



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

## RESCISIONES DE CONTRATOS EN SEGUROS DE VIDA Y GASTOS MEDICOS MAYORES Y SU IMPACTO EN LAS COMPAÑIAS ASEGURADORAS MEXICANAS

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**A C T U A R I A**  
P R E S E N T A:

**GLORIA ELSA ALMADA ALVAREZ**



Director de Tesis:  
Act. Arturo Roldán López

MEXICO, D. F.

2002

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**





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.

**Paginación**

**Discontinua**



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

M. EN C. ELENA DE OTEYZA DE OTEYZA  
Jefa de la División de Estudios Profesionales de la  
Facultad de Ciencias  
Presente

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo escrito:

**“Rescisiones de contratos en Seguros de Vida y Gastos Médicos Mayores y su impacto en las compañías aseguradoras mexicanas”**

realizado por **Gloria Elsa Almada Alvarez**

con número de cuenta **07843875-2**, quien cubrió los créditos de la carrera de **Actuaría**

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis  
Propietario

Act. Arturo Roldán López

Propietario

M. en C. Virginia Abrín Batule

Propietario

Act. Mauricio Aguilar González

Suplente

Act. Miguel Angel Torres Ramírez

Suplente

Act. Jorge Manuel Ochoa Ugalde

Consejo Departamental de Matemáticas



M/en C. José Antonio Flores Díaz  
FACULTAD DE CIENCIAS  
CONSEJO DEPARTAMENTAL  
DE  
MATEMÁTICAS

**A MI PADRE AUSENTE,  
QUIEN SE HUBIERA  
SENTIDO ORGULLOSO DE  
MIS LOGROS (†)**

**A MI MADRE, QUIEN  
NUNCA HA DEJADO  
DE APOYARME Y  
MOTIVARME A  
SEGUIR ADELANTE**

**A MI HERMANO,  
QUE HA SIDO UNA  
GUIA Y EJEMPLO**

**A TODOS MIS FAMILIARES Y AMIGOS QUE HAN ESTADO  
CERCA DE MI A LO LARGO DE MI VIDA**

# CONTENIDO

## Introducción

### Capítulo I. Antecedentes

1. Historia del seguro.
2. Los principios básicos del seguro como un elemento fundamental en la industria aseguradora.

### Capítulo II. Bases Legales

1. Leyes y Reglamentos aplicables.
  - a. Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
  - b. Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.
2. Ley sobre el Contrato de Seguro.
3. La importancia de las declaraciones del asegurado al momento de celebrar el contrato. Selección de Riesgos.
4. Condiciones Generales de la póliza. Reglamento del Seguro de Grupo.

### Capítulo III. Rescisión del contrato de seguro

1. Elementos de la rescisión del contrato.
  - a. En Vida Individual
  - b. En Gastos Médicos Mayores
2. La dictaminación de los siniestros.
3. Proceso de rescisión.
4. Cifras del Mercado Asegurador.
5. Impacto económico para la Aseguradora. Análisis de una muestra.
  - a. En el ramo de Vida Individual
  - b. En el ramo de Gastos Médicos Mayores
6. Otras causas de cancelación de un contrato de seguros.
7. Resumen.

### Capítulo IV. Proyecciones y Propuestas

#### Conclusiones

#### Bibliografía

#### Anexos

## INTRODUCCIÓN

En México es muy común escuchar que no existe una verdadera cultura de seguros, y esto se hace patente en los niveles que guarda el sector asegurador respecto al Producto Interno Bruto (PIB). Dicha participación no alcanza actualmente el 2 %, y esto es en parte debido precisamente a la falta de cultura de seguros, así como a la satisfacción de manera prioritaria, de otras necesidades básicas (alimentación, educación, vivienda, etc.).

Desafortunadamente, el primero de estos dos aspectos es un fantasma contra el que luchan día a día las aseguradoras agravado en algunas ocasiones, por la falta de profesionalismo o capacitación de los agentes de seguros, lo que conlleva a que los asegurados se sientan defraudados cuando llega el momento de hacer uso de su seguro, y en el cual invariablemente se encuentran asociados una serie de sentimientos negativos: la pérdida o daño a su patrimonio, el fallecimiento de un ser querido, un acto delictivo, etc.

Sin embargo, existe el otro lado de la moneda, en el cual es el asegurado quien intenta manipular la información o los hechos buscando sorprender a la compañía de seguros. Es increíble conocer las muchas artimañas que pueden generarse para hacer a la aseguradora incurrir en errores de apreciación, o bien, para "armar" tan certeramente un caso que, a pesar de que la compañía se está dando cuenta de que está siendo engañada, se encuentra incapacitada para rechazar el pago de una indemnización que no procede.

El objetivo de este trabajo, es el de mostrar las implicaciones tanto técnicas como económicas, que tienen que absorber las compañías de seguros en México cuando se enfrentan a situaciones de este tipo, así como hacer un análisis sobre los elementos con que cuenta a su favor para protegerse y/o defenderse de posibles fraudes. Dichos análisis se llevarán a cabo referidos a los seguros de Gastos Médicos Mayores y de Vida, en virtud de que en estos dos ramos un factor primordial de una adecuada operación de los mismos, son las declaraciones del propio asegurado y éstas son la única fuente de información para las aseguradoras. Adicionalmente, el seguro de Gastos Médicos Mayores ha sido siempre un ramo de servicio, lo que significa que una compañía de seguros difícilmente presupuestará una utilidad importante en este ramo, ya que al igual que el ramo de automóviles, presentan mucha frecuencia en cuanto a las reclamaciones, lo que los hace muy susceptibles a desviaciones; en consecuencia, ambos ramos requieren de un volumen muy importante de primas para poder afrontar los siniestros. Si a esto se agrega la agravación que pueden representar los intentos de fraude por parte de los asegurados, los indicadores de siniestralidad alcanzarían niveles descomunales.

En el primer capítulo plantearé los antecedentes históricos del seguro, mismos que dan la pauta para hablar de los principios básicos del seguro, como son el interés asegurable, la cooperación, el desplazamiento de los riesgos y la buena fe.

El segundo capítulo presentará los fundamentos legales que regulan un contrato de seguros, y de manera específica, se ahondará en los seguros de personas, en particular, Vida y Gastos Médicos Mayores.

En el capítulo III se plasmará de manera detallada, los elementos con que cuenta una aseguradora para llevar a cabo una cancelación o una rescisión de contratos, cuando se encuentra ante una situación de ocultamiento o manipulación de información relevante para apreciar el riesgo, y esto es detectado en diferentes momentos de la vigencia del seguro. Asimismo, se hará un análisis de las implicaciones técnicas, administrativas y económicas que trae consigo este proceso.

Finalmente, se plantearán en el capítulo IV algunas proyecciones y propuestas para minimizar este impacto, así como para evitar llegar a este momento, que lamentablemente resulta desgastante y agotador para ambas partes, sin dejar a un lado las tensiones que cualquier procedimiento jurídico, trae consigo.

Dentro del capítulo III y a efectos de hacer el análisis del impacto económico que conlleva el proceso de rescisión de contratos, se presentarán los resultados de una muestra que consistió en el análisis de todos las rescisiones que se llevaron a cabo en un periodo de 24 meses, dentro de la cartera de una de las divisiones regionales de una de las principales aseguradoras del mercado mexicano. Lo anterior, correspondiente a los ramos de Vida y Gastos Médicos Mayores en su modalidad individual.

Para conformar la muestra, se partió del registro manual que el área jurídica lleva de estos procesos. Una vez conocidos los casos, se procedió a obtener la información relativa al número de póliza, asegurado afectado, suma asegurada, prima pagada, causa del siniestro, motivo y fecha de la rescisión, montos reclamado y pagado por concepto del siniestro y gastos adicionales generados durante el proceso. Para obtener dicha información, fue necesario consultar uno a uno los expedientes tanto de la póliza como de los siniestros, conformando con ello una muestra con un alto grado de confiabilidad.

Espero que este material sea de utilidad para las generaciones futuras, y proporcione un panorama claro y sencillo de un problema actual que está contribuyendo a que el sector asegurador mexicano, no tenga un adecuado crecimiento.



# Capítulo I ANTECEDENTES.

## 1. Historia del Seguro

El concepto de seguro, en su forma más elemental, surge hasta cierto punto de manera espontánea, como una necesidad del hombre de protegerse contra la pérdida, destrucción o daño en su persona o en sus propiedades, y su eficacia como medida de protección, ha quedado plenamente comprobada con el paso del tiempo. Es por ello que vemos cómo el seguro se desarrolla en razón directa con el progreso tanto económico como social, de los países en donde se practica.

El seguro, en sus diversas modalidades, tiende a la protección frente a la pérdida material o de beneficios, mediante el pago de las pérdidas de unos pocos con la contribución de muchos individuos expuestos al mismo riesgo. Esta es la esencia del seguro: la participación en las pérdidas y la sustitución de la incertidumbre por la certeza.

Muchos autores coinciden en que los primeros antecedentes que se tienen del seguro, a partir de este concepto básico, aparecen en China y en Egipto. En ambas civilizaciones aplicaban de una manera muy rudimentaria, el concepto de "Dispersión del Riesgo", ya que repartían en diferentes embarcaciones o caravanas (chinos y egipcios respectivamente) las mercancías que transportarían, con el objeto de no sufrir una pérdida total de éstas, y que en caso de algún suceso imprevisto, sólo se viera dañada una parte de su cargamento. Adicionalmente, es en Egipto donde se encuentra un papiro, en donde se transcribe lo que se conoce como "Caja de Ayuda Mutua", la cual es constituida por los trabajadores que construyeron las pirámides. Estamos hablando de 4,500 años antes de Cristo, aproximadamente.

Ya de una manera un poco más estructurada, en la época del auge de Babilonia (3,000 años A.C.) las expediciones eran especialmente peligrosas por el bandidaje, lo cual dio origen a nuevas formas de protección; esto puede apreciarse en el Código de Hammurabi, un rey persa que provocó entre muchas otras cosas, la creación de una Asociación que se encargara de dar una nueva nave a aquel mercader que hubiese perdido la suya a causa de una tempestad. Es también en esta época en la que surge el concepto de trasladar a otros el riesgo de una pérdida o daño inherente al comercio marítimo, a través del "préstamo a la gruesa". Este tipo de préstamos sobre cascos de embarcaciones también se practicaba en India alrededor del año 600 A.C. y en Grecia más de 300 años A.C., relacionados con el comercio marítimo. La base de estos préstamos era que "si la propiedad empeñada como garantía resultaba dañada o perdida en la aventura, el préstamo quedaba cancelado. En tales condiciones, al embarcar una mercancía para su traslado de un lugar a otro, el propietario de ella podía obtener con garantía de la misma, uno de tales préstamos, pagando un tipo de

interés más alto que el corriente para operaciones normales de esa clase; puesto que en tal cobro se incluía una prestación adicional para cubrir el peligro de naufragio o de captura; y así en caso de que el riesgo se realizara, el prestamista sufría la pérdida y el dueño de la carga quedaba liberado de la obligación de liquidar su adeudo. En la misma forma podían obtenerse préstamos no sólo sobre la carga, sino también sobre el valor de la embarcación y aún sobre el de los fletes, dependiendo de que el solicitante de aquellos fuera dueño sólo del cargamento o también del barco. De esa manera quien recibía el préstamo no sólo disponía de un capital útil para el fomento de sus negocios, sino que disfrutaba de los beneficios de un convenio que le ponía a cubierto de los riesgos de la aventura".<sup>1</sup>

La mayor aportación romana fue la organización de Sociedades de Enterramiento, las cuales conocemos con el nombre de "Collegias". El "Collegia Tenuiorum" fue fundado durante el gran imperio romano, por artesanos y actores, con el fin de proporcionar a sus integrantes fondos para los servicios de enterramiento y beneficencia. El "Collegia Militium" concedía pensiones a los miembros que se incapacitaran a causa de las heridas sufridas en batalla, otorgando pensiones de retiro a quienes llegaran a su límite de edad militar y proporcionando una cantidad a las viudas y huérfanos, cuando el militar moría en combate.

Otra aportación importante al seguro fue la creación de una Tabla de Valoración de Añualidades, que tomaba en cuenta la edad y la esperanza de vida del individuo miembro del "Collegia". Durante la Roma Imperial, Domitus Ulpiano compiló una estadística de mortalidad, que consideraba el promedio de muertes anuales, de acuerdo a la edad de las personas.<sup>2</sup>

En América, los Incas y los Aztecas presentaron similitudes importantes, ya que en ambos imperios existía una gran preocupación por ofrecer a los ancianos una vida digna para lo cual otorgaban una especie de pensión traducida en asistencia alimenticia, económica y de vivienda. Asimismo, a los guerreros que habían sobrevivido a los combates y llegaban a una edad en la que ya no les era posible seguir luchando, se les proporcionaba este mismo tratamiento.

En el siglo XV de nuestra era, en España, se expidieron disposiciones que formalizaban un contrato de seguros; el objeto de esto era el de garantizar que la comunidad obtuviera los mayores beneficios que pudieran derivarse de la práctica de tales operaciones, tratando de evitar el fraude e impidiendo la obtención de seguros excesivos o de monto exagerado. A partir de las ordenanzas correspondientes, el seguro quedó reconocido como institución y su práctica se extendió a los países con que España comerciaba.

---

<sup>1</sup> Los Seguros Privados en México. Salvador Gómez Arreola. Edición de la Revista Mexicana de Seguros. 1968

<sup>2</sup> Curso PROCAT, Seguros Comercial América. Elaboración y compilación de José Luis Albor Calderón, marzo 1998

En Inglaterra en el siglo XVII el seguro no era aún considerado como un negocio especializado, sino que era una práctica secundaria de los comerciantes, ya que de manera adicional a sus contratos de compra-venta que llevaban a cabo, suscribían contratos de aseguramiento que eran avalados por varios de dichos comerciantes, que de manera conjunta, respondían del pago de las indemnizaciones que garantizaban, cobrando proporcionalmente las "primas" correspondientes a los riesgos que asumían.

Es hasta principios del siglo XVIII que el negocio de los seguros adquiere las características de una actividad especializada, haciéndose preciso corregir los defectos en su funcionamiento inicial: la falta de una garantía real y específica de la solvencia y estabilidad de los "aseguradores", y la carencia de un lugar definido donde se llevaran a cabo las operaciones relativas. Es así como los "cafés" se convierten en lugares de reunión tanto de los corredores como de los presuntos aseguradores; uno de los más concurridos era uno perteneciente a Edward Lloyd, establecido en Londres, quien proporcionaba a los armadores, capitanes, navieros, corredores y agentes vinculados con el comercio marítimo, toda clase de información relacionada con éste. En 1871 en Londres, Inglaterra, Lloyd's fue constituida por disposición del Parlamento, como una sociedad donde sus miembros son conocidos como "Underwriters Members" (miembros suscriptores).

Una de las grandes aportaciones de Inglaterra al seguro actual, fue el estipular en una póliza que la aseguradora podría reparar o reponer los bienes dañados con materiales de igual clase y calidad a los destruidos. Con ello, se da la oportunidad de reparar los bienes afectados por un siniestro, en lugar de sólo pagar las correspondientes indemnizaciones en dinero. Esto surge como consecuencia de las pérdidas provocadas por el famoso Gran Incendio de Londres (2 de Septiembre de 1666), en el cual se pierden alrededor de 13,000 viviendas.

Por lo que a los Seguros sobre la Vida se refiere, la primera póliza o contrato de que se tiene conocimiento se expidió en el año 1583, en la oficina de seguros de la Royal Exchange de Londres. Sin embargo, se adelantó poco en este campo hasta antes del siglo XVII, cuando se pudo contar con cálculos actuariales relacionados con la teoría de las probabilidades y con las tablas de mortalidad que fueron elaboradas por matemáticos de esa época.

## ANTECEDENTES HISTORICOS EN MÉXICO

Durante el último periodo del virreinato, se da un importante auge en el comercio, ya sea marítimo o terrestre, trayendo como consecuencia la proliferación y desarrollo de nuevas poblaciones así como un intenso tráfico marítimo entre España y la Nueva España. Se cree que la primera aseguradora que se fundó en nuestro territorio, fue "El Puerto de la Vera-Cruz"

aproximadamente en el año de 1789 y cubría sólo los riesgos marítimos. Su duración fue muy corta debido a la guerra entre España e Inglaterra. Posteriormente, en 1802, aparece la "Compañía de Seguros Marítimos Nueva España" cubriendo el mismo objetivo que la anterior, pero con operaciones en toda América.

Después de consumada la Independencia, en 1821, en México se conservaron vigentes la mayor parte de las leyes dictadas para la Nueva España, como eran las "Ordenanzas del Consulado de la Universidad de los Mercaderes de la Nueva España", las "Ordenanzas de Sevilla" y las "Ordenanzas de Bilbao", siendo estas últimas las que en la práctica se aplicaban; lo anterior se ratificó en un decreto de 1841. Es hasta 1884 que entra en vigor el "Código de Comercio de los Estados Unidos Mexicanos", siendo el primero de carácter federal y después, en 1893 se promulga la Ley sobre Compañías de Seguros. Sin embargo, en estos mandatos "ni se determinaban las normas técnicas aplicables a la entonces incipiente práctica del seguro, ni daban al Estado la facultad o los medios necesarios para intervenir controlando esas operaciones o reglamentando el funcionamiento de los organismos que las practicaban."<sup>3</sup>

En la Ley de 1893, se establecían las obligaciones o requisitos básicamente de carácter fiscal, ya que se les fijaba a las aseguradoras la obligación de presentar a la Secretaría de Hacienda informes semestrales y publicar anualmente el estado de sus operaciones, sometiéndolas a la inspección oficial. Con ello podemos darnos una idea de que su finalidad no era la de proteger los intereses de los asegurados, pero sí se comenzaba a ver la intención de que las autoridades correspondientes, pudieran vigilar e intervenir en las operaciones de dichas empresas.

Entre los años de 1895 y 1910 se fundaron y operaban las siguientes aseguradoras:

- ⇒ En 1893-1894 "La Mexicana" y "La Fraternal" operando seguros de vida.
- ⇒ En 1897 la "Compañía General de Seguros Anglo Mexicana", en el ramo de automóviles.
- ⇒ En 1901 "La Nacional" y en 1906 "La Latinoamericana", ambas operando el seguro de vida.
- ⇒ En 1908 la "Compañía de Seguros Veracruzana", en los ramos de incendio y de transportes marítimos.

De estas empresas es importante mencionar que lograron superar las dificultades inherentes a la competencia que había por parte de las compañías extranjeras, así como a la difícil época de la Revolución Mexicana. Es bien sabido que algunas de ellas, en estas fechas continúan operando en el país y gozan de un sólido prestigio.

---

<sup>3</sup> Los Seguros Privados en México. Salvador Gómez Arreola

En 1910 (25 de mayo) se expide la ley mediante la cual se reglamenta la organización de empresas de seguros, especialmente del ramo de vida, con el objeto de otorgar al Estado la ingerencia que resultaba necesaria que éste tuviera en el funcionamiento de estas empresas; en ella ya se buscaba garantizar eficazmente los intereses de los asegurados. Los puntos más importantes que se establecían en dicha ley, son los siguientes:

- ⇒ El seguro sólo podía ser practicado por empresas constituidas como sociedades anónimas o por mutualistas.
- ⇒ Estas empresas sólo operarían previa autorización de la Secretaría de Hacienda. Las tarifas y la documentación contractual debían ser previamente aprobados por dicho organismo.
- ⇒ Se estableció como obligatoria la constitución e inversión de reservas técnicas y de previsión.
- ⇒ Se estableció también la inspección oficial de acuerdo con el reglamento respectivo. Asimismo, se exigía a las empresas la publicación periódica de sus estados financieros.

Sin embargo, y a pesar de haberse expedido esta ley, la presencia de agentes y de empresas de seguros extranjeras era aplastante, y como aún existían deficiencias en la misma, se estaba provocando que las primas y las utilidades de las inversiones de las reservas emigraran al extranjero, dañando considerablemente la economía del país.

A raíz de todo ello, el 26 de agosto de 1935 se promulgan y entran en vigor las dos leyes que son fundamentales en el progreso alcanzado en México en esta materia: la "Ley General de Instituciones de Seguros" y la "Ley Sobre el Contrato de Seguro". Con la primera se dejaban sentadas las bases para la verdadera mexicanización y el correcto funcionamiento de la industria aseguradora en México, y con la segunda, se establecieron las normas para la interpretación y adecuada aplicación del contrato de seguros.

La Ley General de Instituciones de Seguros vino a establecer:

- ⇒ El control y vigilancia TÉCNICA y ADMINISTRATIVA (ya no tanto fiscal) de las aseguradoras, por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, labor que ejerce actualmente a través de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (creada en 1946 como Comisión Nacional de Seguros).
- ⇒ Las bases para la organización y funcionamiento de las empresas que se establezcan en el país.
- ⇒ El monto de los capitales mínimos de garantía que las sociedades anónimas deben tener.
- ⇒ La clasificación de las operaciones de seguros en tres grandes ramas: Vida, Accidentes y Enfermedades y Daños.
- ⇒ La constitución e inversión de las reservas técnicas.

Las modificaciones sustanciales más recientes efectuadas a nuestra ahora llamada, Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se llevaron a cabo el 31 de diciembre de 1999 y el 5 de enero de 2000, reformando y adicionando un número importante de artículos en cada uno de los capítulos que la conforman. Desde 1997 a la fecha, una de las modificaciones importantes que se han hecho a la citada ley, es la incorporación del ramo de salud dentro de las operaciones de Accidentes y Enfermedades, mismo que estará regulado no sólo por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas sino también por la Secretaría de Salud. El desarrollo de este ramo, traerá consigo importantes cambios en la prestación de los servicios de salud a nivel nacional, tanto en el ámbito público como en el privado.

En el capítulo correspondiente expondré con un mayor detalle las generalidades de esta Ley.

## 2. Los principios básicos del seguro como un elemento fundamental en la industria aseguradora.

**Definición de Riesgo en Seguros.** En una connotación cotidiana, la palabra riesgo es un sinónimo de peligro, de contingencia probable; equivale a la posibilidad de sufrir un daño o una pérdida como consecuencia de un peligro al que estamos expuestos. Sin embargo, en la terminología del seguro, la palabra RIESGO se emplea no sólo para indicar un suceso para el cual buscamos una protección, sino para "nombrar" a la propiedad o a la persona asegurada, refiriéndonos de esa manera a la ubicación, las características de construcción o la ocupación del "riesgo", tratándose de edificios por ejemplo.

De esta manera, podemos decir que a pesar de existir los peligros de muerte, incendio, terremoto, etc., que sobre las personas o los bienes penden como amenaza constante, no se está "expuesto a un riesgo", sino cuando existe la probabilidad de que alguno de esos sucesos cause un daño de carácter económico, es decir, un perjuicio tasable en dinero. "Así por ejemplo, aunque la muerte en sí no constituye un riesgo, puesto que es la consecuencia natural de la vida, la muerte prematura sí lo es, no por el daño que sufre quien finalmente pierde la existencia, sino por el perjuicio económico que resienten aquellos a quienes ese acontecimiento fatal, deja desamparados y, en algunos casos, expuestos a verse convertidos en cargas sociales".<sup>4</sup>

**El Interés Asegurable.** De la definición de riesgo anterior, inferimos que si alguna persona o cosa no se encuentran expuestos al riesgo de sufrir una pérdida o daño de carácter económico, como consecuencia de la ocurrencia de un evento perjudicial, no existe realmente una justificación para asegurarse contra los

---

<sup>4</sup> Los Seguros Privados en México. Salvador Gómez Arreola

efectos de ese evento. Es por ello que si no existe un INTERÉS ASEGURABLE resulta totalmente injustificado adquirir un seguro protegiendo un bien que no nos pertenece o no nos ha sido empeñado en garantía de un préstamo, o bien, contratar un seguro sobre la vida de una persona cuyo fallecimiento, por más pena que nos cause, no nos ocasiona un perjuicio económico.

**Cooperación.** En cualquiera de sus ramos, el seguro se traduce en la unión de grupos de organismos o de personas que se encuentran comúnmente expuestos a uno o varios de los riesgos previsibles y de efectos económicos evitables. Unidos de esa forma dichos grupos, cooperan para que los daños o pérdidas de carácter económico que cause el suceso que constituye el peligro común, se reparta entre todos. Este principio de cooperación es el que da origen al desarrollo del seguro, y hasta la fecha, la idea básica es la de formar un fondo con las contribuciones de todos los asegurados. En el caso de una compañía de seguros, las primas quedan establecidas desde un principio por todo el periodo que dure la protección; si los resultados son desfavorables, la empresa absorbe la pérdida y si son favorables, se beneficia con la utilidad. En el caso de una Mutualidad, la contribución de cada miembro no es definitiva, ya que si se presenta una pérdida importante o una frecuencia mayor de siniestros, los mismos miembros tendrán que hacer aportaciones adicionales; en caso de que las pérdidas sean menores a las aportaciones, el remanente se mantiene como reserva para desviaciones futuras.

**Desplazamiento de los Riesgos.** Al contratar un seguro, el propietario de bienes expuestos a pérdida o daños, así como la persona que desea proteger a su familia contra los perjuicios económicos que le acarrearía su muerte prematura, trasladan ese riesgo a la compañía aseguradora a cambio de una contribución monetaria cierta (prima). De esa forma cambian su situación de incertidumbre por la de seguridad.

**Cálculo del costo del seguro y homogeneidad de los riesgos.** En estos conceptos se involucran varios aspectos fundamentales en la adecuada operación de seguros:

1. Que los grupos de personas físicas que se aseguran, se encuentren expuestos a un riesgo similar.
2. Que los efectos del riesgo puedan ser calculables y mesurables en términos económicos.
3. Que la exposición al riesgo sea uniforme o sus agravaciones conocidas, y sus efectos sean calculables a fin de hacer posible que quien tenga una mayor exposición al riesgo contribuya de manera proporcional al grado de esa exposición.

**Buena Fe.** Como hemos podido ver en la descripción del desarrollo del seguro, lo que dio origen a su nacimiento fue la necesidad de contar con una protección

contra los peligros a que se encontraban expuestos los "asegurados", y el principio de unir fuerzas y recursos para proporcionar dicha protección. Un elemento básico que ha permitido el desarrollo de los seguros, es el de que las partes contratantes obren siempre con la más absoluta BUENA FE recíproca. En las manifestaciones más antiguas del seguro, esto se daba por sentado, ya que el único motivo que movía a esas organizaciones era el de la ayuda mutua.

Desde que se establecieron las bases para la operación de una compañía de seguros, se han manejado requisitos a éstas que permitan garantizar al asegurado la solvencia del asegurador. En cuanto al asegurado, éste debe tomar en cuenta que su asegurador confía de manera absoluta en las declaraciones que le hizo al presentar su solicitud para ser asegurado, y que al expedir la póliza, lo hace con la confianza de que no se le han ocultado hechos o circunstancias que de haberlas conocido, tal vez hubiera cobrado una prima diferente o hubiera celebrado el contrato en condiciones distintas. Bajo estas bases, una compañía aseguradora tiene pleno derecho a obtener toda la información que pueda influir en su decisión sobre la aceptación o rechazo de un riesgo determinado. De esta manera, si el asegurado no manifiesta toda la información pertinente (ocultación), o bien, si hace declaraciones falsas (información proporcionada), el contrato puede ser RESCINDIDO por el asegurador.

Como vimos anteriormente, en los inicios del seguro jugaba un papel importante la suerte; sin embargo, el que se ocultara información podía convertir el riesgo en otro muy distinto al que se pretendía cubrir. Con el desenvolvimiento de las relaciones comerciales se vio que era necesario hacer una clara distinción entre los seguros de transportes y los de vida o incendio. En los primeros, en muchas ocasiones la mercancía se encontraba lejos del asegurador; sin embargo, en el seguro de vida el asegurador se encuentra en condiciones de examinar personalmente al solicitante, de interrogarlo sobre temas de interés y de recabar el consejo del médico que lo ha examinado. Por otro lado, la información proporcionada está constituida por todas las declaraciones que el asegurado hace para la correcta evaluación del riesgo.

De estos dos elementos se desprenden las bases jurídicas de una rescisión de un contrato de seguros, ya que mientras por una parte "la ocultación de un hecho sustancial al riesgo que no se haya investigado, no puede invalidar la póliza, a no ser que dicha ocultación pretendiera mantener en la ignorancia al asegurador en cuanto a un hecho que se estimaba como sustancial, (en otras palabras, a no ser que la ocultación fuera fraudulenta)"<sup>3</sup>, por la otra, si el asegurado, en lugar de callarse, hace declaraciones sustanciales y falsas, de igual manera el contrato puede ser invalidado. No obstante esto, para que una póliza pueda ser inválida, el asegurador debe contar con los elementos que comprueben la falsedad de la declaración; el hecho de que ésta sea sustancial o no, es algo que sólo el jurado puede decidir.

---

<sup>3</sup> El Seguro de Vida. S.S. Huebner y Kenneth Black, Jr. Editorial MAPFRE, S. A. 1976



## Capítulo II . Bases Legales.

### 1. Leyes y Reglamentos aplicables.

Como en cualquier celebración de un contrato, existen una serie de reglamentaciones que permiten que éste se desarrolle de la mejor manera para todas las partes involucradas. En este capítulo presentaré un breve resumen de los aspectos que regula cada ley u organismo vinculado con la operación de seguros, así como un análisis de los elementos y artículos que sientan las bases para poder ejercer una acción jurídica, en caso de descubrir que el asegurado ha obrado con dolo o mala fe, y en consecuencia, iniciar un proceso de rescisión o cancelación de contrato.

#### a) Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS).

Tiene por objeto regular:

- i. la creación, organización y funcionamiento de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros,
- ii. las actividades y operaciones que las mismas podrán realizar, y
- iii. las actividades de los agentes de seguros y demás personas relacionadas con la actividad aseguradora, en protección de los intereses del público usuario de los servicios correspondientes. (Artículo 1°)

Para lograr lo anterior, está conformada por seis grandes apartados (Títulos), contemplando cada uno de ellos los siguientes aspectos:

1. Disposiciones Generales.
2. Organización y funcionamiento de las Instituciones de Seguros e Instituciones Financieras del Exterior.
3. Organización y funcionamiento de las Sociedades Mutualistas de Seguros.
4. Contabilidad, Inspección y Vigilancia de ambas figuras.
5. Disolución de las Instituciones de Seguros.
6. Facultades de las Autoridades, Procedimientos, Sanciones, Infracciones y Delitos.

Como expuse anteriormente, esta ley está orientada a regular la operación de las Aseguradoras como sociedades anónimas, vigilando que tengan una adecuada conformación financiera (capital mínimo de garantía, inversiones, reservas técnicas, como son de riesgos en curso, de previsión, catastróficas, de obligaciones pendientes de cumplir, etc.) y evaluando las bases técnicas que soportaran su funcionamiento.

El órgano competente para aplicar e interpretar dicha ley, es la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a través de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), y oyendo la opinión de cualquier otro organismo o dependencia en función de la naturaleza de los casos que lo ameriten. De igual manera, dicha Comisión es el organismo que vigila que las disposiciones contenidas en la LGISMS, se cumplan adecuadamente, así como de aplicar las sanciones correspondientes en caso de alguna infracción.

b) Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y CONDUSEF. Hasta enero de 1999 también la CNSF era la encargada de recibir y escuchar las quejas que los asegurados pudieran tener en contra de una institución de seguros. En esa fecha, se publica la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se crea la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

Esta Comisión es un organismo público descentralizado que tiene como finalidad promover, asesorar, proteger y defender los derechos e intereses de los usuarios frente a las instituciones financieras que operan dentro del territorio nacional, así como arbitrar sus diferencias de manera imparcial. Se consideran instituciones financieras: sociedades controladoras, instituciones de crédito, sociedades financieras de objeto limitado, sociedades de información crediticia, casas de bolsa, especialistas bursátiles, sociedades de inversión, almacenes generales de depósito, uniones de crédito, arrendadoras financieras, empresas de factoraje financiero, sociedades de ahorro y préstamo, casas de cambio, instituciones de seguros, Patronato del Ahorro Nacional, sociedades mutualistas de seguros, instituciones de fianzas, administradoras de fondos para el retiro, empresas operadoras de la base de datos nacional del sistema de ahorro para el retiro, y cualquier otra sociedad que realice actividades análogas a las de las sociedades enumeradas anteriormente, que ofrezcan un producto o servicio financiero.

De igual manera, tiene también como objetivo el crear y fomentar entre los usuarios una cultura adecuada respecto de las operaciones y servicios financieros.

## 2. Ley sobre el Contrato de Seguro (LSCS).

Esta ley fue tomada en gran parte de la Ley Suiza aplicable a los seguros, vigente en la época en que fue decretada. Nuestra Ley Sobre el Contrato de Seguro nace el 31 de agosto de 1935 y es el instrumento que regula todos los aspectos relacionados con la formalización del seguro, como son los documentos contractuales, la prima a cobrar, la realización del siniestro, la prescripción, etc.

El aspecto que la distingue no sólo de la Ley Suiza, sino de la mayoría de las leyes extranjeras, es el principio que rige las omisiones o inexactas declaraciones

del solicitante al momento de informar al asegurador los datos necesarios para la celebración del contrato. En su momento, las discusiones sobre esta materia alcanzaron a los tribunales de justicia mismos, obligando a las autoridades competentes a hacer una serie de modificaciones a las relaciones contractuales. El Dr. Wolfgang Bauerreiss plantea todo un análisis, así como una relación histórica, de los diferentes regímenes que precedieron al actual. A manera de resumen, en el derecho más antiguo de seguros, "la violación a la obligación precontractual de declarar traía como consecuencia la nulidad inmediata de todo el contrato, sin tomar en cuenta culpabilidad o causalidad; un aumento del riesgo y muchas veces un cambio del riesgo, producía el cese de las obligaciones de la empresa y con ello su liberación de indemnización; también el incumplimiento de la obligación de dar aviso de siniestro traía como consecuencia la pérdida al derecho de indemnización del asegurado". En una segunda etapa, las legislaciones sometieron la violación a un sistema contrario al anterior, en el cual se "imponía al asegurador la obligación de probar la culpa grave y como consecuencia la de notificar su voluntad de disolver el contrato, así como también le correspondía probar la relación de causalidad, es decir, el asegurado tenía todas las ventajas frente a la empresa".<sup>6</sup>

Como podemos ver, ambas etapas caían en los extremos completamente opuestos, lo que en pocas palabras significaba el principio del TODO O NADA; este principio ocasionó que se formaran prejuicios en contra de cualquier forma de seguro, y a que surgiera una mala reputación del mismo. Se llegó incluso al punto en el cual una gran cantidad de asegurados trataban de contrarrestar, en el proceso de la dictaminación del siniestro, la "búsqueda de ganancias ilimitadas" por parte de la empresa; esto explica también la inclinación de las autoridades competentes, de ayudar a toda costa al asegurado, llevando a la empresa a la pérdida de una demanda formulada clara y concretamente.

Finalmente, se llega al punto de conceder la liberación de la responsabilidad a la aseguradora tomando en cuenta la intencionalidad o culpa grave por parte del asegurado, ya sea desde el momento de la solicitud del seguro, o bien, en el momento de la realización del siniestro.

Es precisamente el aspecto de las declaraciones que hace el asegurado en el momento de la solicitud del seguro, lo que da pie al tema del presente trabajo: La rescisión del contrato de seguros, cuyos aspectos legales están reglamentados principalmente en esta Ley. En primer lugar tenemos el artículo 8°; su antecedente en la Ley Suiza lo encontramos en el artículo 4°, que dice: "El proponente debe declarar por escrito al asegurador según un cuestionario u otras preguntas que se le hagan por escrito, todos los hechos que sean importantes para la apreciación del riesgo, tales como le sean o deben serle conocidos en el momento de la conclusión del contrato. Son importantes todos los hechos que

---

<sup>6</sup> El Contrato de Seguro en el Derecho Mexicano. J. Jesús Rodríguez Sala (Exdirector jurídico de la Comisión Nacional de Seguros). Edición de la Revista Mexicana de Seguros (B. Costa - AMIC Editor, México, D. F.)

por su naturaleza pueden influir sobre la determinación del asegurador para concluir el contrato bajo otras condiciones convenidas. Se refutan como hechos importantes sobre los cuales el asegurador ha formulado preguntas de manera precisa e inequívoca.”

El artículo 8º de nuestra ley se formula en los siguientes términos:

“El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.”

Ambas formulaciones hablan de “hechos importantes”; sin embargo, en nuestra legislación no se menciona que los hechos importantes son aquellos sobre los cuales el asegurador ha formulado una pregunta de manera precisa e inequívoca. De aquí se desprende que las declaraciones que hace el solicitante de un seguro, son un deber; a dichas declaraciones se les da el carácter de premisa para la formulación de ese seguro, convirtiéndose con ello en un COMPROMISO. El sujetar ese compromiso a las consecuencias que prevé la ley, le otorga a la aseguradora el derecho de sancionar el incumplimiento de esa obligación.

En los artículos 9º y 10º se hace extensiva esta obligación al representante o al intermediario, respectivamente, en caso de que la solicitud de seguro se haga en representación o por cuenta de otro.

Ya en el Capítulo IV de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se habla específicamente de la anulación del contrato por diversas causas. De manera particular, son causa de rescisión del contrato la omisión o inexacta declaración de hechos, situación que es establecida en los artículos siguientes:

“Artículo 47. Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.”

“Artículo 48. La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.”

“Artículo 49. Cuando el contrato de seguro comprenda varias cosas o varias personas y la omisión o inexacta declaración no se refieran sino a algunas de esas cosas o de esas personas, el seguro quedará en vigor para las otras, si se comprueba que la empresa aseguradora las habría asegurado solas en las mismas condiciones.”

**"Artículo 50. A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:**

- I. Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración;
- II. Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado;
- III. Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado;
- IV. Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa;
- V. Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras indicaciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos."

En estos cuatro artículos se hace referencia específica a la rescisión provocada por las omisiones o inexactas declaraciones; sin embargo, la otra causa principal que otorga la ley a las aseguradoras para llevar a cabo la rescisión, es la agravación del riesgo no dada a conocer a la aseguradora, o bien, provocada por el propio asegurado. Este aspecto es reglamentado por los artículos 52 al 63.

En los seguros de Vida y Gastos Médicos Mayores no resulta aplicable el concepto de agravación del riesgo, en virtud de que un contrato de seguros no puede condicionar el estilo de vida de un asegurado. De hecho los artículos mencionados en el párrafo anterior se refieren básicamente a los seguros de daños, ya que en estos ramos si queda determinada perfectamente la propiedad que se asegura, o bien, el uso que se le va a dar. El seguro de Vida Individual es generalmente un contrato a largo plazo y en el transcurso del mismo no se ratifican las declaraciones que en un inicio, hace el asegurado. Adicionalmente, una de las exclusiones del contrato se refiere a que el fallecimiento ocurra a causa de una enfermedad presente con anterioridad a la celebración del contrato; por tanto, un cambio en el estado de salud de un asegurado, no puede considerarse una agravación sustancial del riesgo.

De igual manera en el caso del seguro de Gastos Médicos Mayores, a pesar de que se trata de un seguro renovable de manera anual, si se presenta la aparición de una enfermedad en el transcurso de la protección del contrato, aún y cuando ésta no sea objeto de reclamación a la aseguradora, la alternativa que tiene la empresa es la de aplicar una extraprima al asegurado que presenta el padecimiento, a la renovación de la póliza, o bien, el incluir endosos que excluyan o limiten los padecimientos presentados.

En ambos casos, en las condiciones generales de la póliza queda asentada precisamente la contraparte de la "agravación del riesgo". En ellas se maneja el concepto Carencia de Restricciones, mediante el cual se estipula que un contrato no está sujeto a restricción alguna por causa de la residencia, ocupación o viajes y en general, al género de vida de los asegurados.

El Título Tercero de la Ley que nos ocupa, habla ya de manera específica de Disposiciones Especiales del Contrato de Seguros sobre las Personas, reglamentando todos los aspectos inherentes al mismo. En el artículo 160 vuelve a tocarse el aspecto de la rescisión, mencionando lo siguiente:

“Artículo 160. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato a la fecha de su rescisión.”

A manera de conclusión, podemos mencionar que un proceso de rescisión se lleva a cabo en el momento que una aseguradora descubre que ha sido objeto de omisiones o inexactas declaraciones. En el caso del seguro de Gastos Médicos Mayores, esta puede llevarse a cabo tras la ocurrencia de un siniestro en el cual sale a la luz la información deficiente; en este caso, la aseguradora puede incluso dictaminar que no efectuará ningún pago que le está siendo reclamado y proceder a la rescisión.

El caso del seguro de Vida es distinto ya que el momento en el cual se descubre la omisión o declaración inexacta, es el fallecimiento del asegurado. Con las modificaciones que se hicieron a la ley el pasado 2 de enero de 2002, se abre la posibilidad de hacer la comunicación “al asegurado o a sus beneficiarios”, con lo cual, aún y cuando la detección de la omisión o falsa declaración se haga después de haber fallecido el asegurado, la compañía aseguradora puede ejercer su derecho a la rescisión ya que puede hacer la comunicación “en forma auténtica” a los beneficiarios del mismo. El artículo 48 anterior a las modificaciones mencionadas, establecía que la comunicación debía hacerse directamente al asegurado con lo que un proceso de rescisión en seguro de vida se hacía sumamente difícil, o por lo menos, desgastante y con pocas posibilidades para la aseguradora. Adicional a incluir también a los beneficiarios, dentro de los cambios al citado artículo 48 se amplía el plazo para tal comunicación de 15 a 30 días.

De manera adicional, en este ramo se maneja el concepto de **INDISPUTABILIDAD**. Esto significa que la aseguradora se compromete a no alegar en su defensa cualquier error, ocultación, declaración falsa o fraude del asegurado, una vez que la póliza haya estado en vigor durante un periodo determinado. En México generalmente este periodo es de dos años, pero es decisión de cada aseguradora manejar el que ella determine. En estricta teoría, una póliza de vida debiera ser “disputable” durante toda su vigencia, ya que con esta cláusula se está permitiendo que un asegurado (aunque sea a favor de su beneficiario) consiga una indemnización de manera dolosa. Sin embargo, por razones comerciales y de competitividad, ninguna aseguradora se expone a perder cartera por querer

aplicar de manera estricta su derecho a la rescisión por estas causas, cuando la mayoría de sus competidores no lo hacen.

### 3. La importancia de las declaraciones del asegurado al momento de celebrar el contrato. Selección de Riesgos.

En las diferentes legislaciones a nivel mundial y a lo largo del tiempo, una aseguradora podía ejercer el derecho de la rescisión del contrato, siempre y cuando demostrara que el asegurado obró de mala fe, y que sus declaraciones fueron hechas con toda la intención de hacerla incurrir en errores de apreciación del riesgo o valuación del daño.

Esto nos da una idea de la trascendencia que siempre han tenido las declaraciones que hace el asegurado al solicitar una protección para sus bienes o para su persona, ya que de esas declaraciones depende una adecuada celebración de un contrato.

En el seguro de personas, ya sea que se trate de Vida, Gastos Médicos Mayores o Accidentes Personales, la solicitud de seguro se considera como el principio del contrato; en ella, el prospecto debe contestar con el mayor apego a la verdad, a una serie de preguntas que le son formuladas acerca de su persona, su familia, sus hábitos y aficiones, su ocupación, así como sobre otros seguros que haya solicitado, ya sea que le hayan sido otorgados, pospuestos o negados. Una parte importante del contrato de seguros hace alusión a la información que le es proporcionada a la aseguradora, como es la edad, enfermedades existentes o antecedentes de salud conocidos por el solicitante, etc.

Tradicionalmente, la estructura de una solicitud de seguro de personas, ha sido cuestionada por su extensión y por lo detallado de las preguntas; sin embargo, la interpretación que se hace de tales respuestas, ya cuando se está llevando a cabo un juicio, inclina la balanza hacia el asegurado, debido a que la formulación confusa de las preguntas puede hacer incurrir al asegurado en proporcionar respuestas subjetivas. El hablar de "buena salud" simplemente se interpreta como la ausencia de alguna enfermedad; si se utilizan frases como "a mi mejor saber y entender", más que el declarar un padecimiento o un hecho real, puede dar pie a que se interprete como una opinión por parte del solicitante y que su desconocimiento no implica que haya obrado de mala fe, situación que siempre será responsabilidad de la aseguradora, el probarlo.

Las preguntas relativas a los antecedentes familiares, difícilmente pueden ser causa de una rescisión del contrato, ya que no es obligatorio que un solicitante conozca con lujo de detalles, los antecedentes médicos de una enfermedad de sus antepasados. En cuanto a la edad manifestada, la solución que se plantea a una falsa declaración es la de ajustar los costos a los que realmente debieron haberse cobrado, de haber conocido la edad real; si ésta se conoce después del

fallecimiento del asegurado (hablando del seguro de vida), la diferencia en la prima puede ser descontada de la indemnización otorgada a los beneficiarios.

Por todo lo anterior, la mejor forma de contar con información objetiva es la de formular preguntas directas y concisas, que permitan a la aseguradora hacer una evaluación correcta del riesgo que están asumiendo. Cualquier formato de solicitud de seguro de Vida o de Gastos Médicos Mayores, contiene un cuestionario médico, que consta de una serie de preguntas sobre enfermedades específicas que el solicitante padezca o haya padecido anteriormente; sobre tratamientos médicos a los que se encuentre sometido; sobre secuelas de enfermedades o intervenciones quirúrgicas anteriores, etc.

En México contamos con la Oficina de Intercambio de Información (O. I. I. que anteriormente se conocía como Oficina Informadora de Impedimentos, y que al cambiar su denominación mantuvo sus siglas), que es un instrumento administrado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), en la cual todas las aseguradoras registran tanto los siniestros que tramitan, como las afecciones a la salud que son detectadas a raíz de los exámenes médicos que practican con objeto de evaluar un riesgo, y que la llevan a rechazar el otorgamiento del seguro. Con ello se tiene una importante herramienta de consulta para todo el medio asegurador mexicano, ya que le permite "descubrir" oportunamente una falsa declaración.

Sin embargo, en este sentido existe un vacío en las leyes aplicables ya que no hay una reglamentación que permita que este instrumento sea de carácter oficial, más aún, su operación se contrapone con la confidencialidad que la información referente al asegurado, debiera aplicar. En este punto puede haber material suficiente para trabajar en una reglamentación que formalice la operación de la O.I.I.

Como habrá notado el lector, este apartado ya está referido básicamente a los seguros de Vida y de Gastos Médicos Mayores, y a partir de este punto, iré definiendo algunos conceptos que son utilizados a lo largo del texto y que pueden tener una acepción diferente en cada ramo de los seguros.

En el medio asegurador, la palabra SINIESTRO se refiere a la realización del riesgo para cuya protección se adquirió el seguro. En el caso del seguro de vida, se habla de siniestro cuando se presenta el fallecimiento del asegurado, o bien, cuando éste sufre una pérdida de algún miembro de su cuerpo (pérdida orgánica) o un estado de invalidez, y adquirió éstas como coberturas adicionales dentro de su contrato. En el caso de Gastos Médicos Mayores, un siniestro se refiere al pago de los gastos erogados por el asegurado, por concepto de la atención de una enfermedad o accidente. Dicho pago puede hacerse a través de su reembolso al asegurado, o bien, mediante el pago directo a los prestadores de servicios médicos, a través de convenios establecidos entre éstos y las aseguradoras.



Volviendo a los elementos con que cuenta una aseguradora a través del formato de solicitud de seguro, llegamos al punto de la SELECCIÓN DE RIESGOS. Este es un proceso cuyo objetivo es el de hacer una evaluación lo más precisa posible, del estado de salud general de un solicitante, así como de las agravantes que éste puede tener debido a antecedentes heredo-familiares, y que pueden provocar una desviación en la exposición al riesgo, medido mediante bases estadísticas (tablas de mortalidad y morbilidad); dicha evaluación permitirá a la aseguradora determinar las condiciones de aceptación o rechazo del riesgo. Las autoridades en esta materia han venido buscando la formalización académica de este proceso con el objeto de llevarla a ser una disciplina, ya que se ha convertido en una pieza fundamental en el seguro de personas.

El seleccionador de riesgos debe conocer los términos médicos que son utilizados para nombrar padecimientos y enfermedades, de tal manera que le permitan evaluar qué tipo de éstas pueden representar una agravación del riesgo; el haber sufrido una apendicitis (extirpación del apéndice) o una fractura en un brazo varios años atrás, de ninguna manera tendrá las mismas posibles implicaciones que encontrarse bajo un tratamiento para controlar la presión sanguínea alta (hipertensión). De igual manera, el seleccionador debe tener los conocimientos básicos para detectar una anomalía en el registro de un electrocardiograma, así como identificar valores fuera de rangos normales, en resultados de estudios de laboratorio e informes médicos. Esto le permitirá filtrar las solicitudes de posibles asegurados que pueden presentar algún tipo de problema y, apoyándose en una opinión médica, aceptar o rechazar la contratación del seguro.

Como complemento se cuenta con un catálogo de actividades, elaborado en su mayoría por aseguradores y reaseguradores a nivel mundial, en el cual se asigna una "calificación" a la exposición al riesgo que tiene el solicitante por sus actividades, y con ello se determina si debe aplicarse una extraprima por la ocupación que desempeña. En este sentido, podemos mencionar como ejemplo el riesgo que tienen aquellas personas que instalan antenas de telecomunicaciones o que trabajan de tiempo completo en una plataforma petrolera, comparado con el contador o el abogado que realizan su trabajo en una oficina.

Una vez analizada la información que el solicitante plasma en sus declaraciones, es también decisión del seleccionador requerir la realización de exámenes médicos adicionales que por lo general son pagados por la propia aseguradora, principalmente en el caso del seguro de vida, en el cual todas las aseguradoras cuentan con una tabla de requisitos de asegurabilidad, en donde en función de la combinación de suma asegurada solicitada y la edad del prospecto, se determina de antemano qué tipo de exámenes o pruebas de laboratorio se van a requerir.

Otro de los aspectos que debe conocer el seleccionador de riesgos, es la interpretación de estados financieros, declaraciones de impuestos e informes de los activos que posee un prospecto. En el apartado donde expuse los principios fundamentales del seguro, expuse la importancia que tiene el que exista un

interés asegurable. Aunque si bien es cierto que la pérdida de la vida de una persona no puede ser cuantificada, en el seguro de vida se evalúan las implicaciones que dicha pérdida traerá para sus dependientes económicos en términos monetarios, principalmente si se trata del sostén de una familia. En este caso se "cuantifica" el ingreso que requerirá esa familia para poder hacer frente a sus necesidades y mantener el mismo nivel socio-económico que les aportaba la cabeza de la misma. Cuando se habla de sumas aseguradas muy elevadas, es preciso contar con elementos que justifiquen la contratación de éstas, teniendo información financiera e informes confidenciales de entrevistas que se realizan a los prospectos. Por todo ello, un aspecto primordial en la selección de riesgos, es el manejo de carácter confidencial tanto de la información médica como financiera antes mencionada.

#### 4. Condiciones Generales de la Póliza. Reglamento de Seguro de Grupo.

En las Condiciones Generales de cualquier póliza de Vida Individual, deben ser considerados algunos de los aspectos legales que he mencionado anteriormente, a través de Cláusulas Generales. De forma específica deben quedar contemplados los siguientes conceptos, ya descritos:

Omisiones o Inexactas Declaraciones  
Indisputabilidad  
Carencia de Restricciones  
Edad del asegurado

Existe un punto adicional, que también queda asentado en las Condiciones Generales de la póliza, y que es regulado mediante el Reglamento del Seguro de Grupo, cuyo objetivo es el de establecer las bases de operación del seguro de vida en su modalidad de Grupo. Sin embargo, en su artículo 16 se determina a una aseguradora la obligación de otorgar un plan de seguros a una persona que se separa de un grupo. Para aclarar este concepto, a continuación transcribo dicho artículo:

"Artículo 16. La institución aseguradora tendrá obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del grupo asegurado, en cualquiera de los planes individuales de seguro en que opere dicha empresa, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo deberá presentar su solicitud a la institución aseguradora, dentro del plazo de treinta días a partir de su separación. La suma asegurada será igual o menor a la que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

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

La institución aseguradora que practique el seguro de grupo de vida, deberá operar, cuando menos, en el plan ordinario de vida”.

Esta obligatoriedad para las aseguradoras, puede ocasionar que se acepten riesgos que en otras condiciones quizá no hubieran sido aceptados, pero de ninguna manera puede ser considerado como una omisión de información por parte del asegurado.

Es importante aclarar que los mencionados no son los únicos aspectos legales que quedan debidamente asentados en unas Condiciones Generales; simplemente he mencionado éstos al ser los directamente relacionados con una rescisión de contrato.

Con lo plasmado en este capítulo, se ha pretendido exponer las bases legales que sustentan el derecho de rescisión que la ley le otorga a las aseguradoras, con el objeto de abordar tanto las causas como las implicaciones que este proceso conlleva, mismas que trataré con mayor amplitud en el siguiente capítulo.

## Capítulo III . Rescisión del Contrato de Seguro

### 1. Elementos de la rescisión del contrato.

#### a) En el Seguro de Vida Individual.

La mayoría de los casos que llevan a un proceso de rescisión de un contrato de seguro de Vida Individual, son detectados por la aseguradora a través de otros ramos y desafortunadamente por "mera casualidad". Como mencioné anteriormente, las omisiones o declaraciones inexactas son detectadas en el momento en que se presenta un siniestro, y en el caso de vida, ya es demasiado tarde para el proceso en cuestión. Sin embargo, es aquí donde la aseguradora puede aplicar la cláusula de INDISPUTABILIDAD. Si el fallecimiento ocurre antes de que se cumpla el período que ella estipula para este fin, el pago de la indemnización puede ser perfectamente disputable y, en consecuencia, rechazado.

En caso de que el fallecimiento ocurra después de transcurrido el período de indisputabilidad, las omisiones y falsas declaraciones dan los elementos a una aseguradora, para defenderse en caso de una demanda por parte de los beneficiarios, cuando el pago de la indemnización ha sido rechazado.

En el seguro de Vida, el siniestro puede también afectar a una cobertura adicional de invalidez total y permanente. En este caso, es posible que cuando se efectúa la reclamación de la indemnización y existen falsas declaraciones u omisiones, se puede llevar a cabo la rescisión.

Los factores que permiten a una aseguradora detectar una omisión o falsa declaración que afecta a un seguro de vida individual, son:

- ⇒ El asegurado cuenta con una póliza de Gastos Médicos Mayores, y ésta se ve afectada por un siniestro, en cuya dictaminación se hacen evidentes padecimientos anteriores o preexistentes.
- ⇒ Se presenta una reclamación por invalidez, en la propia póliza de seguro de vida y al realizar la dictaminación se detecta la omisión.
- ⇒ El asegurado hace uso de su derecho de conversión al separarse de un grupo y posteriormente modifica o pretende modificar su póliza individual de manera sustancial.

Para que el primer punto se dé, es necesario que la aseguradora cuente con sistemas lo suficientemente versátiles que relacionen los diferentes ramos de seguros a través de sus contratantes o que cuente con una base de datos

relacionada. Me refiero de manera específica al seguro de Gastos Médicos Mayores ya que ambos contratos ofrecen protección a las personas y se relacionan directamente por el estado de salud de las mismas. De hecho, la selección de riesgos analiza prácticamente los mismos elementos para otorgar un seguro de vida o uno de gastos médicos, aunque la probabilidad de ocurrencia de un siniestro impacta de manera diferente en cada ramo.

b) En el Seguro de Gastos Médicos Mayores.

En este ramo, el único factor que proporciona los elementos para efectuar una rescisión de contrato, es la reclamación de un siniestro.

## 2. La dictaminación de los siniestros.

Como hemos podido ver en el punto anterior, el elemento fundamental para que una aseguradora haga valer su derecho de rescindir un contrato, es la correcta y atinada dictaminación de un siniestro. Hablando de seguros orientados a las personas, resulta de vital importancia que cualquier aseguradora cuente con médicos dentro de su plantilla de personal, en las áreas donde se lleva a cabo esta dictaminación.

En la actualidad, la mayoría de las compañías de seguros que operan en México el seguro de Gastos Médicos, ofrecen a sus asegurados el servicio de PAGO DIRECTO. Esto significa que un asegurado puede acudir directamente a un hospital y recibir la atención médica que requiere, haciendo frente a los gastos a través de su póliza de seguro. No quiere decir que su póliza sea algo así como una tarjeta de crédito, ya que ésta cuenta con unas condiciones bajo las cuales se hizo la contratación. Para explicar de una mejor forma este concepto, a continuación detallaré cómo opera este mecanismo.

La aseguradora lleva a cabo una serie de convenios con diversos recursos médicos, entendiéndose por estos, hospitales, médicos de diversas especialidades, laboratorios de análisis clínicos, gabinetes, farmacias, etc. A través de estos convenios, dicho recurso médico se compromete a brindar la atención que requiera el asegurado, facturando los gastos directamente a la aseguradora. Para hacer esto, obviamente se necesita que en primera instancia se determine si el padecimiento, ya sea enfermedad o accidente, está cubierto por la póliza de seguro. Las ventajas para ambas partes son evidentes: la aseguradora obtiene un costo preferencial de los servicios médicos y puede ofrecer a sus asegurados una ventaja competitiva, y los recursos médicos reciben un volumen importante de clientes que implican mayores ingresos.

Como podrá suponerse, entre más grande sea la aseguradora, mejores oportunidades tendrá de lograr convenios benéficos. Hay incluso compañías que cuentan con un espacio dentro de los principales hospitales, para dar una respuesta casi inmediata en cuanto a la procedencia de un siniestro. Es

importante mencionar que este momento es determinante para la conservación o pérdida de un asegurado, ya que si el siniestro es dictaminado adecuadamente y procede, todo marchará sobre ruedas e incluso el hecho de haber tenido que hacer un depósito como requisito de ingreso al hospital, pasa a segundo término con la confianza de que será recuperado y los gastos correrán por cuenta de la aseguradora. Sin embargo, si el siniestro no es procedente o peor aún, se comete un error en la dictaminación del mismo que lleve a un rechazo, el asegurado se sentirá defraudado.

Cuando se hace uso de este servicio, el proceso de dictaminación comienza en el propio hospital. Es natural imaginar que bajo estas condiciones, no se cuenta con todos los elementos necesarios para una completa información del caso. De entrada, no se cuenta con el expediente físico que integra la póliza, ni con las declaraciones del asegurado, lo cual puede ocasionar que se hagan pagos impropiedades a favor de éste. Sin embargo, la gran mayoría de los casos requerirán de pagos complementarios que se tramitarán directamente con la aseguradora, siendo este el momento de poder detectar cualquier anomalía. No obstante, si ya fueron autorizados pagos directos en el hospital, difícilmente estos son recuperados, a menos que se entable una demanda legal. En la mayoría de los casos, la aseguradora prefiere absorber dichas erogaciones como gastos propios de la administración.

En la dictaminación de un siniestro, se lleva a cabo un detallado análisis de todos los antecedentes de salud que presenta el afectado, y cómo inciden en el siniestro que se está evaluando, de ahí la importancia de la participación de médicos en dicho proceso.

Durante este análisis puede salir a la luz la información que el asegurado intentó ocultar, ya que en una atención médica, en donde puede estar la vida de por medio, no pueden ser ocultados antecedentes que provocarían el recibir un tratamiento erróneo. Más aún, seguramente en esos momentos el asegurado ni siquiera recuerda qué tipo de información asentó en su solicitud de seguro.

Aunque la base fundamental en la dictaminación de un siniestro del ramo de personas es la parte médica, conjuntamente con el análisis que se lleva a cabo desde este punto de vista, se encuentra la parte administrativa de la póliza, en la cual se verifican y determinan una serie de datos asociados a la póliza en sí, como son:

- ⇒ **Estatus de la cobranza:** para que pueda afectarse una póliza con un siniestro, ésta debe estar al corriente en sus pagos, sin olvidar que la prima vence al inicio del período de cobertura o al de su periodicidad de pago, independientemente de que el asegurado cuenta con un plazo de gracia que no podrá ser inferior a tres días ni mayor a 30 días naturales para realizar el pago correspondiente.

- ⇒ Coberturas y endosos especiales: pueden existir endosos que modifiquen las condiciones naturales de la póliza y que pueden estar relacionados con la reclamación en proceso, como son endosos de exclusión de padecimientos específicos, endosos de periodos al descubierto por retraso en el pago, reconocimiento de antigüedad generado por pólizas anteriores, etc.
- ⇒ Suma asegurada disponible: si ya se tienen reclamaciones previas por el mismo siniestro, es probable que ya se haya gastado parte de la suma asegurada contratada y que también ya se haya aplicado el deducible correspondiente.

Una vez verificados todos estos datos y analizados los aspectos médicos inherentes al caso, se tienen elementos suficientes para determinar cuándo un caso presenta características "manipuladas", lo que da pie a la aseguradora a profundizar más en éste y poder ejercer el derecho que la ley le confiere de rescindir un contrato.

### 3. Proceso de Rescisión.

En todos aquellos casos en los que la declaración falsa u omisión de hechos importantes para la apreciación del riesgo, se hace patente durante la dictaminación del siniestro, el proceso de rescisión del contrato inicia de inmediato e incluso, se rechaza el pago de la indemnización. Recordemos que la Ley sobre el Contrato de Seguro estipula en su artículo 48 que la aseguradora deberá comunicar al asegurado la rescisión del contrato, en forma auténtica, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se conoce la omisión o inexacta declaración. "Si la aseguradora no da el aviso auténtico de la rescisión, se entiende renunciado tácitamente el derecho que la ley le concede para rescindir el contrato por esas causas, dado que la ley señala término para ejercitar ese derecho, cuya eficacia queda sujeta a la condición de que se comunique en forma auténtica al asegurado y la misma ley permite la posibilidad de renunciar, expresa o tácitamente, al derecho de rescisión".<sup>7</sup>

En los casos en los que una situación clínica manifiesta la violación a los reglamentos correspondientes, el proceso de rescisión puede llevarse de manera casi inmediata a través de las áreas jurídicas de las aseguradoras, ya que los historiales médicos son prueba suficiente de las omisiones o falsas declaraciones.

"Cuando en un contrato de seguro de gastos médicos, se estipula que la aseguradora no está obligada a pagar cualquier gasto que resulte del tratamiento médico o quirúrgico de padecimientos existentes en la fecha de la expedición de la póliza, esto claramente significa que se están asegurando posibles riesgos futuros, es decir, riesgos que pueden darse o no. Y cuando se trata de un

---

<sup>7</sup> El Contrato de Seguro en el Derecho Mexicano. J. Jesús Rodríguez Sala

padecimiento que ya existía antes del contrato, es claro que se trata de un siniestro ya actualizado y no de un riesgo aleatorio futuro. En este caso debe entenderse que son padecimientos existentes en la fecha de expedición de la póliza, sólo aquellos que ya en esa fecha requerían intervención médica o quirúrgica, o la iban a requerir en forma inminente”.<sup>8</sup>

Con relación a los exámenes médicos que pueden practicar directamente las aseguradoras, el Comité Jurídico de Reaseguros Alianza, en su Compilación de Tesis de Jurisprudencia en Materia de Seguros, explica que “el contrato de seguro ha sido considerado como de “uberrimae bonae fide” (absoluta buena fe), por lo cual la ley obliga al asegurado a declarar el riesgo al asegurador, puesto que la determinación de dicho riesgo constituye para el asegurador la consideración esencial del contrato, toda vez que en presencia de la proposición del asegurado, la compañía estará en posibilidad de apreciar el riesgo y saber si puede o no asumirlo, siendo por esto por lo que los tratadistas sostienen que la visita médica, que se lleva a cabo para protección de la compañía aseguradora, no exonera al asegurado de la obligación de declarar todas las circunstancias que puedan influir en el riesgo y tampoco puede favorecerle el error del médico que lo hubiere considerado como un riesgo aceptable.”

“Para la operabilidad de la rescisión de pleno derecho del contrato de seguro a que alude el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, basta con que el asegurado haya omitido o declarado inexactamente hechos de importancia para la apreciación del riesgo, sin que interese si el hecho omitido o inexactamente declarado influyó o no en la realización del siniestro”.

En el caso del seguro de Vida: “Al no demostrarse por la aseguradora la causa que invocó para rescindir el contrato de seguro, puesto que no se llegó a acreditar que resultaran falsas las declaraciones del asegurado al celebrar dicho contrato y obtener la póliza de seguro de vida respectiva, pues resultaron ineficaces los testimonios de los médicos con los que se pretendió probar que al tiempo de concertarse el seguro, aquél omitió declarar que padecía la enfermedad mencionada en el acta de defunción, se justifica la condena impuesta” (es decir, la rescisión).<sup>9</sup>

Con estos antecedentes de tipo legal, en cuanto la aseguradora, a través de sus áreas de Siniestros, tiene los elementos y pruebas suficientes para determinar que un contrato debe ser rescindido, es el área Jurídica quien elabora un comunicado oficial informando a éste que su contrato dejó de surtir efectos debido a las omisiones o inexactas declaraciones que asentó en su solicitud de seguro, misma que forma parte integral del contrato, y apoyándose en los artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

---

<sup>8</sup> Compilación de Tesis de Jurisprudencia en Materia de Seguros. Reaseguros Alianza, México 1998.

<sup>9</sup> Compilación de Tesis de Jurisprudencia en Materia de Seguros.



Como es de imaginar, un asegurado que omitió información o está plenamente consciente de que dio información falsa o inexacta a la aseguradora, no recibirá tranquila y cortésmente a un representante de ésta, razón por la cual la entrega de este tipo de documentación es avalada por un notario, quien levanta en el lugar de entrega, un acta describiendo los detalles de la misma. Entre ellos se menciona a qué corresponde el lugar dónde se hace entrega (domicilio particular, oficina, etc.), quién recibe el documento, qué relación o parentesco guarda con el asegurado, si se trata de casa o departamento, si se corroboró con algún vecino o personal de vigilancia si el asegurado efectivamente asiste a ese lugar, etc.

Internamente, en la aseguradora es de suma importancia cancelar la póliza en cuestión en todos los sistemas, cancelación que adicionalmente no obliga a la compañía a devolver prima alguna. Esto último se encuentra debidamente estipulado en el artículo 51 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, mismo que a continuación transcribo:

“Artículo 51. En caso de rescisión unilateral del contrato por las causas a que se refiere el artículo 47 de esta ley, la empresa aseguradora conservará su derecho a la prima por el período del seguro en curso en el momento de la rescisión; pero si ésta tiene lugar antes de que el riesgo haya comenzado a correr para la empresa, el derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.

Si la prima se hubiere pagado anticipadamente por varios períodos del seguro, la empresa restituirá las tres cuartas partes de las primas correspondientes a los períodos futuros del seguro.”

Este proceso conlleva una serie de gastos inherentes, adicionales a los propios gastos de administración por la emisión de una póliza; estos últimos ya son contemplados en la nota técnica y tarifa del producto. Normalmente los gastos de una investigación, ya sea de campo, grafológica o de cualquier otro tipo, son liquidados de forma adicional, ya que dichas labores son encomendadas a despachos externos y ajenos a la aseguradora. Independientemente de que puede ser mucho el dinero que deja de erogar la compañía si se rechaza un siniestro, las cantidades que sí gasta en un proceso de rescisión de contrato por lo general son superiores a la prima que paga el asegurado, convirtiéndose estas en una pérdida técnica directa.

De acuerdo con las personas involucradas en estos procesos, así como personal de las áreas de siniestros, las rescisiones de contratos van en aumento cada día, razón por la cual es de suma importancia el buscar la implementación de mecanismos que permitan incluir en la nota técnica de un producto, un margen para este tipo de contingencias, así como el promover una legislación orientada a la fuerza de ventas (agentes) que imponga sanciones aún más estrictas que las ya existentes, en caso de que sea el propio agente quien fomente la falsa

declaración u omisión de hechos. En el Capítulo IV plantearé más detalladamente las medidas que podrían ser implementadas.

#### 4. Cifras del Mercado Asegurador.

Antes de plantear el impacto económico que las rescisiones pueden tener en una aseguradora, considero conveniente plasmar el panorama general que presentan los dos subramos en estudio, a nivel del mercado mexicano de seguros.

Las más recientes cifras publicadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a través de su Anuario Estadístico de Seguros y Fianzas, corresponden al año 2000; tomando éstas en cuenta, así como las de los tres años anteriores (en algunos casos), podemos obtener los siguientes indicadores:

#### Primas totales del mercado mexicano y la participación de los ramos de Vida y Gastos Médicos Mayores.

##### Primas Directas

	1997	1998	1999	2000
Tot. de operaciones:	\$ 41'128,098	\$ 57'756,069	\$ 78'515,032	\$ 104'968,587
Vida	\$ 14'495,453	\$ 18'309,156	\$ 28'170,280	\$ 46'044,433
Individual	\$ 5'951,156	\$ 7'859,388	\$ 10'340,167	\$ 12'545,082
Accs. y Enferm.:	\$ 4'045,497	\$ 5'157,732	\$ 7'388,566	\$ 9'484,734
Gtos. Méd. Mayores	\$ 3'680,385	\$ 4'515,802	\$ 6'271,386	\$ 8'148,902

Cifras en miles de pesos

##### Participación en el mercado:

	1997	1998	1999	2000
Vida Individual	14.5%	13.6%	13.2%	11.9%
Gastos Médicos Mayores	9.0%	7.8%	8.0%	7.8%

En el caso de Vida Individual, el crecimiento real en primas directas que se dio entre 1997 y 1999 fue de un 32% en promedio y la participación en el total de las operaciones en esos años, se mantuvo constante; para el año 2000 el crecimiento en primas se reduce en 10 puntos porcentuales pero la participación del ramo en el mercado, sólo se ve modificada en poco más de un punto. Sin embargo, en Gastos Médicos se observa una mayor inestabilidad en el comportamiento de estos indicadores. Mientras el crecimiento real en primas directas fue del 23%, del 39% y del 30% en 1998, 1999 y 2000 respectivamente, no se manifiesta una variación importante en la participación dentro del total de las operaciones. Esto nos da una idea de la importancia que puede llegar a tener una variación significativa en el resultado, dentro de la operación de este subramo, y de los

esfuerzos que se requieren para lograr un resultado adecuado dentro de la aseguradora.

Haciendo un resumen de los estados de resultados, tanto de Vida Individual como de Gastos Médicos Mayores, con el objeto de involucrar todos los conceptos inherentes a los mismos, obtenemos las siguientes cifras:

#### Estado de Resultados. Operación de Vida Individual

	1998	%	1999	%	2000	%
Primas	\$ 7'432,143		\$ 9'877,322		\$ 11'993,496	
Incremento neto a la reserva de riesgos en curso	\$ 2'043,606	27.5	\$ 1'599,588	16.2	\$ 2'381,197	19.9
Primas Devengadas	\$ 5'388,537		\$ 8'277,734		\$ 9'612,299	
Costo Neto de Adquisición	\$ 1'610,831	21.7	\$ 2'248,570	22.8	\$ 2'730,370	22.8
Costo Neto siniestralidad y otras obligs. contractuales	\$ 3'840,143	51.7	\$ 4'602,519	46.6	\$ 5'327,149	44.4
Utilidad (Pérdida) Técnica	(\$ 62,437)	(0.8)	\$ 1'426,646	14.4	\$ 1'554,780	13.0

(Cifras en miles de pesos)

#### Estado de Resultados. Operación de Gastos Médicos Mayores

	1998	%	1999	%	2000	%
Primas	\$ 4'359,252		\$ 6'047,528		\$ 7'971,260	
Incremento neto a la reserva de riesgos en curso	\$ 348,746	8.0	\$ 327,746	5.4	\$ 429,629	5.4
Primas Devengadas	\$ 4'010,507		\$ 5'719,783		\$ 7'541,623	
Costo Neto de Adquisición	\$ 747,432	17.1	\$ 1'058,001	17.5	\$ 1'415,920	17.8
Costo Neto de siniestralidad	\$ 3'004,449	68.9	\$ 4'345,522	71.9	\$ 5'689,085	71.4
Utilidad (Pérdida) Técnica	\$ 258,625	5.9	\$ 316,260	5.2	\$ 436,627	5.5

(Cifras en miles de pesos)

En estos dos cuadros se puede comparar la sensibilidad de ambos subramos a una variación principalmente, en la siniestralidad. Mientras que en vida una variación de cinco puntos porcentuales en el costo de la siniestralidad, implica una recuperación en el resultado de un 15% entre 1998 y 1999, en Gastos Médicos Mayores una variación de tres puntos porcentuales apenas modifica unas décimas el resultado técnico en esos mismos años; para el año 2000 se mantienen prácticamente igual ambos indicadores. Esto nos da una perspectiva de cómo pueden verse modificados los resultados, debido a los gastos que se erogan en un ramo y en otro.

#### 5. Impacto económico para la Aseguradora. Análisis de una muestra.

Para llevar a cabo el presente análisis, se tomó una muestra que contempla todas las rescisiones de contratos efectuadas desde el 1° de octubre de 1999 y hasta el 30 de septiembre de 2001 (24 meses), en una unidad divisional de una aseguradora mexicana que llamaremos "Seguros La Universal" (y a la unidad

divisional le nombraremos "Zona A"), en los ramos de Vida individual y Gastos Médicos Mayores individual.

Sólo como antecedentes que soporten la validez de la muestra, y tomando en cuenta las primas directas de las siete primeras compañías aseguradoras en el mercado mexicano (nuestra aseguradora se encuentra entre ellas), en el año 2000 Seguros La Universal tuvo una participación del 26.9% dentro de este grupo, sobre el total de las operaciones de seguros, ocupando el segundo lugar. En lo que se refiere a Vida Individual, su participación dentro del grupo mencionado, fue del 18.2% lo que la situó en el cuarto lugar. Finalmente en Accidentes y Enfermedades (considerando el ramo completo), mantuvo el primer lugar del grupo con un 32.6% y ya en Accidentes y Enfermedades Individual, participó con el 32.4% ocupando el segundo lugar.

Al interior de la aseguradora, la Zona A tuvo una participación dentro de las operaciones totales del 15% sobre primas, manteniendo este mismo nivel de participación al cierre de septiembre de 2001.

Por lo que toca a Accidentes y Enfermedades, su participación dentro de la empresa fue del 24.6% sobre primas, constituyendo el primer lugar en cuanto a participación: Al cierre del 3er. Trimestre de 2001 esta participación fue del 21.4%, alcanzando el segundo puesto. En el caso de Vida, su participación al cierre del ejercicio de 2000 dentro de la aseguradora, fue del 13%, situándola en el segundo sitio.

En los últimos tres años, sólo la Zona A de Seguros La Universal ha mantenido un nivel de primas comparable con la operación TOTAL de algunas de las aseguradoras de ese grupo de siete empresas.

#### a. Impacto en el Ramo de Vida Individual.

Durante el periodo en estudio, en este subramo sólo se dieron cuatro procesos de rescisión de contratos de los cuales dos se tradujeron en rechazo del pago de la indemnización correspondiendo ambos al mismo asegurado: una de las pólizas era un plan tradicional ordinario de vida y la otra una de gastos funerarios. El tercer caso inicialmente fue un rechazo, en virtud de que hubo omisión de información referente a la operación de una hernia; sin embargo, el fallecimiento ocurre debido a un homicidio. Aunque la aseguradora tuvo los elementos suficientes para mantener el rechazo, tanto por el aspecto comercial como por sentido común y humanitario, se aceptó pagar la indemnización correspondiente.

En el último de los casos el siniestro se debe a una invalidez, cuyo pago se rechazó al detectarse la omisión del padecimiento de un tumor maligno con metástasis (cáncer diseminado por varios órganos del cuerpo), así como una

insuficiencia cardiorrespiratoria. Este es un caso en el cual sí podía llevarse a cabo la rescisión debido a que se tenía la posibilidad de comunicarlo directamente al asegurado, - condición que antes imponía la Ley Sobre el Contrato de Seguro -, ya que se trata de una invalidez y no de la muerte (que muy probablemente también se presentara bajo la cobertura del seguro, en virtud del estado de salud del asegurado). No obstante, este caso se encuentra actualmente en juicio a pesar de contar la aseguradora con todos los elementos para la rescisión.

Como resultado de un muestreo, podemos ver que tres casos no pueden ser representativos del impacto que significaron las rescisiones dentro del seguro de vida individual, durante el periodo en estudio; sin embargo, los montos de sumas aseguradas de estos tres casos fueron elevados, lo que nos indica que el impacto potencial sobre una cartera particular puede ser representativo y causar un grave trastorno dentro de la economía de una cartera de vida. Adicionalmente, el hecho de existir el periodo de indisputabilidad, imposibilitaba en muchas ocasiones a la aseguradora a ejercer su derecho de rescindir un contrato por inexactas o falsas declaraciones. Sin embargo, la más reciente modificación al artículo 48 de la LSCS, abre un nuevo panorama para las aseguradoras en lo que respecta a la comunicación de una rescisión de contrato, permitiéndole ejercer este derecho en caso de que se le oculte información, o bien, se le hagan falsas declaraciones.

Antes de dichas modificaciones a la ley, cuando se iniciaba un proceso de rescisión de contrato, la aseguradora tenía que informarlo directamente al asegurado, procedimiento que no era posible llevar a cabo si éste ya había fallecido. Sin contar con la posibilidad de comunicar una rescisión del contrato a los beneficiarios, una aseguradora estaba imposibilitada para ejercer ese derecho, y el tener las pruebas suficientes de las omisiones y falsas o inexactas declaraciones, sólo le permitía utilizarlas en caso de decidir llegar a un juicio legal.

Sin embargo, desde mi punto de vista, esta situación puede verse modificada para las áreas jurídicas y de siniestros de las aseguradoras, ya que les da nuevas posibilidades de manejar la información con la cual intentaron sorprenderlas.

Sólo para dejar plasmado el resultado de la investigación en este ramo del seguro, a continuación presento las cifras globales de estos tres casos:

<b>Monto de siniestros reclamado:</b>	<b>\$ 4'934,757</b>
<b>Monto de siniestros pagado:</b>	<b>\$ 4'344,757</b>
<b>Gastos de investigación:</b>	<b>\$ 91,661</b>
<b>Prima pagada:</b>	<b>\$ 42,898</b>

A esta última cifra hay que tener en cuenta que se deberían descontar los gastos de adquisición (comisiones a agentes) y los gastos de administración. Está por

demás comentar que no tiene ningún sentido hablar del impacto económico que esto representa, ilustrando con ello que este tipo de pérdidas sólo pueden ser soportadas por la cartera en su conjunto, y representando claramente la Ley de los Grandes Números.

#### b. Impacto en el ramo de Gastos Médicos Mayores.

Por lo que toca al ramo de Gastos Médicos Mayores en su modalidad individual, la muestra se conformó por un total de 75 casos de rescisión de contratos de los cuales se derivaron 100 siniestros, que fueron evaluados para su análisis.

De acuerdo a las cifras presentadas a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a través de las formas del Sistema Estadístico del Sector Asegurador (SESA ACGM1 Anual y Trimestral), el total de pólizas de Gastos Médicos Mayores individuales que estuvieron en vigor al cierre del año 2000 en Seguros La Universal, fue de 89,721 y al cierre del tercer trimestre de 2001 esta cifra se ubicó en 99,486, lo que nos arroja un promedio de 94,604 pólizas en vigor.

Al cierre del tercer trimestre de 2001, la Zona A tuvo en vigor un total de 27,446 pólizas, lo que representa un 29% del total de la compañía. A pesar de que los 75 contratos rescindidos representan sólo el 0.3 % de esta cartera, a continuación presentaré el impacto monetario que tuvieron y lo que pudo haberse incrementado de no haber detenido el pago de los siniestros:

CONCEPTO	MONTO	% contra Prima Neta
Prima captada por las 75 pólizas durante los años que estuvieron en vigor	2'272,296.03	
Comisiones a agentes (promedio)	454,459.21	20%
Gastos de Administración (promedio)	340,844.40	15%
<b>PRIMA SIN GASTOS</b>	<b>1'476,992.42</b>	
Monto de siniestros reclamado	4'938,824.49	
Monto de siniestros pagado	1'602,615.41	108.51 %
Gastos de investigación	643,089.56	43.54 %
<b>IMPACTO SOBRE PRIMA CAPTADA</b>	<b>( 768,712.55)</b>	<b>(52.05 %)</b>

Con las cifras que nos arroja esta muestra, podemos darnos cuenta del nivel de pérdida que puede sufrir una aseguradora al aceptar negocios suscritos de manera tendenciosa por parte de los asegurados. Como mencioné anteriormente, en muchas ocasiones los primeros gastos se efectúan a través del pago directo en los Hospitales, o bien, por concepto de gastos menores dentro de un plan de seguros integral, razón por la cual no puede detectarse alguna anomalía en la suscripción de la póliza; cuando se presenta una reclamación complementaria ya

de manera directa en la aseguradora, es cuando se pueden detectar las omisiones o falsas declaraciones del asegurado. De los 75 casos rescindidos, sólo de 26 se hicieron pagos de siniestros, ya que los 49 restantes fueron rechazados, representando en monto, el 32.45%. (Ver Anexos 1 y 1a)

En los casos que conformaron la muestra y habiendo detenido el pago de siniestros, se tuvo un impacto del orden del 52% respecto a la prima captada. Sin embargo, considerando que el monto reclamado por siniestros es muy superior al monto pagado, se pudo haber tenido una afectación del orden del 334.38%.

Si tomamos en cuenta las sumas aseguradas contratadas a través de estas 75 pólizas y supusiéramos que todos estos siniestros la agotaran, el impacto financiero que tendría una aseguradora no sería cuantificable. En el Anexo 2 se presenta en una gráfica la distribución de las sumas aseguradas de la muestra, y a continuación presento las cifras correspondientes:

Rangos de Sumas Aseguradas	Núm. de casos	%
Hasta un millón de pesos	4	5.33
Entre uno y dos millones de pesos	5	6.67
Entre dos millones de pesos y un millón de dólares	18	24.00
Un millón de dólares	10	13.33
<b>SIN LIMITE</b>	<b>38</b>	<b>50.67</b>
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	

Como se puede observar, un poco más del 50% son pólizas contratadas con una suma asegurada ilimitada y el 64% superan el millón de dólares. Para este tipo de contratos generalmente se cuenta con programas de reaseguro, en virtud de la probable pérdida que un siniestro de esta magnitud representaría para cualquier aseguradora.

Por lo que toca a los gastos adicionales que se erogan por concepto de investigaciones, entregas de notificaciones por conducto de notarios, asesorías médicas especializadas, etc. estos representan un 43.54% sobre prima neta, concepto que afecta de manera directa sobre los gastos de operación propios del ramo.

Otro dato interesante que nos arrojó el análisis, fue el hecho de que casi el 55% de los contratos rescindidos cursaban su primer año de vigencia, mientras que sólo un 10.7% se encontraban entre el cuarto y el sexto año. De este último porcentaje, podemos pensar que los asegurados no adquieren su póliza con la evidente intención de sorprender a la compañía, aunque estén conscientes de la ocultación de información importante. Pero el 55% de asegurados en la muestra,

que dentro del primer año, más aún, después de unos cuantos meses de haber adquirido la póliza, ya la están utilizando para amparar precisamente el padecimiento que ocultaron, es un indicativo de que era su clara intención engañar a la aseguradora. La gráfica correspondiente a estos datos la presento en el Anexo 3.

Por lo que toca a las edades de las personas afectadas por los siniestros asociados a las pólizas que conforman la muestra, la mayor frecuencia se presenta en el rango de 50 a 59 años con 18 casos. En el Anexo 4 se podrá apreciar la frecuencia de siniestros por rangos de edades, presentándose también una incidencia en el quinquenio de 0 a 4 años.

## 6. Otras causas de cancelación de un contrato de seguros.

Aunque en términos lingüísticos las palabras "rescisión" y "cancelación" tienen el mismo significado, en el ámbito de jurisprudencia de seguros se les da diferentes aplicaciones.

El término RESCISIÓN se utiliza sólo en casos de omisión o falsa o inexacta declaración de información, por parte de los asegurados, y es aplicable para hacer valer un derecho que le confiere la ley a la aseguradora.

El término CANCELACIÓN es aplicable en cualquier otro caso en que el asegurado obra de mala fe o de manera fraudulenta, como puede ser falsificación de firmas, suplantación del asegurado, fraudes en el pago de las primas, etc.

Como un dato ilustrativo de una situación de este tipo, a continuación describiré un caso por demás extremo, que actualmente se encuentra en juicio involucrando no sólo a los asegurados (en este caso, varios) sino al agente y a una institución bancaria.

Una persona de 23 años, abogado según sus propias declaraciones, contrata varias pólizas tanto de Vida como de Gastos Médicos Mayores individual, para él, sus padres, su tío, la esposa del tío, sus sobrinos, los empleados de un Club Privado del cual es socio y para una familia de hermanos amigos suyos; en algunos casos, más de una póliza para cada persona. En total, contrata 34 pólizas aproximadamente. Todas ellas son pagadas con tarjetas de crédito bancarias, de la misma institución, a su nombre o como adicionales de sus tarjetas, mismas que se encuentran boletinadas por robo.

Como es de imaginarse, estos movimientos los efectúa de manera rápida, de tal forma que las pólizas se encuentren debidamente "al corriente" en caso de requerir ser utilizadas. En uno de los tantos ingresos al hospital, acude presentándose con una póliza que no es la de él y suplantando al asegurado. Debido a que cada vez que necesita atención médica acude al mismo hospital, a



que sus demandas de servicios son muy frecuentes y a que en varias ocasiones ingresa a Urgencias debido a asaltos o a lesiones autoinflingidas, este sujeto ya es conocido por las personas de la aseguradora que se encuentran en el módulo del hospital, por lo que en esta última ocasión, se le hace ver la situación de la suplantación, a lo que él solicita que se afecte la póliza que presenta en virtud de que la suya "ya está muy siniestrada".

Con este antecedente se le comunica que es obligación del personal del módulo avisar al Ministerio Público del hospital, con lo que él se las ingenia para darse a la fuga, habiendo dejado como tarjeta de crédito para los cargos del hospital, una de las tantas boletinadas por robo.

Durante las investigaciones, quien las realiza conoce a los padres dándose cuenta de que el padre se encuentra desahuciado e inválido, por lo que se profundiza también de manera particular, en las pólizas del padre, lo que lleva a la aseguradora a tramitar la rescisión de esta póliza.

Como es de suponerse, el resto de las pólizas siguió un proceso de cancelación, en este caso, a conveniencia de la aseguradora y con todos los elementos necesarios para llevarlo a cabo. El área Jurídica actualmente está siguiendo la demanda, el defraudador no ha sido aprehendido (hasta donde llegaron las investigaciones por la parte de las cancelaciones) y el agente también está siendo investigado por el área de Auditoría.

En muchas ocasiones se califica a las aseguradoras de "manipuladoras" de la información con tal de no pagar, pero la realidad es que existen organismos oficiales que no les permiten cometer arbitrariedades en contra de los asegurados; generalmente el disgusto o la contrariedad de éstos se debe a que no leen las condiciones generales de sus pólizas o no son asesorados adecuadamente por parte de los agentes, pero en casos como el anterior, podemos darnos cuenta de que también las aseguradoras son víctimas de engaños y fraudes. Aparentemente en este caso se conjugaron una serie de situaciones que dan a una aseguradora todo el derecho de cancelar unilateralmente un contrato.

Como un dato adicional y sarcástico, sólo comento que posteriormente a todas las investigaciones y cancelaciones, el mismo "asegurado" volvió a solicitar pólizas a la misma aseguradora y entregando al agente (otro, por supuesto) el baucher firmado para hacer el cargo a una tarjeta de crédito, por supuesto, boletinada. (!)

## 7. Resumen.

A manera de resumen y siempre partiendo de la muestra considerada, a continuación enlisto las principales conclusiones que se obtienen del presente análisis:

- ⇒ El impacto económico de los 75 casos en estudio, que ascendió a \$768,713, representó el 52 % respecto a la prima que generaron las pólizas de la muestra.
- ⇒ Independientemente de que se llegue a un proceso de rescisión de contrato, en muchas ocasiones se hacen pagos de siniestros que no procedían y que no son recuperables.
- ⇒ Adicionalmente a esa siniestralidad que no debía pagarse, se tienen los gastos por concepto de investigaciones y comunicaciones, mismos que representaron casi el 44% de la prima.
- ⇒ Al tratarse de pólizas contratadas con la intención de cometer un fraude, en el 64% de los casos se solicitó una suma asegurada igual o superior a un millón de dólares.
- ⇒ De igual manera, el 55% de los casos cursaban apenas su primer año de vigencia.

Con todo lo anterior, resulta de suma importancia contar con los criterios de suscripción adecuados para tener una cartera "sana" en el sentido de que se esté expuesto a un riesgo natural para el cual se determinan las tarifas suficientes, mas no "jugar" con la certeza de la ocurrencia de un siniestro. Asimismo, el factor principal de los casos que hemos analizado, es el conformado por la fuerza de ventas (agente), quien es el primer filtro de la información que ingresa a la aseguradora y sobre todo, el ASESOR del cliente, quien en la mayoría de los casos sigue los consejos de éste.

En el siguiente capítulo se hará un análisis de las repercusiones que las omisiones o falsas e inexactas declaraciones trae consigo, proyectando e infiriendo el impacto a nivel tanto de una empresa como del mercado asegurador. Asimismo, plantearé las propuestas que se derivan del presente análisis, y que van directamente relacionadas con los puntos anteriores.

## Capítulo IV . Proyecciones y propuestas.

Como se mencionó en el capítulo anterior, la cartera de la Zona A de Seguros La Universal - de donde se extrajo la muestra - en el ramo de Accidentes y Enfermedades, representó el 24.6% al cierre del año 2000. A efectos de hacer las proyecciones y estimaciones que presentaré en este capítulo, consideraré las cifras oficiales a esta misma fecha, es decir, al 31 de diciembre de 2000, tanto por considerar un año calendario completo, como por el hecho de que los Anuarios Estadísticos que emite la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuentan con información detallada sólo a los cierres anuales. Adicionalmente, dentro del período considerado para la muestra es este ejercicio el que se encuentra completo, dentro de los 24 meses que la conforman.

Por otro lado, he decidido tomar las cifras que nos arrojó el análisis planteado en el capítulo III como equiparables a un año, en virtud de que el registro del área jurídica del cual partí, es alimentado conforme se van presentando los procesos de rescisión. Es de esperar que, al no tener cuantificado el efecto de dichos procesos, su registro no era de vital importancia inicialmente. Para sustentar esta hipótesis, basta con mencionar que de octubre de 1999 a septiembre de 2000 (primeros 12 meses de la muestra), sólo se tenían registradas diez rescisiones de contratos de un total de 75 que conforman la muestra, es decir, menos de una rescisión al mes (0.83), mientras que las 65 restantes se encontraron registradas en los segundos 12 meses de la muestra, arrojándonos un promedio de 5.4 rescisiones mensuales. En el primer periodo incluso, en seis meses distribuidos durante ese año, no se presentó aparentemente ninguna rescisión de contratos; de octubre de 2000 a septiembre de 2001, existen registros correspondientes a cada mes.

Esto nos permite asumir que existe un sesgo importante en nuestra muestra y de igual manera nos da los elementos para considerarla como correspondiente a un año, ya que el 86.7% de la misma se ubica en este lapso de tiempo.

Con el objeto de facilitar el seguimiento del análisis, a continuación reproduzco el cuadro con los resultados de la muestra:

Prima captada por las 75 pólizas durante los años que estuvieron en vigor	2'272,296.03
Comisiones a agentes (promedio)	454,459.21
Gastos de Administración (promedio)	340,844.40
<b>PRIMA SIN GASTOS</b>	<b>1'476,992.42</b>
Monto de siniestros reclamado	4'938,824.49
Monto de siniestros pagado	1'602,615.41
Gastos de investigación	643,089.56
<b>IMPACTO SOBRE PRIMA CAPTADA</b>	<b>( 768,712.55)</b>

En cuanto a las primas directas del subramo de Gastos Médicos Mayores Individual, la participación de la Zona A en el total de la operación del subramo a nivel de compañía fue del 33.9%, con \$328'829,400. Si comparamos la prima correspondiente a las pólizas de la muestra con esta producción, tenemos que representó el 0.7%. Esto es, si la muestra se conforma por todas las rescisiones llevadas a cabo en la Zona A, los resultados de dicha zona se transforman en el universo donde se ubica nuestra muestra.

Es importante tomar en cuenta, que al presentarse una rescisión se detiene la continuidad de la póliza; recordemos que la ley le permite a la aseguradora retener la prima del periodo ya pagado. Si este periodo es anual, la prima considerada para el análisis corresponde a la vigencia completa; pero si se trata de pólizas con forma de pago fraccionado, la prima considerada no corresponde a una vigencia de 12 meses. De las 75 pólizas rescindidas que hemos venido analizando, sólo el 42% contaban con forma de pago anual; si consideramos el 58% restante como un margen por esas fracciones de prima que ya no fueron cobradas, podemos asumir que la prima correspondiente a la muestra, representa un 1.1% de su universo.

Ahora comparemos el resultado que arrojó la muestra en estudio, con los resultados que se observaron en el subramo correspondientes a la Zona A. En ésta, al cierre del año 2000 se observó una utilidad técnica del orden de los \$25'082,900, alcanzando un 7.6% contra prima directa. El impacto determinado por nuestra muestra [-768,712.55] representó un -3.1% de dicho resultado a nivel de la Zona A. Recordemos que la muestra consiste en TODAS las rescisiones que se llevaron a cabo dentro de la cartera de la propia Zona A, por lo cual podemos considerar que este -3.1% es el impacto directo que tiene este proceso sobre el resultado de una cartera determinada.

Por otra parte, la siniestralidad pagada que afectó a las 75 pólizas de la muestra, ascendió a \$2'245,705 incluyendo los gastos adicionales por concepto de investigaciones, mientras que la siniestralidad total que se observó en la Zona A

al término del ejercicio de 2000, fue de \$169'874,700, lo que implica un 1.3% de dicha siniestralidad.

Para asociar este impacto a la cartera global de Seguros La Universal, a continuación presento las cifras correspondientes al cierre del año 2000:

Primas Directas del seguro de Gastos Médicos Mayores Individual	\$ 971'009,600
Siniestralidad Total	\$ 505'019,300
Porcentaje respecto a prima directa	52 %
Contribución Técnica	\$ 71'692,900
Porcentaje respecto a prima directa	7.4%

Como el porcentaje de contribución técnica del subramo a nivel de compañía es prácticamente igual que el experimentado sólo por la Zona A, podemos trasladar el impacto económico que significó el proceso de rescisión de contratos en dicha zona referido a su resultado técnico, hacia el mismo parámetro pero a nivel de la empresa, esto es, aplicar el -3.1% a la contribución técnica de la misma:

$$71'692,900 \times (0.031) = (2'222,480)$$

Simplemente con trasladar estos parámetros a la prima total de la cartera del subramo Individual de Gastos Médicos Mayores de una compañía aseguradora, hemos llegado a un impacto superior a los dos millones de pesos, cifra que ninguna empresa esta dispuesta a perder si puede evitarlo.

En cuanto a la siniestralidad, el 1.3% - que representaron los siniestros de la muestra contra la siniestralidad total de la Zona A - aplicado a los 505 millones de pesos que observó Seguros La Universal en el período en estudio, nos lleva a \$6'565,251.

El proyectar este porcentaje hacia la siniestralidad total de Seguros La Universal, nos lleva a que una cifra aproximada a la anterior esta conformada por siniestros que no debieron ser pagados, ya que se derivan de pólizas que pudieron ser emitidas bajo condiciones "fraudulentas". ¿En qué podrían invertirse esos seis y medio millones de pesos?

Entre muchas otras cosas, en programas de capacitación a la fuerza de ventas, es decir, a los propios agentes de seguros. En una empresa del tamaño de Seguros La Universal, que cuenta con una importante plantilla de instructores internos, así como instalaciones propias para la impartición de cursos de capacitación, un curso de tres días para 20 personas tiene un costo aproximado de \$10,000 y si hace uso de recursos externos, el costo alcanza los \$14,000 aproximadamente.

Si consideramos estos costos para saber cuántos cursos se podrían impartir con los \$6'565,251 que Seguros La Universal ha perdido bajo nuestros supuestos, tenemos que podrían impartirse entre 469 y 656 cursos dependiendo del tipo de recursos que utilice la aseguradora, llegando a entre 9,380 y 13,120 personas involucradas, es decir, capacitadas en el complejo mundo de los seguros.

Hacer un análisis del impacto que el mercado asegurador puede sufrir sobre sus resultados no resulta tan directo, en primer lugar porque no contamos con cifras oficiales de un desglose del subramo de Gastos Médicos Mayores en sus diferentes modalidades (individual y colectivos y grupos), y en segundo lugar, porque un resultado técnico como tal, involucra una serie de conceptos que en el análisis de esta muestra no pueden ser determinados de manera precisa.

A efectos de contar con una cifra aproximada referente a la operación individual del seguro de Gastos Médicos Mayores, recordemos que en el punto 5. Impacto económico para la Aseguradora, del Capítulo III, mencioné un análisis basado en las siete compañías más grandes del mercado asegurador. Con base en las primas directas de ese grupo de empresas, el ramo de Accidentes y Enfermedades se distribuye de la siguiente manera:

Accidentes y Enfermedades Individual:	39.6 %
Accidentes y Enfermedades Colectivo:	60.4 %

Aplicando esta misma distribución tanto a las primas directas del ramo de Gastos Médicos Mayores, como al resultado técnico observado por la totalidad del mercado, tenemos:

	al 100%	al 39.6%
Primas Directas del seguro de Gastos Médicos Mayores	\$ 7,820'271,000	\$ 3,096'827,316
Utilidad (pérdida) Técnica	\$ 482'930,000	\$ 191'240,280

Si consideramos que dentro de la Zona A el resultado que arrojó nuestra muestra representó el -3.1% de la contribución técnica, aplicar ese mismo porcentaje a la observada por el mercado asegurador nos lleva a \$5'928,449 de impacto negativo. Con una cifra aproximada a la anterior dentro de Seguros La Universal, vimos lo que podía hacerse, por ejemplo, para apoyar la capacitación de la fuerza de ventas, que resulta un aspecto fundamental en el adecuado desarrollo de la industria aseguradora.

Haciendo un intento por proyectar los resultados obtenidos para Seguros La Universal como producto del análisis de la muestra, hacia el mercado mexicano de seguros en lo que respecta al impacto sobre la siniestralidad, tenemos que al 31 de diciembre de 2000 la siniestralidad directa de la operación de Gastos Médicos Mayores en el mercado alcanzó los \$5'643,042,000. Al no contar con

cifras oficiales de la distribución entre la operación individual y la colectiva, una alternativa sería utilizar la misma proporción presentada para la prima directa, es decir, 39.6%.

Sin embargo, hablando de siniestralidad, este porcentaje puede resultar muy variable en virtud de que el comportamiento de ésta en cada una de las modalidades, se ve afectado por otros aspectos el principal de ellos, la cultura de seguridad que puede tener una persona que adquiere un seguro individual, comparada con la del personal de una empresa que recibe este beneficio como una prestación. Esto resulta determinante debido a que la utilización del seguro en cada ámbito puede tener variaciones importantes.

No obstante, consideremos válido el porcentaje mencionado anteriormente con el objeto de determinar una cifra que nos permita apreciar el impacto que pudiera observarse a nivel del mercado asegurador. El 39.6% de la siniestralidad directa experimentada asciende a \$2,234'644,632 lo que correspondería al seguro individual. El 1.3% de la cifra anterior son \$29'050,380. En consecuencia y bajo las conclusiones que nos aportó la muestra en estudio, la cantidad anterior es la que el mercado asegurador mexicano podría estar pagando por concepto de siniestros producto de una información falsa o inexacta, proporcionada por el propio asegurado, o bien, por la ocultación de información importante.

Hablar de casi 30 millones de pesos de siniestros que no debieron ser pagados, resulta sumamente alarmante y nos da la pauta para buscar soluciones y mecanismos que permitan frenar esta práctica. Como ya se ha mencionado en el presente estudio, un factor primordial en la contratación de un seguro es la orientación y asesoría que brindan los agentes de seguros y es por ello que hacia ese aspecto enfoco la primera de las

## PROPUESTAS.

### 1. FUERZA DE VENTAS.

Del desarrollo del análisis presentado en el capítulo anterior y a raíz de la revisión de los expedientes correspondientes, se pueden determinar una serie de causas que dan los elementos para llevar a cabo una rescisión. Se pudo observar que cuando se quiere actuar de mala fe, en la mayoría de los casos el agente está involucrado.

El panorama general en este aspecto está conformado por la mala orientación de los agentes a sus prospectos, el disimulo de sus propios errores y la subestimación de la información que se proporciona al contratar un seguro. Los factores que pueden presentarse son los siguientes:

- ↪ El agente llena la solicitud con la información que él supone o que considera adecuada, por conocer a su cliente, y posteriormente sólo se la presenta para su firma. Aquí también el cliente comete el error de firmar sin leer o sin darle mucha importancia a las respuestas plasmadas.
- ↪ En algunas ocasiones, el agente "orienta" al cliente para que no declare toda la información necesaria, indicándole que si proporciona esa información le excluirán o limitarán el padecimiento.
- ↪ El agente falsifica la firma del asegurado, ya sea por que pasó más tiempo del debido con la solicitud en su poder, la echó a perder o alguna causa similar. Prefiere falsificar la firma que volver a molestar a su prospecto.
- ↪ Se dan casos en que el agente consigue que su cliente le firme una solicitud en blanco y posteriormente él la llena, también con la información que considera conveniente.

Aunque todas las aseguradoras cuentan con programas de capacitación, evidentemente hay aspectos en dicha capacitación que no son tomados muy en cuenta, como las implicaciones que trae consigo una mala información a la aseguradora. En este sentido, también se presenta la existencia de "subagentes" que son personas que no cuentan con una cédula aprobada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para vender seguros, y con una mínima orientación o preparación salen a colocar contratos de seguros y son formalizados a través de agentes que sí cuentan con dicha cédula o credencial. En estos casos es total responsabilidad de los agentes "prestar" su nombre para beneficiarse con la venta de seguros a personas que ni siquiera conocen personalmente.

En este sentido, existe un Reglamento mediante el cual se rigen las actividades de intermediación en cuestión de seguros y al cual deben sujetarse los agentes en sus actividades así como a las leyes aplicables. Dicho ordenamiento es el **REGLAMENTO DE AGENTES DE SEGUROS Y DE FIANZAS**.

En su artículo 5º se establece la obligación de los agentes de proporcionar a la aseguradora, la información que él conozca referente al riesgo que se pretende cubrir, para que con ello la compañía tenga elementos para determinar bajo qué condiciones lo hace.

En el artículo 7º se estipulan los requisitos para ser agente de seguros, así como la facultad de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de aplicar exámenes con el fin de evaluar la capacidad técnica que tiene una persona que aspira a ser agente de seguros, así como su obligación de vigilar los planes de capacitación con que cuenten los organismos autorizados para llevar a cabo la misma. (En el Anexo 5 transcribo completos los artículos del Reglamento que son mencionados en este apartado). Sin embargo, la presencia de "subagentes" en la venta de seguros desvirtúa estas facultades. Llegado este punto, se hace de suma



importancia el **EVALUAR DETALLADAMENTE LOS PLANES DE ESTUDIO** a que se hace referencia y el peso que se da en los mismos, a las implicaciones legales que trae consigo una falsa o inexacta declaración de hechos. Es común que los planes de capacitación se enfoquen primordialmente a transmitir las características propias de cada producto en cada ramo, así como la manera de cotizarlos y las ventajas y desventajas que tienen en comparación con productos similares existentes en el mercado. Sin embargo, considero que es de suma importancia incluir y/o profundizar en aspectos que se presentan al momento de ocurrir un siniestro, que es precisamente cuando el asegurado comprueba la utilidad de su póliza.

De igual manera, es importante **QUE LA COMISIÓN SEA MÁS ESTRICTA EN LA VIGILANCIA Y APLICACIÓN** de dichos planes. Mas aún, que estableciera un prototipo de curso para todas aquellas instituciones que cuentan con las facultades y reconocimiento de su propia instrucción.

En el mismo reglamento, como es de suponer, se mencionan las sanciones a que pueden hacerse acreedores los agentes que cometen alguna falta, de manera específica, en el capítulo 30. Sin embargo, el Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas es muy vago en cuanto a la aplicación de sanciones, así como a la forma en que éstas serán impuestas, no así la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, en cuyo artículo 139 del Capítulo III (De las infracciones y delitos), define las siguientes multas:

"....

XI.- Multa de quinientos a mil días de salario, a la persona que actúe como agente de seguros, intermediario de reaseguro, ajustador de seguros, representante de una entidad reaseguradora del exterior o sociedad a que se refiere el artículo 69 Bis de esta Ley, que opere sin la autorización correspondiente.

:

Multa de quinientos a mil quinientos días de salario, al agente de seguros, intermediario de reaseguro, ajustador de seguros, representante de una entidad reaseguradora del exterior o sociedad a que se refiere el artículo 69 Bis de esta Ley, que al amparo de su autorización permitan que un tercero realice las actividades que les están reservadas.

A las instituciones de seguros que celebren operaciones con la intervención de personas que se ostenten como agentes de seguros, intermediarios de reaseguro, ajustadores de seguros, representantes de una entidad reaseguradora del exterior o sociedad a que se refiere el artículo 69 Bis de esta Ley, sin estar autorizados para actuar como tales, se les aplicará una multa de quinientos a cinco mil días de salario; ... "

Pasando a sanciones más fuertes, en las cuales se priva de la libertad al infractor, tenemos:

"Artículo 142 (mismo capítulo).- Se impondrá pena de prisión de seis meses a seis años y multa de quinientos a mil quinientos días de salario:

I.- Al agente o al médico que dolosamente, o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración de un contrato de seguro; ..."

Como hemos visto, las leyes si contemplan sanciones al agente que comete la infracción; sin embargo, en la práctica no se da un seguimiento hasta las últimas consecuencias y esto puede deberse a que en el proceso también se vería involucrada la propia aseguradora, siendo responsable de manera indirecta, del comportamiento de su fuerza de ventas, desde el momento de su capacitación hasta el hecho de permitir que el agente continúe vendiendo aún después de haber estado involucrado en un proceso de rescisión de contrato, mismo que implicó un fraude a la compañía de seguros.

El hacer conciencia en la aseguradora de las implicaciones económicas que conllevan los procesos de rescisión de contratos, ya no digamos en el ramo de Gastos Médicos Mayores que ha sido mi planteamiento, sino en todos los ramos del seguro, y una vez medido dicho impacto, fomentará que los responsables de las áreas involucradas tomen cartas en el asunto de una manera más directa y radical.

## 2. INCORPORACIÓN DE UN MARGEN DE PROTECCIÓN DENTRO DE LA NOTA TÉCNICA DEL PRODUCTO.

La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros establece en su artículo 36 A, los lineamientos que deberán observar las compañías aseguradoras para el registro de las notas técnicas de cada producto que deseen operar. En dicho artículo se establece que la nota técnica es el documento en el cual una aseguradora plasma las bases que fueron utilizadas para la determinación de las tarifas de un seguro específico, así como la suficiencia de las mismas y los gastos de administración y adquisición, entre otros conceptos. (En el Anexo 6 transcribo el texto de dicho artículo). Aunque no es el objetivo del presente trabajo mostrar la metodología para la elaboración de una nota técnica, a continuación manejaré de manera general los principales elementos que son considerados en el caso de un seguro de Gastos Médicos Mayores, con el objeto de dar pie a la propuesta que deseo plantear.

Para determinar las tarifas a cobrar en un seguro de Gastos Médicos Mayores, o bien, para actualizar las mismas, el factor a partir del cual se inicia el análisis es el conformado por la siniestralidad presentada en un periodo determinado (la siniestralidad son los gastos que se erogan por concepto de las reclamaciones de aquellas coberturas protegidas mediante dicho seguro). Si se trata de la

operación del ramo por primera vez, esta siniestralidad puede ser tomada del sector médico privado y conformar una estadística ya sea pura o incluyendo inferencias o proyecciones. Si estamos hablando de una actualización de tarifas, esta estadística es la conformada por la siniestralidad experimentada por la propia compañía.

A grandes rasgos y tratando de simplificar el procedimiento para la elaboración de una nota técnica, a la siniestralidad considerada (estadística o experiencia de la compañía) se le agregan todos aquellos índices que pueden incidir en ella en un periodo futuro específico, como son inflación, desviaciones en siniestralidad, pagos complementarios a los ya efectuados, estimaciones de las implicaciones de nuevas coberturas o ampliaciones de las existentes, etc., determinando con ello el monto mínimo de ingresos que requiere la aseguradora para afrontar la siniestralidad esperada, es decir, la prima de riesgo. En el caso de Gastos Médicos Mayores, esa prima es distribuida en rangos quinquenales de edades en función del sexo de los asegurados, en base a la cartera actual.

Una vez determinada la prima de riesgo, se le incorporan los gastos y márgenes adicionales necesarios para la operación, obteniendo así la prima de tarifa, de la siguiente manera:

$$\text{Prima de tarifa} = \frac{\text{Prima de riesgo}}{1 - \text{Gastos}}$$

Dentro del concepto de gastos se incluyen elementos propios de la operación del seguro, pero que no están directamente relacionados con el riesgo que se está cubriendo. Dentro de estos gastos se pueden incorporar muchos conceptos; sin embargo, cada uno de ellos representa un costo adicional al producto, razón por la cual las áreas técnicas de las aseguradoras deben cuidar el equilibrio entre la conformación de dichos gastos y el costo al consumidor final. Los principales elementos que generalmente son considerados, son:

- ↪ Comisiones y otros gastos de adquisición, conformados por las comisiones directas al agente, promotor y/o supervisor, así como bonos adicionales y planes de incentivos.
- ↪ Gastos de Administración y Operación, determinados por el proceso de suscripción, emisión de las pólizas, papelería utilizada, insumos, sueldos, instalaciones, etc. Este concepto se determina de manera global y es ponderado de acuerdo a cada ramo.
- ↪ Costos de reaseguro, determinados por los porcentajes pactados con los reaseguradores en la negociación de los contratos tanto automáticos como facultativos de cada ramo.
- ↪ Margen de utilidad deseado o esperado a través de la operación de la cartera en su totalidad.

Es dentro de estos conceptos en donde propongo incorporar un **MARGEN ADICIONAL POR CONCEPTO DE GASTOS DE AJUSTE**. Estoy proponiéndolo como margen dentro de la nota técnica del producto, ya que la única forma de soportar la desviación que pueden generar los procesos de rescisión de contratos, es a través de la totalidad de la cartera del ramo e incorporado a las tarifas de línea que cada compañía de seguros maneje. El margen planteado estará en función del impacto que representen los procesos de rescisión dentro de la aseguradora. En el caso que fue objeto de estudio en este trabajo, el margen en cuestión podría ser al menos de un 0.5% considerando los gastos erogados imprevistos, así como los de administración, contra la prima total captada en los seguros de Gastos Médicos Mayores.

Retomemos las cifras mostradas en el análisis del capítulo anterior, correspondientes a la muestra en estudio:

Gastos de Administración:	\$ 340,844.40
Gastos de Investigación:	\$ 643,089.56
TOTAL:	\$ 983,933.96

Por otra parte, la prima directa de la Zona A (universo de la muestra) en el ramo de Gastos Médicos Mayores individual fue de \$ 328'829,400. Llevando ésta a prima neta de gastos de adquisición y administración, obtenemos \$213'739,110. Comparando la cifra anterior con el total de gastos generados por las pólizas de la muestra, llegamos a un indicador del 0.5%.

Es importante mencionar que este margen no puede elevarse demasiado, ya que eso encarecería el producto y finalmente se correría el riesgo de perder cartera, tanto actual como potencial. Pero un margen inferior al 1% permitiría contar con un soporte adicional dentro de las tarifas de este seguro, sin poner en peligro la conservación de la cartera y sin generar recursos estacionarios como podría ser el caso de una nueva reserva, o bien, el incremento de alguna ya existente.

A continuación presento el detalle de algunos casos a manera de ejemplo, de la forma en la que en la práctica se manifiestan las omisiones o inexactas declaraciones por parte de los asegurados. En el Anexo 7 se incluyen todos los casos que conformaron la muestra, describiendo las cifras y causas correspondientes, sin entrar en detalles de nombres o números de póliza.

## EJEMPLOS

### 1. Persona del sexo masculino de 56 años de edad.

Declara en la solicitud de seguro, consumir bebidas alcohólicas a razón de 4 ó 5 copas semanales y fumar 10 cigarrillos diarios desde hace algunos años.

Ingresa al hospital con insuficiencia respiratoria, alucinaciones, sangrado por la boca e hipertensión arterial significativa.

Hechos reales: Consumo de bebidas alcohólicas a razón de UNA BOTELLA DIARIA de whisky y consumo de UNA CAJETILLA DIARIA de cigarrillos desde hace 30 años.

Diagnóstico: Alcoholismo crónico.

### 2. Persona del sexo masculino de 61 años de edad.

En la solicitud de seguro, declara no padecer ningún tipo de enfermedad ni crónica ni ocasional.

Hechos reales: cuatro años antes de contratar el seguro, le es practicada una Gastrectomía parcial (extirpación de una parte del estómago, debido a que ésta se encontraba necrosada), producto de una úlcera crónica sangrante que padece desde hace varios años y finalmente, se ve obligado a dejar su actividad habitual debido a una caída que le ocasiona una compresión en las vértebras, meses antes de contratar el seguro. Hipertenso, también desde hace varios años.

Fallecimiento producido por complicaciones propias de la úlcera, así como por un deterioro progresivo de su estado de salud.

### 3. Menor del sexo femenino de 1 año tres meses de edad.

A la fecha en la cual es firmada la solicitud de seguro por su padre, ya la niña había sido internada en dos ocasiones (seis y diez días antes, respectivamente), por presentar crisis convulsivas no bien especificadas. Ninguna de esas dos hospitalizaciones son reclamadas a la aseguradora ni tampoco declaradas en la solicitud. Se detecta la omisión cinco meses después, cuando la pequeña vuelve a ser internada por la misma causa. Como un detalle adicional, el seguro es adquirido SÓLO para los dos hijos de la pareja.

### 4. Persona del sexo femenino de 55 años de edad.

Omite declarar en la solicitud de seguro que le fueron realizados implantes mamarios 30 años atrás, mismos que son retirados un año antes de adquirir el seguro. Producto de esta situación, le es practicada una biopsia en una de las mamas por encontrarle un quiste calcificado. Asimismo no declara la presencia de antecedentes familiares de cáncer (dos hermanas y una tía), así como tampoco el haber padecido encefalía mixta, quiste en un ovario y fractura de un dedo de la mano.

Diagnóstico que da origen a la rescisión: Carcinoma (cáncer) ductal mamario con permeación linfática.

Si bien es cierto que en este caso tampoco existe una pregunta directa dentro de la solicitud de seguro que cuestione acerca de implantes, la biopsia y los antecedentes familiares, son claramente preguntados y en este caso, omitidos.

5. Paciente del sexo masculino de 3 años de edad.

La póliza inicia su vigencia dos meses después de haber sufrido un traumatismo en la frente, y en cuyos análisis clínicos se diagnostica posible púrpura trombocitopénica. En el transcurso de esos dos meses, se le practican una serie de pruebas médicas. Cuatro días después del inicio de vigencia de la póliza, le es dado el diagnóstico definitivo de hemofilia leve, que es el caso más raro de esta enfermedad. También en este caso, el único asegurado es el menor y obviamente tampoco fue declarado el padecimiento.

6. Paciente del sexo femenino de 22 años de edad.

No declara en la solicitud de seguro practicar equitación. Ingres a al hospital en condiciones graves por sufrir una caída de un caballo; vestía todo un uniforme de equitación y en las declaraciones posteriores, sostiene que montó al caballo de manera circunstancial. En este caso además, se presentan una serie de situaciones irregulares que se descubren en la investigación posterior, como son su contratación en Hermosillo cuando la asegurada vive en México, falta de concordancia en las firmas, el retraso del pago a pesar de la insistencia del agente y posteriormente su búsqueda "desesperada" por parte de la familia de la afectada para liquidar la prima; el pago se realiza dos días después de ocurrido el accidente. Por la gravedad del caso y no contando de entrada con los elementos necesarios, se efectúan de inicio pagos importantes.

Con el desarrollo del presente trabajo se ha pretendido mostrar una problemática actual, así como la necesidad de darle un seguimiento muy estrecho con el objeto de no permitir que este tipo de situaciones salgan del control de una aseguradora, y a la larga, repercuta en el mercado mexicano de seguros.

A continuación presento las conclusiones que se derivan del presente estudio.

## CONCLUSIONES

Nuestro país esta enfrentando una época de importantes cambios en muchos aspectos, empezando por el político que impacta de manera directa en todos los demás incluyendo el económico, que tal vez es el que más directamente afecta a toda la población. El recrudecimiento de esta problemática orilla tanto a esta última como a los gobernantes, a buscar mecanismos que permitan una optimización de recursos así como alternativas de solución a los problemas más frecuentes y graves.

Para algunos de ellos, el concepto SEGURO bien podría ser uno de estos mecanismos, si bien no en cuanto a solucionar una problemática, sí en apoyar a la población que sufre de alguna pérdida que desestabiliza su economía familiar. Desafortunadamente es muy poca la población que hace uso de este mecanismo, generándose un círculo vicioso: para que el seguro sea accesible a más personas en cuanto a su costo, se requiere que un muy importante número de ellas lo adquieran, lo cual no se da debido a que es un "producto" caro. Y es aquí donde se conjuga la falta de recursos para la adquisición de una protección con la carencia de una cultura de seguros en México, situación que en estos momentos de cambios ocasiona que también la industria aseguradora atraviese por momentos de crisis.

Uno de los aspectos prioritarios que preocupan tanto a la población como al gobierno, es la saturación de los servicios de salud que origina una atención deficiente a los usuarios que los requieren, y que en consecuencia merma la productividad de la población afectada provocando incluso la muerte de aquellos trabajadores y/o sus familias, que no reciben una atención médica oportuna y atinada. En este sentido, desde hace varios años se está buscando la subrogación de los servicios médicos públicos (IMSS e ISSSTE) hacia empresas privadas, debido a la saturación de sus instalaciones y a la falta de recursos para atender a toda la población derechohabiente. Actualmente se ha iniciado la autorización para entrar en operación, de entidades que se conocen como "ISES", Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, en virtud de que este tipo de estructuras serán en un futuro no muy lejano, las alternativas más viables para brindar los servicios médicos a la población que lo requiere.

Pero de cualquier manera, estamos hablando de un esquema de seguros como es conocido en la actualidad, orientado a empresas que puedan ofrecer la protección a sus empleados, obteniendo las mismas prerrogativas fiscales que les ofrece el IMSS. De ahí la importancia de que se fortalezca el ramo de Gastos Médicos Mayores dentro de la industria del seguro, logrando la confianza de sus usuarios, así como abatiendo los altos costos de siniestralidad que enfrenta; si ya de por sí estos costos se derivan de los gastos inherentes a la protección que se

ofrece, - elevados principalmente por la inflación médica experimentada en servicios privados, a la falta de un control en los aranceles, así como a la frecuencia en las reclamaciones - es intolerable permitir que se vean incrementados por desviaciones originadas por una conducta fraudulenta por parte de los contratantes.

En el presente trabajo se ha querido analizar este fenómeno que va en aumento día a día, y para el cual las posibles soluciones están en las manos del propio sector asegurador. Como en la mayoría de las situaciones en las que se presenta alguna problemática, resulta totalmente preferible implementar medidas preventivas que correctivas. La primera propuesta que se planteó en el último capítulo tiene características preventivas, mientras que la segunda vendría a proponer una alternativa un tanto correctiva, bajo la hipótesis de que el fenómeno seguirá ocurriendo.

Bajo este punto de vista, es hacia la fuerza de ventas hacia la que considero que deben enfocarse los esfuerzos. Como ya se mencionó, es en los agentes en quienes recae gran parte de la responsabilidad en los casos que se llevan a rescisión. De ninguna manera se está generalizando en cuanto a que la totalidad de los agentes propician un mal manejo de los seguros, pero lo que sí es un hecho, es que existe una gran falta de profesionalismo y ética en el desarrollo de la labor de algunos de ellos, aunado esto a una capacitación deficiente que se enfoca principalmente, al conocimiento de los productos y no a las consecuencias posteriores a la venta.

En muchos de los casos que fueron revisados para llevar a cabo el presente análisis, hubo intervención directa del agente, ya sea porque él "orientaba" al cliente en el llenado de la solicitud (y en consecuencia, en el ocultamiento de la información) o porque él directamente llenaba este documento, minimizando la importancia de la información contenida en el mismo.

De ahí mi afirmación y propuesta de que tanto las aseguradoras como las autoridades, requieren revisar sus planes de capacitación, así como sus mecanismos de evaluación, de manera que garanticen que las bases técnicas y comerciales de su fuerza de ventas, son lo suficientemente sólidas para dar una adecuada asesoría a los clientes. El otro aspecto que no puede seguir permitiendo el mercado asegurador, es la presencia de "subagentes", ya que sobre estas personas no existe ningún tipo de control, aunque sí puede tomar medidas a través de los agentes oficiales que se encuentran registrados y autorizados.

En tanto no se tomen medidas para un adecuado control de la fuerza de ventas, ya sea por parte de las aseguradoras, o bien, de las autoridades o de parte de ambas, difícilmente esta situación se verá modificada y corregida, ya que el primer contacto con una póliza de seguros es a través de un agente; de igual manera, si al momento de presentarse un siniestro el asegurado no obtiene el



apoyo esperado, o peor aún, se inicia un proceso de rescisión, lo único que pasará es que la imagen de la aseguradora y en general del concepto SEGURO, quedará más desvirtuada de lo que ya se encuentra, contribuyendo esto a que continúe sin existir una cultura del seguro en nuestro país.

Ya al interior de la aseguradora y pensando en que el proceso de capacitación, control y sanción hacia los agentes puede llevar algún tiempo, es importante contar con medidas que le permitan frenar oportunamente los fraudes que pretenden efectuar en su contra. Para ello, las áreas de siniestros de las compañías de seguros necesitan un importante reforzamiento tanto en la dictaminación médica de las reclamaciones como en sus sistemas de consulta para la autorización de pagos directos.

En los resultados presentados nos pudimos dar cuenta de las importantes erogaciones que se llegan a efectuar antes de iniciar un proceso de rescisión, mismas que no pueden ser detenidas oportunamente. El contar con sistemas más eficientes o con procesos de dictaminación más ágiles y atinados, permitirá frenar esos primeros pesos, detectando oportunamente una falsa o inexacta declaración.

He hablado de los resultados obtenidos a través del análisis de la información; sin embargo, dicho proceso no resulta práctico para la continua medición y monitoreo del impacto que las rescisiones de contratos, pueden tener sobre los resultados técnicos de la operación del ramo. La revisión y análisis que se llevó a cabo fue prácticamente "a mano", en virtud de que los casos tuvieron que ser revisados uno por uno a partir de los expedientes físicos, tanto de las pólizas como de los siniestros, así como de los registros en sistemas de cómputo. Es natural pensar que difícilmente al implementar un sistema de control y registro de siniestros, un área de sistemas y hasta las mismas áreas de nuevos productos y estadísticas, piensen en apartados donde se registren datos relacionados al ocultamiento de información por parte de los asegurados, así como gastos de investigaciones o notarios, en virtud de que hasta la fecha, no es una información que afecte de manera directa a la operación el seguro.

Pero como hemos podido ver, resulta de suma importancia el buscar algún mecanismo que facilite el procesamiento de este tipo de información, con el objeto de que se tenga de una forma más ágil una medición continua de esta problemática, en tanto se logra erradicar de la práctica cotidiana.

También resulta importante optimizar los esquema de intercambio de información a nivel de mercado asegurador, ya que esa sería una herramienta por demás útil, evitando incluso la emisión de una póliza cuando se ha ocultado información, o bien, solicitando datos aclaratorios cuando se sospeche de manipulación de declaraciones. En este aspecto, resultan una pieza clave las áreas de selección de riesgos de las compañías, así como la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros.

Como es de suponerse, el revertir los efectos de un fenómeno que ya se está dando en la población solicitante de un seguro, no será inmediato. Existe incluso una agravante con la cual han tenido que luchar las aseguradoras; se trata de la "complicidad" por parte de los médicos tratantes. No es ninguna novedad que muchos especialistas de la medicina, elevan sustancialmente sus honorarios en el momento en que saben que éstos serán pagados por una aseguradora y siendo así, no tienen ningún reparo en manipular la información que sus pacientes entregarán a ésta para facilitarle el trámite. De esta manera se ayudan mutuamente y la única que pierde es la propia aseguradora. Cuando se dan este tipo de situaciones resulta prácticamente imposible para esta última, llevar a cabo una investigación que le permita contar con la información verídica, antes de transcurrido el plazo que le confiere la ley para hacer una rescisión de contrato.

Desafortunadamente, para contrarrestar el impacto que generan los procesos que han sido objeto de este estudio, se requiere incrementar el costo del seguro de Gastos Médicos Mayores, y esto repercutirá directamente en hacerlo todavía más selectivo, impidiendo que se pueda cubrir un mayor mercado que permita soportar el riesgo inherente. Recordemos el principio de la Ley de los Grandes Números, y éste es precisamente un seguro al que le ha llevado mucho tiempo penetrar de manera importante en la población; de hecho, es a través de la prestación de una empresa que muchos asegurados conocen las bondades del seguro de Gastos Médicos Mayores, con lo cual posteriormente, deciden hacer el esfuerzo de continuar por su propia cuenta si esto fuera necesario. Sin embargo, esto no siempre es posible.

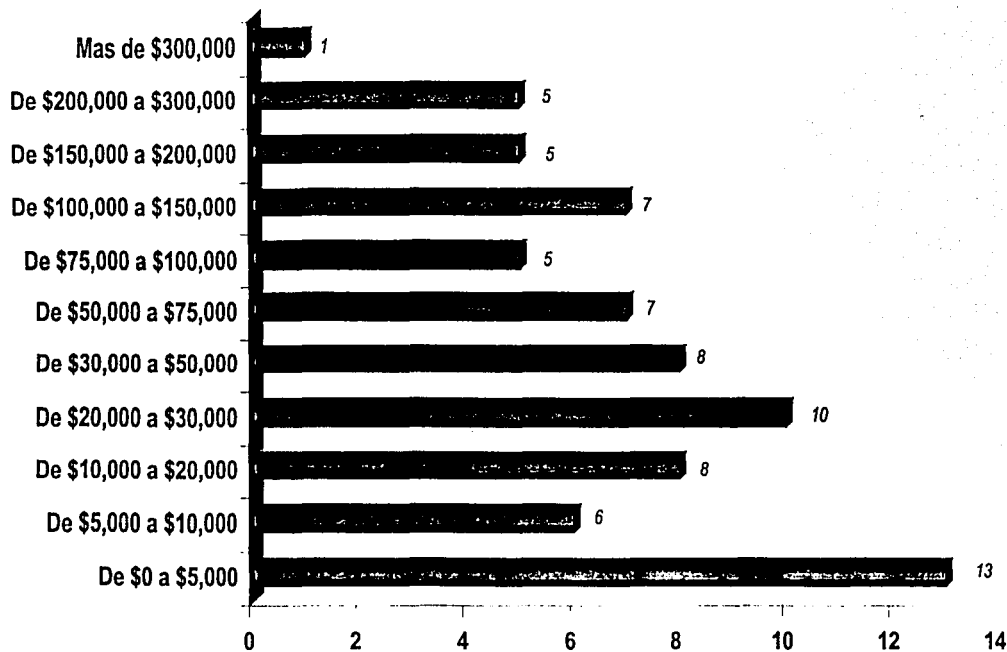
Espero que el análisis del tema aquí planteado, así como los resultados obtenidos del mismo, proporcionen tanto a las generaciones futuras como al propio mercado asegurador, los elementos necesarios y suficientes para atacar una problemática real y actual que están enfrentando las aseguradoras y para la cual resulta de vital importancia implementar de manera urgente una solución.

## **BIBLIOGRAFIA**

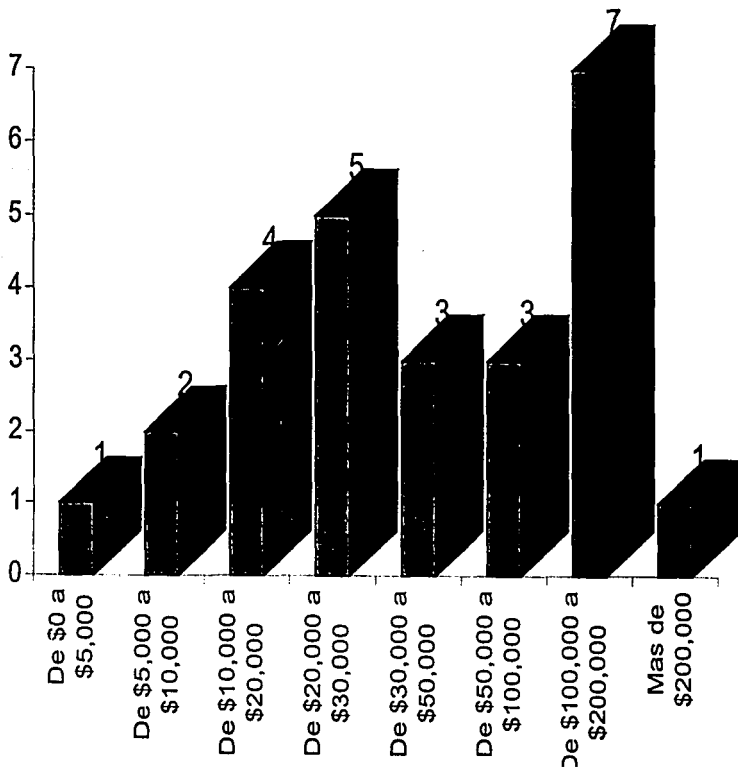
- ◆ **Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.**
- ◆ **Ley Sobre el Contrato de Seguro.**
- ◆ **Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.**
- ◆ **Reglamento del Seguro de Grupo.**
- ◆ **Reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas.**
- ◆ **Los Seguros Privados en México.**  
Autor: Salvador Gómez Arreola.  
Edición de la Revista Mexicana de Seguros. 1968
- ◆ **Curso PROCAT, Seguros Comercial América.**  
Elaboración y compilación de José Luis Albor Calderón, marzo 1998
- ◆ **El Seguro de Vida.**  
Autores: S.S. Huebner y Kenneth Black, Jr.  
Editorial MAPFRE, S. A. 1976
- ◆ **El Contrato de Seguro en el Derecho Mexicano.**  
Autor: J. Jesús Rodríguez Sala  
Edición de la Revista Mexicana de Seguros  
(B. Costa - AMIC Editor, México, D. F.)
- ◆ **Compilación de Tesis de Jurisprudencia en Materia de Seguros.**  
Reaseguros Alianza, México 1998.

*A N E X O S*

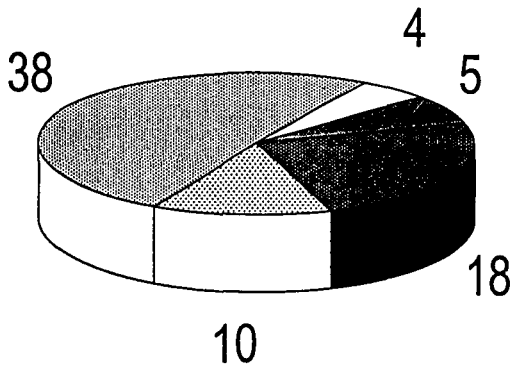
## Rangos de Montos Reclamados (ANEXO 1)



## Rangos de Montos Pagados (ANEXO 1a)

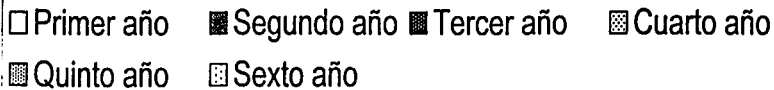
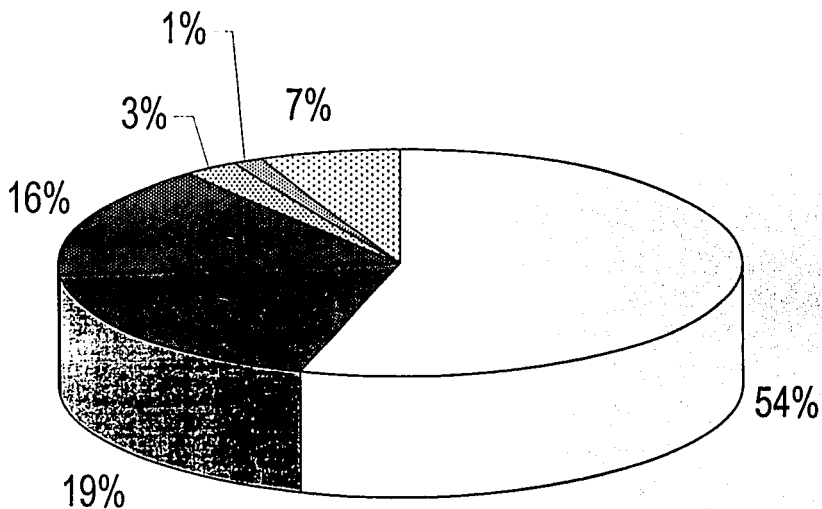


## Sumas Aseguradas (ANEXO 2)



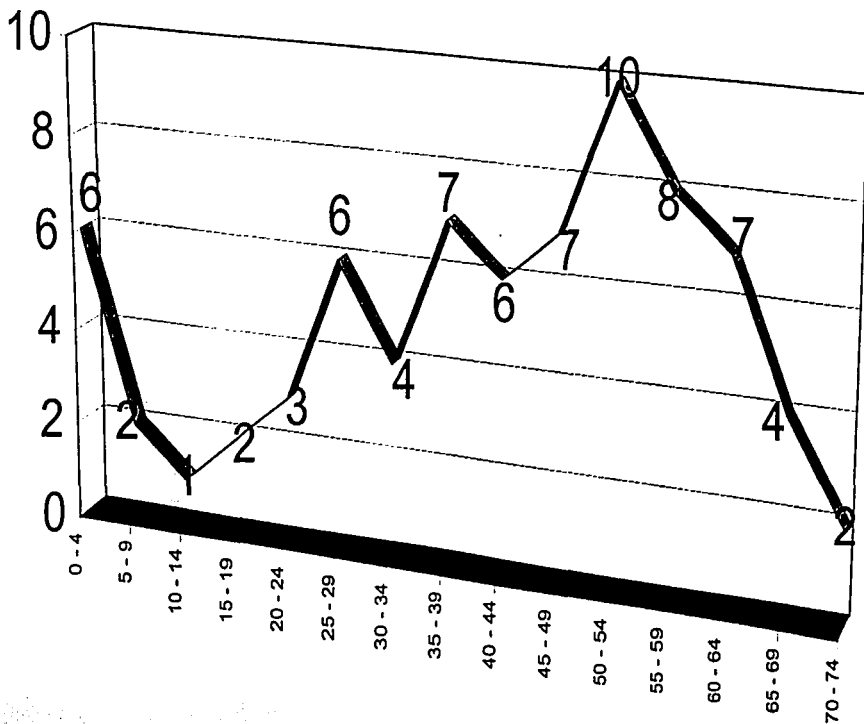
- Menos de 1M\$
- 1M\$  $\geq$  x > 2M\$
- 2M\$  $\geq$  x > 1M Dils.
- ▨ 1M Dils.
- ▨ SIN LIMITE

## Antigüedad de las pólizas (ANEXO 3)





## Frecuencia por rangos de edades (Anexo 4)



## **ANEXO 5**

### **ARTICULOS DEL REGLAMENTO DE AGENTES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.**

#### **"CAPÍTULO PRIMERO. DISPOSICIONES GENERALES.**

**Artículo 5o.** Los agentes proporcionarán a las instituciones la información que sea de su conocimiento sobre el riesgo o la responsabilidad a asumir, a fin de que puedan formarse un juicio sobre sus características que les permitan determinar las condiciones bajo las cuales deban suscribir las pólizas."

#### **"CAPÍTULO SEGUNDO. DE LAS AUTORIZACIONES.**

**Artículo 7o.** Para ser agente persona física o apoderado se requerirá:

- I. Ser mayor de edad;
- II. Acreditar ante la Comisión que se cuenta con la capacidad técnica para ejercer las actividades de intermediación y, en caso de ser extranjero, se deberá contar con la documentación que compruebe que legalmente puede actuar en el país como agente apoderado.  
Para estos efectos, la Comisión podrá practicar exámenes a los interesados o bien, admitir la constancia que otorgue la institución respectiva, los institutos, escuelas o asociaciones afines de formación profesional que estén registrados ante la Comisión y cuyos planes de capacitación hayan sido aprobados por la misma.  
La Comisión vigilará el cumplimiento de los citados planes y podrá nombrar representantes en los exámenes que los aspirantes realicen a fin de otorgar la constancia a que se refiere el párrafo anterior; y
- III. No haber sido vetado, removido, suspendido o revocada su autorización por las Comisiones Nacionales Bancaria, de Seguros y Fianzas o de Valores en el ejercicio de cualquier actividad financiera.

La Comisión señalará los documentos e información que deberán proporcionarse con la solicitud de autorización para ejercer las actividades de intermediación."

#### **"CAPÍTULO QUINTO. DE LAS SANCIONES.**

**Artículo 30.** Las sanciones administrativas por infracciones al presente Reglamento y a las disposiciones que deriven del mismo, serán impuestas por la Comisión y consistirán en:

- I. Amonestación;
- II. Multa que se fije en los términos de las leyes respectivas;
- III. Suspensión; o
- IV. Revocación

Las mencionadas sanciones no serán de aplicación sucesiva ya que se impondrán en forma independiente, considerando la importancia de la infracción y las condiciones del infractor.

Al imponer la sanción que corresponda, la citada Comisión siempre deberá oír previamente al interesado a fin de que ofrezca pruebas y alegue lo a que su derecho convenga y tomará en cuenta la importancia de la infracción, las condiciones del infractor y la conveniencia de evitar prácticas tendientes a contravenir las disposiciones de este Reglamento así como las que deriven del mismo.

Las sanciones podrán ser recurridas por escrito ante la propia Comisión dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que se les notifique la sanción correspondiente, a efecto de que la propia Comisión confirme, modifique o revoque el acto recurrido.”

## **ANEXO 6**

### **ARTICULO 36 A DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS**

**"ARTICULO 36 A.-** Para los efectos de lo dispuesto en la fracción II del artículo 36 de esta Ley, las instituciones de seguros deberán sustentar cada una de sus coberturas, planes y las primas netas de riesgo que correspondan, en una nota técnica en la que exprese de acuerdo a la operación o ramo de que se trate, lo siguiente:

- a) Las tarifas de primas y extraprimas;
- b) La justificación técnica de la suficiencia de la prima y, en su caso, de las extraprimas;
- c) Las bases para el cálculo de reservas;
- d) Los deducibles, franquicias o cualquier otro tipo de modalidad que, en su caso, se establezcan;
- e) El porcentaje de utilidad a repartir entre los asegurados, en su caso;
- f) Los dividendos y bonificaciones que correspondan a cada asegurado, en los casos en que procedan;
- g) Los procedimientos para calcular las tablas de valores garantizados, en los casos en que procedan;
- h) Los recargos por costos de adquisición y administración que se pretendan cobrar; e
- i) Cualquier otro elemento técnico que sea necesario para la adecuada instrumentación de la operación de que se trate.

Las instituciones de seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta ley les autoriza, previo el registro de las notas técnicas que al efecto lleve la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El registro de la nota técnica no prejuzga en ningún momento sobre la veracidad de los supuestos en que se base ni la viabilidad de sus resultados.

La nota técnica quedará inscrita en el registro a partir del día en que se presente y la institución de inmediato podrá ofrecer al público los servicios previstos en dicha nota."

ANEXO 7  
INFORMACIÓN DE LA MUESTRA

NUM. CASO	FECHA RESCISIÓN	SUMA ASEGURADA	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE PAGADO	PRIMA PAGADA	GASTOS	CAUSA DEL SINIESTRO	MOTIVO DE LA RESCISIÓN (NF, FALSA U OMITIDA)
1	01/05/2001	500,000	500,000	RECHAZO	11,352.00	70,610.00	Infarto agudo al miocardio	Úlcera crónica y gastroentería parcial
2	20/05/2001	40,000	40,000	RECHAZO	1,793.60	3,680.00	Infarto agudo al miocardio (Gastos Funerarios)	Úlcera crónica y gastroentería parcial
3	05/07/2001	4,344,757	4,344,757	4,344,757	9,668.71	17,371.04	Herida en cabeza (homicidio)	Cancelación de póliza por omisiones e inexactas declaraciones que terminó pagándose
4	En Juicio	125,949	50,000	RECHAZO	20,083.42	0.00	Invalidéz	Tumor maligno de tejido adiposo con metástasis a distancia, insuficiencia cardiaca espiralatoria
TOTAL VIDA		5,010,706	4,934,757	4,344,757	42,897.73	91,661.04		
1	25/10/1999	SIN LIMITE	150,483.07	67,189.80	12,642.14	7,263.40	Infarto agudo del miocardio	Diversas enfermedades desde agosto de 1997.
2	26/10/1999	800,000	10,456.69	0.00	18,292.16	22,525.00	Quemadura y corrosión	Enfermedades relacionadas con estudios glucosa, colesterol, triglicéridos, ácido úrico desde el 9 de enero de 1998
3	01/01/2000	2,000,000	255,176.74	0.00	11,885.16	46,000.00	Carcinoma in situ del estómago	Tratamientos y padecimientos diversos
4	01/01/2000	2,000,000	25,616.21	0.00	38,234.90	10,010.00	Hipertensión esencial	Hipertensión arterial y domicios falsos
5	03/04/2000	600,000	147,531.98	0.00	38,672.29	9,646.39	Diabetes. Secuelas de enfermedades infecciosas	Diabetes mellitus 17 años
6	12/05/2000	SIN LIMITE	34,332.87	0.00	12,074.22	4,312.50	Hiperacrosia conductiva	Lupus eritematoso sistémico y cálculos renales
7	01/06/2000	2,000,000	181,824.28	0.00	44,275.55	4,312.50	Hepatitis crónica	Hipertensión arterial, alcohólico crónico
8	28/06/2000	1,500,000	90,350.13	30,582.90	31,983.44	8,152.64	Nefritis tubulointerstitial Hemia inguinal	Bajo tratamiento desde dos años antes de la contratación
9	28/06/2000	2,000,000	57,497.82	50,017.43	157,694.70	4,312.50	Bronquitis aguda. Insuficiencia venosa	Hipertensión arterial 10 años y salerectomía bilateral y tratamiento quirúrgico desde 1997.
10	18/09/2000	2,000,000	329,412.08	0.00	10,901.03	41,627.70	Aterosclerosis de la aorta	Depresión mayor desde 1997. Migraña desde los 14 años
11	11/10/2000	2,000,000	75,437.18	0.00	4,616.30	0.00	Otra ruptura espontánea (ligamentos)	Artroscopia de rodilla derecha y esquizofrenia de larga evolución
12	11/10/2000	2,000,000	26,682.06	0.00	21,713.45	1,500.00	Ruptura traumática del tímpano	Perforación timpánica derecha post-traumática de su hija
13	13/10/2000	SIN LIMITE	4,801.07	0.00	8,823.66	14,375.00	Tumor benigno de la Hipofisis	Mastodinea intensa y salida de líquido mamario
14	01/11/2000	SIN LIMITE	52,056.71	0.00	5,862.09	3,712.50	Infarto agudo del miocardio	Hipertensión arterial sistémica
15	06/11/2000	USD 1,000,000	75,339.43	0.00	25,627.52	17,250.00	Luxación hombro derecho. Lesión plexo braquial	Lumbalgia, síndrome colico y luxación traumática gleno humeral. Rinitis alérgica
16	06/11/2000	SIN LIMITE	1,045.46	3,872.10	23,792.43	9,200.00	Enfermedad del reflujo gastroesofágico	Omitió reflujo gastroesofágico de nacimiento (hija) y enfermedades de su esposa
17	06/11/2000	SIN LIMITE	3,858.33	0.00	2,276.69	3,000.00	Bronquitis aguda	Omitió bronconeumonía e infecciones recurrentes de vías aéreas
18	18/11/2000	USD 1,000,000	19,988.63	0.00	5,988.59	20,700.00	Examen general e investigación. Sin diagnóstico	Cuadros digestivos, abdomen agudo y fiebre tifóidea
19	22/12/2000	SIN LIMITE	11,934.61	9,000.45	7,321.30	4,000.00	Laringotraqueítis	Omitió convulsiones de la niña, en fechas anteriores a la contratación del seguro
20	03/01/2001	SIN LIMITE	246,476.01	0.00	12,602.23	28,750.00	Hemangioma de cualquier sitio	Arritmia cardíaca, cick sistólico, hipertensión arterial y bloque de rama derecha
21	04/01/2001	USD 1,000,000	190,229.18	0.00	22,478.58	2,500.00	Atrofia Testicular	Omitió orquidopexia en testículo izquierdo y asma
22	12/01/2001	1,000,000	39,132.49	0.00	3,870.17	17,250.00	Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos en rodilla	Tratamiento quirúrgico en rodilla izquierda
23	18/01/2001	2,000,000	30,730.78	8,367.07	22,715.82	0.00	Tumor benigno de mama. Cistitis aguda	Omitió información de su esposa, referencie a quiste en ovario, apendicectomía, laparoscopia por endometriosis y litiasis renal
24	22/02/2001	SIN LIMITE	36,606.56	19,136.18	17,201.23	17,250.00	Embarazo confirmado y parto por cesárea	Micromolosis uerle
25	23/02/2001	2,000,000	52,474.65	0.00	38,002.63	21,850.00	Angina inestable	Hemiooplastia inguinal, hipertrofia benigna prostática, nódulo prostático. Diabetes, angiolitiasis e hiperlipidemia
26	03/03/2001	SIN LIMITE	112,348.31	102,282.66	38,754.89	0.00	Fibroadenosis de mama. Hipotroidismo	Gastroentería parcial, pancreatitis y migraña de su esposa

ANEXO 7  
INFORMACIÓN DE LA MUESTRA

NUM. CASO	FECHA RESCISIÓN	SUMA ASEGURADA	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE PAGADO	PRIMA PAGADA	GASTOS	CAUSA DEL SINIESTRO	MOTIVO DE LA RESCISIÓN (INF. FALSA O OMITIDA)
27	05/03/2001	SIN LIMITE	87,068.69	0.00	25,780.96	0.00	Cardiopatía Isquémica	Hipertensión arterial, hernia umbilical, úlcera duodenal, hernia hiatal operada de varices, histerectomía total
28	06/03/2001	SIN LIMITE	28,590.83	27,602.97	4,492.86	3,000.00	Leiomiomatosis uterina e incontinencia urinaria	Leiomiomatosis uterina de 2 años de evolución
29	28/03/2001	SIN LIMITE	23,530.65	0.00	23,456.63	18,112.50	Cáncer mamario	Encefalopatía mózgo, quiste calcificado de mama izquierda
30	20/04/2001	300,000	8,884.55	0.00	9,564.41	5,130.00	Asma, obstrucción nasal. Dificultad respiratoria.	Desviación septal, amigdalotomía, esguince de tobillo y cuello. Vacunas antirrábicas. Alergia a polen, lana y pelo de gato
31	20/04/2001	1,800,000	8,000.00	0.00	62,405.35	5,630.00	Disfunción eréctil e hiperglucemia	Diabetes mellitus desde 1995
32	21/04/2001	SIN LIMITE	64,568.02	34,886.47	18,707.59	2,628.57	Tumor benigno en vejiga	Diabetes mellitus desde 1995
33	23/04/2001	SIN LIMITE	162,318.90	121,860.89	59,515.14	20,700.00	Fractura de Fémur	Necrosis avascular de cabeza izquierda
34	23/04/2001	2,000,000	142,980.38	128,569.01	69,411.48	2,630.00	Angina inestable	Diabetes mellitus
35	25/04/2001	SIN LIMITE	132,140.52	118,576.02	44,303.74	22,180.00	Cardiomiopatía Isquémica	Diabetes mellitus, hipertensión arterial. Evidentes secuelas de polio
36	28/04/2001	SIN LIMITE	276,502.28	224,928.87	31,055.38	25,828.57	Hernia inguinal. Tumor maligno del testículo	Firma falsificada
37	30/04/2001	SIN LIMITE	32,888.51	0.00	5,486.49	5,935.00	Bronconeumonía no especificada	Tumor maligno de testículo
38	11/05/2001	SIN LIMITE	20,388.94	19,188.10	22,189.67	3,500.00	Hemorroides	Rinitis alérgica, sinusitis crónica y asma bronquial crónica
39	11/05/2001	SIN LIMITE	290,396.94	155,447.60	11,734.08	20,835.00	Fractura de columna	Estenosis uretral con 4 cirugías, hemorroides con trombosis y hemorragias. Hipertensión de 5 años
40	21/05/2001	SIN LIMITE	0.00	0.00	9,202.25	1,000.00	Tumor benigno de ovario	Omitió práctica de equitación
41	22/05/2001	SIN LIMITE	131,982.17	108,667.95	21,277.40	24,150.00	Coxartrosis (artritis de cadera)	Cirugía de nariz, laparotomía por foliculosis rolo
42	22/05/2001	SIN LIMITE	11,931.81	0.00	11,020.45	12,650.00	Diabetes	Cancelación por no ser la asegurada
43	23/05/2001	USD 1,000,000	26,866.88	0.00	27,820.04	4,935.00	Estupor con alteración al estado de conciencia	Omitió informar diabetes desde los 6 años de edad
44	28/05/2001	600,000	24,815.60	0.00	12,554.72	0.00	Carcinoma en piel	Omitió neumonía basal derecha en 1998, mastitis crónica, histerectomía y mastopexia
45	01/06/2001	2,000,000	51,374.09	0.00	9,180.10	0.00	Isquemia cerebral transitoria	Omitió cáncer basocelular desde 1991
46	01/06/2001	SIN LIMITE	9,627.25	0.00	37,892.85	0.00	Epilepsia	Cirugía de columna lumbar, infarto al miocardio en 1989 y diabetes mellitus desde 1994
47	05/06/2001	SIN LIMITE	10,470.01	0.00	35,181.06	6,228.00	Traumatismo ojo izquierdo	Unifedema de pierna derecha desde nacimiento, así como distalía
48	13/06/2001	1,000,000	29,230.97	0.00	48,553.88	0.00	Trastornos del metabolismo	Ampliología de ojo derecho desde niño
49	14/06/2001	USD 1,000,000	187,988.08	159,710.57	50,618.08	0.00	Osteoma fibroscio. Tumor maligno de mama	Litiasis renal e hiperparatiroidismo en 1992
50	14/06/2001	USD 1,000,000	1,449.00	0.00	165,799.82	0.00	Enfermedad de la columna	Apendicectomía hace 24 años, craneotomía y hemioplastia hace 28 años
51	21/06/2001	SIN LIMITE	2,665.98	0.00	62,521.09	11,486.00	Asma bronquial	Histerectomía radical en 1998 por cáncer de tiroides
52	02/07/2001	USD 1,000,000	26,059.25	13,029.62	3,340.67	2,837.00	Incontinencia fecal	Asma crónica bajo tratamiento 1994
53	03/07/2001	SIN LIMITE	0.00	0.00	4,001.50	7,337.00	Luxación recidivante de rodilla	Hipoparatiroidismo desde enero del 2001 así como cirugía de cuña óvrica y apendicectomía profiláctica ambas en 1994
54	03/07/2001	1,000,000	53,000.00	25,000.00	31,122.80	2,837.00	Tumor benigno de próstata	Lesión en rodilla izquierda a consecuencia de un accidente.
55	05/07/2001	2,000,000	28,514.85	0.00	30,820.10	24,876.31	Luxación de cadera	Aderenciocistitis, así como una distalosis de uretra.
56	10/07/2001	2,000,000	0.00	0.00	7,365.46	10,426.31	Vértigo de origen central de 10 años de evolución	Se le practicó una cirugía de artroplastia total de cadera derecha, se le diagnosticó necrosis avascular en ambas caderas y molestias en ambos hombros bajo tratamiento.
57	12/07/2001	2,000,000	5,400.00	0.00	15,362.69	7,123.00	Faringitis (contratante). Epilepsia	Hemorroides, síndrome de Cuci inespecífico y vértigo acompañado de síncope de 10 años de evolución

Su hijo sufría de crisis de ausencia desde los 3 años y padecía de hipoacusia bilateral corregida a los 3 años de edad

ANEXO 7  
INFORMACIÓN DE LA MUESTRA

NUM. CASO	FECHA RESCISIÓN	SUMA ASEGURADA	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE PAGADO	PRIMA PAGADA	GASTOS	CAUSA DEL SINIESTRO	MOTIVO DE LA RESCISIÓN (INF. FALSA U OMITIDA)
58	13/07/2001	SIN LIMITE	216,258.08	0.00	32,641.58	2,623.00	Epilepsia del lóbulo temporal izquierdo	Crisis convulsivas desde los 2 años de edad y se le practicó una cirugía de hipocampectomía bilateral hace 2 años
59	18/07/2001	USD 1,000,000	0.00	0.00	68,502.41	0.00	Artritis no especificada	Se le practicó una cirugía de rodilla con colocación de injerto de cartilago
60	27/07/2001	USD 1,000,000	147,794.15	51,515.07	92,480.27	4,090.00	Lupus eritematoso	Hipercolesterolemia desde los 2 años de edad bajo tratamiento en E.U.A. desde los 3 años (lo padece toda la familia)
61	30/07/2001	SIN LIMITE	44,897.27	11,754.19	37,179.13	2,623.00	Displasia cervical severa	Asma de 8 años de evolución, se le practicó una abdominoplastia hace 4 años entre otros padecimientos
62	30/07/2001	3,500,000	0.00	0.00	24,303.39	2,623.00	Retinopatía central cerosa desde 1997	Su esposa padece de retinopatía central cerosa desde 1997.
63	03/08/2001	SIN LIMITE	19,888.92	0.00	860.48	9,223.70	Deficiencia hereditaria del factor VIII	Traumatismo en la frente en marzo del 2001 con diagnóstico probable de púrpura trombocitopénica.
64	03/08/2001	SIN LIMITE	5,649.28	0.00	54,656.56	2,723.70	Otitis media no especificada. Dolor en el pecho	Polipectomía en cuerdas vocales en 1990
65	03/08/2001	SIN LIMITE	101,357.83	0.00	17,548.48	9,223.70	Enfermedad de Crohn	Síndrome diarreico y síndrome doloroso músculo-esquelético desde octubre del 2000 así como hipotiroidismo bajo tratamiento desde hace 25 años
66	03/08/2001	2,000,000	44,327.19	0.00	8,639.21	9,223.70	Infarto agudo al miocardio	Litiasis renal tratada en 1999
67	13/08/2001	SIN LIMITE	75,937.72	0.00	14,014.79	10,905.27	Dismenorrea secundaria. Quiste en desarrollo en el ovario	No declaró que a su esposa se le practicó una hemioplastia inguinal derecha a los 19 años de edad, una laparoscopia por quiste hemorrágico y aborto espontáneo en 1996 y traumatismo en región lumbosacra en junio del 2000
68	14/08/2001	2,000,000	42,557.45	0.00	129,901.38	2,905.27	Concusión y edema de la médula espinal lumbar	Traumatismo craneoencefálico en 1983, hipercolesterolemia en 1993 y diabetes mellitus II desde 1994 entre otros.
69	28/08/2001	SIN LIMITE	0.00	0.00	6,465.02	2,905.27	Fractura de la diáfisis del húmero	No declaró que padeció neumonía y angina de pecho en 1991
70	28/08/2001	SIN LIMITE	4,878.85	0.00	13,658.52	700.00	Cefalea	No declaró que su hija padece de cefaleas desde los 6 años de edad. Al iniciar con ausencias, solicita la póliza de GMM
71	29/08/2001	USD 1,000,000	59,524.35	40,942.15	76,440.65	0.00	Esguinces y torceduras	Omitió trombosis cerebral en noviembre de 1999
72	06/09/2001	2,000,000	7,106.22	0.00	13,738.56	2,824.56	Gastritis crónica inespecífica	Hipotiroidismo bajo tratamiento desde 1993
73	28/09/2001	SIN LIMITE	0.00	0.00	1,661.33	2,250.00	Pancreatitis	Pancreatitis desde hace 7 años con 13 episodios recurrentes
74	28/09/2001	SIN LIMITE	16,515.35	21,195.97	12,393.56	4,950.00	Enfermedad inflamatoria crónica del útero	Hipotiroidismo bajo tratamiento desde 1997. Artroscopia de rodilla derecha en 1998
75	28/09/2001	SIN LIMITE	10,895.34	0.00	61,285.53	2,000.00	Colecistitis	Colecistomía 1990, úlcera duodenal sangrante, trombo flebitis pierna izquierda
TOTAL G.M.M.			4,938,824.49	1,602,615.41	2,272,296.03	643,089.56		