistir en el proceso de la selección del riesgo como una herramienta para la detección selectiva, para el diagnóstico y el monitoreo, para evaluar el control de las condiciones de salud.

Dependiendo de cada compañía se seguros, se solicitan diferentes pruebas médicas de acuerdo con la edad del prospecto y la suma asegurada solicitada, tal como se mencionó en el capítulo 1 en la tabla de requisitos médicos. En muchos casos estos exámenes médicos sirven para revelar lo que el prospecto no ha declarado en la solicitud o bien, para identificar algún padecimiento del que probablemente no tenía conocimiento. Un ejemplo que a veces se observa, es cuando prospecto declara que no fuma y la prueba de nicotina sale positiva.

La valoración del riesgo médicamente, está dada entre otros por los siguientes datos fundamentales.

- Peso y estatura
- Historia médica y antecedentes familiares
- Hábitos y costumbres (consumo de alcohol o nicotina y práctica de ejercicio)
- Consumo de drogas o estimulantes
- Resultados del examen médico realizado por la compañía de seguros

CASO 1:

Antecedentes de lesión medular y vejiga neurogénica.

Se expone el caso del prospecto siguiente: Masculino de 39 años, Abogado. Casado, sin hijos pero en tratamiento para lograr el embarazo de su cónyuge. Beneficiarios la cónyuge por el 100%. Sus ingresos ascienden a 100,000 pesos mensuales. No fuma, y tampoco ingiere bebidas alcohólicas. Solicita plan temporal 5 años por 1,500,000 pesos, con beneficios de accidente e invalidez por la misma suma asegurada.

Por la suma asegurada solicitada y la edad del prospecto, de conformidad con la tabla de requisitos médicos mostrada en el capítulo 1, no se requiere examen médico, no obstante dentro de su declaración comenta que sufrió una lesión medular a los 26 años que ha provocado vejiga neurogénica. Los manuales de reaseguro

señalan que el riesgo puede ser aceptado, aplazado o rechazado, pero para esto se debe contar con más información, por lo que debe solicitarse al prospecto un informe del médico tratante y un examen general de orina. Se envía a reaseguro facultativo para su valoración, dada la complejidad del caso.

Los reaseguradores coinciden en solicitar información médica adicional, pero también valoran el riesgo desde otros puntos de vista. Por el monto de suma asegurada y la tabla de requisitos médicos de la compañía aseguradora pueden suscribir el riesgo sin más información, pero otros más conservadores declinan el caso sin pedir más información, aunque la suma asegurada no sea elevada y sea acorde a las necesidades del prospecto o incluso pida una suma asegurada menor a la que podría acceder por sus ingresos. Hemos dicho que una suma asegurada acorde a los ingresos de un prospecto, pensando en un seguro patrimonial es de 10 a 15 veces su ingreso anual, dependerá de la edad del mismo.

Se presentó el informe médico que confirma estabilidad y lo correspondiente al tipo de padecimiento, es decir, no había complicaciones que lo agravaran más de la enfermedad en sí. Además del cuidado y control de la enfermedad que lleva el prospecto derivado de su tratamiento para inseminación de su esposa. Por esto, se decidió colocarlo con el reasegurador que ofreció las mejores condiciones, tanto para el asegurado final como para la cedente. Se otorgó extraprima del 200% en las coberturas de accidente e invalidez, pero la cobertura básica se dictaminó como normal.

Riesgo por obesidad mórbida

La obesidad mórbida en nuestro país va en aumento, por lo que muchas compañías de seguros se ven en la necesidad de buscar formas de compartir el riesgo para asegurar a estos prospectos.

Se define la obesidad mórbida como aquella que hace que el índice de masa corporal de una persona se encuentre por arriba de 40 y generalmente va asociada a

otro tipo de patologías que aumentan la mortalidad; por ejemplo, diabetes, complicaciones cardiovasculares, (infarto, accidentes vasculares cerebrales), síndrome de apnea del sueño y muerte súbita probablemente por infarto o trastorno del ritmo. También se observan más casos de cáncer de todo tipo entre obesos mórbidos.

El índice de masa corporal¹⁸ (IMC), también conocido como índice de Quetelet¹⁹ representa la relación entre masa corporal (peso) y talla (estatura). Esta prueba se fundamenta en el supuesto de que las proporciones de masa corporal/peso tanto en los grupos femeninos como masculinos, poseen una correlación positiva con el porcentaje de grasa corporal que posee el cuerpo. Este índice se emplea principalmente para determinar el grado de obesidad de individuos, así como de su bienestar en general. Una clasificación alta de IMC comúnmente se asocia con un mayor riesgo de mortalidad debido a cardiopatías coronarias en la población masculina.

Frecuentemente las compañías de seguros facultan este tipo de riesgos entre las reaseguradoras, pues en muchas ocasiones pueden ser riesgos elevados, tanto médica como financieramente. La competencia en el mercado es alta y siempre se busca la forma de asegurar el riesgo, ofrecer cuotas competitivas sin que el producto deje de ser rentable.

Muchos de estos riesgos pueden ser tomados por los reaseguradores, cuando se cuenta con la información completa que permite aplicar una cuota justa a la realidad del riesgo. De aquí la importancia de contar con el expediente completo. Otras veces los clientes se desesperan por el requerimiento de información y ya no desean asegurarse, lo cual puede resultar frustrante para la cedente y para la reasegurada por el esfuerzo realizado.

¹⁸ Saludmed.com/LabFisio

¹⁹ Adolphe Quetelet, belga que ideó el IMC Wikipedia

CASO 2:

Obesidad

Mujer de 40 años solicita seguro de vida para cubrir un crédito. Casada con 2 hijos, uno de 18 años y otro de 15. La suma asegurada es de 60 millones de pesos y pide un plan temporal a 1 año renovable. Se dedica a financiar obras de construcción, por lo que solicita préstamos a los bancos para dar crédito a constructoras. Pesa 90 kilogramos y mide 1.60 metros. No fuma, e ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente. No practica ningún deporte. Solicita cobertura de muerte y de invalidez y el beneficiario preferente es el banco por el saldo insoluto y el remanente para su cónyuge e hijos en partes iguales.

Se busca reaseguro facultativo por la suma asegurada elevada y por el sobrepeso. Se pidió la información financiera necesaria para corroborar la existencia del crédito y que su empresa estuviera legalmente constituida. Financieramente no se encontró impedimento.

La única reaseguradora que dio el apoyo fue con extra prima del 100% en la cobertura básica por obesidad, no autorizó la cobertura de invalidez y a pesar de solicitar un plan temporal a un año renovable condicionó la renovación a la presentación de nueva información médica. Se emitió la póliza bajo estas condiciones y cuando llega el momento de la renovación en el siguiente año se pide a la asegurada presentar información médica reciente.

Se envía nuevamente a la reaseguradora y se encuentra que ha subido 5 kilogramos y se le detecta diabetes. Se considera que esta enfermedad está íntimamente relacionada con la obesidad mórbida y algunos antecedentes familiares, es probable que la señora siga subiendo de peso.

La reaseguradora vuelve a tomar el caso, pero incrementa la extra prima y vuelve a condicionar la renovación a presentar pruebas médicas recientes. Fue acertada la

decisión de condicionar la renovación y se logró colocar el seguro en la segunda anualidad. La siguiente renovación también se condicionó a la presentación de información médica reciente, pero la asegurada ya no la presentó y no se renovó el seguro.

Selección no médica (ocupacional y financiera)

La selección no médica está dada por todos aquellos factores que inciden en la suscripción de un riesgo y que tiene que ver exclusivamente con la ocupación y la situación financiera del prospecto. Si bien es cierto que debe hacerse una valoración integral que considere el riesgo en su totalidad, es preciso separar la información e ir descartando factores de riesgo.

La selección o suscripción financiera es el proceso de reunir y evaluar información para verificar que la suma asegurada solicitada para un seguro de vida es consistente con la probabilidad de pérdida financiera en el evento de un siniestro.

Las elevadas sumas aseguradas que llegan a solicitar en algunos casos hace necesario la realización de la suscripción financiera, y esta es tan importante como la suscripción médica. Cuando las sumas aseguradas son pequeñas son menos cuestionadas, por ejemplo hasta 500,000 pesos de suma asegurada, pues se considera que son adecuadas para las necesidades financieras del prospecto y su familia, pero cuando las sumas aseguradas solicitadas son elevadas, es muy importante validar la relación entre la suma de la cobertura solicitada y la necesidad financiera real del prospecto y su familia, buscando la congruencia en esta solicitud.

Los principales objetivos de la suscripción financiera, son:

- Minimizar la anti-selección
- Prevenir siniestros sospechosos o fraudulentos
- Reducir el riesgo de cancelación anticipada

A diferencia de la suscripción médica la cual está basada en estadísticas, la mayoría de la suscripción financiera está basada en un sistema de principios bien establecidos que determinan los niveles apropiados de cobertura bajo ciertas circunstancias. Se deben revisar los ingresos del solicitante para poder equiparar la suma asegurada solicitada y determinar el nivel adecuado de cobertura que requiere el solicitante.

Para esto, algunas compañías de seguros piden al solicitante llenar un cuestionario financiero y presentar la siguiente información:

- Razón de la cobertura, es decir el interés asegurable
- Cómo ha sido calculada la suma asegurada que solicita
- Posición financiera del prospecto (ingresos, ganancias, patrimonio neto, créditos, valuación de la compañía)
- Detalles de cobertura de algún seguro que ya tenga contratado, incluso en otra compañía

En este aspecto vale la pena considerar que el seguro de vida cuenta con el objetivo principal de resarcir la pérdida que genera un evento inesperado para una persona, por lo que la suma asegurada que se indemnice debe ser acorde con la forma y estilo de vida de los dependientes económicos, de lo contrario podría decirse que el asegurado está especulando con el seguro, pretendiendo obtener un beneficio mayor al que corresponde.

Por esta razón es tan importante que las sumas aseguradas contratadas sean las que correspondan a los ingresos o ganancias del asegurado, de este modo se minimiza algún posible fraude o siniestros prematuros.

Suscripción de riesgo ocupacional

La importancia de la ocupación como una parte del riesgo que puede representar una persona que pide un seguro de vida, tiene una tendencia a mejorar, es decir que el riesgo puede disminuir, sin embargo toma relevancia al considerar la cobertura de

invalidez. Algunas ocupaciones están directamente relacionadas con tasas elevadas de accidentes y enfermedades, mientras otras tienen una asociación indirecta con riesgos conductuales o de estilo de vida. Gran parte de la reducción en los riesgos ha sido consecuencia de las mejoras en las legislaciones de salud y seguridad, no obstante la ocupación continúa siendo un factor de riesgo extremadamente importante para la mayoría de las coberturas de invalidez y merece atención especial.

Los accidentes continúan siendo una fuente de riesgo adicional en aquellas industrias que exponen a algunos de sus trabajadores a lesiones o enfermedad por caídas, objetos o materiales en caída, aplastamiento, procesos o sustancias peligrosas, fuentes de energía, (calor, electricidad de alto voltaje, explosivos), elementos naturales como viento, lluvia y el mar.

Las industrias con tasas elevadas de accidentes son agricultura, ganadería, pesca, silvicultura, transportación, construcción, minería y explotación de cantera, buzos y militares.

En cuanto a problemas en la salud, los riesgos que afectan la salud son: problemas músculo esqueléticos como resultado de actividades que impliquen agacharse, levantar, cargar o movimientos repetitivos; enfermedad mental, incluyendo el estrés, la depresión y la ansiedad; trastornos pulmonares que resultan de la inhalación de sustancias irritantes o nocivas como polvos, fibras, gases y vapores; pérdida en la capacidad auditiva por la exposición prolongada al ruido; alteraciones cutáneas por el contacto con irritantes o condiciones climáticas extremas; enfermedades malignas que se originan de la exposición a carcinógenos; los cánceres ocupacionales más comunes son el linfoma de Hodgkin y el cáncer de pulmón.

A continuación se describe una clasificación de los factores de riesgo, el cual puede servir para el control de los accidentes y o enfermedades que afectarían la cobertura de invalidez como consecuencia de la afectación directa de la salud del prospecto: ²⁰

- Riesgo del ambiente de trabajo o microclima laboral
- Contaminantes del ambiente: de tipo físico, de tipo químico, de tipo biológico
- Productores de insalubridad locativa y ambiental deficientes
- Productores de sobrecarga física: de tipo disergonómico, de tipo psicosocial
- Productores de inseguridad: de tipo mecánico, de tipo físico-químico, de tipo instalaciones y superficies de trabajo en mal estado, de tipo procedimiento peligroso, de tipo orden y aseo deficientes,

Son innumerables los factores que pueden agravar el riesgo y ante esta situación, a la hora de contratar un seguro de vida, se deben valorar todos estos factores para determinar las condiciones bajo las que pueden ser asegurados y de este modo, la compañía de seguros decide el tratamiento que va a darle a este riesgo y la forma como va a asumirlo.

No deben ignorarse factores que tiene que ver con las conductas y estilos de vida. Algunas industrias son notables por su asociación con el consumo exagerado de alcohol y tabaco, por ejemplo la pesca en aguas profundas, la marina mercante, los servicios de alimentos y bebidas. Las ocupaciones que son significativas para la clasificación del riesgo en el ramo de vida son igualmente importantes o más en el contexto de la invalidez.

Influyen en la suscripción de la cobertura de invalidez factores determinantes para el estado de salud y riesgos de accidentes graves, como ya se mencionó anteriormente, los cuales pueden desencadenar en:

²⁰ Curso básico de salud Ocupacional. Centro de servicios a la salud.

- Lesiones con maquinaria, equipo y herramientas; también los efectos a largo plazo por la utilización de cierto tipo de equipo, por ejemplo, el dedo blanco por vibración (síndrome de vibración mano-brazo)
- Condiciones músculo esqueléticas de la espalda como resultado de intenso trabajo físico en los procesos de manufactura
- Pérdida de la audición y agudeza visual
- La carga intensa y el trabajo a presión lleva a enfermedad mental
- La ocupación puede exacerbar una condición médica existente
- Existen requisitos excepcionalmente estrictos de salud y condición física de manera que una condición médica relativamente menor podría desencadenar una reclamación válida
- Son necesarios el uso de los sentidos o la destreza fina manual

Caso 3

Ocupacional: minero

Minero de extracción. Masculino de 44 años de edad que solicita suma asegurada de 7 millones de pesos con coberturas de invalidez y accidente por el mismo monto. Vive en Taxco, Guerrero y trabaja en una mina, a 40 metros de profundidad que fue abierta recientemente, no obstante lleva 20 años en dicha ocupación. Está casado con 2 hijos de 12 y 10 años. Su ingreso mensual asciende a \$40,000.00 pesos. Fuma y no ingiere bebidas alcohólicas. Su beneficiaria es la cónyuge al 100%

Este tipo de ocupación amerita el llenado de un cuestionario como el que se muestra a en el cuadro 3.1 para conocer el riesgo de manera integral y se decidan las condiciones de aseguramiento.

Cuadro 3.1 Cuestionario para ocupación de alto riesgo

| | |
|---|---------------------------|
| Forma parte integrante de la solicitud de seguro presentada por: | |
| Nombre y apellidos | _____ |
| Fecha de nacimiento | _____ |
| 1. Actividad profesional | |
| Ingeniero, Técnico | _____ Otros _____ |
| Minero de superficie | _____ Indicar tipo: _____ |
| Minero de profundidad | _____ _____ |
| 2. Tipo de mina. Señale con una cruz. | |
| Piedra, arena pizarra, mármol | _____ Otros _____ |
| Asbesto, carbón, lignito, cuarzo | _____ Indicar tipo: _____ |
| Minero de profundidad | _____ _____ |
| Bauxita, grafito, yeso, mica | _____ |
| Radium, uranium | _____ |
| 3. ¿Utiliza explosivos? Si _____ No _____ | |
| 4. ¿Ha estado de baja en los 5 últimos años por motivos profesionales? | |
| Sí | _____ No _____ |
| 5. En caso afirmativo indique: | |
| Causa: _____ | |
| Fecha: _____ | Duración: _____ |
| Estado actual: _____ | |
| Secuela: _____ | |
| 6. Observaciones | |
| El suscrito declara que las anteriores respuestas son verídicas y acepta que las mismas formen parte de la solicitud de seguro. | |
| Fecha | Firma del solicitante: |

Factores de riesgo:

La ocupación. En la industria de la minería, un minero de profundidad puede utilizar las siguientes herramientas para desempeñar sus actividades: taladros, explosivos, locomotoras, equipo de perforación y las condiciones de trabajo pueden ser trabajo manual pesado en condiciones incómodas (oscuras, calientes, espacio reducido). Por lo anterior, deberá pedirse una ampliación de la ocupación a fin de conocer con precisión lo que hace y la maquinaria que utiliza.

Para algunas compañías de seguros, esta ocupación puede estar excluida de los contratos automáticos de reaseguro, aún con una suma asegurada pequeña, en este caso se debe buscar una compañía de reaseguro que desee compartir el riesgo con la cedente.

Los principales riesgos para la salud bajo estas condiciones de trabajo son:

- Trastornos respiratorios debido a la exposición prolongada de polvos como carbón y sílice, además de gases tóxicos y humos en el tratamiento de minerales como azufre y manganeso
- Trastornos de las extremidades superiores
- Pérdida auditiva por la exposición prolongada al ruido de la maquinaria de perforación y corte
- Trastornos músculo esqueléticos, en especial de la espalda, debido al trabajo manual pesado y a posturas incómodas

A pesar de que la seguridad en las minas ha mejorado notablemente, sigue siendo una industria peligrosa, las tasas de mortalidad y lesiones han disminuido significativamente y se encuentran por debajo de los niveles registrados en las industrias de agricultura, silvicultura y pesca y la tasa de lesiones fatales ha

disminuido como consecuencia de la mejora en los estándares de seguridad y prácticas de trabajo, el riesgo de enfermedades respiratorias sigue siendo alto.

Los trabajadores subterráneos, por lo general tienen tasas de morbilidad altas debido a sus peligrosas condiciones de trabajo. Los trabajadores profesionales y técnicos por lo general presentan un riesgo menor.

A la hora de la suscripción se debe tener en cuenta el título de la profesión, naturaleza de las actividades y frecuencia de trabajo manual, cualquier condición médica existente, sobre todo si tiene que ver con las vías respiratorias y músculo esqueléticos que puedan agravar el riesgo por la ocupación. En este caso se revisó que la suma asegurada era acorde con sus ingresos, pero se decidió enviar a facultativo por ser riesgo altamente agravado. La reaseguradora que tomó el caso, decidió extra primarlo en las coberturas de muerte y accidente, y rechazó la cobertura de invalidez.

El caso mencionado logró colocarse con una reaseguradora que otorgó extraprima ocupacional de 2 al millar en la cobertura básica y de accidente. La cobertura de invalidez no se extra primó.

Riesgo financiero

El riesgo financiero está dado por una falta de equidad o congruencia entre la suma asegurada solicitada y los ingresos del prospecto. Cuando la suma asegurada es elevada, se empieza a pensar en distintos intereses que pueda tener el prospecto por asegurarse y por hacerlo en condiciones muy particulares. Puede darse el caso de personas cuyos ingresos sean elevadísimos y que parezca que no tienen necesidad de un seguro, también en estos casos se suele tener sospecha cuando la suma solicitada es alta.

El suscriptor debe tener claridad absoluta sobre el tipo de seguro que desea el asegurado, si es para proteger el patrimonio familiar, o para cubrir un crédito o para hombre clave. Esta información es básica a la hora de empezar la suscripción.

CASO 4:

El caso que se presenta a continuación presenta varios factores de riesgo financiero. Masculino de 48 años, empresario, dueño y director de 4 empresas. Declara utilidad promedio de cada empresa al año de 10 millones de pesos. Solicita 4 pólizas en plan dotal a 5 años bajo esquema de Hombre Clave para cada una de sus empresas, por una suma asegurada de 100 millones de pesos cada una. El cúmulo es de 400 millones de pesos.

Llama la atención la suma asegurada tan alta y que sea la misma para cada empresa. La información fue entregada incompleta y se volvió un problema por la incongruencia que se presentó en la misma. El cliente desconfiaba y aunque es evidente que tiene mucho dinero, se considera excesiva la suma asegurada para una persona, lo que hace revisar el caso con mucho detenimiento y preguntar hasta conseguir claridad en la información.

Se presentaron cuestionarios financieros, estados de resultados y balances de las empresas y se enviaron a un reasegurador. Este decidió que con la información presentada solo se podían emitir 75 millones de pesos, es decir no estaba otorgando la suma asegurada completa solicitada

A esta situación se debe sumar el plan solicitado y el tipo de seguro, dotal para hombre clave, es un seguro en el que no puede emitirse un seguro de hombre clave, ya que en la ley del Impuesto sobre la renta, se señala la deducibilidad del 100% de la prima pagada, siempre que el riesgo cubierto sea la muerte o la invalidez a causa de accidente o enfermedad, pero no la supervivencia.

Esta información causa conflicto y confusión a los reaseguradores que se encuentran en el extranjero. La cedente sugiere cambio de beneficiario dado que no considera adecuado otorgar un hombre clave en un plan dotal, pero ante el cambio de beneficiario los reaseguradores consideran que está especulando y ofrecen cobertura por menos suma asegurada, pues consideran que el asegurado está especulando.

En fin, el caso no avanzó más y finalmente el prospecto muy a disgusto no tomó estos seguros. Cabe mencionar la intervención de los agentes de seguros que en ocasiones no asesoran adecuadamente al prospecto. En este caso, el agente debió ver si existía la necesidad de contar con un seguro de hombre clave y si realmente la persona propuesta era clave en la compañía, en cuyo caso no debía haber inconveniente para que tanto la empresa como el prospecto presentaran toda la información que se requiriera. Era de llamar la atención el llenado de 4 solicitudes con la misma suma asegurada solicitada de 100 millones de pesos. No es lógico que las 4 empresas generen las mismas ganancias y que además la empresa no tuviera la conciencia de presentar estados financieros verídicos si había una necesidad real de contar con el seguro. En mi apreciación, el agente se enfocó a vender sin brindar una asesoría adecuada, perdiendo de vista el interés asegurable y el principio de buena fe.

Por cobertura

Se puede hablar de 2 coberturas especiales que son de alto riesgo y que generalmente están excluidas de los contratos automáticos de reaseguro y siempre se colocan con mercados de reaseguro, sobre todo en el extranjero.

Invalidez profesional para deportistas

Esta cobertura cubre al Deportista Profesional al momento de sufrir una lesión corporal, ocasionada ya sea por un accidente o por alguna enfermedad o padecimiento cubierto que ocurra o se manifieste por primera vez durante la vigencia de la póliza y que, exclusiva e independientemente de cualquier otra causa, resulte

en la incapacidad del asegurado que le impida seguir generando ingreso alguno a través de su profesión.

Una incapacidad total y permanente significa que el asegurado ha sufrido una incapacidad total, de forma continua, durante cierto periodo de tiempo llamado Periodo de Espera, y que como consecuencia de la lesión corporal accidental o la enfermedad o el padecimiento que hace surgir dicha incapacidad total, el asegurado no tiene esperanza de mejora para poder participar en el futuro en su ocupación como deportista profesional.

Esta invalidez puede estar originada por riesgo o enfermedad común o por riesgo o enfermedad profesional, cuando esto ocurre, la compañía de seguros debe pagar la suma asegurada contratada para esta cobertura. Se requiere de un especialista en medicina del deporte para la valoración y dictamen del siniestro.

El periodo de espera mencionado anteriormente, se define como el periodo de tiempo continuo durante el cual el asegurado debe estar totalmente incapacitado antes de poder considerar una reclamación por invalidez total y permanente. Usualmente este periodo no debe ser menor de 6 meses.

Pérdida de licencia

Esta cobertura ofrece protección en caso de que algún trabajador o profesionista pierda la capacidad para realizar su profesión y por ende su licencia para realizar esta actividad propia de su profesión. Está enfocada principalmente a los pilotos y en general se puede ofrecer a la tripulación completa, además de que suele otorgarse también a médicos.

Tanto en esta cobertura como en la Invalidez Profesional para deportistas, al momento de solicitar el seguro deben llenarse cuestionarios específicos de salud y de acreditación de que cuentan con la licencia vigente que les autoriza a realizar su

profesión. Y en el caso de los deportistas, debe garantizar que son completamente sanos y aptos para realizar la actividad deportiva.

En muchas ocasiones suelen cotizarse, entregar información y pocas veces se concreta la adquisición del seguro, pues se requiere bastante información del prospecto y generalmente termina contratando algún otro seguro más convencional.

En cualquiera de estos casos, se busca contar con la cotización y apoyo de un reasegurador, que cuente con la experiencia en este tipo de coberturas, costos y dictámenes a la hora de ocurrir el siniestro.

Guía y estrategias de suscripción

Las guías de suscripción incluyen una amplia gama de ocupaciones y oficios. No obstante, estas guías deben aplicarse conforme la experiencia de cada suscriptor, pues son solo una guía y no pueden tomarse como definitivas. Se debe estudiar el caso de manera completa y considerar cualquier otro factor de riesgo que esté presente.

Es importante contar con información de buena calidad y se recomienda usar siempre cuestionarios acordes a la ocupación que ayuden de valorar el riesgo adecuadamente.

Las guías de suscripción están diseñadas para ser utilizadas en diferentes países, en las que pudiera existir una legislación estricta sobre la seguridad y salud ocupacional, acompañada de un alto nivel de inspección y cumplimiento a las normas. En países con menos controles y estándares de seguridad ocupacional, las tasas de accidentes y enfermedades ocupacionales son mayores, puede requerirse una tarificación mayor o considerar el rechazo.

Se debe revisar si se cuenta con la siguiente información: naturaleza del trabajo y lo que implica, ser cuidadoso con nombres o títulos de ocupaciones que podrían

disfrazar trabajos o tareas peligrosas, conocer las empresas para las que trabajan los prospectos, se debe evaluar el riesgo ocupacional con el resto del riesgo, considerar viajes al extranjero, si la ocupación puede agravar algún antecedente médico, conocer si el trabajo requiere alguna tarea de esfuerzo físico pesado, requieren de agacharse, arrodillarse, flexionarse, o algún tipo de destreza, que tipo de herramientas, maquinaria, existe peligro de accidente, peligros para la salud, conducción de vehículos por grandes distancias, que tan estable es el trabajo, etc.

Se debe tener especial cuidado con los antecedentes médicos que pueda presentar el riesgo, así como reportes de médicos que los hayan tratado y verificar si han existido ausencias frecuentes al trabajo.

La forma de tarificar, depende de cada cobertura, pero siempre pueden adaptarse a las circunstancias individuales o conocidas/usadas en alguna región.

Para la cobertura de vida, la extraprima por ocupación se expresa al millar de suma asegurada, siempre que no haya conocimiento de que se ha dejado de realizar la ocupación riesgosa. Las coberturas de accidente se expresan en la misma forma que las de vida, al millar de suma asegurada.

Para las coberturas de invalidez, las extraprimas se expresan como un múltiplo de la tarifa estándar. En algunos casos se puede indicar alguna exclusión en lugar de agregar el recargo, por ejemplo se indica que se otorga la cobertura de invalidez pero se excluye cualquier reclamación relacionada directa o indirectamente a las lesiones que resulten de la ocupación.

Independientemente de la cobertura que se contrate, del riesgo que se ofrezca, del monto de suma asegurada, de las coberturas amparadas, de si está en reaseguro o no, es básico pensar en las estrategias que debe planear una compañía de seguros, de cara a obtener mejores resultados cada vez, cada año o cuando se deba revisar los resultados.

Se ha mencionado en la redacción de este reporte, la importancia de la selección de riesgos y la suscripción de éstos, pensando que se trata del trabajo primordial de la compañía de seguros, hay quien dice que “es el corazón de las compañías de seguros”, hablando de la suscripción de riesgos.

Las estrategias están basadas en números, sumas y restas, para obtener los resultados, pero en realidad deben ir más allá de simples números. Se debe pensar primordialmente en el objetivo a alcanzar y cómo llegar a él. Entonces todos los esfuerzos deberán encaminarse a alcanzar el objetivo.

Se han mencionado infinidad de recomendaciones para hacer una buena suscripción en la selección de riesgos para seguros de vida individual, centrándose en aquellos cuyo riesgo podría verse agravado por situaciones médicas, financieras y ocupacionales, y buscándose alternativas del tratamiento de estos riesgos. Pensemos entonces que el reaseguro es una alternativa o estrategia de suscripción muy valiosa y de mucha aportación para las compañías de seguros.

De entre las principales estrategias de suscripción que ya se han mencionado en este trabajo, se rescatan las siguientes como primordiales:

- Conocimiento integral del riesgo (médico, financiero y ocupacional)
- Identificación de la necesidad para adquirir el seguro
- Consulta de manuales de suscripción y clasificación del riesgo
- Escenarios de los resultados que traerá la aceptación del riesgo
- Valorar la necesidad de un reasegurador para compartir el riesgo

APENDICE DE CUESTIONARIOS

En las siguientes páginas se muestran algunos ejemplos de cuestionarios que se utilizan en la contratación de un seguro de vida individual, desde la solicitud para seguro de vida, el examen médico y cuestionarios específicos, ya sea médicos, financieros o de deportes peligrosos. Estos son solicitados por las compañías de seguros, cuando el cliente presenta alguno de estos factores que agravan el riesgo.

Estos cuestionarios son los sugeridos por algunas compañías de reaseguro y están a disposición de las compañías de seguros para que puedan realizar una adecuada suscripción del riesgo, ya sea de manera individual o de forma conjunta. En particular, los cuestionarios médicos y de riesgo ocupacional o deportivo, son las sugerencias del manual en línea de para selección de riesgos de vida individual de Mapfre Re, llamado MARESEL.

Cotización de vida individual

Estudio de vida especialmente realizado para: Cliente
Número de Cotización: **1510000071863**

| Datos Personales | Datos del plan | Coberturas contratadas | Suma Asegurada | Prima 1er. año |
|--------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------------|----------------|
| Edad: 40 años | Moneda: Pesos | Básica | 1, 000,000 | 4,200 |
| Sexo: Masculino | Plazo del seguro: 10 años | Invalidez | 1,000,000 | 1,198 |
| Fuma: No | Plazo de pago: 10 años | Accidente | 1,000,000 | 1,800 |
| Edad actuarial: 38 | Crecimiento en Suma asegurada: NO | | | |
| | | | Derecho de póliza | 500 |
| | | | Total anual 1er. año | 7,698 |

| Año | Edad | Suma Asegurada | Prima Anual | Préstamo Máximo | Rescate | Seguro Saldado |
|-----|------|----------------|-------------|-----------------|---------|----------------|
| 1 | 40 | 1, 000,000 | 7,698 | - | - | - |
| 2 | 41 | 1, 000,000 | 7,198 | - | - | - |
| 3 | 42 | 1, 000,000 | 7,198 | 2,254 | 2,254 | 89,137 |
| 4 | 43 | 1, 000,000 | 7,198 | 2,877 | 2,877 | 124,999 |
| 5 | 44 | 1, 000,000 | 7,198 | 3,272 | 3,272 | 160,561 |
| 6 | 45 | 1, 000,000 | 7,198 | 3,393 | 3,393 | 195,920 |
| 7 | 46 | 1, 000,000 | 7,198 | 3,190 | 3,190 | 231,125 |
| 8 | 47 | 1, 000,000 | 7,198 | 2,554 | 2,554 | 261,070 |
| 9 | 48 | 1, 000,000 | 7,198 | 1,498 | 1,498 | 288,046 |
| 10 | 49 | 1, 000,000 | 7,198 | - | - | - |

| FORMA DE PAGO | CONTADO | SEMESTRAL | TRIMESTRAL | MENSUAL* |
|------------------------------|---------|-----------|------------|----------|
| PRIMA NETA | 7,198 | 7,198 | 7,198 | 7,198 |
| RECARGO POR PAGO FRACCIONADO | 0 | 311 | 522 | 664 |
| DERECHOS DE POLIZA | 500 | 500 | 500 | 500 |
| PRIMA TOTAL | 7,698 | 8,009 | 8,220 | 8,362 |
| IMPORTE 1er. RECIBO | 7,698 | 4,255 | 2,430 | 1,155 |
| RECIBOS RESTANTES | 0 | 1 | 3 | 11 |
| IMPORTE RECIBOS RESTANTES | 0 | 3,755 | 1,930 | 655 |

* SOLO CON CARGO AUTOMATICO A TARJETA DE CREDITO O CUENTA DE CHEQUES.

Notas:

* Este estudio es solo una propuesta de seguro, en ningún momento representa obligación alguna para la compañía.

* El préstamo máximo, el rescate y el seguro saldado son valores que se otorgan al final del año póliza, una vez cubierta la prima anual correspondiente.

* El rescate indica la cantidad que le correspondería al contratante en caso de cancelar la póliza de seguro.

* El seguro saldado se refiere a la suma asegurada a la cual tendría derecho el contratante en caso de querer continuar con su seguro sin más pago de primas.

Si desea contratar el seguro, comuníquese con tu agente de seguros.

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

| DATOS DEL CONTRATANTE MORAL | | | | | |
|---|-------|---|---|---|--|
| Denominación y/o Razón Social: | | | | | |
| Nacionalidad(es): | | R.F.C. ¹ : | | Relación con el solicitante: | |
| Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada ¹ : | | | e-mail o página de internet ¹ : | | |
| Giro Mercantil u Objeto Social: | | Folio Mercantil: | | Fecha de constitución: / / | |
| Nombre completo del Apoderado Legal: | | | Nacionalidad(es) del Apoderado: | | |
| Domicilio del Apoderado Legal: | | | | | |
| ¿Ocupa o ha ocupado en los últimos 2 años algún cargo o función pública? Si () No () | | | | | |
| DATOS DEL CONTRATANTE FÍSICO | | | | | |
| Nombre, Apellido Paterno, Materno: | | | | | |
| Nacionalidad(es): | | Fecha de nacimiento: / / | | País y lugar de nacimiento: | |
| R.F.C. ¹ : | | C.U.R.P. ¹ : | | TIN ¹ : | |
| Relación con el solicitante: | | Tipo, número y emisor de la Identificación oficial: | | Vigencia: / / | |
| Ocupación, profesión o giro de negocio: | | | Especifique: | | |
| Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada ¹ : | | | e-mail o página de internet ¹ : | | |
| ¿Ocupa o ha ocupado en los últimos 2 años algún cargo o función pública? Si () No () Especifique cargo: | | | | | |
| DOMICILIO FISCAL DEL CONTRATANTE (persona física o moral si no cuenta con él, indique el domicilio particular) | | | | | |
| Calle y Número: | | | Colonia: | | |
| Municipio o Delegación: | | Ciudad o Población: | | Estado: | |
| País: | C.P.: | POBOX ¹ : | Clave de País: | Código de Ciudad: | Teléfonos: |
| País de residencia fiscal: | | | Órdenes de transferencia permanentes ¹ : | | |
| Indique si tiene una nacionalidad distinta a la Mexicana en términos de la Ley de Cumplimiento de Cuenta de Impuestos Extranjeros (FATCA por sus siglas en inglés) Si () No () Si la respuesta es afirmativa, le pedimos que llene el "Cuestionario FATCA" | | | | | |
| Contratante: Si () No () | | Solitante: Si () No () | | Beneficiario(s): Si () No () | |
| DATOS DEL SOLICITANTE | | | | | |
| Nombre(s): | | Apellido Paterno: | | Apellido Materno: | |
| Nacionalidad(es): | | Fecha de nacimiento: / / | | País y lugar de nacimiento: | |
| R.F.C. ¹ : | | C.U.R.P. ¹ : | | TIN ¹ : | |
| Ocupación: | | Especifique: | | Ingreso mensual | |
| Tipo, número y emisor de la Identificación oficial: | | | Vigencia: / / | | Sexo: F () M () |
| | | | | | ¿Fuma? Si () No () |
| Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada ¹ : | | | e-mail ¹ : | | |
| Calle y Número: | | | Colonia: | | |
| Municipio o Delegación: | | Ciudad o Población: | | Estado: | |
| País: | C.P.: | POBOX ¹ : | Clave de País: | Código de Ciudad: | Teléfonos: |
| ¿Practica algún deporte y/o afición peligrosa? Si () No () ¿Cuál? | | | | Peso: kgs. | Estatura: mts. |
| ¿Ocupa o ha ocupado en los últimos 2 años algún cargo o función pública? Si () No () Especifique cargo: | | | | | |
| TIPO DE PLAN Y COBERTURAS | | | | | |
| Plan: | | Plazo ___ ó EA___ | Moneda: M.N. () Dls. () UDIS () | Crecimiento: Constante () | Lineal 10% () ² |
| | | | | Geométrico 10% () ³ | |
| Coberturas | | Suma Asegurada | | Coberturas | |
| Básica | | | | Marque Si o No | |
| | | | | BIT (Exención pago de primas por invalidez) | |
| Accidente (MA, MAC, PO, POC, MAPO, MAPOC) _____ | | | | Amparada Si () No () | |
| BIPA (Pago de Suma Asegurada) | | | | Enfermedades Graves | |
| | | | | Amparada Si () No () | |
| | | | | Servicios Funerarios | |
| | | | | Amparada Si () No () | |
| DATOS DE LA PÓLIZA | | | | | |
| Forma de Pago: Único () Anual () Semestral () Trimestral () Mensual () DXN Quincenal () DXN Semanal () *Sólo con cargo a tarjeta de crédito o débito | | | | | |
| Conducto de Cobro: Domiciliado () Tarjeta de crédito () (llenar formato de autorización a cargo bancario) Agente () | | | Clave de Agente: | | Comisión: Nivelada () Decreciente () |
| Lugar y Fecha: | | | | | |
| Firma del Contratante | | Firma del Solicitante | | Firma y Nombre del Agente | |

¹ Si cuenta con ella.

² Sólo para los planes Devolución de Primas, Vida Entera, Temporal y Vida Entera pagos Limitados.

³ Sólo para los planes Devolución de Primas y Jubilación con 5% de crecimiento en primas.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (En caso de requerir más beneficiarios llenar información completa en la página siguiente en campo de Observaciones)

| Nombre Completo (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s)) | Parentesco | Porcentaje % |
|--|------------|--------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

| Domicilio Completo | Fecha de nacimiento |
|--------------------|---------------------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efectos de que en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

CUESTIONARIO ¿Padece y/o padece alguna de las siguientes enfermedades?

| | | | |
|---|---------------|--|---------------|
| 1. Del corazón (Soplo, Infarto) | Si () No () | 7. De la sangre (Cáncer, Leucemia, Anemia, Tumores) | Si () No () |
| 2. Hipertensión Arterial | Si () No () | 8. Cirrosis o Hepatitis B, C (Alcoholismo) | Si () No () |
| 3. Cerebro Vasculares (Embolia, Infarto o Hemorragia cerebral) | Si () No () | 9. Consumo de drogas | Si () No () |
| 4. Psiquiátricas o Nerviosas (Depresión, Epilepsia) | Si () No () | 10. Sida o Complejo relacionado con el Sida | Si () No () |
| 5. Endocrinas (Diabetes, Tiroides, Páncreas) | Si () No () | 11. Artritis Reumatoide, Lupus o del Tejido Conectivo | Si () No () |
| 6. Insuficiencia renal – Infecciones urinarias (Piedras en el riñón) | Si () No () | 12. Pulmonares o Respiratorias (Enfisema, Asma, Tos crónica, Tuberculosis) | Si () No () |
| 13. Del Aparato Digestivo (Esofagitis, Úlcera gástrica, Sangrados digestivos) | Si () No () | | |

EN CASO AFIRMATIVO DE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES AMPLIAR LA INFORMACIÓN

| Pregunta No. | Padecimiento | Fecha de inicio | Duración | Estado actual y/o Tratamiento y/o Resultado |
|--------------|--------------|-----------------|----------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Nombre y domicilio del médico que acostumbra consultar:

Nombre del hospital:

OBSERVACIONES:

NOTA: En caso de requerir más beneficiarios llenar información completa (Nombre, Parentesco, Porcentaje, Domicilio y fecha de nacimiento)

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

DE INTERES PARA EL SOLICITANTE (debe leerlo antes de firmar)

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que tengan referencia a este cuestionario como los conozca o deba de conocer en el momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunta, podrá originar la pérdida de derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso. Enterado de lo anterior y para efecto de esta solicitud declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a presentar exámenes médicos que la aseguradora, estime conveniente por cuenta de éste. Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, laboratorios y clínicas a las que haya acudido para diagnóstico o tratamiento de cualquier accidente o enfermedad, así como a las compañías de seguros donde haya ingresado una solicitud de seguro de vida, para que proporcione a la aseguradora, los informes que requieran referentes a mi salud, enfermedad y hábitos anteriores; información que podrá ser requerida en cualquier momento que la aseguradora lo considere oportuno inclusive después de mi fallecimiento. Para tal efecto relevo a estas personas del secreto profesional del caso.

Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de la aseguradora

*Declaro bajo protesta de decir verdad, que actúo a nombre y por cuenta propia o con las facultades suficientes que mi representado (a) me ha otorgado; y que los recursos utilizados en este acto comercial provienen de actividades

Lugar y Fecha:

| | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| Firma del Contratante | Firma del Solicitante | Firma y Nombre del Agente |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36A, 36B y 36D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el (los) registro(s) número DTP-096/94 de fecha 9 de junio de 1994, DTP-139/94 de fecha 1 de agosto de 1994, DTP-055/95 de fecha 24 de febrero de 1995, CNSF-S0041-0138-2003 de fecha 17 de febrero de 2003, CNSF-S0041-0860-2009 de fecha 11 de diciembre de 2009, CNSF-S0041-0049-2007 de fecha 19 de enero de 2007, DVA-S-586/99 de fecha 9 de noviembre de 1999, CNSF-S0041-0135-2002 de fecha 13 de diciembre de 2002, CNSF-S0041-0857-2009 de fecha 11 de diciembre de 2009, CNSF-S0041-0495-2004 de fecha 13 de diciembre de 2004, DVA-S-493/2000 de fecha 1 de noviembre de 2000, CNSF-S0041-0187-2010 de fecha 9 de febrero de 2010.

GLOSARIO: C.N.S.F.: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas C.P.: Código Postal C.U.R.P.: Clave Única de Registro de Población Dls.:Dólares DXN: Descuento por nómina EA: Edad Alcanzada F.: Femenino kg.: Kilogramos M.: Masculino M.N.: Moneda nacional MA: Muerte Accidental MAC: Muerte Accidental Colectiva MAPO: Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas MAPOC: Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas Colectivas mts.: Metros No.: Número PO: Pérdidas Orgánicas POC: Pérdidas Orgánicas Colectivas P.O.BOX: Buzón de correo R.F.C.: Registro Federal de Contribuyentes TIN: Número de Identificación Federal del Contribuyente de U.S.A. Udis: Unidades de inversión

Cuestionario financiero ²¹

Esta información es de uso CONFIDENCIAL y no será proporcionada a persona alguna, institución o autoridad que la requiera.

| DATOS DEL SOLICITANTE | | | |
|--|-------------------------|---------------------------|--------|
| Nombre(s), apellido paterno, apellido materno: | | | |
| Edad: | Ocupación: | | |
| Finalidad del Seguro: | | | |
| CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SI SE TRATA DE UN SEGURO PATRIMONIAL | | | |
| 1. Situación financiera: | | | |
| Activo | | Pasivo | |
| Efectivo en bancos | | Crédito Hipotecario | |
| Acciones, bonos y valores | | Préstamos | |
| Bienes raíces | | Impuestos | |
| Automóviles | | Tarjeta de crédito | |
| Valor de su negocio (en caso de tenerlo) | | Crédito automotriz | |
| Otros activos (especificar) | | Otros (especificar) | |
| 2. Favor de indicar su ingreso anual durante los últimos 3 años: | | | |
| | Año 20 | Año 20 | Año 20 |
| Sueldo | | | |
| Honorarios | | | |
| Reparto de Utilidades | | | |
| Bonos de compensación | | | |
| Otros (especificar) | | | |
| Total | | | |
| 3. Indicar coberturas del Seguro como sigue: | | | |
| | Suma asegurada en vigor | Suma asegurada solicitada | |
| Fallecimiento | | | |
| Pago por invalidez | | | |
| Pago por Muerte Accidental | | | |
| 4. Favor de indicar a sus dependientes económicos (número, edad y parentesco): | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SI SE TRATA DE UN SEGURO DE CREDITO | | | |
| 5. ¿Ha sido declarado en bancarrota? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, detalle: | | | |
| 6. ¿Ha tenido que reestructurar alguna deuda? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, dar detalles: | | | |
| 7. ¿Cuál es el monto del préstamo y quien lo otorga? | | | |
| 8. ¿Cuál es el propósito del préstamo? | | | |
| 9. ¿Cuál es el plazo del préstamo? En caso de ser diferente al plazo del seguro, favor de indicar la razón: | | | |
| | | | |
| 10. Si el préstamo ha sido otorgado a una empresa, ¿Por qué la póliza ha sido requerida específicamente para esta persona? | | | |
| | | | |
| 11. Favor de proporcionar detalles sobre el préstamo (tasa de interés, pagos anticipados, pago mensual, etc.): | | | |
| | | | |
| 12. Si el otorgante del préstamo no contrata la póliza, ¿Será esta subrogada inmediatamente? | | | |
| 13. ¿Tiene la empresa y/o prospecto otros préstamos o líneas de crédito? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si es así, favor de proporcionar detalle del monto y quién lo otorga: | | | |
| | | | |

²¹ Propuesta del IMESFAC

CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SÓLO SI DESEA CONTRATAR SEGURO DE HOMBRE CLAVE O SEGURO DE SOCIO

14. Puesto y funciones dentro de la Empresa:

15. Nombre de la Empresa y RFC:

16. Giro del negocio y número de empleados:

17. Fecha de inicio de operaciones de la Empresa:

18. Antigüedad del Solicitante en la Empresa:

19. Favor de indicar ventas y utilidad neta de los últimos 3 años:

| | Año 20____ | Año 20____ | Año 20____ |
|---------------|------------|------------|------------|
| Ventas | | | |
| Utilidad Neta | | | |

20. ¿Ha sido la Empresa alguna vez declarada en bancarrota, tenido que reestructurar alguna deuda, líneas de crédito y/o y o préstamos? SI NO Si es así, favor de proporcionar información completa:

CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SI SE TRATA DE UN SEGURO PARA HOMBRE CLAVE

21. ¿Cuál es el salario total nominal de la Empresa?:

22. ¿Qué salario / utilidades ha recibido el Hombre Clave durante los últimos 3 años?

| | Año 20____ | Año 20____ | Año 20____ |
|------------|------------|------------|------------|
| Salario | | | |
| Utilidades | | | |

23. ¿Qué proporción de utilidad neta es atribuible al Hombre Clave?

24. ¿Cómo ha sido calculada la suma asegurada?

25. ¿Porqué ha sido escogido este plan de Seguro?

26. Si la Persona Clave es socio, indique el porcentaje de sus acciones y el valor actual:

27. Por favor proporcione detalles en caso de existir algún acuerdo/contrato especial como Persona Clave:

28. Por favor indicar detalles en caso de existir alguna otra póliza (en vigor o en trámite) en la empresa para esta persona:

29. ¿Pretende la Empresa solicitar seguros para otros empleados clave?

CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SI SE TRATA DE UN SEGURO DE SOCIO

30. ¿Cuántos socios hay en la Empresa, nombre de los mismos y su participación?

| Nombre | Participación |
|--------|---------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

31. ¿Cuáles son sus activos y pasivos en la Empresa?

32. ¿Cuál es el valor neto de la sociedad y cuál será la participación del solicitante?

33. ¿Existe algún acuerdo para compra-venta de acciones? SI NO Detallar:

34. ¿Cuál ha sido la participación del solicitante en las utilidades de cada uno de los últimos 3 años?

| | Año 20____ | Año 20____ | Año 20____ |
|------------|------------|------------|------------|
| Utilidades | | | |

35. ¿Cómo ha sido calculada la suma asegurada?

36. ¿Existen pólizas para los otros socios? SI NO ¿Por qué montos de Suma asegurada?

| |
|---|
| Declaro que las respuestas anteriores son verdicas y acepto que las mismas formas parte integrante de mi solicitud de seguro. |
| |
| Lugar y fecha |
| |
| _____ |
| Firma del Solicitante |

VI-780

Formato de examen médico²²

Las preguntas debe formularlas el médico examinador, anotando las contestaciones con tinta y de su puño y letra. Este examen será practicado de preferencia en el consultorio médico y siempre en privado, es de carácter estrictamente confidencial, por lo que el médico examinador no debe externar de la misma en caso de instrucciones en este sentido de parte de la compañía.

| | | | | |
|--|---|------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Nombre del solicitante: RFC: CURP: | Fecha de nacimiento(dd/mm/aa): Género: Femenino _____ Masculino_____ | | | |
| Ocupación (detallar): | Lugar de residencia de los últimos 5 años: | | | |
| HA HABIDO EN SU FAMILIA CASO DE: | | | | |
| Cáncer | Sí No Parentesco_____ | | | |
| Diabetes | Sí No Parentesco_____ | | | |
| Enfermedad del corazón | Sí No Parentesco_____ | | | |
| Presión arterial alta | Sí No Parentesco_____ | | | |
| Suicidio | Sí No Parentesco_____ | | | |
| Enfermedades de los riñones | Sí No Parentesco_____ | | | |
| Enfermedades mentales | Sí No Parentesco_____ | | | |
| Enfermedades cerebrovasculares | Sí No Parentesco_____ | | | |
| Otras enfermedades importantes (Describir) | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| HISTORIAL FAMILIAR | | | | |
| Parentesco | Edad | Estado de salud | Edad de su muerte | Causa de su muerte |
| a)Padre | | | | |
| b)Madre | | | | |
| c)Hermanos | No. vivos | | No. muertos | |
| o)Cónyuge | | | | |
| e)Hijos | No. vivos | | No. muertos | |
| HÁBITOS | | | | |
| Tabaco | | | | |
| ¿Fuma actualmente? Sí No | | | | |
| En caso afirmativo ¿Cuántos cigarros fuma por día? _____ ¿En qué año empezó a fumar? _____ | | | | |

²² Propuesta AMIS

En caso negativo ¿fumaba anteriormente? Sí No ¿Cuánto tiempo fumo? _____

¿Razón por la que dejo de fumar y en qué año? _____

¿Cuántos cigarrillos al día llegó a fumar? _____

Alcohol

a) ¿Ingiere usted bebidas alcohólicas? Sí No ¿Desde cuándo? _____

b) Clase (ron, tequila , whisky, cerveza, etc.) _____

c) Cantidad (de preferencia en ml. o copas) _____

d) Frecuencia (diaria, semanal, quincenal, mensual) _____

e) ¿Llega al estado de embriaguez? Sí No

En caso de ser afirmativo ¿con qué frecuencia? _____

f) ¿Ha tenido accidentes de tránsito o trabajo por causa de la ingesta de alcohol? _____

g) Si dejó de beber señale la fecha y la causa _____

h) ¿Cuánto bebía? (clase, cantidad y frecuencia) _____

i) ¿Ha recibido tratamiento con relación a sus hábitos de consumo de alcohol? Sí No

j) ¿Pertenece o ha pertenecido a asociaciones como alcohólicos anónimos? Sí No

Drogas

a) ¿Alguna vez ha usado usted marihuana, heroína, morfina, cocaína, barbitúricos, anfetaminas, metanfetaminas, inhalantes, o cualquier otro tipo de drogas psicoactivas? Sí No

b) En caso afirmativo señalar la fecha inicial, tipo de droga, frecuencia y última ocasión _____

c) ¿Ha recibido tratamiento con relación al consumo de drogas psicoactivas? Sí No

d) ¿Pertenece o ha pertenecido a instituciones para su rehabilitación? Sí No

Alimentación y Deporte

a) ¿Ha variado su peso durante el último año? Sí No

Kg. aumentados _____ Kg. disminuidos _____ Causa _____

b) ¿Realiza alguna actividad física regularmente? (indicar tipo, días y tiempo a la semana) _____

PADECE O HA PADECIDO:

Ante cualquier respuesta afirmativa, dar amplios detalles sobre fechas, cuadros clínicos, estudios de laboratorio y gabinete, diagnóstico, tratamiento, evolución, secuelas, nombre y dirección del médico tratante, etc. al final de la sección.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Padece actualmente alguna enfermedad? | Sí | No |
| 2. ¿En los últimos 24 meses ha consultado con algún médico? | Sí | No |
| 3. ¿Está usted sujeto a tratamiento médico? | Sí | No |
| 4. ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica? | Sí | No |
| 5. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado? | Sí | No |

| | | | |
|------|---|----|----|
| 6. | ¿Alguna vez le han practicado? | | |
| 6.1) | Análisis o pruebas de laboratorio | Sí | No |
| 6.2) | Electrocardiogramas | Sí | No |
| 6.3) | Radiografías | Sí | No |
| 6.4) | Alguna prueba de laboratorio para detectar sida | Sí | No |
| 7. | ¿Ha recibido transfusiones de sangre? | Sí | No |
| 8. | ¿Ha consultado por alguna enfermedad infecciosa por transmisión sexual? | Sí | No |
| 9. | ¿Le han dicho que tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)? | Sí | No |
| | Complejo relacionado con el SIDA (CRS) o síntomas relacionados con el SIDA | Sí | No |
| 10. | ¿Ha recibido tratamiento en relación con cualquiera de las categorías anteriores? | Sí | No |
| 11. | ¿Algún soplo en el corazón? | Sí | No |
| 12. | ¿Dolor en el pecho o tórax? | Sí | No |
| 13. | ¿Infarto en el corazón? | Sí | No |
| 14. | ¿Alguna otra enfermedad del corazón? | Sí | No |
| 15. | ¿Enfermedades de la circulación? | Sí | No |
| 16. | ¿Presión arterial alta? | Sí | No |
| 17. | ¿Bronquitis crónica? | Sí | No |
| 18. | ¿Asma? | Sí | No |
| 19. | ¿Tuberculosis? | Sí | No |
| 20. | ¿Cáncer, leucemia, linfoma? | Sí | No |
| 21. | ¿Úlcera del duodeno? | Sí | No |
| 22. | ¿Úlcera del estómago? | Sí | No |
| 23. | ¿Enfermedades del hígado? | Sí | No |
| 24. | ¿Enfermedades de la vesícula biliar? | Sí | No |
| 25. | ¿Enfermedades del intestino, colon o recto? | Sí | No |
| 26. | ¿Enfermedades de los riñones? | Sí | No |
| 27. | ¿Enfermedades de la vejiga? | Sí | No |
| 28. | ¿Diabetes? | Sí | No |
| 29. | ¿Dislipidemia? | Sí | No |
| 30. | ¿Algún tumor? | Sí | No |
| 31. | ¿Parálisis? | Sí | No |
| 32. | ¿Pérdida del conocimiento o convulsiones? | Sí | No |
| 33. | ¿Astenia, Adinamia y Anorexia? | Sí | No |
| 34. | ¿Cuadros diarreicos frecuentes? | Sí | No |
| 35. | ¿Hipertrofia ganglionar, Diaforesis nocturna? | Sí | No |
| 36. | ¿Enfermedades de los huesos o las articulaciones? | Sí | No |
| 37. | ¿Trastornos nerviosos o mentales? (depresión, ansiedad, etc.) | Sí | No |
| 38. | ¿Evento vascular cerebral? | Sí | No |
| 39. | ¿Cefaleas frecuentes? | Sí | No |
| 40. | ¿Hipertrofia o crecimiento ganglionar? | Sí | No |
| 41. | ¿Problemas de columna vertebral y/o lumbalgias? | Sí | No |
| 42. | ¿Tiene actualmente placa o clavo de osteosíntesis? | Sí | No |
| 43. | ¿Enfermedades inmunológicas como Lupus eritematoso, Artritis reumatoide, Esclerosis múltiple y otras? | Sí | No |

- | | | |
|--|----|----|
| 44. ¿Trastornos neurológicos como, Epilepsia, Parkinson, etc.? | Sí | No |
| 45. ¿Alguna otra enfermedad? | Sí | No |

Datos adicionales:

EN CASO DE SER MUJER, PADECE O HA PADECIDO DE:

Ante cualquier respuesta afirmativa, dar amplios detalles sobre fechas, cuadros clínicos, estudios de laboratorio y gabinete, diagnóstico, tratamiento, evolución, secuelas, nombre y dirección del médico tratante, etc. al final de la sección.

- | | | |
|---|--------------------------------------|---------------|
| 1. ¿Enfermedades de las glándulas mamarias? | Sí | No |
| 2. ¿Enfermedades de los ovarios? | Sí | No |
| 3. ¿Enfermedades del útero? | Sí | No |
| 4. ¿Está usted embarazada? | Sí | No |
| En caso afirmativo: Semanas de gestación _____ Fecha de la última regla _____ | | |
| 5. Antecedentes gineco-obstétricos | Gesta _____ Para _____ Abortos _____ | Cesárea _____ |
| 6. ¿Se le ha practicado alguna mastografía? | Sí | No |
| Motivos y resultados _____ | | |
| 7. ¿Se le ha practicado algún Papanicolaou? | Sí | No |
| Fecha _____ Resultado _____ | | |
| _____ | | |

ALGUNA VEZ LE HAN PRACTICADO:

Ante cualquier respuesta afirmativa, dar amplios detalles sobre fechas, cuadros clínicos, estudios de laboratorio y gabinete, diagnóstico, tratamiento, evolución, secuelas, nombre y dirección del médico tratante, etc. al final de la sección.

- | | | |
|---|-------|----|
| 1. ¿Electrocardiograma en reposo? | Sí | No |
| Indicar fecha del último, motivo y resultado _____ | | |
| 2. ¿Electrocardiograma de esfuerzo? | Sí | No |
| Indicar fecha del último, motivo y resultado _____ | | |
| 3. ¿Análisis o pruebas de laboratorio? | Sí | No |
| 4. ¿Prueba de laboratorio para detectar SIDA? | Sí | No |
| 5. ¿Radiografías, tomografías, resonancia magnética o estudios de medicina nuclear? | Sí | No |
| 6. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado? | Sí | No |
| Detallar _____ | | |
| 7. Médico que acostumbre consultar: | _____ | |

Datos adicionales:

EXPLORACIÓN FÍSICA

1. Estatura _____ mts ¿lo midió usted? Sí No Índice Masa Corporal
 Peso _____ kg ¿lo pesó usted? Sí No IMC _____

2. Perímetros

Del tórax a nivel del apéndice xifoides

- a) En inspiración plena _____ cm
 b) En espiración forzada _____ cm
 c) Del abdomen a nivel del ombligo _____ cm

3. Pulso

- a) Frecuencia cardíaca en un minuto completo _____
 b) ¿Es rítmico? Sí No

En caso de encontrar alguna alteración en el ritmo cardíaco detallar _____

4. Presión arterial

- a) Sistólica _____
 b) Diastólica _____

En caso de encontrar cifras superiores a 130/90 hacer las lecturas adicionales al margen 4A

4A. Presión arterial: lecturas adicionales

| | Sentado | Acostado |
|----------------------|---------|----------|
| A) Sistólica | | |
| B) Diastólica | | |

5. Región precordial

- a) ¿La auscultación en los focos clásicos es normal? Sí No
 b) ¿Es rítmico? Sí No

c) Número de extrasístoles por minuto _____

En caso de cualquier antecedente o hallazgo cardiovascular, practicar el examen cardiovascular al margen 5A

5A. Examen cardiovascular

- | | | |
|-------------------------|----|----|
| 1. Crecimiento cardíaco | Sí | No |
| 2. Soplo cardíaco | Sí | No |
| 3. Disnea | Sí | No |
| 4. Edema | Sí | No |

En caso de soplo señalar localización :

| | Foco | Foco |
|------------------------|--------|--------|
| Constante | () | () |
| Inconstante | () | () |
| Transmitido | () | () |
| Localizado | () | () |
| Sistólico | () | () |
| Pre sistólico | () | () |
| Diastólico | () | () |
| Suave (gr. 1-2) | () | () |
| Moderado (gr. 3-4) | () | () |
| Fuerte (gr. 5-6) | () | () |
| Después del ejercicio: | | |
| Se incrementa | () | () |
| Desaparece | () | () |
| No cambia | () | () |
| Disminuye | () | () |

Señalar:

Latido apical con:

Región del soplo con:

Punto de mayor intensidad con:

Transmisión con:



En el tórax:

Inspección, palpación, auscultación, percusión _____

En caso de haber anomalías detallarlas _____

Odontograma:

Ausencias: _____

Prótesis: _____

Amalgamas: _____



Se previene al solicitante que conforme a la Ley del contrato de seguro, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo; en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante para la apreciación del riesgo que se le pregunte, podrá originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso.

¿El solicitante presentó una identificación oficial?

Sí

No

Expedida por _____ Número _____ Vigencia _____

Certifico haber examinado al solicitante cuya firma aparece al calce de su declaración

Lugar (ciudad y estado) _____

Fecha (hora, día, mes, año) _____

El examen fue practicado en: Mi consultorio _____ Su domicilio _____ Oficina _____ Compañía de seguros _____

Otro lugar (especificar) _____

DATOS DEL MÉDICO EXAMINADOR

Apellido paterno, materno y nombre (s) _____

Domicilio _____

Cédula profesional _____ Teléfono c/lada _____

Antes de firmar: Estimado médico se le recuerda que, la compañía de seguros suscribirá el riesgo a partir de la información proporcionada por usted en este documento, por lo tanto es muy importante que no omita datos que pueden impedir la celebración del contrato de seguro, según lo establecido en el Art. 142 LGISMS.

Firma del solicitante

Firma del médico examinador

Cuestionario sobre asma

(MÉDICO TRATANTE)

| | | | |
|--------|--|---------------------|--|
| Nombre | | Fecha de nacimiento | |
|--------|--|---------------------|--|

1. ¿Cuánto tiempo ha estado el candidato bajo su tratamiento?

| |
|--|
| |
| |
| |

2. ¿Desde cuándo padece asma el candidato?

| |
|--|
| |
| |
| |

3. ¿A qué período se refiere la historia clínica del candidato, en cuanto al asma?

| |
|--|
| |
| |
| |

4. ¿Cuál fue la fecha del último ataque y tiempo de duración?

| |
|--|
| |
| |
| |

5. ¿Cuántos ataques de asma ha sufrido el candidato durante los últimos dos años?

| |
|--|
| |
| |
| |

6. De estos ataques ¿cuántos requirieron...

a) asistencia por un médico?

b) entrada en un centro sanitario?

| |
|--|
| |
| |
| |

7. Considera Vd. el asma como...

- a) De tipo extrínseco, no complicado o complicado por bronquitis crónica y/o enfisema.

- ¿Se conoce el factor desencadenante?

- ¿Se han practicado pruebas alérgicas?

- b) De tipo intrínseco que complica o es complicado por bronquitis crónica y/o enfisema.

8. El tratamiento del asma ¿lo requiere por períodos o continuamente?

9. ¿Qué otro tratamiento se requiere? (por favor, indíquese preparación y dosis)

| | | |
|--------------------------------------|--------|-------|
| a) Broncodilatadores orales | | |
| b) Broncodilatadores por inhalación | NOMBRE | DOSIS |
| c) Broncodilatadores por supositorio | _____ | _____ |
| d) Corticosteroides por inhalación | _____ | _____ |
| e) Disídico cromoglicato | _____ | _____ |
| f) Otros medicamentos | | |

10. ¿Tiene que ingerir el candidato corticoesteroides, o se lo inyecta ACTH?

a) Con intervalos.

b) Continuamente.

(En caso afirmativo indique que preparación y en qué dosis)

11. ¿Se han practicado tests de función pulmonar?

Sí No

(En caso afirmativo, por favor, puntualice cuándo y con qué resultados, con los valores normales previstos).

12. ¿Considera Vd. al paciente disciplinado para seguir un régimen y tratamiento correctos?

13. Ampliar detalles sobre Asma.

___ Hipoxia entre los episodios agudos.

___ Pulmones limpios entre los ataques.

___ Asma crónica.

___ Dificultad respiratoria.

___ Invalidante.

14. Fumador

Sí No Cigarrillos / nº por día

Dejó de fumar totalmente desde

Ausencias al trabajo por frecuencia

Problemas respiratorios en los 2 últimos años. duración

15. ¿Algunos otros detalles relevantes que pueden afectar la prognosis?

No Sí

¿Cuáles? _____

Declaro que los datos anteriores, así como las respuestas, son completas y verdaderas.

| | |
|-------|--|
| Fecha | Firma del doctor: Nº. de colegiado: |
|-------|--|

(Firmar las hojas del cuestionario)

ESTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER RESERVADO Y CONFIDENCIAL, Y SÓLO SERÁ UTILIZADO CON EL FIN DE EVALUAR EL RIESGO DEL SEGURO SOLICITADO A LA COMPAÑÍA.

Cuestionario "cardiopatía isquémica"

(MÉDICO TRATANTE)

Datos del candidato

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____

SE RUEGA COMPLETAR DETALLADAMENTE EL CUESTIONARIO CON LAS FECHAS Y ACLARACIONES CORRESPONDIENTES.

Diagnóstico

Fecha del diagnóstico _____

Fecha de la última consulta _____

Enfermedad de las arterias coronarias

Sí No

Angina de pecho inestable

Sí No

Dolor torácico

Sí No

Observaciones _____

Principalmente en reposo _____

Fechas _____

Factores desencadenantes Sí No

Observaciones Esfuerzo
Moderado
Intenso
Muy Intenso
Otros.....

Manifestaciones clínicas Sí No

Observaciones Estables
..... Intensidad creciente
..... Intensidad decreciente

Fecha primer episodio _____

Fecha último episodio _____

Infarto de miocardio

Sí No

Observaciones Silencioso

..... Único
 Recidivante ¿cuántos?

Fecha del último episodio _____

Complicaciones

Sí No

..... Angina de pecho
 Dolor Anginoso
 Fibrilación auricular
 Signos o síntomas de insuficiencia cardíaca
 Síndrome de insuficiencia postinfarto del
 Trastornos del
 Valvulopatía aórtica

Aneurisma de ventricular inestable postinfarto persistente persistente mitral congestiva actual ritmo

Cardiomegalia, hipertrofia o dilatación cardiaca

Sí No

..... Ligera
 Moderada
 Marcada
 Severa

Tratamiento médico actual

Sí No

..... Derivados de nitratos Desde :

..... Betabloqueantes Desde :

..... Anticoagulantes Desde :

..... Otros: Desde :

Tratamiento quirúrgico(*) (cirugía cardiaca)

BY-PASS aorto-coronario

Sí No

¿De que tipo? _____

Fechas _____

Otra intervención

Sí No

¿Cuál? _____

Fechas _____

Resultado operatorio

..... Satisfactorio
 Angina de pecho o dolor anginoso persistente
 Obstrucción de los injertos

..... Aneurisma ventricular izquierdo persistente
..... Síndrome poscardiotomía actual

Exámenes realizados en los 5 últimos años

ECG(*) Reposo

Sí No

Observaciones

..... Normal(*)
..... Anormal(*)

Fechas _____

ECG(*) Esfuerzo

Sí No

Observaciones

..... Normal(*)
..... Anormal(*)

Fechas _____

Coronariografía(*)

Sí No

Observaciones

..... Normal(*)
..... Anormal(*)

Fechas _____

Ventriculografía(*)

Sí No

Observaciones

..... Normal(*)
..... Anormal(*)

Fechas _____

Ecocardiograma(*)

Sí No

Observaciones

..... Normal(*)
..... Anormal(*)

Fechas _____

Radiografía de tórax(*)

Sí No

Observaciones

..... Normal(*)
..... Anormal(*)

Fechas _____

Otros exámenes(*)

Sí No

Observaciones

¿Cuáles?

Fechas _____
Resultados _____

¿Se prevé alguna operación o investigación especial?

Sí No

Observaciones _____
¿Cuáles? _____
¿Cuándo? _____

Fumador

Sí No

Observaciones _____
Cigarrillos / número
por día _____

Diabetes

Sí No

Hiperlipoproteinemia

Sí No

Colesterol Tasa

Triglicéridos Tasa

.....

¿Su profesión implica una actividad física intensa?

Sí No

Limitación de la actividad física

Sí No

. Duración actividad física normal Sí No

. Duración actividad física reducida Sí No

. Asintomática en reposo Sí No

Provocada por Fatiga Palpitaciones Disnea Síncope

Dolor Angioso Grado I .. II .. III .. IV .. (N.Y.H.A)

Ausencias del trabajo en los tres últimos años por enfermedades cardiovasculares

Sí No

Observaciones _____

Reincorporación
(mes/año)

¿Antecedentes familiares de enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica años de los 60 años?

Sí No
..... Padre
..... Madres
..... Hermano(s)
..... Hermanas(s)

¿Hay algunos otros detalles relevantes que puedan afectar la prognosis?

Sí No
¿Cuáles?

Declaro que los datos anteriores, así como las respuestas, son completas y verdaderas.

Fecha

Firma del solicitante:

(Firmar las hojas del cuestionario)

ESTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER RESERVADO Y CONFIDENCIAL, Y SÓLO SERÁ UTILIZADO CON EL FIN DE EVALUAR EL RIESGO DEL SEGURO SOLICITADO A LA COMPAÑÍA.

Cuestionario sobre drogas

| (CANDIDATO) | | | |
|---|---|---------------------|--|
| Nombre | | Fecha de nacimiento | |
| 1. ¿Ha tomado en alguna ocasión alguna sustancia de las que aparecen a continuación que no haya sido para un tratamiento médico y bajo la supervisión médica apropiada?. (Indicar fecha de inicio y finalización) | | | |
| <p>a) Opiáceos, por ejemplo: heroína, metadona, morfina, etc.</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Observaciones:</p> <p>_____</p> | <p>b) Barbitúricos, por ejemplo: amital, tunial, etc.</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Observaciones:</p> <p>_____</p> | | |
| <p>c) Sedativos, por ejemplo: heminevrina, bexedrina, etc.</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Observaciones:</p> <p>_____</p> | <p>d) Anfetaminas, por ejemplo: benzedrina, etc.</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Observaciones:</p> <p>_____</p> | | |
| <p>e) Cocaína</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Observaciones:</p> <p>_____</p> | <p>f) Alucinógenos, por ejemplo: LSD, etc.</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Observaciones:</p> <p>_____</p> | | |
| <p>g) Cannabis, por ejemplo: marihuana, hachís, etc.</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Observaciones:</p> <p>_____</p> | <p>h) Solventes, por ejemplo: pegamento, etc.</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Observaciones:</p> <p>_____</p> | | |
| <p>i) Otros</p> <p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> | | | |

| | |
|-------------------------|--|
| Observaciones: <hr/> | |
|-------------------------|--|

| |
|--|
| 2. Por favor, proporcione el nombre de los médicos a los que haya visitado, para supervisión o destoxificación. <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|--|

| |
|---|
| 3. ¿Ha sufrido algún trastorno asociado con el uso de drogas, por ejemplo: hepatitis B o C, enfermedad mental, etc.? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|---|

| | |
|--|------------------------|
| Declaro que los datos anteriores, así como las respuestas, son completas y verdaderas. | |
| Fecha | Firma del solicitante: |

(Firmar las hojas del cuestionario)

ESTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER RESERVADO Y CONFIDENCIAL, Y SÓLO SERÁ UTILIZADO CON EL FIN DE EVALUAR EL RIESGO DEL SEGURO SOLICITADO A LA COMPAÑÍA.

Cuestionario sobre hipertensión arterial

(MÉDICO TRATANTE)

Datos del candidato

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Domicilio _____

SE RUEGA COMPLETAR DETALLADAMENTE EL CUESTIONARIO CON LAS FECHAS Y ACLARACIONES CORRESPONDIENTES.

¿Desde cuándo trata Vd. a su paciente?

Cifras de T.A. en aquella primera exploración

Diagnóstico

Hipertensión:

_____ Esencial _____ Secundaria _____ Maligna

Fecha del diagnóstico: _____ Fecha de la última consulta: _____

Medidas realizadas en los dos últimos años

| FECHAS | MEDIDAS | | FECHAS | MEDIDAS | |
|--------|---------|--------|--------|---------|--------|
| | SIST. | DIAST. | | SIST. | DIAST. |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Causa indeterminada

Sí No

Observaciones:

Si HTA secundaria: causa _____

Tratamiento específico

Observaciones:

¿HTA aún presente?. Sí No

Tratamiento anti-hipertensivo

Sí No

Observaciones:

¿Cuál? _____

¿Desde cuándo? _____
¿Aún presente? Sí No
En caso negativo interrumpido desde _____

Otros tratamientos
 Sí No
Observaciones:
¿Cuáles? _____
¿Desde cuándo? _____

RX tórax: Cardiomegalia
 Sí No
Observaciones:

Fechas _____

ECG(*) Reposo
 Sí No
Observaciones:
Normal(*) _____ Anormal(*) _____
Fechas _____

ECG* Esfuerzo
 Sí No
Observaciones:
Normal(*) _____ Anormal(*) _____
Fechas _____

¿La función renal es normal o hay alteraciones en los análisis (creatinina, urea, albúmina, sedimento, etc)?
 Sí No
Observaciones
¿Cuáles? _____
Fechas: _____

Retinopatía hipertensiva o arteriosclerótica
 Sí No
Observaciones
Fondo de ojo: grado _____
Fechas: _____

¿Antecedentes familiares de enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica antes de los 60 años?

Sí No

Observaciones:

Pa dre _____ Ma dre _____ Herman o(s) _____ Herman a(s) _____

Fumador

Sí No Cigarrillos/número por día: _____

¿Cree Vd. que el tipo de vida y/o personalidad del paciente beneficia o perjudica su evolución?

¿Hay algunos otros detalles relevantes que pueden afectar la prognosis?

| | |
|----------|-------|
| Estatura | Peso |
| | |

*** IMPORTANTE ***

SE RUEGA PROPORCIONAR LOS ÚLTIMOS TRAZADOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS REALIZADOS

Fecha

Firma del doctor:
Nº. de colegiado:

(Firmar las hojas del cuestionario)

ESTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER RESERVADO Y CONFIDENCIAL, Y SÓLO SERÁ UTILIZADO CON EL FIN DE EVALUAR EL RIESGO DEL SEGURO SOLICITADO A LA COMPAÑÍA.

Cuestionario para paracaidista civil y militar

Forma parte integrante de la solicitud de seguro presentada por:

Nombre y apellidos

Fecha de nacimiento

1. Licencia

Sí _____ No _____

¿Desde cuándo? _____

Fecha de la última renovación: _____ Duración: _____

2. Experiencia

Número total de saltos efectuados hasta la fecha: _____

Número de saltos por año: _____

3. Saltos actuales y futuros

¿Es Vd. miembro de un club? Sí _____ No _____

De cuál: _____

Salto con apertura automática: Sí _____ No _____

Salto con apertura retardada o dirigida: Sí _____ No _____

Salto para fines experimentales: Sí(*) _____ No _____

(*) En caso afirmativo, de qué tipo: _____

4. Accidentes

Sí _____ No _____ Cuándo: _____

De qué naturaleza: _____

Cuáles han sido sus consecuencias: _____

5. Observaciones adicionales eventuales:

El suscrito declara que las anteriores respuestas son verídicas y acepta que las mismas formen parte de la solicitud de seguro.

Fecha

Firma del solicitante:

(Firmar las hojas del cuestionario)

ESTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER RESERVADO Y CONFIDENCIAL, Y SÓLO SERÁ UTILIZADO CON EL FIN DE EVALUAR EL RIESGO DEL SEGURO SOLICITADO A LA COMPAÑÍA.

Cuestionario para participante en carreras de automóviles

Forma parte integrante de la solicitud de seguro presentada por:

| | |
|---------------------|--|
| Nombre y apellidos | |
| Fecha de nacimiento | |

1. Experiencia

¿Desde cuándo participa Vd. en carreras de automóviles? _____

Clase de licencia: _____ ¿En qué fecha? _____

¿Dónde? _____

¿En qué calidad? Profesional _____ Aficionado _____

Automóvil: Grupo _____

 Marca _____

 Tipo _____

 Cilindrada _____

2. Número y tipo de carreras en las que ha participado o tiene previsto participar.

| Género | Número de carreras | | |
|---------------------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| | En total hasta ahora | En los últimos 12 meses | En los próximos 12 meses |
| Autocross | _____ | _____ | _____ |
| Circuito: | _____ | _____ | _____ |
| Indy | _____ | _____ | _____ |
| Coches monoplazas: | | | |
| Fórmula 1 | _____ | _____ | _____ |
| Fórmula 3/Fórmula 3000 | _____ | _____ | _____ |
| Fórmula 4 | _____ | _____ | _____ |
| Fórmula Ford 1600/2000 | _____ | _____ | _____ |
| Fórmula Atlantic | _____ | _____ | _____ |
| Fórmula Vee / Super Vee | _____ | _____ | _____ |
| Fórmula Vauxhall | _____ | _____ | _____ |
| Coches Deportivos/ coches GT: | | | |
| GT1 | _____ | _____ | _____ |
| GT2/ Modificados/ Deportivos de serie | _____ | _____ | _____ |
| Fórmula 750/1300 | _____ | _____ | _____ |
| Saloon (Sedan) cars: | | | |
| Grupo A | _____ | _____ | _____ |
| Grupo N | _____ | _____ | _____ |
| Super Touring | _____ | _____ | _____ |
| Drag racing: | | | |
| Profesional | _____ | _____ | _____ |
| ProSports/ Dragsters/ ProComp / Top | _____ | _____ | _____ |
| Fuellers | _____ | _____ | _____ |
| Sports / Saloons (Sedans) | _____ | _____ | _____ |

| | | | |
|---------------------------|-------|-------|-------|
| Grass track | _____ | _____ | _____ |
| Hillclimb / Printing | _____ | _____ | _____ |
| Karting (Go Kart) | _____ | _____ | _____ |
| Off-road | _____ | _____ | _____ |
| Rallying | _____ | _____ | _____ |
| Rallycross | _____ | _____ | _____ |
| Stock car racing | _____ | _____ | _____ |
| Trials | _____ | _____ | _____ |
| Coches de época/Reuniones | _____ | _____ | _____ |

3. Accidentes

¿Ha tenido Vd. algún accidente durante las carreras? Sí _____ No _____

Fecha(s): _____

Heridas sufridas: _____

Secuelas: _____

4. Observaciones adicionales eventuales:

El suscrito declara que las anteriores respuestas son verídicas y acepta que las mismas formen parte de la solicitud de seguro.

Fecha _____ Firma del solicitante: _____

(Firmar las hojas del cuestionario)

ESTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER RESERVADO Y CONFIDENCIAL, Y SÓLO SERÁ UTILIZADO CON EL FIN DE EVALUAR EL RIESGO DEL SEGURO SOLICITADO A LA COMPAÑÍA.

Cuestionario riesgos "ejército"

Forma parte integrante de la solicitud de seguro presentada por:

Nombre y apellidos

Fecha de nacimiento

1. Por favor, especifique su rango.

2. ¿En qué rama del ejército está : ejército de tierra, de aire o naval?

3. Por favor, escriba el nombre de su unidad

4. Actualmente ¿se encuentra en servicio activo o bajo órdenes superiores? En caso afirmativo, detalle las actividades, incluyendo la región en la que presta sus servicios, por cuánto tiempo, etc.

5. Las tareas que realiza, ¿implican actividades peligrosas como la puesta de minas o bombas, submarinismo, paracaidismo, actividades de mantenimiento de paz, servicios especiales, etc.? En caso afirmativo, detalle las actividades.

6. ¿Espera algún cambio en las tareas o en su puesto? En caso afirmativo, detallar.

7. ¿Alguna vez ha sufrido un accidente o daños graves que requirieran más de una semana de baja laboral? En caso afirmativo, detallar.

8. ¿Sus tareas implican actividades de vuelo? En caso afirmativo, siga con el cuestionario.

Sí ——— No ———

| |
|--|
| 9. Vuela en calidad de : |
| Piloto <input type="checkbox"/> Tripulación <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> |

| |
|---|
| 10. Proporcione detalles sobre el tipo de avión o aviones con los que vuela generalmente, incluyendo fecha de fabricación y número y nombre de modelo de avión. |
| <hr/> <hr/> |

| |
|---|
| 11. Proporcione detalles sobre la licencia y ratings que posee, incluyendo fecha de expedición y de la última renovación. |
| <hr/> <hr/> |

| |
|--|
| 12. ¿Cuántas horas ha volado o tiene previsto volar... ? |
| Hasta la fecha <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> En los próximos 12 meses <input type="checkbox"/> |

| |
|---|
| 13. ¿Participa en competiciones de aviación que incluyan vuelos acrobáticos, peligrosos o exhibiciones militares? En caso afirmativo, detallar. |
| Piloto <input type="checkbox"/> Tripulación <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> |

| |
|--|
| 14. ¿Vuela en aviones de tipo experimental o prototipos militares? En caso afirmativo, detallar. |
| Piloto <input type="checkbox"/> Tripulación <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|------------------------|
| El suscrito declara que las anteriores respuestas son verídicas y acepta que las mismas formen parte de la solicitud de seguro. | |
| Fecha | Firma del solicitante: |

(Firmar las hojas del cuestionario)

ESTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER RESERVADO Y CONFIDENCIAL, Y SÓLO SERÁ UTILIZADO CON EL FIN DE EVALUAR EL RIESGO DEL SEGURO SOLICITADO A LA COMPAÑÍA.

Riesgo de estancia y riesgo político

Forma parte integrante de la solicitud de seguro presentada por:

Nombre y apellidos

Fecha de nacimiento

1. Estancia

Lugar: _____ Centro Urbano

País: _____ Sí _____ No _____

2. Duración

Menos de 3 meses _____

De 3 a 6 meses _____

De 6 a 12 meses _____

Más de 1 año _____

3. Motivo de la estancia

4. Descripción de las actividades profesionales

5. Medios de transporte

Avión líneas regulares _____

Avión Privado _____

Helicóptero _____

Barco _____

Embarcación ligera _____
(sobre vía fluvial)

Coche/vehículo todo terreno _____

Otros _____

¿Cuáles? _____

6. Observaciones adicionales:

Fecha

Firma del
solicitante:

(Firmar las hojas del cuestionario)

ESTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER RESERVADO Y CONFIDENCIAL, Y SÓLO SERÁ UTILIZADO CON EL FIN DE EVALUAR EL RIESGO DEL SEGURO SOLICITADO A LA COMPAÑÍA.

CONCLUSIONES

El reaseguro, como mecanismo de transferencia de riesgos es un instrumento de suma importancia para las compañías de seguros. A través del reaseguro las compañías de seguros obtienen múltiples beneficios, los cuales han sido mencionados y comentados ampliamente durante el desarrollo del presente trabajo.

En mi experiencia personal, deben buscarse condiciones beneficiosas para ambas partes. Las compañías cedentes buscan ofrecer a sus clientes condiciones que puedan ser tomadas y aceptadas por éstos, de tal suerte que puedan conservarlos. Aunado a lo anterior, las compañías cedentes deben mantenerse dentro de los límites permitidos por sus propios lineamientos y la tolerancia al riesgo que haya definido el consejo de administración de estas compañías. Esto es fundamental para no caer en un desequilibrio financiero, no obstante deberán agotar las capacidades permitidas y aprobadas por la autoridad cuando sea necesario.

Estos mecanismos de transferencia de riesgos deben permitir a las compañías de seguros mayores márgenes de maniobra a la hora de suscribir riesgos, recibiendo adecuadas comisiones de reaseguro cuando esto sea posible, y una adecuada participación de utilidades.

Suele ocurrir que las primas de algún seguro y los siniestros que se paguen de este seguro consideren diferentes hipótesis demográficas y financieras haciendo que la siniestralidad sea superior a lo esperado y que no se cumplan los objetivos trazados por la compañía, pues se verán disminuidas las utilidades de la compañía. Esto puede deberse a varias situaciones, entre las que figuran competencia en el mercado, falta de experiencia en el tipo de seguro en particular cuando se trata de coberturas especiales o innovadoras. Ante esta situación las compañías de seguros valoran la posibilidad cierta de usar un reaseguro, ya sea automático o facultativo.

Por lo tanto, para que una compañía de seguros mantenga su estabilidad financiera, es decir que las utilidades esperadas sean alcanzadas es muy recomendable utilizar el reaseguro, pues la compañía de seguros se encuentra expuesta a las siguientes situaciones:

- Riesgo por desvío en las bases demográficas. Un ejemplo claro de este riesgo son las epidemias que afectan a gran parte de la población asegurada y esto produce grandes pérdidas.
- Riesgo por la acumulación de siniestros en un evento. Este es otro factor de desequilibrio en una compañía de seguros, tal es el caso de un terremoto, huracán o accidente aéreo. Este evento causaría un gran desembolso a una compañía aseguradora, lo que implica un gran problema financiero.
- Riesgo de anti selección. Ocurre cuando el riesgo se ha cotizado de una manera incorrecta, como consecuencia de la falta de información omisión en la misma, son ventajas para el asegurado cuando el riesgo parece ser menor de lo que es.
- Riesgo al experimentar un nuevo seguro y las bases estadísticas pueden no conocerse, y se requiere de algún tipo de experiencia

Para todo lo anterior, se hace necesario el uso del reaseguro, quien acompañará a la cedente en la experiencia del nuevo seguro, aportando experiencia y mejores condiciones de asegurabilidad que beneficiarán al asegurado, a la cedente y a la propia reaseguradora.

El reaseguro es una excelente alternativa para dispersar el riesgo, para obtener mayores y mejores condiciones en las capacidades de suscripción, obtención de beneficios a largo plazo que se traducen en utilidades y comisiones de reaseguro, lo cual se obtiene con la transparencia en la información y con la claridad en las condiciones contractuales. Es conveniente explorar los diferentes esquemas y optar por el que mejor se adecúe a las necesidades de la cedente.

BIBLIOGRAFÍA

- Mondragón Rodríguez J. *Optimización económica del reaseguro cedido*. Modelos de decisión. Fundación Mapfre. Instituto de Ciencias del Seguro.
- Osorio González G.A. *Manual básico del seguro*.
- Castro F.S. *Transferencia alternativa de riesgos en el seguro de vida*. Instituto de Ciencias del Seguro
- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Circular Única de Seguros
- Artículos publicados por la reaseguradora SCOR: No. 4 El reaseguro; No. 11 Deportistas Profesionales; No. 14 La selección financiera; No. 22 El reaseguro al servicio de la selección de riesgos.
- Artículos publicados por la reaseguradora Gen Re: El reaseguro proporcional; e Introducción al reaseguro no proporcional.
- Presentaciones de la Asociación de Seleccionadores de Riesgos en el Seguro de Personas: 1 Principios básicos en la selección de riesgos. Perspectiva técnica; 2. Principios básicos en la selección de riesgos. Perspectivas siniestros; 3. Selección de riesgos ocupacionales de vida; y, 4. Selección de riesgos en nuestros tiempos
- Ricardo Nava Ramírez y Tapen Sinha. *Métodos prácticos para obtener la prima de reaseguro de un stop loss en el seguro de vida*.
- Manual de Selección de Riesgos MARESEL. Mapfre Re