

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

ELEMENTOS BASICOS DEL REASEGURO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

ACTUARIO

P R E S E N T A :

YADHIRA VILLALOBOS MONROY

TUTOR:

M. en I. Juan Carlos Vargas Aguilar

México, D.F. 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Datos del alumno

Yadhira

Villalobos

Monroy

55630655

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias

Actuaría

090390960

2. Datos del tutor

Actuario

Juan Carlos

Vargas

Aguilar

3. Datos del sinodal 1

Actuario

Miguel Angel

Torres

Ramírez

4. Datos del sinodal 2

Actuario

Ricardo

Ibarra

Lara

5. Datos del sinodal 3

Actuario

Leticia

Hernández

Belmont

6. Datos del sinodal 4

Actuario

Angélica María

Lara

Hernández

7. Datos del trabajo escrito

Elementos Básicos del Reaseguro

87 páginas

2009

Agradecimientos

Raúl, gracias por ser lo que eres: esposo, amigo, confidente, maestro, mi fortaleza en tiempos de tormenta, mi todo; sin tu ayuda, paciencia y amor no habría terminado este trabajo.

Armando y Alexis, les agradezco el tiempo que cedieron y que no hemos estado juntos para poder terminar este trabajo, los quiero mucho hijos.

A mi mamá y papá ya que gracias a ustedes soy lo que soy.

A Brian, Alain y Kiel por el tiempo que han cedido estando cuidando a mis hijos y no estar con sus amigos.

A mi mamá Lilia por todo el cariño y apoyo que he recibido de ti.

A mi papá Armando que aunque ya no esté aquí siempre lo llevo en mi corazón.

A Laura, Norma, Ale, Ari, Caty, Pam, Aurea, Andrea, Naty, Lety, Carlos, Carlitos, David(los dos), Jaime, Octa, Ernesto (los dos) y Margarito por su cariño.

A mis entrañables amigos: Marisol, Claudia, Alicia, Juan Carlos, Raúl y Oscar.

A Roger, Marco, Lety, Ricardo y Gonzi por creer en mí y en mi trabajo.

A Fer, Mayra, Cesar, Chavita, Bety, Isra, John, Chava, Gaby, Arturo, Dra. Vicky, Poncho, Miri, Angelito, Chelita, Dr. Alcalá, Iván, Lalo, Frank, Ale, Luis y Asunción por todo el conocimiento que me han dado, les estoy muy agradecida.

(...) Daría un largo paseo por el bosque y embriagaría mis ojos con todas las bellezas del mundo de la naturaleza, intentando desesperadamente absorber el gran esplendor que se despliega en todo momento ante lo que pueden ver.

No soy la única, pero aún así soy alguien. No puedo hacer todo, pero aún así puedo hacer algo; y justo porque no lo puedo hacer todo, no renunciaré a hacer lo que sí puedo.

Helen Keller.

INDICE

INTRODUCCION

I. HISTORIA DEL SEGURO Y REASEGURO.....	1
1.1 Historia del Seguro.....	1
1.2 Antecedentes del Seguro de Vida.....	3
1.3 Antecedentes del Seguro en México.....	4
1.4 Fundamentos del Seguro de Personas.....	6
1.4.1 Tabla de Mortalidad.....	7
1.5 Clasificación de los Seguros de Vida.....	7
1.5.1 Definición de los Seguros de Vida Tradicionales.....	8
1.5.2 Coberturas Básicas.....	9
1.5.3 Coberturas Adicionales.....	9
1.6 Historia del Reaseguro de Vida.....	11
1.7 Definición de Reaseguro.....	12
1.8 La naturaleza y Funciones del Reaseguro.....	12
1.9 Reaseguradores Profesionales.....	13
1.10 La base del reaseguro moderno: La ley de los grandes números.....	14
1.11 Principales Reaseguradores.....	15
1.12 Compradores de Reaseguro.....	16
1.13 Beneficios del Reaseguro.....	16
1.14 Consecuencias del Reaseguro.....	17
II. Métodos de Reaseguro y Tipos de Contratos.....	19
2.1 Métodos de Reaseguro.....	19
2.1.1 El Reaseguro a Prima Original.....	19
2.1.2 El Reaseguro a Prima de Riesgo.....	20
2.2 Modalidades Contractuales de Reaseguro.....	21
2.3 Contratos Proporcionales.....	22
2.3.1 Cuota-Parte.....	22
2.3.2 Contratos en Base de Excedentes.....	23
2.3.3 Contrato Facultativo Obligatorio.....	25
2.3.4 Contrato Open Cover.....	26
2.3.5 Pool.....	27
2.3.5.1 Operación en Cuota Parte.....	28
2.3.5.2 Operación en Excedentes.....	28
2.4 Contratos No Proporcionales.....	29
2.4.1 Exceso de pérdida por Riesgo.....	30
2.4.1.1 Burning Cost.....	30
2.4.1.2 Burning Cost por Evento.....	32
2.4.2 Exceso de pérdida por Evento.....	32
2.4.2.1 Determinación del Costo.....	33
2.4.3 Exceso de pérdida por Periodo.....	34
2.4.3.1 Lost-Rate y Loss-Ratio.....	35
2.5 Reaseguro Financiero.....	36
2.5.1 Modalidades y Forma de Operación.....	37
2.5.1.1 Coberturas de Reaseguro Financiero Prospectivo.....	37
2.5.1.2 Coberturas de Reaseguro Financiero Prospectivo.....	38

III. EL REASEGURO FACULTATIVO Y LA SELECCIÓN DE RIESGOS.....	41
3.1 Aspectos Básicos de la Selección de Riesgos.....	41
3.1.1 Estudio del Riesgo.....	41
3.2 Factores de Riesgo.....	43
3.3 El Método Numérico de Tarificación.....	51
3.4 Reaseguro Facultativo.....	54
3.4.1 Concepto.....	54
3.4.2 Historia y Origen.....	54
3.4.3 Ventajas e Inconvenientes.....	55
3.4.4 Aspectos Relevantes.....	56
IV. REGULACIONES EN MATERIA DE REASEGURO Y ESTADÍSTICAS.....	58
4.1 Importancia de la Regulación del Reaseguro.....	58
4.2 Enfoques sobre la Regulación del Reaseguro.....	59
4.2.1 Esquema basado en reaseguradores con domicilio en el país.....	59
4.2.2 Liberalización total del reaseguro.....	59
4.2.3 Regulación orientada a la calidad del reaseguro.....	60
4.3 Criterios Generales de Reaseguro.....	60
4.3.1 Para las reaseguradoras extranjeras.....	61
4.3.2 Para los intermediarios de reaseguro.....	62
4.3.3 Para las compañías cedentes.....	63
4.4 Impacto en Reservas Técnicas.....	64
4.5 Impacto en el Requerimiento Mínimo de Capital.....	65
4.6 Acciones de Supervisión en Materia de Reaseguro.....	67
4.6.1 En el ámbito de las reaseguradoras extranjeras.....	67
4.6.2 En el ámbito de los intermediarios de reaseguro.....	67
4.6.3 En el ámbito de las aseguradoras del país.....	68
4.7 Regulación Mexicana.....	69
4.8 Estadísticas de Reaseguro.....	73
4.8.1 Informe Periódico de Reaseguro.....	73
4.8.2 Reglas para Fijar los Límites Máximos de Retención.....	76

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El reaseguro es una de las herramientas disponibles en el manejo de riesgos y capital para las compañías aseguradoras. Es, sin embargo, muy poco conocido fuera del sector asegurador. Esta tesis contribuye a explicar la esencia del reaseguro a cualquier persona tanto dentro como fuera del ámbito de los seguros. Describe los principios del reaseguro de vida y no vida, explica el porqué las compañías aseguradoras se benefician al comprar coberturas de reaseguro y cómo los reaseguradores hacen el manejo del riesgo.

El reaseguro es el seguro para las aseguradoras, las compañías aseguradoras compran reaseguro para aquellos riesgos que no pueden o no quieren tener completamente para ellos. Los reaseguradores ayudan a la industria a proveer protección a una gran cantidad de riesgos, incluyendo los riesgos más grandes y complejos del sector asegurador. Las compañías aseguradoras también se benefician por el respaldo del capital que les provee el reasegurador, así como también la experiencia en el desarrollo de productos y la experiencia en riesgos. Es así que el reaseguro es una parte indispensable del sector asegurador que hace que el seguro sea más confiable y menos caro, esto a su vez hace que el asegurado obtenga más protección a un costo bajo.

Como el seguro, el reaseguro es fundamentalmente una promesa de pagar los posibles futuros reclamos contra las primas de hoy. Los reaseguradores aplican sofisticadas técnicas de procesos de manejo de riesgos para asegurar de que esa promesa se cumpla. Este proceso –incluyendo modelos de riesgos y monitoreo de los mismos- garantiza que la base del capital y el riesgo asumido sean estables. Los reaseguradores generalmente tienen una calificación alta en las bases de capital: la mayor parte de los reaseguradores están calificados con al menos "A" por Standard & Poor's.

Capítulo I

Historia del Seguro y Reaseguro

Este capítulo explorará la evolución del seguro y reaseguro a través del tiempo y sus efectos en el sector asegurador, se describen los conceptos básicos que definen un seguro, sus características, se plantea el concepto de reaseguro y las principales reaseguradoras que operan en la actualidad.

1.1 Historia del Seguro

El concepto de seguro no es algo nuevo, desde siempre el ser humano ha buscado la protección de sus bienes y su entorno, tanto familiar como social. El seguro es una actividad que ayuda a reducir el temor del hombre ante la incertidumbre y la inseguridad que rodean su integridad personal y sus bienes.

El origen y la evolución del seguro se dan con el desarrollo del comercio. La mayoría de las modalidades del seguro nacieron como mecanismos de protección de las actividades comerciales y conforme la sociedad se desarrollaba nace la necesidad de proteger los diferentes intereses del ser humano.

Desde la antigua Roma ya existían formas de seguro, la primera en el mundo fue en la marina, el seguro de vida y el seguro contra incendio. Al parecer los primeros antecedentes se dan en la Edad Antigua contra la protección de robos en las caravanas que cruzaban Babilonia, las cuales a menudo estaban sometidas a robos y pillajes, cuyos daños soportaban en forma solidaria, donde se apoyaba a los perjudicados mediante la unión de las personas de la comunidad. Después, aparecieron préstamos para proteger buques donde el dueño recibía una cantidad para financiar su viaje y en caso de que algún barco se perdiera o la carga del mismo, ya fuera por robo o por naufragio, el préstamo se cancelaba y de no utilizarlo se devolvía con intereses, estos eran "Contratos a la Gruesa". También se habla de que en Roma existían asociaciones de artesanos que por medio del pago de una cuota, aseguraban sus propios funerales.

En la alta Edad Media existieron instituciones semejantes al seguro gestionadas por los gremios. Sin embargo, el negocio como actividad lucrativa surgió, a mediados del siglo XIV, vinculado al transporte marítimo de la industria italiana. A través de los gremios surgen las llamadas "Guildas"¹, empresas de carácter religioso generalmente, que poco a poco fueron cobrando aspecto lucrativo, y por lo tanto comercial. En el siglo XIII, nace el seguro marítimo y es en esta época cuando se instaura el sistema de "pago por daño".

¹ Guilda es una corporación de comerciantes, forma habitual de asociación durante la Edad Media. Sería equivalente a los gremios de artesanos. La forma más elaborada fue la que adquirió la Hansa en el Báltico y norte de Europa. Los merchant adventurers de Inglaterra son otro ejemplo significativo.

En el año de 1230 fue cuando el Papa Gregorio IX estableció el concepto de prima para evitar el abuso del cobro de intereses en los préstamos y con esto ya se tenía derecho a una indemnización en caso de ocurrir el siniestro, lo cual ya se asemeja más al concepto de seguro.

Paralelos a la evolución del comercio nacen y se desarrollan los contratos de seguro y la organización de la actividad aseguradora, esto se validaba en la publicación de sucesivas ordenanzas. Cuando esto empezó el asegurador era una persona individual, ya con el tiempo aparecieron agrupaciones de personas y las Sociedades Anónimas.

Al referirnos al primer documento escrito que muestra evidencia de un contrato de seguro, éste fue escrito en el año 1347, el cuál fue para el buque "Santa Clara" donde ya había un papel justificativo del seguro y éste ya incluía el nombre de "Polizza". En cuanto a disposiciones legales para los seguros, éstas aparecen en la Bodinanza de Barcelona en el año de 1347.

En 1666 la ciudad de Londres sufre un tremendo incendio, lo que muestra la necesidad de dar cobertura a las construcciones de esa época, y es cuando aparecen las primeras aseguradoras contra incendios.

En París en 1668 es cuando se funda la primera Compañía de seguros por acciones, dedicada al ramo de seguro marítimo. Al referirnos a los orígenes del seguro, debemos mencionar a "Lloyd's Coffe House" en Londres, ya que es probablemente el mercado de seguros más famoso en el mundo, siendo éste el centro del seguro marítimo; el cual aparece en 1688.

El gran Lloyd's inglés, es una corporación de aseguradores particulares, su fundación es conocida a raíz de las reuniones de aseguradores de riesgos en el café de Edward Lloyd, y para el año de 1769 es cuando se cambia el mercado asegurador al centro en el "New Lloyd's Coffe House."

En el siglo XVII es cuando se da un salto cualitativo, ya que no se aseguraban sólo hechos naturales sino daños causados por personas y también se aseguraban a las personas, por lo que ya se requerían cálculos más técnicos.

Conforme fue pasando el tiempo los matemáticos empezaron a trabajar en tablas de mortalidad. La intención que éstas tenían era el poder establecer en términos matemáticos el parecido de la muerte de las personas a cierta edad; y su objetivo era tener un precio del seguro regulado por la edad de las personas al momento de hacerlo.

Podemos decir que la ciencia aseguradora nace gracias a las contribuciones de distintos personajes. En probabilidad por Pascal y Fermat, por los estudios de Harlley en mortalidad, y Bernoulli con la elaboración de la Ley de los grandes números.

En el siglo XVIII nacen, en Europa, numerosas empresas aseguradoras, similares en su constitución y estructura a las actuales. A mediados del siglo XIX la evolución de la sociedad que afecta a las condiciones de vida ayuda al desarrollo del sector asegurador. El aumento de la población y la creciente industrialización hacen surgir fenómenos que tienen que tomarse en cuenta

con la idea de la seguridad ya que aparecen nuevos riesgos que muchas empresas asumen sin demasiadas garantías. Es en esta época cuando el sector asegurador ya como institución, contribuye al fuerte desarrollo industrial, y se adapta a las nuevas exigencias del mercado.

1.2 Antecedentes del Seguro de Vida

Los orígenes del seguro de vida son oscuros en la antigüedad, ya que éste no es precisamente una invención sino una evolución. Uno de los primeros vestigios lo podemos trazar en la antigua Grecia con las sociedades organizadas por el honor a la sociedad, las cuáles servían a los militares y civiles en algún apuro mediante las contribuciones de los miembros de éstas.

Es en Roma donde podemos considerar que fue la cuna de los seguros de vida, ya que ahí surgió el aseguramiento donde mediante una colecta en la comunidad se pagaban los servicios funerarios de los que fallecieran. En Inglaterra se tenían las "guildas" cuyo objetivo era aliviar en tiempos de angustia, es decir, cuando fallecía un miembro importante de familia y se tenían problemas económicos, éstas a su vez fueron seguidas de las "Sociedades amistosas", las cuales ayudaban a los gastos de entierro. Se puede decir que éstas son las antecesoras lineales del Seguro de vida moderno. Por otro lado también se cree que en la edad media aparecen los "seguros de rescate" como los primeros seguros de vida. Estos nacen a causa de los secuestros que se daban por los piratas en los barcos.

Cuando nacieron los seguros, no se tenían bases para su cálculo de ningún tipo, aún no existían las probabilidades, tablas de mortalidad y demás herramientas actuariales y estadísticas para hacer un correcto análisis sobre ellos. Debido a esto aparecen ciertas publicaciones para ayudar a suavizar la situación. En Barcelona, en las ordenanzas de los magistrados municipales es donde empieza a introducirse la indemnización por el seguro de daños. Es cuando el seguro de vida queda definido como un contrato mediante el cual se tenía un interés económico en la vida de la persona, donde se pagaba una indemnización en caso de su deceso. También se empieza a contemplar la vida de las mujeres embarazadas mediante seguros temporales.

La primera evidencia del seguro de vida como tal, es en Londres en 1583, donde aparece una póliza a nombre de William Gybbons y en la cual consta que se le pagarían 400 libras en caso de fallecer durante los siguientes doce meses.

Curiosamente este personaje muere ese año, por lo cual sus familiares recibieron la indemnización que habían pactado mientras que sólo se había pagado una prima de 32 libras. Otra de las primeras pólizas existentes y reclamadas fue la del Sr. Robert Howard en 1698, quien murió justo el día de expiración del seguro. El seguro de vida continuó sin alterarse durante el siguiente siglo con las pólizas a corto plazo y la creación de sociedades mutualistas.

En cuanto a la más antigua compañía de seguros de vida e inauguradora de muchas de las practicas modernas de éste, se tiene a la sociedad conocida

como "Old Equitable" fundada en 1756 comenzando operaciones en 1762. La historia de esta sociedad es la historia del seguro de vida, ya que esta empresa dio origen a los ahora conocidos como seguros de vida tradicionales: ordinario de vida o de vida entera, ordinario de vida con pagos limitados, temporales y dotales. Además se introdujo el periodo de gracia de 30 días en el vencimiento de la deuda de la prima entre otras cosas.

Es entonces en el siglo XVIII que aparece el seguro de vida moderno, por un lado se presentó la aparición de la utilidad de la empresa con un nuevo instrumento que era la sociedad por acciones y por el otro lado surge el factor constituido por la elaboración de las tablas de mortalidad y la aplicación de la probabilidad, lo que ayuda a que nazca la empresa aseguradora como tal y como sociedad mutualista y el seguro como lo conocemos el día de hoy.

La rápida evolución del seguro en el siglo XIX solo puede ser explicada en el contexto del desarrollo económico: la transformación de la tecnología, el desarrollo de una nueva sociedad, el cambio en la forma de pensar. La necesidad creciente de seguridad que esta nueva era trajo consigo fue el origen del negocio de seguros así como lo conocemos hoy.

1.3 Antecedentes del Seguro en México

Refiriéndonos ahora a los orígenes de los seguros en nuestro país tenemos que mencionar que antes del periodo colonial, encontramos situaciones entre los mayas y los chichimecas que pueden considerarse seguros en algunos aspectos, ya que existían cierto tipo de indemnizaciones y pago de deudas.

El seguro en México al igual que en otros países nace en el mar, en Veracruz, en el año de 1789 se construye la primera compañía aseguradora en el puerto, llamada: Compañía de Seguros Marítimos de Nueva España, la cual, tenía el propósito principal de cubrir los riesgos de lo que se denominaba "La Carrera de Las Indias".

Durante el periodo de Maximiliano, en el siglo XIX, ya fungían los seguros de vida y de incendio en Austria por lo que en nuestro país se establecieron varias compañías de seguros. La primera empresa de seguro contra incendio fue: "La Previsora" que apareció en 1865. En esa época igualmente nace "La Bienhechora", compañía de seguros mutuos sobre la vida.

En cuanto a instituciones dedicadas al seguro de vida nace también, "La Mexicana" en Chihuahua en el año de 1887, la cual posteriormente se traslada a la capital del país y funciona durante 25 años.

En cuanto a la historia de los seguros de vida en México, aparecen primero "La Nacional" y "La Latino Americana", pero después de algunos años de la formación de aseguradoras tales como "New York Life", "Metropolitan Life", entre otras, abren oficinas en México.

La más antigua institución de seguros nacional y la más apta para operar en los seguros generales fue la Anglo-Mexicana de Seguros, fundada en julio de 1897. Ésta comenzó dando servicio en el ramo de incendio y podía operar en

todos los ramos excepto en seguro de vida, para el cual obtiene el permiso hasta 1955 y en 1962 se amplía a ramo de diversos convirtiéndose así en una institución completa.

En cuanto a leyes del seguro mexicano se promulgaron las primeras durante el gobierno del General Porfirio Díaz, una en el siglo XIX y la otra en el XX. La primera fue la llamada "Ley sobre Compañías de Seguros" en 1892. Por medio de la cual se empiezan a dar lineamientos legales, reglas de observancia a las instituciones de seguros locales y extranjeras que operaban en el país y que permitieron un principio de sano desarrollo del seguro; se le conoce también como *Ley del Timbre*.

La creación de leyes hace notar la necesidad de tener algún documento que estableciera una tarifa de incendio de la República Mexicana por lo que en enero de 1897, los representantes de diecisiete compañías de seguros contra incendio extranjeras que operaban en la República Mexicana, fundaron una asociación privada llamada *Asociación Mexicana de Agentes de Seguros contra Incendio*, la cual desde su primer año formó su reglamento para la protección de sus intereses y determinó la primera *Tarifa de Incendio*.

El 1° de octubre de 1904, la Secretaría de Hacienda creó la Inspección General de Instituciones de Crédito y Compañías de Seguros. El 25 de mayo de 1910 se promulgó la Ley Relativa de Organizaciones de las Compañías de Seguros sobre la Vida, la cual regulaba por primera vez, el seguro de vida contratado en México. Esta ley es la segunda que en materia de seguros se promulgó durante el Porfiriato.

Al presidente Plutarco Elías Calles es a quien se le debe el otorgamiento de la Ley General de Sociedades de Seguros en 1926. Esta ley constituyó el primer documento legal y completo que regulaba la actividad aseguradora en todos los ramos en los que una institución de seguros pudiera operar, fue modificada por el presidente Pascual Ortiz Rubio en 1931.

El presidente Lázaro Cárdenas promulga la Ley General de Instituciones de Seguros y la Ley de Contratos de Seguros en 1935. Estas leyes significaron el cambio completo de la legislación en materia de seguros y las garantías al público en general, ocho años después en 1943 es cuando se funda el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En 1936 Cárdenas promulga un decreto en el cual establecía los seguros para cubrir bienes del Gobierno Federal, del Departamento del Distrito Federal, de los Gobiernos de los territorios y de los Estados de la República.

En 1946 se establece en la Ley de la Comisión Nacional de Seguros, que la función de vigilancia del cumplimiento de las leyes de seguros le correspondía a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, debido a esto se funda la Comisión Nacional de Seguros.

Para finales del siglo XIX, México cuenta con 22 compañías aseguradoras de las cuales 7 se dedican al ramo de vida y 15 al ramo de incendios. En cuanto a

países de habla hispana, México es uno de los más activos en el campo de seguros de vida.

1.4 Fundamentos del Seguro de Personas

La continuación de la vida de una persona, además de las razones afectivas, es importante para sus dependientes económicos, su patrón o sus acreedores, sus empleados y sus socios desde el punto de vista económico.

De acuerdo a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de seguros (LGISMS), en el artículo 8 fracción I Se define para las operaciones de vida, los seguros que tengan como base del contrato riesgos que puedan afectar la persona del asegurado en su existencia. Se considerarán comprendidos dentro de estas operaciones los beneficios adicionales que, basados en la salud o en accidentes personales, se incluyan en pólizas regulares de seguros de vida.

El seguro de personas constituye la asociación de un conglomerado de personas con el objeto de proteger a los individuos ante la posible pérdida de su vida, de tener alguna incapacidad o el de poder contar con un respaldo financiero pasados algunos años, producto de ciertas contingencias o riesgos que desestabilicen la posición financiera de la familia o de la empresa.

El seguro de personas es, entonces, un medio para reducir el impacto de esas pérdidas en caso de muerte, sin importar que tan grandes sean o cuando puedan ocurrir.

El seguro proporciona esta protección aplicando un principio muy simple: si las pérdidas que resultan de un riesgo pueden ser compartidas por muchas personas, el costo por cada una debe ser relativamente pequeño.

En el seguro de personas los riesgos básicos que se cubren son: La muerte o la sobrevivencia.

En ambos casos lo incierto no es la muerte misma, sino el momento en que ella ocurrirá.

Las compañías de seguros reducen el riesgo porque pueden predecir las pérdidas futuras sobre la base de un grupo dado; para poder hacer estas predicciones, las compañías utilizan el principio de probabilidad y estadística. Con este principio, mientras mayor sea el número de observaciones, mayor será la aproximación a la realidad en nuestras predicciones.

El principio de probabilidad y la Ley de los Grandes Números, que la explicaremos más adelante, son básicos para el seguro. El desarrollo de estas herramientas fue esencial en la evolución del seguro de vida.

Las diferencias entre el seguro de personas y otros seguros son básicamente las siguientes:

1. En otros seguros hay incertidumbre de que el riesgo ocurra; en el seguro de vida se tiene la certeza de la muerte, pero la incertidumbre de la fecha de su ocurrencia.
2. En daños; se sabe por ejemplo, el valor de un edificio. En vida, es difícil medir el valor de la pérdida en términos monetarios.
3. En daños la pérdida puede ser parcial, en vida, es total.
4. En el seguro de incendio, la probabilidad de siniestro es dependiente de los años que tenga de construido un edificio. En vida, la probabilidad de muerte es creciente con la edad.

Por lo tanto podemos decir que los objetivos del seguro de personas son los siguientes:

- Proteger a la familia, garantizando el bienestar social y económico de los dependientes del asegurado.
- Garantizar el pago de las deudas del asegurado, como por ejemplo, en la compra de una casa o deudas de tarjetas de crédito.
- Formar un capital, refiriéndose a seguros de retiro o seguros de pensiones.
- Protección a las empresas, en este caso estamos hablando de los seguros de vida de socios que garantizan la continuidad de la empresa aún cuando se diera el fallecimiento de alguno de los socios.

1.4.1 Tabla de Mortalidad

Si bien es cierto que el ser humano tiene la certeza que va a morir, ignora el momento en que esto va a ocurrir.

Si estudiamos retrospectivamente un gran volumen de individuos desde su nacimiento hasta 100 años después, encontramos que conforme transcurre el tiempo, van muriendo mayor número de personas. Los registros de estas experiencias observadas en bases de datos, constituyen las tablas de mortalidad. Al revisar estas encontramos que la esperanza de vida va disminuyendo con el transcurso de la edad. El número de muertes esperadas se calcula en base a las tasas de mortalidad, que son las probabilidades de muerte de acuerdo a la edad y desde luego a la probabilidad de vida. Las compañías de seguros calculan las probabilidades de muerte de acuerdo a la edad. Con base a la tabla de mortalidad, la aseguradora puede predecir cuántos fallecimientos habrá en el tiempo en que dure el seguro y por lo tanto determinar su costo.

1.5 Clasificación de los Seguros de Vida

Los productos de seguros de vida se definen según los acuerdos y condiciones establecidos en el contrato de seguro y se pueden clasificar como se muestra a continuación:

	Beneficio Básico	Adicionales
Seguro de Vida Tradicionales	Individual	Accidentes Invalidez Otros
	Grupo	
Colectivo		
Seguro de Vida Flexibles y Universales	Suma Asegurada y Componente de Ahorro (Aportaciones Adicionales)	
	Prima Constante	
	Prima Decreciente	

La principal diferencia entre estas ramas es que en los productos tradicionales, la compañía aseguradora asume el riesgo financiero, es decir, se compromete a pagar la suma asegurada estipulada en el contrato de seguro sin importar el escenario financiero que se presente durante el plazo de cobertura. Los productos flexibles, contrario a los tradicionales sólo absorben el riesgo de cobertura y dejan al contratante el riesgo financiero, como una casa de bolsa.

El seguro de vida está compuesto de una cobertura básica y otras adicionales, si así lo desea.

1.5.1 Definición de los Seguros de Vida Tradicionales

- **Seguro de Vida Individual:** Es el contrato de seguro realizado por una persona física y la compañía de seguros, mediante el pago de la prima correspondiente, asumiendo el riesgo por fallecimiento esta última, durante el periodo pactado, con apego Art. 1 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- **Seguro de Vida Grupo:** La cobertura del Seguro de Grupo, por definición, se encuentra supeditada a la existencia de una relación laboral entre el asegurado como empleado y el contratante, ya sea como patrón o bien como sindicato o unión de trabajadores, art. 2 Reglamento del Seguro de Grupo.
- **Seguro de Vida Colectivo:** El Seguro Colectivo si bien, en ocasiones se contrata para satisfacer prestaciones de tipo laboral, también da cabida a productos diseñados con fines distintos, ofreciendo cobertura a individuos que no necesariamente se encuentran vinculados entre sí por una relación laboral. En el Seguro de Grupo la colectividad asegurada no requiere de examen médico obligatorio, art. 191° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

1.5.2 Coberturas Básicas

Ordinario de vida, vida entera o vitalicio: Dura mientras el asegurado se encuentre con vida y el pago de las primas se mantienen hasta el fallecimiento del asegurado.

Temporal: Es contratado por un plazo, en el cual si el asegurado fallece, la aseguradora tiene la obligación de pagar la suma asegurada, en caso de que no fallezca dentro de dicho plazo, queda cancelado el seguro.

Total puro: Este seguro se paga sólo si el asegurado sobrevive al plazo contratado.

Total mixto: En este tipo de seguro la suma asegurada es entregada al asegurado – en vida – si sobrevive el plazo contratado, o bien, es entregada a los beneficiarios en caso de que fallezca durante la vigencia de la póliza.

Vida pagos limitados: Es un plan vitalicio, que dura mientras esté con vida el asegurado, sólo que las primas correspondientes se pagan durante un periodo determinado de años.

Flexible o universal: Esta modalidad consiste en la combinación de un proceso de capitalización (sin aseguramiento) con un seguro temporal renovable. Lo anterior tiene como finalidad incrementar la protección del seguro o autofinanciar la prima de éste, siempre y cuando las tasas de interés se mantengan en un determinado nivel.

1.5.3 Coberturas Adicionales

El seguro de vida tiene la finalidad, en términos generales, de proteger económicamente a los beneficiarios en caso de que el asegurado fallezca dentro del periodo de cobertura comprendido por el seguro, sin embargo la muerte es un fenómeno tan completo que involucra circunstancias ajenas al proceso natural de envejecimiento que pueden acelerar este proceso, tales como :

- ? Accidentes
- ? Invalidez
- ? Enfermedades Graves

Muerte Accidental: La Compañía pagará a los Beneficiarios designados, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si derivado de una causa externa Súbito y Violento se produce la muerte o lesión del asegurado. Queda considerado dentro del caso, el fallecimiento que ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del evento.

Pérdidas Orgánicas: La Compañía pagará el porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada contratada para este beneficio, de acuerdo a la tabla de indemnizaciones, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, sufre pérdidas orgánicas.

Invalidez Total y Permanente: Si durante la vigencia de esta cobertura y antes del aniversario de la póliza, el Asegurado se viera invalidado total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad, aseguradora pagará la Suma Asegurada contratada de este beneficio, (Transcurrido un período de espera de 6 ó 9 meses contados desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente).

También se considerará invalidez total y permanente:

- ? La pérdida de la función de la vista de ambos ojos
- ? La pérdida de ambas manos o de ambos pies
- ? La pérdida de una mano y un pie
- ? La pérdida de una mano y la vista de un ojo
- ? La pérdida de un pie y la vista de un ojo

En estos casos no aplicará el período de espera.

Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente: Si durante la vigencia de esta cobertura y antes del aniversario de la póliza, el Asegurado se viera invalidado total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad, la Compañía lo eximirá del pago de primas, para el beneficio básico, a partir de la prima que venza después de la fecha en que se haya diagnosticado su estado de invalidez total y permanente.

Otros: Enfermedad Terminal Se considera que una enfermedad es terminal cuando ésta sea incurable y lleve irremediamente a la muerte y no exista para esta enfermedad tratamiento médico o procedimiento quirúrgico – curativo, no paliativo que permita una supervivencia mayor a 365 días.

Otros elementos que integran el seguro de vida y sobre los cuales se debe de poner especial atención son:

Valores garantizados: Son los diferentes usos que se le da a la cantidad a la que tiene derecho el asegurado, y que se origina de una parte de las primas pagadas por éste, las cuales han sido reservadas por la compañía aseguradora para hacer frente a los siniestros que se le presenten. Este derecho aplica cuando se contratan planes con un plazo mayor o igual a 10 años, si después de cubrir tres anualidades – en algunos planes dos – consecutivas de primas no se puede o desea continuar realizando el pago de primas.

Estos valores son:

- **Rescate.** El asegurado recibe un porcentaje de la reserva matemática, cancelándose el seguro en forma automática.
- **Seguro saldado.** Se suspende el pago de primas y el seguro continúa en vigor hasta el final del plazo contratado originalmente, pero con una suma asegurada menor.

- **Seguro prorrogado.** Se suspende el pago de primas y el seguro continúa en vigor por la suma asegurada contratada originalmente, pero con un plazo menor.

Valores no garantizados

Dividendos. Es la participación del asegurado en las utilidades – valores no garantizados – que provienen de la compañía aseguradora, generalmente a partir del tercer año, cuando ésta tiene baja siniestralidad de su cartera, altos rendimientos producto de la inversión de la reserva o reducción de gastos administrativos en la operación.

Los dividendos pueden ser utilizados por el asegurado para aumentar la suma asegurada, reducir el pago de la prima, cobrarlos en efectivo o como prima para un seguro adicional.

Existen diferentes nombres comerciales que cada compañía de seguros le da a los productos y servicios que ofrece, por eso es importante contar con la asesoría de un agente profesional de seguros, quien tiene la obligación de asesorar y tomar en cuenta las necesidades del asegurado o futuro asegurado, para ofrecerle el plan que mejor se adapte a sus necesidades.

1.6 Historia del Reaseguro de Vida

Se desconoce exactamente cuando los suscriptores procuraron por primera vez reasegurar los riesgos que habían aceptado. Es de suponer que los primeros suscriptores limitaban los riesgos que suscribían a cantidades que podían cubrir ellos mismos, y por lo tanto, no necesitaban el reaseguro. El procedimiento del coaseguro, tanto en los seguros marítimos como en el seguro de incendios, mediante el cual cierto número de suscriptores cubren cada uno, directamente, cierta parte del riesgo que sería demasiado grande para un suscriptor solamente².

Los orígenes del reaseguro de vida, se sitúan en Gran Bretaña, y se deben al aumento de la demanda de seguros de vida y la creación, en consecuencia, de nuevas compañías de seguros de vida, surgidas en la primera mitad del siglo XIX. Sin embargo, las primeras épocas estuvieron plagadas de gran número de dificultades y disputas variadas que pueden atribuirse a cierto número de causas, a veces, el comportamiento dejaba mucho que desear; por ejemplo, las compañías aseguradoras no revelaban siempre las retenciones ni tan siquiera retenían por su cuenta una parte del riesgo, además, los reaseguros no eran cancelados siempre al mismo tiempo que la póliza, también surgieron problemas debido a las variaciones en las tarifas de las primas y condiciones de las pólizas entre las distintas compañías.

Debido a estas dificultades, 17 compañías escocesas de seguros de vida firmaron en 1849 un convenio o pacto que regulaba las actividades del

² Las primeras compañías de seguros de incendios fijaban los límites de las sumas que aceptaban asegurar. Cuando la Sun Insurance Office comenzó, por primera vez, a suscribir seguros de incendios en 1710, limitó la cobertura máxima aceptada a 1,000 libras esterlinas, distribuidas así: 500 sobre la casa o edificio y 500 sobre las mercaderías.

reaseguro para crear algunos procedimientos normalizados que fueran aceptados por empresas del ramo. En aquel momento, los reaseguros de vida, eran contratados sólo de forma facultativa y el pacto incluía entre otros aspectos las tarifas de las primas, retenciones y rescates. En 1873 se concluyó un acuerdo adicional que abarcaba retenciones, primas extraordinarias y escalas de comisiones; el acuerdo fue revisado nuevamente para tratar de ampliar los rescates.

En 1900, 46 compañías de seguros de vida británicas firmaron un pacto semejante al escocés, este pacto, denominado Acuerdo sobre el Reaseguro Facultativo de Vida, firmado en 1900, todavía en vigor, regula los procedimientos de los reaseguros de vida contratados de manera facultativa.

En los países europeos, el desarrollo de los reaseguros tuvo lugar con cierta anterioridad. Las compañías profesionales de reaseguro aceptaron algunos contratos a partir de la década de 1850-1860, aunque entre, 1865 y 1880, únicamente la Swiss Reinsurance Company contrataba estos negocios.

1.7 Definición de Reaseguro

El reaseguro es la transferencia de una parte del riesgo que las compañías aseguradoras asumen por medio de un contrato de seguros o una provisión legal a favor de algún asegurado, a un segundo corredor de seguros, el reasegurador, el cual no tiene ninguna relación contractual con el asegurado.

Desde el punto de vista legal, el reaseguro está regulado en nuestro país por la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), definido en el artículo 10, segundo párrafo, como un contrato en virtud del cual una empresa de seguros toma a su cargo total o parcialmente un riesgo ya cubierto por otra o el remanente de daños que exceda de la cantidad asegurada por el asegurador directo.

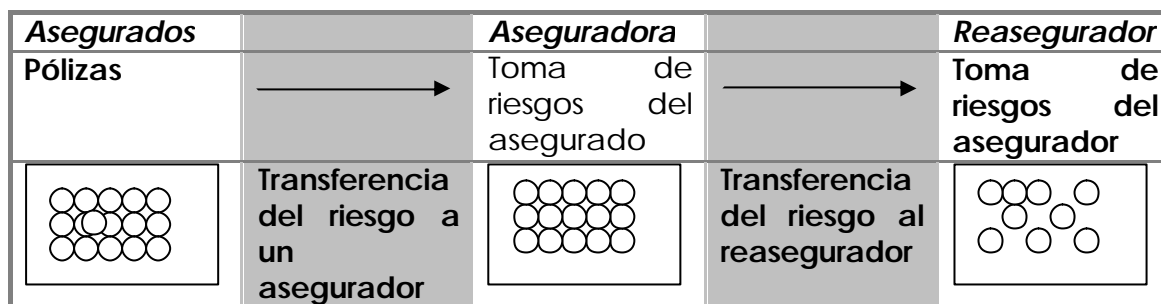
La misma LGISMS, en el artículo 37 establece que las compañías aseguradoras deben diversificar las responsabilidades que asuman al realizar las operaciones de seguros y reaseguro, buscando la consecución de los siguientes objetivos:

Contar con la seguridad de sus operaciones, la diversificación técnica de los riesgos, el aprovechamiento de la capacidad de retención, el desarrollo de políticas adecuadas para la cesión del reaseguro interno y externo, o la conveniencia de dispersar los riesgos que por su naturaleza catastrófica pueda provocar una inadecuada acumulación de responsabilidades y afectar la estabilidad del sistema asegurador y su solvencia.

1.8 La naturaleza y Funciones del Reaseguro

Principalmente, los aseguradores necesitan el reaseguro para:

- Limitar (tanto como sea posible) fluctuaciones anuales en las pérdidas que el debe sostener por su propia cuenta, y
- Estar protegido en caso de catástrofe



El reaseguro, es pues, el seguro para los aseguradores. El reaseguro permite a las compañías aseguradoras ser libres de una parte del riesgo que excede su capacidad de suscripción, o riesgos en los cuales, por una razón o por otra, no desean sostenerse solos. Como los clientes de las reaseguradoras son o compañías aseguradoras u otros reaseguradores, las compañías reaseguradoras en el pasado no tenían contacto con el público. Por operar en gran parte en su "posición oculta", el reaseguro adquirió el aura de ciencia arcana. Si el público a la larga mostraba interés en la función y problemas del reaseguro, era usual porque alguna compañía de reaseguro se encontraba en dificultad o porque tenía que pagar una larga lista de reclamos en la estela de desastres naturales. Esto ha cambiado: hoy, las compañías de reaseguro, también participan en diálogo con el público.

Las compañías aseguradoras encontraron alivio en gran parte de los riesgos individuales cediendo individualmente en la forma de reaseguro facultativo³. Sin embargo, portafolios enteros contienen –por ejemplo- todas las pólizas del asegurador directo de incendios o marítimas que son objeto de reaseguro. Ese portafolio de asegurados está cubierto por acuerdos, también llamados tratados de reaseguro obligatorio.

Los portafolios de asegurados pueden estar estructurados muy diferente. Para ser considerados homogéneos (o balanceados), un portafolio de asegurados debe incluir muchos riesgos similares y equivalentes. De esta manera, las pérdidas serán balanceadas colectivamente, principalmente para que el asegurador directo necesite muy poco o ningún reaseguro. Si ese portafolio incluye suficientes riesgos individuales, la Ley de los grandes números se aplicaría, significando que el radio de pérdida (o radio de reclamaciones), es decir, la relación entre las pérdidas y las primas, debería de fluctuar muy poco de año a año.

1.9 Reaseguradores Profesionales

El reaseguro también, en su forma moderna, fue producto de la industrialización ya que produjo mucho más concentración del valor, incitando a las compañías aseguradoras a demandar aun más coberturas de reaseguro. Tratados de reaseguro, que proveyeron cubrir portafolios (grupos de riesgos), tomó el lugar del riesgo individual, forma facultativa que había sido la costumbre en esa época.

³ Ver capítulo III

Otro incendio catastrófico en Hamburgo de 1852 dio un impulso inmediato para fundar la Compañía de Reaseguro Cologne, la primera compañía profesional de reaseguro. Las reservas que se tenían localmente en el Fondo para Incendios de Hamburgo, sólo 500 000 marcos, no fueron ni cercanamente suficientes para cubrir la pérdida de 18 millones de marcos. Así, como resultado de este evento, los aseguradores finalmente direccionaron la necesidad de distribuir portafolios enteros de pólizas a través de varios portadores de riesgos.

Aunque al principio los reaseguros eran intercambiados entre los aseguradores que a veces, competían en los mismos mercados, la Compañía Reaseguradora Cologne fue la primera de una larga fila de compañías reaseguradoras que fueron fundadas, que se enumeran a continuación:

- Aachen Re en 1853;
- Frankfurt Re en 1857;
- Swiss Reinsurance Company en 1863 y
- Munich Reinsurance Company en 1880.

La fundación de estas compañías especialistas en reaseguro fue de gran importancia para las operaciones de seguros y el nuevo desarrollo de la industria. Bajo el arreglo del coaseguro usado hasta ese entonces, la participación en la misma póliza por varios aseguradores quería decir que cada uno conocía la suscripción del otro, una situación que propiciaba una competencia injusta en la práctica: el reasegurador eliminaba esta desventaja. Adicionalmente, la especialización permitía nuevas formas del desarrollo del reaseguro, mientras la actividad global de los reaseguradores no solo permitía que el riesgo se extendiera más eficientemente, sino también desarrollaría experiencia internacional. Esto mejoraría la protección ofrecida por el reasegurador y contribuían indirectamente a mejorar las condiciones que les ofrecían los aseguradores a sus clientes.

El siglo XX, también, vio fundar numerosas compañías reaseguradoras en muchos países. Adicionalmente, las compañías aseguradoras habían intensificado sus actividades de reaseguro. Hoy, Standard & Poor's⁴ lista aproximadamente a 200 reaseguradores profesionales en el mundo, adicionalmente, un gran número de compañías aseguradoras también suscriben negocios de reaseguro.

1.10 La base del reaseguro moderno: La ley de los grandes números

Para establecer el costo del seguro, los aseguradores deben de poder predecir las pérdidas futuras. Sin embargo, para cualquier individuo, es imposible predecir el momento exacto en que la tragedia ocurrirá o el exceso de pérdida que esta tragedia causará. Así los aseguradores consideraron a sus clientes como grupos grandes, y asumieron que cada uno estaba expuesto a un mismo riesgo, y que cada pérdida era un evento separado.

⁴ Agencia encargada de medir la capacidad financiera de las empresas a nivel global.

En estos casos, si era más grande el grupo, el promedio de pérdida era aproximado a un valor definitivo. Este resultado es descrito como la Ley de los Grandes Números, descubierta por Jakob Bernoulli alrededor de 1700.

Gracias a esta Ley, los aseguradores pueden predecir la pérdida total anual que esperan para un grupo mucho más exacta que la de un solo individuo. Las pérdidas proyectadas son distribuidas a través de todos los asegurados y así se determinan las primas.

Hoy, los aseguradores hacen uso extensivo de las estadísticas para calcular la pérdida esperada y distribuirla entre las primas individuales. Las estadísticas siempre han estado basadas en el pasado, pero las leyes de probabilidad hacen posible aplicar estos datos al presente y predecir futuras tendencias. Aunque la teoría de la probabilidad está muy desarrollada, obviamente hay diferencias entre la predicción y la realidad: esto es conocido como suscripción de riesgo. Es por ello que se necesita el reaseguro.

1.11 Principales Reaseguradores

La siguiente tabla presenta una vista de las diez compañías más grandes de reaseguro en el mundo, listadas de acuerdo a su volumen de primas netas de reaseguro suscritas en 2007

Reasegurador	Primas Netas de Reaseguro*
1. Munich Re	28,064.6
2. Swiss Re	27,733.2
3. Hannover Re	10,637.2
4. Reinsurance Group of America	4,909.0
5. Transatlantic Holdings	3,952.9
6. Partner Re	3,757.1
7. XL Re	2,110.9
8. Odyssey Re	2,090.0
9. Axis Capital	1,537.1
10. ACE Tempest Re	1,197.0

*Primas en millones de euros según Standard & Poor's

Las cuatro principales reaseguradoras tienen compartido el mercado con un monto del 35% de los negocios de reaseguro. Los sindicatos en Londres se han conjuntado en la Corporación de Lloyd's con sus más de trescientos años de historia, ambos operan en el mercado como compañías aseguradoras y reaseguradores. Aquí, las coberturas de reaseguro son compradas en un sistema de cambio similar al de la bolsa de valores. Lloyd's ha establecido una particular reputación para el seguro marítimo y la cobertura de riesgos inusuales. Para riesgos especiales como lo son los de aviación o energía nuclear, los pooles fueron creados.

En adición a los reaseguradores profesionales, un número muy grande de compañías aseguradoras suscriben negocios de reaseguro, tanto en su propia área de reaseguro o a través de intermediarios de reaseguro.

Los corredores de reaseguro actúan como intermediarios con coberturas de reaseguro. Ellos juegan un especial rol en el mercado de habla inglesa.

1.12 Compradores de Reaseguro

Los compradores más importantes de reaseguro son las compañías aseguradoras. Al estudiar las retenciones⁵, vemos que el tamaño de cualquier siniestro o acumulación de siniestros derivados de un solo acontecimiento que una compañía de seguros puede retener por su cuenta, suele aumentar en forma directamente proporcional:

- a) El volumen y distribución de las pólizas suscritas, y
- b) A la cifra de sus reservas comparada con la de las primas suscritas

Por lo tanto, cuanto más repartido esté el negocio de seguros en un país entre muchas compañías pequeñas y nuevas, mayor suele ser la demanda de reaseguro en el mercado.

La función del reaseguro se puede resumir de la siguiente manera:

- **Protección:** El asegurador adquiere el reaseguro para protegerse contra el riesgo de pérdida que podría originarle graves dificultades financieras e incluso insolvencia. El reaseguro reduce la probabilidad de ruina del asegurador, determinando la cantidad de protección que necesita para reducir la pérdida a límites tolerables.
- **Financiamiento:** El reaseguro permite a las compañías aumentar sus negocios a ritmo acelerado, lo que no sería posible sin un aumento de capital, por el establecimiento de reservas que cubran los riesgos en curso derivados de las pólizas de seguro en una cantidad proporcional a las primas netas suscritas. Aporta una ayuda a la reserva en riesgos en curso.
- **Capacidad y Flexibilidad de Suscripción:** Permite al asegurador ampliar su mercado potencial y captar mayor número de negocios.
- **Técnica y Administrativa:** Las compañías reaseguradoras ofrecen una gama de servicios a las compañías aseguradoras, además de suministrar asesoría sobre la planificación de los programas de reaseguro. Estos servicios abarcan desde asesoría en el peritaje de siniestros importantes hasta la creación de procedimientos contables, pago de siniestros, suscripción de pólizas y la formación y capacitación del personal que las compañías de seguros contratan al establecerse.

1.13 Beneficios del Reaseguro

El reasegurador le añade valor en muchas formas al servicio que las compañías aseguradoras proveen a sus clientes.

- El reasegurador reduce la probabilidad de la ruina del asegurador directo asumiendo sus riesgos catastróficos.
- El hace que la hoja de balance del asegurador sea estable tomando una parte del riesgo de una fluctuación variable, cambios en el riesgo o riesgo del error.

⁵ Es el importe que la compañía puede y quiere poner en juego por cuenta propia, en la suscripción de cada negocio o de un conjunto de riesgos.

- El mejora el balance del portafolio del asegurador directo cubriendo grandes sumas aseguradas y grandes riesgos expuestos.
- El aumenta la capacidad de suscripción del asegurador directo aceptando una parte proporcional del riesgo y proveyendo parte de las reservas necesarias.
- El aumenta el monto del capital efectivo disponible del asegurador directo haciéndolo libre y no sentirse atado para cubrir riesgos.
- El incrementa la efectividad de las operaciones del asegurador directo proveyendo muchas clases de servicio, por ejemplo:
 - Compilando y presentando datos de suscripción de fuentes alrededor del mundo;
 - Asesorando y evaluando riesgos especiales;
 - Ofreciendo consulta en prevención de pérdidas;
 - Proveyendo soporte para los ajustes en pérdidas;
 - Entrenando a miembros de la compañía cedente; y
 - Ayudando a las compañías cedentes a invertir en su capital, para reclutar personal gerencial, encontrar socios de negocios, etc.
- A través del negocio facultativo, el:
 - Reduce sus compromisos de una larga lista de riesgos individuales, tales como fábricas de carros o tiendas departamentales;
 - Se protege a si mismo contra los seguros de responsabilidad civil, quienes por su duración no se pueden estimar apropiadamente antes de que la pérdida ocurra, tal como el caso de seguros de responsabilidad civil en productos farmacéuticos.
- A través de los negocios no proporcionales, el:
 - Recibe cobertura de riesgos catastróficos tales como, granizadas, tornados, temblores y deslaves, así como también accidentes de aviación y marítimos.
- A través de los negocios proporcionales, el;
 - Encuentra protección contra desviaciones muy grandes en la experiencia de portafolios completos (riesgos o fluctuaciones cambiantes, cambios en los riesgos debido a ciclos económicos, nuevas leyes o regulaciones, o cambios sociales)
- A través del reaseguro financiero, el:
 - Procura cubrir la dificultad de asegurar o riesgos asegurables con riesgos al margen o portafolios en orden de que tengan garantía tanto de liquides como de utilidad. La mayoría de las reclamaciones en las cuales se incurre son balanceadas a mediano o largo plazo por el asegurador y el reasegurador.

1.14 Consecuencias del Reaseguro

Principalmente, por lo tanto, el reasegurador ofrece riesgos de alta exposición, riesgos catastróficos y otros distintos riesgos. La tarea de la compañía reaseguradora es brindar al cliente la cobertura que el necesita (tan cercana como se pueda), y al mismo tiempo estructurar y salvaguardar su propio portafolio para lograr un balance – y tener una ganancia haciéndolo.

El reasegurador entonces busca el balance de su portafolio esparciendo sus actividades por distintos países y a través de todas las ramas del seguro.

El mantiene una baja la probabilidad de ruina de la siguiente manera:

- Control sobre la exposición y la acumulación juntas con una conveniente política de aceptación y suscripción.
- Manteniendo relaciones a largo plazo con los clientes,
- Suscribiendo, cuando sea posible, porciones más balanceadas de los negocios de las compañías aseguradoras
- Reaseguro adicional (Retrocesión) para aquellos riesgos que exceden su propia capacidad

Por lo antes expuesto debemos de tener presente que el reaseguro es una parte muy importante dentro de las compañías aseguradoras ya que además de proveer una diversificación del riesgo amplía la capacidad de la compañía aseguradora para poder aceptar mayores riesgos y esto conlleva a establecer las distintas formas de reaseguro con las que se trabaja en las compañías aseguradoras; las cuales se profundizarán en el siguiente capítulo.

Capítulo II

Métodos de Reaseguro y Tipos de Contratos

En este capítulo se profundizará en las distintas formas en que se puede operar el reaseguro y a qué carteras se pueden aplicar estas formas, aunque cabe aclarar que el reaseguro es tan flexible que se puede combinar de tantas maneras como carteras existan.

Como se trato en el capítulo anterior podemos definir el reaseguro como la transferencia de una parte de los riesgos que una compañía aseguradora (compañía cedente) asume frente a los asegurados, mediante contratos o por disposiciones legales, a un segundo asegurador (compañía reaseguradora), que no tiene relación contractual con el asegurado.

2.1 Métodos de Reaseguro

Como en todos los ramos, el reaseguro de vida tiene que adaptarse a las características de la cobertura y a las necesidades de las compañías de seguro directo.

En el reaseguro de vida se conocen dos sistemas fundamentales: El sistema llamado "A Prima Original" y el sistema denominado "A Prima de Riesgo".

2.1.1 El Reaseguro a Prima Original

Este procedimiento opera para el reaseguro cuota-parte, excedentes o mixto, como se explicará más adelante, pero se debe de tener presentes dos factores: el primero es que desde el primer año (salvo los casos de seguros temporales a un año) se constituye una reserva creciente año tras año, y el segundo es que el costo de adquisición de una póliza de vida para el primer año es elevado, constituyendo un alto porcentaje de la prima. Los dos aspectos influyen en el reaseguro.

En lo referente al primer punto, el reasegurador cualquiera que sea el tipo de reaseguro con que opera con su reasegurado (compañía cedente) irá constituyendo la *reserva igual que la cedente*, pero por la parte reasegurada ésa seguirá la suerte de las condiciones de la póliza (préstamo, rescate, seguro saldado o prorrogado).

En otras palabras, el reasegurador intervendrá en toda la operación prevista por las condiciones de la póliza, por la parte reasegurada. El manejo de dicha reserva seguirá las leyes del país de origen así como los intereses sobre la misma, en caso de que así sea.

En lo referente al segundo punto, los contratos prevén comisiones de reaseguro durante los años en que estará en vigor la póliza (también la cedente tiene esa obligación para con sus agentes); considerando que se cede una parte de la prima original al reasegurador, la cual contiene también una parte de prima de riesgo (originada de la q_x de la tabla de mortalidad, la cual prevé también una diferencia entre mortalidad esperada y ocurrida, lo

que genera la utilidad por mortalidad favorable) la comisión de primer año iguala a la prima cedida y, en muchas ocasiones, es superior a la misma; para el segundo año se fija por ejemplo, una comisión igual al 30% de la prima; el tercero y cuarto años una comisión equivalente al 20% de la prima cedida y a partir del quinto año y hasta que el asegurado pague la prima pactada, un 5-10% de la misma.

Si se trata de seguros de grupo el procedimiento no cambia, pero este tipo de reaseguro, generalmente no se usa para agrupaciones.

2.1.2 El Reaseguro a Prima de Riesgo

Este tipo de reaseguro proporciona cobertura solamente por *el riesgo de muerte* y éste decrece cada año como se verá en seguida:

Para una póliza de seguro de vida se define como:

- Cantidad en Riesgo: La suma asegurada
- Cantidad Neta en Riesgo: La suma asegurada disminuida, cada año, de la reserva Terminal correspondiente; y el reasegurador cubrirá, cada año, solamente *cantidades netas en riesgo reaseguradas* (cantidad nominal reasegurada menos la reserva Terminal correspondiente a cada año).

A diferencia del caso anteriormente descrito, ahora, la prima original y la reserva de la póliza no se consideran, en este caso antes expuesto, se opera como sigue:

- Se define la retención de la cedente según los bloques de edades y coeficientes de mortalidad
- Se escoge una tabla de mortalidad, cuyas primas de riesgo (q_x) sean aptas para la operación.
- Cada cantidad que rebase la retención, se cede al reasegurador dentro de los límites automáticos previstos por el contrato y se denomina cantidad en riesgo reasegurada.
- Se calcularán *las cantidades netas en riesgo reaseguradas cada año* y por un período de cinco o diez años registrándolas en un cuadro que constituirá la cesión de reaseguro.
- Estas cantidades netas en riesgo (decrecientes cada año) se multiplicarán por el valor de la q_x escogida, según la edad alcanzada y también por el porcentaje adicional de mortalidad de ser registrado.
- Se establecerá una comisión de reaseguro sobre las primas de los beneficios adicionales y reasegurados.

A continuación se proporciona un ejemplo para una póliza con los siguientes datos: Edad 30 años, Plan Dotal 20, Suma asegurada \$100,000 beneficio de doble indemnización por Accidente cuya prima anual es de \$250, Retención \$50,000, prima sobre el beneficio \$125, comisiones de reaseguro sobre el beneficio primer año 80% años siguientes 40%.

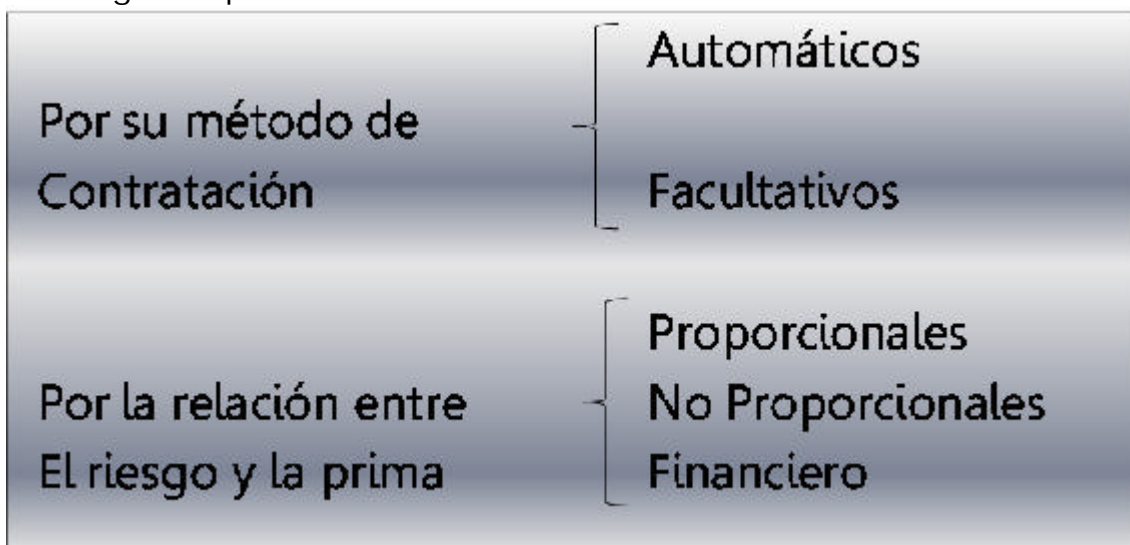
Edad	Reserva Terminal %	Cantidad Neta en Riesgo	Prima Reaseguro Vida	Prima Doble Indemnización	Total	q_x
30	0	50000	0	25	25	.88
31	20	49000	49	59	99	1.0
32	30	46000	48.30	50	98.30	1.05
33	42	43000	47.30	50	97.30	1.10
34	55	39000	46.02	50	96.02	1.18

La prima de reaseguro por el beneficio de DI está calculada, todos los años, sobre la cantidad de 50,000 porque en este caso la cantidad en riesgo es constante.

- a) Seguros Temporales: La aplicación de este tipo de reaseguro a los seguros que garantizan solamente el riesgo de muerte, puede simplificarse considerando como cantidad neta en riesgo reasegurada la cantidad en riesgo nominal reasegurada, es decir, haciendo caso omiso de la deducción de la reserva terminal en virtud de las características de la mencionada reserva (empieza y termina en cero).
- b) Seguros de Grupo: A veces en los seguros del tipo mencionado, se registran sumas aseguradas superiores al promedio y se requiere reaseguro; de recurrir a este tipo, se procederá como está indicado en los seguros individuales y se le tratará como *un certificado reasegurado* y no de una *póliza reasegurada*. En general se usa una tabla de mortalidad diferente de la que se adopta para los seguros individuales.
- c) Reserva de Reaseguro: También en este caso al final de un ciclo operativo, se calculará la reserva de reaseguro; tratándose de primas de riesgo, la mencionada reserva será equivalente a la parte de la prima no devengada al final del ciclo. Cabe hacer notar que la cedente no comparte sus reservas con el reasegurador sino son de su total retención, lo que la hará más sólida, bajo el punto de vista financiero.

2.2 Modalidades Contractuales de Reaseguro

El reaseguro se puede clasificar en diversas formas.



Estos a su vez se dividen en:



2.3 Contratos Proporcionales

2.3.1 Cuota-Parte

El reaseguro Cuota-Parte, es una forma de contrato bajo el cual la compañía cedente está obligada a ceder y el Reasegurador a aceptar una parte pre convenida de cada uno de los riesgos que asuma la primera.

Este método de Reaseguro es el más simple y sencillo de todos los que actualmente existen, ya que de antemano se establece la participación de la Cedente y el Reasegurador; es decir, que se aplicará un porcentaje fijo sobre las primas registradas y los siniestros ocurridos relativos a todas las pólizas que constituyen el objeto del contrato.

Uso, Ventajas y Desventajas

El uso de este método de reaseguro es particularmente indicado en los siguientes casos:

- Cuando una compañía empieza a trabajar en un ramo para el cual no existen estadísticas en el mercado, de este modo el Reasegurador la acompaña en la suscripción de todas las pólizas, pequeñas y grandes y comparten su suerte.
- Para simplificar los trabajos administrativos (y reducir gastos) en los ramos que tienen un gran volumen con sumas aseguradas relativamente uniformes o hechas homogéneas mediante un reaseguro de excedente.

- Cuando la Cedente ha perdido el control de la siniestralidad y no les es posible proceder a un saneamiento de la situación sin poner en peligro las relaciones con su organización de venta y con sus clientes: se convendrá entonces un Cuota Parte de reaseguro, cuyo porcentaje para reaseguro disminuye cada año.

Ventajas

- El asegurador comparte con el Reasegurador los resultados buenos o malos de algún nuevo ramo donde no haya experiencia, sin poner en peligro las relaciones de su organización.
- Se simplifican los trabajos Administrativos del Reaseguro.
- Facilidad para estimar consecuencias de disminuciones o aumentos de retención del Asegurador.

Desventajas

- No se puede variar la retención del Asegurador en riesgos muy expuestos a un siniestro.
- El Asegurador transfiere gran parte de riesgos que pudieran quedar a retención y por tanto de primas.

Ejemplo:

Existe la necesidad de contar con un contrato de reaseguro que cobre sumas aseguradas hasta de \$500,000.00. La aseguradora se está iniciando en un determinado ramo, y su cartera es pequeña; pero la piensa desarrollar en el mediano plazo. Su pleno de retención es de \$50,000.00, necesita una capacidad de reaseguro de \$450,000.00

Clase de Reaseguro Recomendada: Cuota Parte (10 – 90)
Nomenclatura: C.P. (X-Y)

X= % del Cuota Parte a cargo de la Aseguradora en sumas aseguradas, primas, comisiones y siniestros.

Y= % del Cuota Parte a cargo del (los) Reasegurador en sumas aseguradas, primas, comisiones y siniestros.

2.3.2 Contratos en Base de Excedentes

En esta clase de reaseguro la compañía Cedente no está obligada a ceder todos los riesgos que acepte de sus asegurados, pero sin embargo, si puede ceder sus propios excedentes. Excedente es el término aplicado al monto de cualquier riesgo que sobrepase la suma retenida por la Compañía Cedente para su propia cuenta.

Nomenclatura usual: 1 Exc. (YL), 2 Exc. (YL), 3 Exc. (YL), etc. En donde YL= Plenos de Retención o Número de Líneas

El contrato ordinario de excedentes es llamado comúnmente de Primer Excedente, lo que significa que los riesgos "Excedentes" deben alimentar al Primer Excedente, con prioridad que a ningún otro contrato. Los contratos subsecuentes son convenidos como segundos excedentes, recibiendo estos una parte del "Excedente" pero sólo después que el contrato de Primer Excedente haya recibido el monto completo al cual tiene derecho.

En este tipo de contratos, la Compañía Cedente tiene un límite de suscripción bastante grande y tiene un mejor aprovechamiento de sus negocios, ya que puede hacer una selección de los riesgos y retener la suma que a su juicio sea conveniente en cada uno de ellos y reasegurar el excedente.

El Reasegurador recibe la prima proporcional al riesgo que asume y pagará los eventuales siniestros en la misma proporción.

La primer diferencia que se observa en comparación al contrato Cuota Parte, es que mientras en este, se limita a la retención (línea o pleno) de la cedente en todos los casos a un porcentaje establecido bajo dicho convenio, en el contrato de excedentes, la cedente se reserva la libertad de retener la cantidad que guste en cada riesgo, cediendo el resto (excedente) a través del contrato.

Al optar por el sistema de Reaseguro en Excedentes la compañía tendrá que analizar a fondo sus negocios con el fin de encontrar la estructura más apropiada, se trata, ante todo de establecer "Tramos" o grupos de sumas cedidas que presenten una relación óptima entre primas y responsabilidades. Estos grupos o tramos forman contratos distintos razonablemente equilibrados, es decir, con alimento de primas más o menos importante con respecto a la responsabilidad del contrato. Cuanto más equilibrado sea el contrato más reducidas serán las fluctuaciones de la siniestralidad y, en consecuencia, mejores serán las condiciones de reaseguro.

La relación entre el alimento de primas y el compromiso máximo se llama en términos de reaseguro "equilibrio". Se hablará de un equilibrio excelente, de un equilibrio bueno o de un equilibrio poco satisfactorio. Existen incluso ciertas reglas empíricas para tales efectos, a saber:

- Un contrato de Primer Excedente deberá tener un equilibrio de 2:1 a por lo menos 1:1.
- Un contrato de Segundo Excedente presentará generalmente un equilibrio de 1:2.

Ventajas

- La compañía aseguradora tiene un mejor aprovechamiento de las primas.
- La aseguradora puede variar su retención dependiendo de las características del riesgo.
- La cedente conoce y controla mejor su cartera.
- Puede optimizar el límite de su retención homogeneizando los riesgos que absorbe por su propia cuenta.

Desventajas

- La administración se puede volver más costosa al tener que seleccionar cada riesgo.
- Podría incurrirse en que el Reasegurador tenga resultados diferentes si el contrato no guarda un equilibrio prima y responsabilidad.

Por ejemplo, tomemos un perfil de una cartera de vida individual y así podemos ver cómo aplicaría un contrato en base a excedentes:

Límites		Número de Pólizas	Edad Promedio	Suma Asegurada	
Inferior	Superior			en Riesgo	Promedio
-	5,000,000.00	321,794	42	155,045,675,972	481,817
5,000,000.00	10,000,000.00	1,096	45	3,660,905,151	3,340,242
10,000,000.00	15,000,000.00	161	47	865,610,281	5,376,461
15,000,000.00	20,000,000.00	48	48	368,743,958	7,682,166
20,000,000.00	25,000,000.00	18	44	134,314,365	7,461,909
25,000,000.00	30,000,000.00	8	52	83,680,810	10,460,101
30,000,000.00	35,000,000.00	5	60	66,142,276	13,228,455

Calculando la prima de reaseguro de acuerdo al perfil anterior, tenemos que:

Límites		Retención	Cesión	Qx (CNSF 60%)	Prima de
Inferior	Superior				Reaseguro
-	5,000,000.00	-	-	-	-
5,000,000.00	10,000,000.00	-	-	-	-
10,000,000.00	15,000,000.00	3,500,000.00	11,500,000	0.0031902	36,687.30
15,000,000.00	20,000,000.00	3,500,000.00	16,500,000	0.0034350	56,677.50
20,000,000.00	25,000,000.00	3,500,000.00	21,500,000	0.0025548	54,928.20
25,000,000.00	30,000,000.00	3,500,000.00	26,500,000	0.0046158	122,318.70
30,000,000.00	35,000,000.00	3,500,000.00	31,500,000	0.0083160	261,954.00

2.3.3 Contrato Facultativo Obligatorio

Mencionamos que por las características de los riesgos, en número y monto asegurado se podrá negociar un número de contratos excedentes, es recomendable que en un programa de reaseguro no se negocien más de dos.

Sin embargo en caso de presentarse que sobrepasen un número interesante en riesgos, sumas aseguradas considerables, se podrá contratar un contrato Facultativo Obligatorio cuyas características se detallan a continuación.

Nomenclatura usual: F.O. (Y.L), donde YL= Plenos de Retención o Número de Líneas.

Es una cobertura que tiene aspectos de Reaseguro Automático y Facultativo ya que mediante este convenio el Asegurador o compañía cedente no tiene la obligación de ceder al contrato; sino conserva la libertad de decidir qué negocios y en qué amplitud desea reasegurar.

El reasegurador en cambio se obliga a aceptar todas las cesiones dentro de los límites y condiciones fijadas en el contrato.

Es un contrato que también se maneja en base a líneas o plenos de retención.

Ventajas

- El asegurador o compañía cedente tiene un ahorro en el trabajo administrativo, al no tener que estar ofreciendo un número considerable de riesgos, que sobrepasen la capacidad de sus contratos excedentes en forma facultativa pura, riesgo por riesgo.
- El asegurador podría obtener mejores condiciones de reaseguro que en un convenio de reaseguro facultativo puro.

Desventajas

- Es un convenio desbalanceado, es decir, que mientras el límite de responsabilidad puede ser muy grande, el alimento de primas es bajo.

Un ejemplo de estos podría ser que la compañía aseguradora tenga un producto de riesgos preferentes el cual tiene las particularidades de que tiene sumas aseguradas elevadas pero tiene una selección de riesgos muy estricta, se podría ofrecer este tipo de producto al reasegurador para que tomará los riesgos en un esquema de exceso o un cuota parte si no se tiene experiencia en este tipo de producto.

2.3.4 Contrato Open Cover

A este contrato también se le denomina Cobertura Abierta y al igual que el Facultativo Obligatorio su límite es muy elevado y su desequilibrio es muy acentuado; el límite de responsabilidad no se establece en base a múltiplos de Retención de la Cedente (opera sin líneas) de tal suerte que independientemente del importe retenido la cedente puede llenar el contrato a su máxima capacidad.

El tipo de negocios que alimentan a este contrato son generalmente de alta peligrosidad y no necesariamente tuvieron que haber sido canalizados previamente por el programa de excedentes.

Dadas las características tan abiertas de este contrato, es difícil su obtención, no obstante, dependerá de la magnitud de la cartera, volumen de casos que justifiquen la creación del contrato y del buen manejo en la suscripción y administración de la empresa aseguradora.

Ventajas

- Todas las ventajas son para la compañía cedente.

2.3.5 Pool

Para entender este tipo de contrato debemos de tener en cuenta que un pool es la integración en un contrato de una serie de retenciones de aseguradores y/o reaseguradores, que permiten ampliar sus capacidades de suscripción y sus primas retenidas a nivel regional o nacional.

Existen a nivel internacional una serie de pooles regionales o nacionales, los cuales han sido ampliamente promovidos por la UNCTAD (Conferencia de las Naciones Unidas para el Comercio y Desarrollo).

La capacidad del contrato de reaseguro pool se compone de la suma de retenciones de las compañías miembros.

Cada compañía miembro participará en todos los negocios cedidos al pool con límite en su retención y de acuerdo a la modalidad de reaseguro adoptada, cuota parte o excedentes.

Los pooles de reaseguro se forman para:

1. La obtención de capacidad de reaseguro, cuando los mercados internacionales se encuentran cerrados.
2. Corregir un ramo específico, cuando dicho ramo de pérdidas constantes, se unifican entonces tarifas y condiciones al participar el mercado en todos los riesgos.
3. Aprovechar la retención nacional evitando así la salida de divisas del país.

Ejemplo:

Las compañías de un determinado mercado, se reúnen y otorgan cada una de ellas su pleno de retención a efecto de lograr la capacidad requerida.

Compañías	Retención
Compañía "A"	250,000.00
Compañía "B"	200,000.00
Compañía "C"	200,000.00
Compañía "D"	150,000.00
Compañía "E"	200,000.00
Total	1,000,000.00

La capacidad del pool queda entonces en \$1,000,000.00

2.3.5.1 Operación en Cuota Parte

Las compañías podrán suscribir negocio hasta \$1,000,000.00 y cederlo 100% al pool, donde cada una mantiene una responsabilidad determinada.

Supongamos que la Compañía "A" suscribe los siguientes riesgos:

Riesgo 1 Suma Asegurada \$1,000,000.00

Riesgo 2 Suma Asegurada \$ 700,000.00

Ambos riesgos son cedidos al pool y su distribución sería la siguiente:

Compañías	% Participación	Riesgo 1	Riesgo 2
Compañía "A"	25%	250,000.00	175,000.00
Compañía "B"	20%	200,000.00	140,000.00
Compañía "C"	20%	200,000.00	140,000.00
Compañía "D"	15%	150,000.00	105,000.00
Compañía "E"	20%	200,000.00	140,000.00
Total	100%	1,000,000.00	700,000.00

Característica fundamental: es un solo contrato y los participantes mantienen un porcentaje fijo en todos los riesgos.

2.3.5.2 Operación en Excedentes

Las compañías retienen primeramente y después ceden al pool, por ejemplo:

Compañía	Retención	Pool
Compañía "A"	250,000.00	750,000.00
Compañía "B"	200,000.00	800,000.00
Compañía "C"	200,000.00	800,000.00
Compañía "D"	150,000.00	850,000.00
Compañía "E"	200,000.00	800,000.00

Supongamos la suscripción y cesión al pool de los siguientes riesgos:

Riesgo 1. Compañía "D" suma asegurada \$950,000.00

Riesgo 2. Compañía "A" suma asegurada \$400,000.00

Riesgo 1

Compañía	Retención	Cesión	% Participación	Responsabilidad
Compañía "A"			31.25	250,000.00
Compañía "B"			25.00	200,000.00
Compañía "C"			25.00	200,000.00
Compañía "D"	150,000	800,000	*****	*****
Compañía "E"			18.75	150,000.00
Total			100%	800,000.00

Riesgo 2

Compañía	Retención	Cesión	% Participación	Responsabilidad
Compañía "A"	250,000	150,000	****	****
Compañía "B"			26.67	40,005.00
Compañía "C"			26.67	40,005.00
Compañía "D"			19.99	29,985.00
Compañía "E"			26.67	40,005.00
Total			100%	150,000.00

En estos ejemplos podemos notar dos aspectos fundamentales:

1. El porcentaje de participación de las compañías es diferentes, dependiendo de que compañía cede el riesgo.
2. El alimento de primas al pool es necesariamente menor al logrado en el Cuota Parte.

2.4 Contratos No Proporcionales

Se llama así porque como su nombre lo indica no existe ninguna proporcionalidad entre la prima cedida y el riesgo cedido; se denomina también *reaseguro de siniestro* porque limita la responsabilidad de la cedente hasta un máximo de siniestro que la misma pueda tomar a su cargo; en este caso, al cubrir el reasegurador el exceso de siniestro y hasta un cierto límite, la cedente corresponderá al reasegurador una cuota (costo) que se determina por medio de elementos estadísticos sin relación con los costos del asegurador.

En otras palabras, en el reaseguro de *exceso de siniestros* la cedente en lugar de establecer la cantidad máxima en sumas aseguradas a pagar por su

cuenta, fijará anticipadamente la *cantidad máxima que por concepto de siniestro(s) que puede pagar*, denominada **prioridad** por lo cual deberá pagar todos los siniestros hasta la prioridad dejando el sobrante lo pague el reasegurador, dentro de los límites que se fijen en el contrato.

Así como lo establecimos en el párrafo anterior, esta repartición de responsabilidades se formaliza fijando montos de prioridad y cobertura; siendo la prioridad el monto máximo de pérdida que corre a cargo de la Cedente y el remanente de la pérdida correrá a cargo del Reasegurador del Exceso de pérdida hasta por la cantidad fijada como Límite de Cobertura.

Otro concepto que se maneja son las **reinstalaciones**, tan pronto como un siniestro afecte al contrato, la cobertura otorgada por éste disminuirá y para mantener la cobertura al mismo nivel se puede *reinstalar* la cantidad disminuida previo pago de una prima adicional; a veces una o dos reinstalaciones se otorgan sin pago.

Los contratos no proporcionales encuentran su aplicación en los diferentes ramos del seguro y, en particular, ofrece la cobertura necesaria en el caso de acumulaciones de riesgos los que, a su vez, pueden originar acumulaciones de siniestros (catástrofes).

2.4.1 Exceso de pérdida por Riesgo (Cobertura Operativa ó Working Cover ó WX/L)

En este caso, por cada riesgo, el asegurador pagará la totalidad de las reclamaciones que se presenten durante cierto período (por ejemplo, un año vigencia) y hasta cierta cantidad (prioridad), y el excedente, de haberlo, lo solventará el reasegurador (hasta un cierto límite).

Esta clase de reaseguro se denomina también de *Pérdida Individual Acumulada ó Cobertura Operativa ó Exceso de Pérdida de Operación* y su finalidad es la de limitar la responsabilidad de la compañía cedente cuando se presente un siniestro el cual dañe en forma relevante algún riesgo; por lo que se logra evitar cualquier desviación correspondiente a la cartera que se requiere proteger.

2.4.1.1 Burning Cost

El cálculo de la cuota en un Working Cover se hace siguiendo un procedimiento denominado *Burning Cost*, para el cual se necesita:

- De la distribución de riesgos de un cierto ramo, el cual se desea aplicar el reaseguro bajo estudio, durante el ciclo operativo de la cedente.
- De la distribución de siniestros que hayan afectado a los riesgos de entre los cuales se encuentren los que correspondan al reaseguro (siniestros ocurridos); obviamente se deberá establecer la prioridad de la cedente.
- Del total de las primas que se requiere para proteger.
- Del *factor de ajuste (de recargo)* que se haya convenido.

El procedimiento del que se habló es el siguiente:

- Se considera el total de las primas, por ejemplo, el total de las primas de retención en el ramo de incendio, cuyo comportamiento se considera estable y se tiene usualmente una *cuota mínima* y una *máxima*.
- De la distribución de siniestros se determina el total de aquellos que hayan afectado al reasegurador.
- Se compara el monto de estos últimos con las primas, obteniéndose un porcentaje denominado *Burning Cost* o también *Pure Burning Cost*.
- Se multiplica este porcentaje por el factor de ajuste y el nuevo porcentaje se le llama *Loaded Burning Cost*, es decir, un *Burning Cost* pero con recargo.

De esto se desprende los siguientes casos:

- Que el porcentaje sea menor que la cuota mínima, entonces ésta será la cuota que multiplicada por la prima proporcionará el costo del reaseguro.
- Si al establecer una *prima mínima y de depósito* (la cual puede calcularse multiplicando la cuota mínima por la prima y aportando algún ajuste) ésta fuera mayor de la obtenida como se ha explicado, entonces esa *mínima y de depósito* será la que se tome en cuenta como costo de reaseguro.
- Si el porcentaje es mayor que la cuota mínima, pero inferior a la máxima; éste se multiplicara por la prima y el resultado final será el que corresponde al reasegurador; de haber liquidado la prima de depósito, entonces se hará el ajuste que proceda.
- Si el porcentaje es mayor que la cuota máxima, en este caso, esta última será la que se use para multiplicarla por la prima sujeta y se procederá como en el caso anterior para el ajuste. En este caso la operación de reaseguro originó *pérdida* al reasegurador.

Ejemplo del cálculo de la prima final en un WX/L

1. Prioridad de la cedente: 100,000
2. Cuotas: mínima 3%, máxima 10%. Factor de ajuste 100/25
3. Primas: \$2,500,000
4. Prima mínima y de depósito: \$75,000
5. Capacidad: \$300,000 arriba de la prioridad

Siniestros	Monto	Afectaron WX/L
1	125,000	25,000
2	60,000	0
3	150,000	50,000
4	85,500	0
5	200,000	100,000
6	103,000	3,000
7	109,000	9,000
8	45,000	0
Total	1,068,500	187,000

Siniestralidad de Reaseguro: $(187,000 / 2,500,000) = 7.48\%$

Cuota Ajustada: $7.48 = (100/80) = 9.35\%$

Prima Definitiva: $(9.35\%) * 2,500,000 = 233,750$

Ajuste de Prima: $233,750 - 75,000 = 158,750$ (Saldo a liquidar al reasegurador)

2.4.1.2 Burning Cost por Evento

El ejemplo anterior se refiere a la cobertura denominada también riesgo por riesgo; puede haber otra denominada *por evento* en la que tanto la prioridad como el límite del contrato se consideran *una sola vez, aunque sean afectados por varios siniestros*.

Tomando el ejemplo anterior, si con motivo de una colisión de autos, se presentan dos reclamaciones, una por \$50,000 y otra por \$125,000, el total reclamado por el evento alcanza la cantidad de \$175,000; la prioridad de la cedente es de \$100,00, por lo que quedará a cargo del reasegurador la cantidad de $\$175,000 - \$100,000 = \$75,000$.

Si se aplicará el procedimiento anterior, la situación que se presentaría sería la siguiente:

Primer siniestro: \$50,000 no afecta al reasegurador.

Segundo siniestro: 125,000 afecta al reasegurador en \$25,000

Esto indica que el burning cost por evento resulta menos favorable para la cedente, un análisis de la cartera de la cedente aconseja sobre qué camino seguir.

2.4.2 Exceso de pérdida por Evento

Sobre un conjunto de riesgos asegurados y que originen un cierto número de reclamaciones como consecuencia de la realización de un evento, el asegurador pagará hasta una cierta cantidad (fijada de antemano) y, el excedente, de haberlo, lo pagará el reasegurador.

Por esto, esta clase de reaseguro toma los nombres de: *Reaseguro de Catástrofe (Catastrophe Excess Reinsurance)*; *Reaseguro de Desastre (Disaster Reinsurance)* o *Cobertura de Choque (Shock Cover)*.

Se debe de tomar en cuenta que la misma causa del evento (huracán, temblor, inundación, explosiones, caída de aviones, etc.), origina una acumulación de siniestros superior a la retención máxima de la aseguradora.

Esta clase de reaseguro se encuentra también en la cartera de vida (individual, grupo y colectivo) de las aseguradoras.

2.4.2.1 Determinación del Costo

El reaseguro catastrófico es un medio de protección al asegurador contra una reducción significativa en sus recursos financieros debido a la acumulación de pérdidas por un solo evento y, al mismo tiempo, apto a reducir el potencial de la pérdida de una manera controlable; la determinación de su costo juega un papel muy importante en la operación.

Cada reasegurador tiene sus propios sistemas para determinar cuotas y primas, sin embargo, hay factores de carácter general que se toman en cuenta, como por ejemplo el grado de exposición y acumulación de los riesgos que se pretende cubrir, investigando si la cobertura solicitada está apoyada por otros reaseguros, ya sea proporcionales o de exceso de pérdida (denominados como primarios) y de qué manera, porque todo esto influye en: a) la reducción de la pérdida catastrófica (de ocurrir); b) las condiciones de mercado; c) el historial de los resultados de la cedente (utilidades o pérdidas durante varios años) y reputación de su manejo y de la situación financiera; d) la experiencia de la cedente en lo referente a manejo de contratos de reaseguro.

La prima que se otorgará será un porcentaje de la exposición del contrato, es decir, de la *cuota en línea* o también basada en el *pay back*.

Según las necesidades de la cedente y para facilitar al mismo tiempo la colocación de un contrato, pueden establecerse varios *excedentes* (capas sobre la prioridad de la cedente; así por ejemplo, podrían establecerse tres capas:

1° Capa	2,000,000.00	En exceso de	500,000.00
2° Capa	5,000,000.00	En exceso de	2,500,000.00
3° Capa	11,000,000.00	En exceso de	7,500,000.00

Nos referimos a un contrato de vida grupo para riesgos acumulados con exposiciones a terremoto, huracanes, inundaciones, etc. Con un prima estimada de retención de \$6,000,000.00 y con una retención máxima por riesgo de \$200,000.00 y una prioridad de 2.5 retenciones, es decir, \$500,000.00.

Habría por lo tanto que cotizar cada capa siguiendo lo indicado en el inciso 2).

Supóngase que los períodos de recuperación (PR) y las cuotas sobre el límite (CL) sean respectivamente:

Coberturas	PR	CL
1° Capa	5 años	1:5 = 20%
2° Capa	20 años	1:20 = 5%
3° Capa	50 años	1:50 = 2%

Multiplicando los límites de las tres capas por los porcentajes arriba indicados, se obtienen los costos correspondientes que son: 400,000.00; \$250,000.00 y \$220,000.00 respectivamente, un total de \$870,000.00.

La tasa promedio en línea se obtiene dividiendo el total registrado por el total de los límites, es decir, \$18,000,000.00 (máxima exposición del contrato), obteniéndose 4.83%, de lo que se obtiene, a su vez, un promedio de recuperación global de 20.70 años.

Considerando que la prima de retención se estableció en \$6,000,000.00, se obtendrán las cuotas definitivas calculadas sobre dicha prima, dividiendo los costos de cada capa por esta prima, lo que nos proporciona los siguientes porcentajes: 6.66 ($400,000.00/6,000,000.00$); 4.17 ($250,000.00/6,000,000.00$); 3.67 ($220,000.00/6,000,000.00$), es decir, 14.50% de cuota total.

Cuando se trata de terremoto, los períodos de recuperación dependen de la exposición de cada capa al evento, la que en general se mide calculando el porcentaje que representa la prioridad de los cúmulos que se protegen; obviamente es más largo el período de recuperación entre mayor sea el porcentaje mencionado.

Al estructurar un contrato catastrófico se debe definir el *tiempo* de una catástrofe, así por ejemplo, en el caso de temblores se *considera como un solo evento a todo aquello que ocurra en un plazo de 72 horas*; si se tratara de un contrato catastrófico para riesgos de vida, en lugar del tiempo, se toma en cuenta el número máximo de vidas que pagará la cedente en caso de accidente; dicho número variará de compañía en compañía según sus posibilidades; por encima de ese número operará el contrato.

2.4.3 Exceso de pérdida por Periodo

Esta forma de reaseguro puede definirse como sigue: De un conjunto de riesgos asegurados en un cierto ramo, el asegurador pagará el total de las reclamaciones durante un período determinado (año vigencia u otro), cualquiera que sea el monto de cada una y hasta una cierta cantidad determinada de antemano, y el reasegurador, el excedente (de haberlo) hasta una cierta cantidad.

Por medio de esta forma de reaseguro se protegen las fluctuaciones de la carga anual de la cedente en un determinado tipo de cobertura.

Se denomina *Reaseguro "Stop Loss"* en virtud de que *limita la pérdida de la cedente sobre el total de la cartera (en un cierto ramo)*; protege ampliamente a la cedente en el sentido de que dicha protección está directamente ligada a los resultados del año de la cedente; en otras palabras, permite a la cedente la formulación de su presupuesto anual al principio del período, conociendo de antemano la cantidad que por concepto de siniestralidad tiene que pagar durante el período.

De costumbre el *Stop Loss* se expresa en porcentaje de las primas que se quieren proteger; por ejemplo, la cobertura podría ser del 20% de las primas directas de la cedente y los siniestros correspondientes pueden crecer rápidamente, por lo que al límite anterior puede agregarse otro fijo o sea, el excedente que cubre el contrato nunca rebasará este último.

2.4.3.1 Lost-Rate y Loss-Ratio

Son dos expresiones que no encuentran una traducción literal al español y que se usan en este tipo de cobertura, significando respectivamente:

Loss-Rate se entiende la relación que hay entre siniestros, ocurridos en un cierto período y el total de la suma asegurada, cantidad que varía año tras año, según ocurran los siniestros; en este caso, el límite de responsabilidad del reasegurador se define como porcentaje entre la cuota y la prima, expresándose como fracción de la suma asegurada.

Loss-Ratio se entiende la relación que se da entre siniestros ocurridos y la prima del período, y se define como porción de la prima consumida por los siniestros expresándose el límite de responsabilidad del reasegurador como un porcentaje del ingreso anual de prima.

En general se usa este segundo concepto, sin embargo, el reaseguro *Stop Loss* puede referirse a cualquiera de las dos formas, habiendo una estrecha relación entre *Loss-Rate* y *Loss-Ratio*.

Usando los siguientes símbolos, referidos a un período, por ejemplo un año, y de un cierto ramo:

P	=	Ingreso anual de prima de cartera (en un cierto ramo);
S	=	Suma asegurada total de la cartera;
L	=	Total de las reclamaciones;
p	=	Prima promedio de la cartera;
l_1	=	Loss-Rate
l_2	=	Loss-Ratio

Se obtienen las siguientes relaciones:

$$l_1 = L / S;$$

$$l_2 = L / P;$$

$$p = P / S;$$

$$P = pS$$

De donde:

$$l_2 = L / P = L / pS = (1 / p) * l_1 = l_1 / p$$

es decir:

$$p = (l_1 / l_2) \text{ o, también : } l_1 = p * l_2$$

Las expresiones arriba registradas indican que la relación entre loss-rate y loss-ratio es igual a la prima promedio.

Para la cotización de esta clase de reaseguro se solicitan estadísticas de varios años; la diferencia para determinar la prioridad de la cedente usando uno u otro de los dos procedimientos es la siguiente:

- En el *Stop Loss* basado en el *Loss-Rate*, o sea, en sumas aseguradas, prioridad y prima de la cobertura se establecen como porcentaje del total de las sumas aseguradas, por lo que dicha prioridad varía en proporción de las sumas mencionadas, siendo independientemente de la prima y de la cuota promedio de la cartera.
- En el *Stop Loss* basado en el *Loss-Ratio*, la prioridad y el límite de responsabilidad se fijan como porcentaje del ingreso por primas que se cede a la cobertura. Por tanto, se requiere, por parte de la cedente, de un cálculo correcto de la prima (prima suficiente) porque de ser mal calculado este último, tendrá sus repercusiones negativas para el reasegurador.

2.5 Reaseguro Financiero

Con el dinamismo de los sectores económicos internacionales y como consecuencia de la falta de capacidad para la colocación de riesgos de suscripción en los mercados de seguros, se crearon nuevas modalidades de contratos de reaseguro, mediante los cuales las compañías de seguros empezaron a optimizar el rendimiento de sus capitales y de sus reservas.

Esta situación dio como resultado la aplicación de mecanismos de financiamiento de los siniestros con una mínima transferencia de los riesgos de suscripción. A estos mecanismos se les conoce hoy en día como operaciones de reaseguro financiero.

El origen de esta modalidad se remonta a finales de los 70's, donde profesionistas de diferentes gremios, descubrieron que con la ayuda del reaseguro, las compañías cedentes podían mejorar el manejo de sus reservas y de sus capitales.

Bajo esta perspectiva, surgió un gran número de contratos de reaseguro cuota-parte teniendo como meta principal los objetivos financieros y, como meta secundaria, la transferencia de los riesgos de suscripción.

La demanda de estas nuevas coberturas es alta debido a que existen riesgos que difícilmente pueden ser protegidos mediante el concepto tradicional de la comunidad de suerte, y en caso de ser cubiertos, los costos son muy altos.

En cambio, el aumento en la capacidad que ofrecen estas nuevas modalidades de reaseguro ejerce un efecto de abaratamiento sobre los precios atrayendo la atención de los diversos sectores internacionales, por lo que la cedente tiene la posibilidad de cubrir sus necesidades de transferencia de riesgos y de financiamiento.

En términos generales, el reaseguro financiero es un mecanismo destinado a financiar durante varios años, los siniestros ocurridos o los siniestros que muy

probablemente ocurrirán en el futuro, y que podrían afectar los resultados de las compañías cedentes.

Así, esta clase de contratos otorgan cierta seguridad a las aseguradoras, ya que protegen sus estados financieros, y por consiguiente su estabilidad económica, favoreciendo su incursión en diferentes campos de acción mediante la penetración de nuevos productos, situación que difícilmente se podría presentar con la aplicación del reaseguro tradicional.

2.5.1 Modalidades y Forma de Operación

Con el objeto de satisfacer las necesidades del mercado, las operaciones de reaseguro financiero se han clasificado en dos grandes grupos, atendiendo a los periodos de ocurrencia de los siniestros. De esta manera, existen las coberturas de reaseguro financiero prospectivo y las coberturas de reaseguro financiero retrospectivo.

2.5.1.1 Coberturas de Reaseguro Financiero Prospectivo

Como su nombre lo indica, estas coberturas se orientan a financiar la siniestralidad futura de las compañías cedentes y las más usadas se describen a continuación:

a) Contratos prospectivos de acumulaciones de Exceso de Pérdida (Prospective agrégate exceso of loss agreement)

Estos contratos se caracterizan por el pago de una prima anual de reaseguro, la cual es depositada por el reasegurador en un fondo que otorga productos financieros. Asimismo, el reasegurador establece el límite de la responsabilidad por medio de la negociación de un monto determinado el cual puede ser superior al saldo del fondo constituido.

Mediante estas coberturas, los siniestros futuros de la cedente que son reembolsados por el reasegurador financiero, son financiados en los años subsecuentes. Bajo esta perspectiva, esta operación también se conoce como cobertura de dispersión de siniestros (spread loss cover) y su principal objetivo es propiciar la administración de cash flow, así como el suavizar los ingresos a través de un determinado número de años.

Estos contratos generalmente cubren las responsabilidades futuras de la cedente relativas a los siniestros que pueden presentar largas "colas", como en los seguros de responsabilidad civil, que pueden abarcar periodos de 5 a 10 años.

La fijación del precio para estos contratos representa por lo menos el 50% de los límites de reaseguro ofrecidos. A través del uso de altas comisiones por siniestralidad, las cedentes buscan suavizar los costos de reaseguro con objeto de disminuir los impactos que llevan consigo los ciclos de reaseguro.

Normalmente le cedente paga una prima anual que puede variar de \$1,000,000 a \$100,000,000 dólares y el reasegurador la deposita en el fondo

con objeto de que produzca intereses. Posteriormente, el reasegurador determina el límite de cúmulos de responsabilidades en función del monto en el fondo constituido.

Un programa prospectivo de cúmulos de exceso de pérdida controla el último índice de siniestralidad en cualquier año de suscripción el cual se compara con el índice combinado de la aseguradora. Si el índice de siniestralidad excede a un porcentaje determinado, el reasegurador provee de recursos para reducirlo. Si los siniestros son menores a los esperados, la cedente recibe una comisión del reasegurador. Por otro lado, si el reasegurador realiza pagos que excedan al monto del fondo, entonces la cedente deberá pagar en años subsecuentes primas anuales recargadas.

b) Contratos cuota-parte financieros (financial quota-share)

En estas operaciones, al igual que en el reaseguro cuota-parte tradicional, la cedente transfiere la prima al reasegurador; sin embargo, los siniestros potenciales no son limitados, sino que se limitan a un porcentaje de la prima cedida. En este caso, la cedente incrementa su capacidad de suscripción, pero la cobertura otorgada puede resultar insuficiente para algunos de los siniestros.

Estas modalidades de reaseguro se utilizan mediante el cuota-parte tradicional, aplicando elevadas comisiones al inicio como mecanismo de financiamiento, misma que se va reduciendo en el tiempo. Normalmente el reasegurador financiero recibe una cuota anual basada en la utilidad pendiente de la cedente.

Bajo este esquema de reaseguro, la cedente transfiere una parte de la prima no devengada (reserva de riesgos en curso) al reasegurador y, a cambio, la cedente recibe una comisión que se presenta en sus estados financieros como un ingreso.

El tratamiento de los siniestros en este tipo de transacciones se diseña de tal forma que el monto recibido por el reasegurador junto con el producto financiero sea suficiente para cubrir los siniestros esperados con un margen de error poco significativo.

2.5.1.2 Coberturas de Reaseguro Financiero Prospectivo

Estas coberturas se caracterizan por la aplicación de financiamiento de la siniestralidad pasada y conocida en largos periodos de tiempo. Las más conocidas son las siguientes:

a) Pólizas de tiempo y distancia (time and distance policies)

En estos contratos el asegurador se compromete a pagar un siniestro conocido en una fecha establecida en el futuro, por lo que el riesgo que se transfiere es exclusivamente de financiamiento.

Estas pólizas otorgan coberturas de reaseguro para las cedentes, que generalmente son los sindicatos de Lloyd's, de acuerdo a esquemas específicos de pagos en el futuro.

El pago de las coberturas de reaseguro otorgadas en el mercado de reaseguro financiero se basa en una prima inicial de reaseguro y en el interés producido por esa prima.

Las autoridades reguladoras de los Estados Unidos no consideran estas pólizas como operaciones de reaseguro, porque establecen que el mercado internacional no está obligado a pagar siniestros más rápidamente que los cubiertos bajo la póliza, sin considerar el desarrollo de los siniestros de las cedentes, en otras palabras, las coberturas de reaseguro no se reestructuran sobre una base financiera y no necesariamente corresponden a los pagos de siniestros actuales.

El objetivo principal de las pólizas de tiempo y distancia es mejorar los ingresos en la suscripción y el cash flow.

En este caso, el reasegurador se compromete a realizar pagos periódicos durante un tiempo predeterminado contra el pago de una prima única inicial a cargo de la aseguradora. El único riesgo en la operación es la tasa de interés empleada para descontar los pagos, por lo que la remuneración del tomador del riesgo esta constituida por el beneficio de la inversión.

Estos contratos son generalmente aplicados por el mercado de Lloyd's y prácticamente han desaparecido del mercado internacional.

b) Transferencia de carteras de siniestros (loss portfolio transfer)

En este caso, la cedente transfiere contra el pago de una prima sus obligaciones pendientes de cumplir por siniestros conocidos y/o por siniestros ocurridos pero no reportados. El contrato de reaseguro vence al inicio del periodo de exposición de los siniestros.

En esta modalidad de reaseguro, la aseguradora cede total o parcialmente su reserva de obligaciones pendientes de cumplir y/o su reserva de siniestros ocurridos pero no reportados, correspondientes a una cartera determinada de pólizas ya vencidas.

Por su parte, el reasegurador maneja la administración de los respectivos siniestros hasta su extinción total, contra el pago de una prima de reaseguro que es igual al valor presente de la reserva de obligaciones pendientes de cumplir y/o de la reserva de siniestros ocurridos pero no reportados.

Debido a que en los principios de contabilidad generalmente se prohíbe descontar las reservas de siniestros, estos contratos están diseñados para proveer a la cedente un mecanismo de descuento de reservas a valor presente con objeto de que en los reportes contables aparezcan como recuperaciones de reaseguro cedido.

En otras palabras, la utilidad de la cedente se incrementa por la diferencia en monto entre la reserva de obligaciones pendientes de cumplir y/o la reserva de siniestros ocurridos pero no reportados (que se transfieren al reasegurador y reducen las responsabilidades en el balance de la cedente) menos el valor presente de dichas reservas, (que es la prima de reaseguro).

La fijación en el precio de esta modalidad de reaseguro requiere un meticuloso análisis de los siniestros pendientes con objeto de determinar el costo final de los siniestros. El reasegurador calcula la prima para esta cobertura con base en el valor actual de las reservas de siniestros. Estas coberturas ofrecen a las cedentes la posibilidad de aumentar la capacidad y reducir sus responsabilidades con objeto de mejorar el balance.

**c) Contratos retrospectivos de acumulaciones de Exceso de Pérdida
(Retrospective aggregate excess of loss agreement)**

Estas operaciones también se conocen como coberturas de desarrollo adverso (adverse development covers) y son aplicables específicamente a los siniestros conocidos, que presentan acumulaciones de responsabilidades importantes para las cedentes.

Este tipo de reaseguro está muy vinculado en su forma de operación a los contratos de transferencia de siniestros y las pólizas de tiempo y distancia, debido a que el reasegurador asume la reserva de obligaciones pendientes de cumplir y/o la reserva de siniestros ocurridos y no reportados. De esta manera, la cedente reduce su exposición por los siniestros pendientes de pago y por los gastos de ajuste asignados a los siniestros.

Estas coberturas se basan en esquemas de pagos de los siniestros y tienen un límite de responsabilidad determinado; la prima se paga con incrementos específicos durante el periodo establecido en el contrato.

Los contratos retrospectivos de acumulaciones de exceso de pérdida otorgan protección a las cedentes contra aquellas coberturas de reaseguro que son dudosas y que muy probablemente no recuperarán de sus reaseguradores.

Este concepto representa un peso potencial, porque es necesario que el reasegurador financiero requiera que la cedente realice una reevaluación sobre la seguridad de sus reaseguradores tradicionales, cada vez que ésta pretenda suscribir esta clase de coberturas.

Podemos resumir que se tienen muy diversas formas de reaseguro así como también la capacidad de poderse adaptar a las necesidades de cada compañía cedente de acuerdo a la experiencia de la misma, solo falta un tema que es muy importante en la diversidad de reaseguros que existen y ese es el facultativo que no podemos entender si no estamos consientes de lo que es una selección de riesgos.

CAPITULO III

El Reaseguro Facultativo y la Selección de Riesgos

La selección de riesgos es el proceso de examinar, clasificar y tarificar, la principal tarea de la selección es la de asegurar que los riesgos estén cubiertos adecuadamente, que los límites de capacidad sean respetados, que haya controles para la acumulación de riesgos y que se pueda tarificar correctamente.

3.1 Aspectos Básicos de la Selección de Riesgos

La selección de riesgos consiste en conocer las características del solicitante que puedan influir en forma positiva o negativa, en la posibilidad de que suceda el evento asegurado, darle a esta posibilidad una expresión numérica con base estadística y finalmente cobrar la prima necesaria.

De donde son tres los pasos que comprende la selección:

- A. El estudio del riesgo.
- B. La clasificación del mismo.
- C. El cobro de la prima necesaria

La selección de riesgos se perfecciona con el cobro de la prima adecuada. No tiene caso estudiar el riesgo y clasificarlo correctamente si el negocio no se coloca y/o no se cobra la prima adecuada.

3.1.1 Estudio del Riesgo

A través del estudio del riesgo podremos conocer las características que puedan influir en el mismo; se hace por medio de varios documentos y fuentes de información.

Ante todo está la solicitud, por conducto de la cual el solicitante inicia el trámite, establece su identidad, define monto y características del seguro solicitado, designa sus beneficiarios, proporciona alguna información adicional necesaria y en donde se le pregunta al agente en su cuestionario desde cuando conoce al solicitante y que clase de riesgo considera a su cliente.

Después vienen los requisitos médicos de selección que de acuerdo a la edad del solicitante y al monto solicitado, pueden ir desde un simple cuestionario que llena y firma el solicitante, hasta la práctica de exámenes médicos, análisis de orina, pruebas de sangre, radiografía de tórax, electrocardiograma en reposo o de esfuerzo e informes del médico tratante.

Como quiera que sea, estos requisitos médicos, por razones de aceptación de parte del solicitante y/o del costo para la compañía constituyen el mínimo de información médica necesaria para valorar el riesgo. En ocasiones presentan alguna duda y es necesario solicitar requisitos médicos adicionales.

Mención especial merece la carta del médico de cabecera o médico tratante que puede pedirse en forma rutinaria para montos elevados o en forma especial para aclarar algún antecedente.

Otra fuente de información son los informes confidenciales que de alguna forma u otra recibe la compañía aseguradora. Así es como se entera en forma directa de quién es el solicitante, a qué se dedica, su situación económica, familiar, deportes, tabaquismo, alcoholismo, historia médica, etc. Las referencias que se piden en la solicitud son precisamente con este fin, de ahí que el solicitante deba proporcionar el nombre de personas veraces, que lo conozcan bien y dispuestas a dar la información que se requiera.

El agente de seguros juega un papel muy importante en el trámite y calidad de estos documentos. Debe instruir a su solicitante en el sentido de que declare todos los factores que puedan influir en el riesgo tal y como se le pregunta, sin incurrir en omisiones o imprecisiones. Debe contestar con veracidad su cuestionario como agente y señalar cualquier aspecto importante para valorar el riesgo que conozca en forma directa o indirecta.

Cualquier situación que ponga en duda la asegurabilidad del solicitante o el tipo de requisitos necesarios, deberá ser motivo de consulta con el funcionario responsable de la selección de riesgos.

Para solicitantes cuya edad y monto permiten una solicitud con el cuestionario sin examen médico pero que tengan algún antecedente médico importante, como sobrepeso, presión arterial elevada, etc., es necesario hacerlos pasar examen médico desde un principio, porque permite una mejor valoración del riesgo y evita trámites adicionales.

El agente no debe contestar por el solicitante sus cuestionarios, al contrario, debe de pedir al solicitante que lo haga de forma personal y cuidadosa. Ante la solicitud de parte de la compañía de algún examen o prueba adicional, deberá colaborar para que se lleve a cabo, en el entendido que necesario para precisar el riesgo en beneficio del solicitante que, de no llevarse a cabo, el dictamen del riesgo deberá incluir la duda desfavorable. Es un hecho, que una vez pasado el examen adicional y aclarado el problema, un número considerable de casos se resuelve favorablemente.

Todo lo anterior traduce el importante papel que juega y la responsabilidad que tiene la compañía aseguradora con el solicitante, el beneficiario, las autoridades, así como la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, encargada de su vigilancia.

Se debe recordar que el contrato del seguro es un contrato de buena fé, donde el solicitante debe declarar todos los hechos que se le preguntan "tal y como los conozca o deba conocer", en el momento de la solicitud y que "la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho que se le pregunte para la apreciación del riesgo, puede originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario, en su caso"⁶.

⁶ Ley sobre Contrato de Seguros

¿Qué se selecciona?, es decir, ¿Cuáles son los aspectos principales de la solicitud y/o del solicitante que nos sirven para clasificar el riesgo y de terminar su aceptación y costo?

Con la información anterior, el seleccionador de riesgos valora sistemáticamente los siguientes factores de riesgo en cada solicitud de seguro de vida individual.

3.2 Factores de Riesgo

- Interés Asegurable
- Sexo
- Edad
- Estado Civil
- Ingresos
- Residencia
- Suma Asegurada
- Ocupación
- Deportes
- Aviación
- Hábitos/Uso de alcohol/Uso de drogas
- Moralidad
- Historia Familiar
- Antecedentes Patológicos
- Enfermedades Presentes

A continuación se dará una breve descripción de cada uno de ellos.

Interés Asegurable. Este primer concepto es el más importante de todos. Su presencia, hace lógica la solicitud del seguro en cuestión. La ausencia del mismo, despierta suspicacia de parte del seleccionador y es en sí, motivo de rechazo de la solicitud.

El **interés asegurable** se define como el valor económico que representa el solicitante en vida para sus beneficiarios. Dicho de otra forma, cuando la muerte del asegurado significa una pérdida económica para el beneficiario designado, existe interés asegurable. El caso más frecuente es el del padre o madre, laboralmente activos, proveedor de ingresos para sus hijos pequeños, que deja a éstos como beneficiarios. Ese progenitor tiene en vida un valor económico mensurable para sus hijos, de él depende casa, comida, vestido, educación, paseos, etc., es decir, el sustento de la familia. Su muerte acarreará una pérdida económica para los niños y el seguro está para resarcir o compensar proporcionalmente esta pérdida.

Igualmente existe interés asegurable en el caso del deudor que se asegura y designa beneficiario a su acreedor, seguro de deudores, o del socio que se designa beneficiario al otro socio, seguro de socios o del hombre importante de una empresa indispensable para la rentabilidad de la misma, que designa beneficiario a la empresa, seguro de hombre clave, etc. En todos estos casos, la muerte del asegurado trae como consecuencia una pérdida económica

para el beneficiario y la razón de ser del seguro es cubrir o compensar proporcionalmente esta pérdida económica.

En los casos donde no existe "interés asegurable" en la solicitud, la posible muerte del asegurado no trae como consecuencia una pérdida económica directa, definida y medible para el beneficiario que el seguro deba compensar. Al contrario, la muerte del asegurado puede significar un negocio provechoso para el beneficiario. Más que "interés asegurable" existiría "interés en asegurarse".

Los estudios hechos por las empresas aseguradoras demuestran que las pólizas emitidas con interés asegurable tienen una mortalidad significativamente más alta que el conjunto de pólizas emitidas donde hubo claramente interés asegurable. Lo anterior quiere decir que las pólizas sin interés asegurable comprenden casos especulativos.

Sexo. Este factor se toma en consideración para determinados productos y para los descuentos en las tarifas de los planes de seguros, adicional es muy importante para determinadas enfermedades que sólo afectan a algún sexo en particular.

Edad. La edad se toma en consideración para determinados productos, por ejemplo, los planes educacionales, otra razón es que para elaborar los requisitos de asegurabilidad, la edad es factor indispensable en relación a la suma asegurada y las pruebas médicas solicitadas. Por ejemplo, a una persona que por primera vez se compra un seguro a los 65 años, lo más seguro es que se encuentre enferma, sugiriéndose ya una antiselección. También hay que considerar que las edades de los 15 a los 39 años presentan pocos problemas de salud, pero es importante considerar en edades jóvenes los accidentes y el uso de drogas y alcohol, para edades mayores a los 50 años a pesar de los adelantos de la medicina, es cuando se empieza a tener problemas con la salud, por lo que se deberá hacer la suscripción con mayor cuidado.

Estado Civil. Es importante considerar el estado civil, en relación a los beneficiarios, si es soltero generalmente sus beneficiarios serán sus padres, si se es casado será su esposa e hijos, divorciado sus hijos, sus padres y en algunas ocasiones su ex cónyuge. Se sugiere tener cierto cuidado con los viudos en relación a sus beneficiarios debido a que en ocasiones pueden ser novias, prometidas de menor edad y podría ser riesgoso.

Residencia. La residencia se debe considerar como el lugar en donde se vive, es importante señalar que hay lugares más peligrosos a nivel nacional e internacional, por ejemplo en la Ciudad de México, debemos de considerar algunos estados en relación con determinados factores de riesgos como son el alcohol, la prostitución, las drogas, el narcotráfico (Guadalajara, Sinaloa, las fronteras norte y sur), etc.

Si lo vemos a nivel internacional Colombia por las drogas, por el alto índice de secuestros, en otros lugares de Centroamérica por las guerrillas, etc., es decir,

este factor de riesgo hay que considerarlo al momento de hacer la suscripción del riesgo.

Ingresos / Suma Asegurada. El siguiente concepto, **Relación Monto / Ingresos**, es más sencillo de entender. El monto de la solicitud de seguro debe tener proporción con los ingresos del solicitante o mejor dicho, con el valor de reposición del asegurado para sus beneficiarios. Evidentemente el "valor de reposición" de un hombre de 25 años con el mismo ingreso que un hombre de 50 años es diferente, dado que el primero tiene por delante más años de vida productiva que el segundo. No existen reglas absolutas para definir esta relación. Se acepta que como máximo, el monto del seguro sea el que el solicitante pueda comprar con el 20% de sus ingresos en un plan permanente o que este monto máximo sea un múltiplo del ingreso anual del solicitante que estaría comprendido entre 8 y 9 veces este ingreso para jóvenes de 20 años, hasta 2 a 3 veces para el solicitante de 60 años.

Otra vez, la experiencia estadística, demuestra que las pólizas con sumas aseguradas desproporcionadamente altas, tienen mayor siniestralidad que aquellas donde la relación es razonable. Cuesta trabajo entender que el "sobreseguro" es un riesgo tanto como lo es el sobrepeso o las enfermedades cardíacas.

Ocupaciones. Es evidente el riesgo accidental de algunas ocupaciones, en otras existe un efecto contrario en la salud de los empleados, no siendo obvio, sino hasta después de algunos años.

El problema de la selección, es evaluar el grado apropiado de extramortalidad, siendo necesario el conocimiento del seleccionador sobre los azares de las ocupaciones y las actividades de estas. No es posible separar el medio ambiente del riesgo ocupacional.

Por regla general los trabajadores con bajos salarios, adicionalmente de las condiciones de vida, encontraremos una educación diferente, tanto en lo cultural como en lo moral.

En el principio del seguro de vida se hicieron algunos intentos de evaluar el riesgo ocupacional. En 1764 The Equitable Society of London empezó a aplicar una extra prima a los militares y a las personas que trabajaban en la industria del licor. El número tan restringido de ocupaciones con extra prima, fue debido principalmente al desconocimiento del riesgo ocupacional, y a que el seguro generalmente no era solicitado entre la población expuesta a los riesgos ocupacionales.

La mortalidad de las ocupaciones ha sido investigada por la industria del seguro de vida, pero la creación de nuevas ocupaciones y nuevas medidas de seguridad más eficientes, ha permitido que el riesgo disminuya incluso surgiendo ocupaciones que han permitido que la mortalidad vaya decreciendo tales como: la ingeniería de la seguridad y medicina industrial o preventiva.

Deportes. El aspecto deportivo ha significado el desarrollo de actividades recreativas, algunas de ellas con un riesgo importante. En los últimos años hemos visto desarrollarse el automovilismo deportivo, el motociclismo, el ski, el buceo, el paracaidismo, los vuelos en parapente, etc., y no es raro tener una solicitud de seguro de vida de un apacible oficinista que los fines de semana se convierte en un agresivo motociclista o en un decidido paracaidista. Todo esto debe de ser informado por el solicitante y su agente y valorado correctamente por el seleccionador de riesgos.

Aviación. Es un riesgo que con el tiempo ha disminuido considerablemente, de todos modos constituye en algunas solicitudes un riesgo adicional. La situación es diferente si se trata de un piloto o de un pasajero y si es un piloto comercial de líneas internacionales con vuelos de itinerario o es de líneas locales (pasajeros o carga) que hace vuelos especiales, o es piloto de su propio avión que vuela por placer o es piloto de guerra, la información necesaria se recaba en la solicitud de seguro de vida o en cuestionarios especiales. Los pasajeros, pilotos y otros miembros de la tripulación de líneas aéreas comerciales internacionales o calidad equivalente, con vuelos de itinerarios son a la fecha considerados como riesgos normales y tarificados a prima normal. Las otras situaciones son frecuentemente motivo de mayor riesgo y de una prima necesariamente mayor.

Hábitos. El renglón de hábitos y moral del solicitante comprende factores de riesgo indudable como son el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, la homosexualidad o una reputación dudosa o criticable en lo que a vida personal, familiar, social o de negocios se refiere.

A este nivel, frecuentemente la información es incompleta y el juicio del seleccionar requiere de una buena dosis de sentido común y de experiencia, dada la dificultad en medir con precisión algunos de estos aspectos.

A estas fechas, no se discute el efecto perjudicial del tabaquismo en la salud y sobre vida del fumador. Sin embargo, sigue siendo un vicio frecuente en la sociedad, de tal suerte que fumar no implica extra-prima, dado que sus efectos nocivos están considerados dentro de la mortalidad de la población en general. Por lo pronto, las compañías aseguradoras ofrecen algún descuento al solicitante no fumador y sólo en casos de que exista alguna enfermedad seria relacionada con el tabaco y el solicitante siga fumando, se recarga la tarificación que corresponde a dicha enfermedad pudiendo hasta declinar el riesgo. En un futuro no muy lejano dado que en los países desarrollados, la gente informada está dejando de fumar y en consecuencia el fumador se vuelve minoría, fumar significará pagar la extra-prima correspondiente.

Alcoholismo. El alcoholismo es un problema tan frecuente como antiguo. Actualmente el problema empieza al alcanzar grandes proporciones, según nuestro juicio, se debe principalmente al factor publicidad, sin embargo, existen otros factores predispuestos, tales como: la frustración, el desaliento, la depresión, la competencia y últimamente se habla de la trascendencia que pueden tener los factores genéticos.

Es obvia la íntima relación que existe entre muerte violenta, frecuentemente accidental, y presencia de alcohol en sangre.

En los hospitales de las grandes ciudades ingresan numerosos pacientes con problemas de alcoholismo, algunos de ellos no mueren, pero sí quedan con diferentes grados de incapacidades funcionales o bien hay pérdida de segmentos corporales, consecuencia todo ello de las lesiones y dando lugar a una disminución en su capacidad productiva.

Por otro lado tenemos que un 20% de las camas de los hospitales generales de la Ciudad de México, están ocupadas por pacientes que padecen alguna enfermedad relacionada en forma directa a la ingesta indiscriminada de alcohol, (cirrosis hepática, gastritis-hemorrágica, pancreatitis, etc.)

Se ha notado que más de la mitad de los pacientes del sexo masculino internados en hospitales psiquiátricos, tienen diagnóstico de Psicosis alcohólica. La intoxicación aguda que con mayor frecuencia requiere de atención médica en la Ciudad de México, es la alcohólica, siendo asimismo, la intoxicación aguda que con mayor frecuencia produce la muerte en México.

Con los datos anteriormente mencionados es casi posible aseverar que el alcoholismo es un problema médico de grandes proporciones.

Ahora bien, desde el punto de vista de Selección Médica, nos enfrentamos, a través del interrogatorio médico, que a la pregunta de que si el candidato hace uso de bebidas de contenido alcohólico, contesta con términos imprecisos de : "socialmente, normalmente, moderadamente"; estos términos no son interpretables desde el punto de vista estadístico, de ahí que la selección se haga únicamente cuando el candidato manifiesta ser alcohólico, o que ha estado para curar su alcoholismo o que pertenece a alguna sociedad como alcohólicos anónimos.

Para poder hacer una selección que sea más racional con estos datos en primer término tendríamos que dividir en dos grupos a nuestros candidatos: aquellos que nos piden una cobertura de vida y los que nos solicitan la cobertura de doble indemnización por muerte accidental o la de incapacidad.

Asimismo, los factores subjetivos que en cierta forma pueden ser indicativos de alcoholismo son factores que aislados pueden no tener ningún valor.

Es cierto que uno de estos factores no sería indicativo de una ingesta frecuente y abundante, la suma de dos o más factores pueden ser de interés para la selección.

Los factores a considerar son:

- a. Edad
- b. Sexo
- c. Ocupación
- d. Localidad (Lugar de residencia)
- e. Antecedentes personales patológicos y no patológicos

- a. **Edad.** El alcoholismo afecta en forma importante a los individuos entre los 20 a los 40 años, sin embargo, se observa una frecuencia mayor de muerte accidental entre los 20 y 30 años. El alcohol en cantidades de 200mg/100ml. Sangre, afecta la autocrítica, produce desinhibición y euforia, de tal suerte que adultos jóvenes en este estado tengan alteraciones conductuales que los exponen fácilmente a un accidente; los adultos de la tercera década en adelante parecería que han aprendido a manejarse socialmente en la intoxicación etílica moderada, de ahí que la frecuencia de muerte violenta entre los 30 años disminuye progresiva y considerablemente; sin embargo, en esta década empezamos a ver a los enfermos en los hospitales afectados de cirrosis hepática, pancreatitis, etc.
- b. **Sexo.** La frecuencia en relación con el sexo es mayor de 5.1, favoreciendo a los hombres.
- c. **Ocupación.** Definitivamente hay ocupaciones que favorecen al alcoholismo, es indudable que todos aquellos individuos que de una forma u otra se dedican a las relaciones públicas, compras o ventas, se tiene que enfrentar casi cotidianamente a la ingesta obligada y social de bebidas alcohólicas. Existen gremios de oficios que tienen gran tradición alcohólica, por ejemplo: albañiles, carpinteros, herreros, pintores, sastres, plomeros, zapateros., también existen profesiones en las que la incidencia en relación a la ingesta d bebidas alcohólicas disminuye, por ejemplo: arquitectos, químicos, contadores públicos, músicos.
- d. **Localidad.** Desafortunadamente en México hay localidades con una ingesta altísima de alcohol, sobre todo los estados de la costa y en los lugares de afluencia turística importante, contrariamente a los estados del centro de la república, como Querétaro, S.L.P., Zacatecas, Aguascalientes, Tlaxcala, asimismo, hay estados como Guerrero y Chiapas, donde la gente es tradicionalmente agresiva y otros en los cuáles además se mezcla la rivalidad por el narcotráfico, como ha estado sucediendo en la costa del Pacífico.
- e. **Antecedentes Personales No Patológicos.** Recientemente se ha sostenido que existen factores genéticos que deben ser tomados en cuenta como predispuestos para alcoholismo, de ahí que será muy importante investigar los hábitos alcohólicos previos de ascendientes consanguíneos. Entre los antecedentes personales patológicos podrían ser relevantes por ejemplo, haber padecido enfermedades hepáticas, ya que de haber padecido una cirrosis, ésta tiene posibilidades de ser más rápida y grave. El desarrollo del cáncer es diez veces superior entre alcohólicos que entre la población en general, una minoría de hombres alcohólicos crónicos desarrollan atrofia testicular irreversible, las mujeres alcohólicas pueden experimentar amenorrea.
- f. **Moralidad, Carácter, Reputación.** Cualquier crítica respecto al carácter o a la moralidad de un proponente debe ser un signo de alarma para el seleccionador. Tal crítica puede referirse a la reputación personal o al carácter, prácticas poco ortodoxas o no éticas de negocios, asociación con hampones conocidos, actividades ilegales, desviación o inmoralidad sexuales, u otras desviaciones de patrones de conducta que generalmente son aceptados por la sociedad, si la crítica resulta

válida, el proponente en consideración puede estar expuesto a riesgos poco comunes, o puede estar especulando o antiseleccionando en contra de la compañía. Cuando hay, respecto a un solicitante informes adversos, se debe considerar en forma especial según las circunstancias. Debemos considerar los siguientes comentarios sólo como una guía:

- a. Franca de franqueza del proponente: Cualquier omisión o declaración errónea respecto a antecedentes de salud o seguros en vigor, o propuestas, dará pie a considerar que pueden existir otros errores u omisiones importantes. Por lo tanto, toda la información deberá valorarse con especial cuidado.
 - b. Inmoralidad Sexual. Los problemas pueden ser desde indiscreciones de juventud hasta amóríos extra-maritales conocidos. Pueden traer consigo riesgos de enfermedades venéreas, de asociaciones indeseables y la posibilidad de violencia. En ciertos casos la estabilidad de la relación y la aceptación por parte de la comunidad son factores favorables en lo que podría ser una situación indeseable.
 - c. Antecedentes penales. Debe hacerse un esfuerzo para obtener todos los hechos conocidos sobre el delito que se trate. Se podrán considerar una vez que haya transcurrido un plazo satisfactorio, generalmente de un mínimo de dos años a partir de que se cometió la falta y se cumplió la pena (una vez transcurrido el plazo de libertad bajo fianza o preparatoria), siempre que haya un ajuste socioeconómico satisfactorio. Si el proponente está sujeto a proceso, en libertad bajo fianza o condicional, debe posponerse la aceptación hasta que termine el proceso de sentencia absolutoria definitiva o haya cumplido la pena en su caso.
 - d. Asociación criminal. Un proponente cuya reputación personal aparentemente es buena, pero que se asocia con elementos criminales conocidos, debe ser considerado, tomando en cuenta esa asociación y el grado en que se reputación esté en conflicto con las costumbres establecidas, aunque se puede considerar aceptar como riesgo normal, deben considerarse limitaciones en la cantidad.
 - e. Beneficiario. Siempre debe considerarse el interés asegurable. Cuando el beneficiario aparentemente no va a sufrir una pérdida económica con la muerte del asegurado, debe hacerse una investigación a fondo y en muchos casos procederá el rechazo. El cambiar este beneficio a uno aceptable para lograr la expedición del seguro, no ofrece protección a la compañía aseguradora, ni elimina la naturaleza especulativa del caso.
- g. Antecedentes Patológicos / Historia Familiar.** Ya en este contexto pasamos propiamente a los aspectos médicos del solicitante. Por supuesto que si se trata de valorar un riesgo de muerte para una solicitud de seguros de vida individual, la valoración médica es fundamental, de allí que desde hace más de un siglo, la selección de riesgos en seguro de vida individual requiera de médicos y seleccionadores competentes tanto en medicina como en materia de

seguros, de modo que pueda darse una selección integral que comprenda tanto los aspectos médicos, como los no médicos que aquí se presentan.

- a. La **historia familiar** tiene importancia, ya que la longevidad por una parte y algunos padecimientos por otra, tales como: la diabetes, el sobrepeso, la hipertensión arterial, ciertos padecimientos cardiovasculares, el cáncer, los padecimientos mentales, la tendencia al suicidio, etc., tienen un fondo hereditario. Una buena historia familiar ayuda al solicitante de seguro de vida.
- b. Los **antecedentes patológicos** cuya naturaleza y fecha de presentación tengan demostración estadística de afectar el riesgo incrementando la posibilidad de muerte o de invalidez son por supuesto cuidadosamente analizados y evaluados por el seleccionador; igualmente cualquier enfermedad que presente el solicitante.

Por otro lado las compañías aseguradoras disponen de una amplia y actualizada información estadística que proviene tanto de estudios estadísticos como de estudios seleccionados provenientes de médicos y hospitales. Toda esta información estadística se encuentra ordenada y en forma accesible en el llamado "Manual de Selección de Riesgos" donde aparece cada enfermedad con su repercusión en la mortalidad, expresada en forma de un porcentaje de acuerdo al método numérico (ver más adelante). Así, aquellas situaciones que condicionan un incremento al riesgo en forma constante se expresan con una extraprima fija.

Para finalizar con este tema, para la correcta evaluación de estos datos requiere de un médico con una sólida preparación, con una buena práctica médica y con conocimiento y experiencia en seguro de vida, específicamente en selección de riesgos. Por otra parte, la mejor selección es la que toma en cuenta en su pronóstico, en forma integral, todos y cada uno de los aspectos que se señalaron anteriormente. Si la aceptación o selección de ese caso se divide entre personas diferentes, es probable que se olvide algún aspecto de la selección. Si en cambio, la última decisión está en manos de alguien que ve el caso en su conjunto, como un todo, como un solo riesgo sujeto a múltiples factores, podrá apreciar mejor la relación de ellos y ejercer una mejor selección.

Se trata de una valoración compleja cuyos valores normales se expresan dentro de algún rango y donde pueden existir casos dudosos o limitrofes sujetos a diferentes criterios, máxime si tenemos en cuenta las diferentes opiniones que en función del reaseguro y de la competencia, pueden intervenir especialmente en los casos con montos elevados. Sin embargo, si uno observa la selección en seguro de vida individual desde una perspectiva elevada que permita una visión de conjunto, es un hecho que se comparten las mismas bases estadísticas sólidas y actualizadas, la misma técnica de selección, la misma responsabilidad que las compañías norteamericanas y europeas en una función tan importante y que esto trae como consecuencia una selección de riesgos de calidad técnica y consistente en beneficio antes que nadie del solicitante y asegurado en general.

3.3 El Método Numérico de Tarificación

Antecedentes

Hasta los primeros años de este siglo el riesgo que significaba cada caso en seguro de vida individual se expresaba de una manera vaga, subjetiva y poco práctica. Los casos eran "normales" o "agravados", "poco", "moderadamente" o "muy agravados" y sencillamente se aceptaban o rechazaban. No existía una manera de expresar su riesgo en forma precisa y lo que es peor, no se habían sentado las bases para aprovechar en forma completa el enorme potencial bio-estadístico de las compañías de seguros, en beneficio no solo de la actividad aseguradora sino de la medicina y sociedad en general.

Fue hasta 1903 que el Dr. Oscar H. Rogers y el actuario Arthur Hunter, Director Médico y Actuario respectivamente de la New York Life Insurance Company, presentaron el trabajo de 13 años, intenso y meticuloso, titulado "The Scientific Valuation of Life for Insurance" iniciando lo que ahora se conoce como el "método numérico de tarificación". Este trabajo monumental, complementado por las primeras investigaciones estadísticas en mortalidad hechas por las compañías aseguradoras norteamericanas, proporcionó la chispa que inició una verdadera explosión de investigaciones bioestadísticas que constituyen los cimientos de la actual medicina del seguro de vida.

Descrito en su forma más sencilla, consiste en expresar el riesgo que cada solicitante o asegurado significa en forma porcentual, asumiendo que el 100% representa el riesgo normal, es decir, aquel que en función de sus características tanto biológicas, como circunstanciales o externas tiene toda la posibilidad estadística de sobrevivir de acuerdo con su edad inicial. Todo lo anterior tiene una base y proyección estadística.

Las compañías de seguros en base a millones de asegurados seguidos por decenas de años. Han preparado tablas de mortalidad no solo de la población asegurada en general, sino de aquellos asegurados en especial que al momento de ser aceptados no presentaron ningún factor por su ocupación, hábitos, estilo de vida o salud que pudiera afectar negativamente su posibilidad de sobrevivir. De esta manera se conoce la posibilidad estadística que tiene de morir en el próximo año un solicitante de cualquier edad con estas características favorables, la cual se expresa con el 100%.

Por otro lado también con bases estadísticas, conocemos como algunas ocupaciones riesgosas, hábitos, enfermedades o situaciones biológicas, incrementan esta posibilidad de muerte, lo cual se expresa porcentualmente también.

Esto es sencillo de entender con unos ejemplos. Supongamos un solicitante de 40 años de edad cuya actividad, hábitos, y estado de salud no representan ningún riesgo en especial. Una vez estudiado el riesgo el seleccionador concluye que no hay nada en su estilo de vida y salud que tenga demostración estadística de incrementar su posibilidad de morir o acortar su posibilidad de sobrevivir. Por lo tanto, lo clasifica como riesgo normal, lo cual

expresa con una tarificación del 100%. Lo anterior quiere decir que lo ubicó dentro del conjunto de solicitantes de 40 años de edad y con características favorables, donde la estadística demuestra que mueren 4 al millar el próximo año, a pesar de tratarse de riesgos normales, habrá cuatro muertes al millar el próximo año. Y es que en un dictamen de este tipo no significa garantía individual de sobrevivida. En el próximo año se presentarán algunos accidentes o se desarrollarán algunas enfermedades no presentes en el momento del estudio que terminarán con la vida de 4 por cada mil de estos sujetos.

Si tenemos otro solicitante también de 40 años de edad, con las mismas características que el anterior, salvo que se le encontró presión arterial promedio de 160/100 en tres ocasiones diferentes, el seleccionador recurrirá a su información estadística del manual de selección de riesgos, donde encontrará que a los 40 años de edad, cifras de presión arterial como las señaladas, condicionan 8 muertes por millar. Colocará al solicitante dentro de este conjunto y lo expresará con una tarificación del 200 % ya que la mortalidad en este conjunto es el doble que el anterior.

La consideración elemental que se deriva de lo antes expuesto es el empleo de las tablas de mortalidad depuradas en base a asegurados seleccionados con características favorables repercute en primas más bajas para los riesgos estrictamente normales pero subraya la necesidad de detectar, rarificar y cobrar las desviaciones de los riesgos subnormales, lo cual es equitativo.

La clasificación de un riesgo como riesgo normal o subnormal significa darle a ese riesgo la posibilidad estadística del conjunto en donde se colocó. Del ejemplo anterior, en un conjunto de 1,000 riesgos normales de 40 años de edad se presentarán 4 muertes en el siguiente año; para saber si un solicitante normal en particular estará entre los 996 sobrevivientes o entre los 4 muertos al término del año propuesto, es más probable que esté entre los 996. Igualmente para el solicitante clasificado en 200% o para cualquier otra subnormalidad, nadie puede saber con certeza si estará entre los 8 muertos por suceder el próximo año p entre los 992 sobrevivientes. Y es que salvo casos extremos, enfermos graves, nadie puede establecer un pronóstico estadístico, para un conjunto de individuos cuyas características conocemos. A estas alturas es fácil de entender que para poder calificar la selección de riesgos es necesario conocer que sucedió, no con un caso aislado, sino con el conjunto de casos seleccionados.

Volviendo al ejemplo anterior, si en 1,000 asegurados de 40 años seleccionados como riesgos normales, se presentan 4 muertes al año siguiente de esos casos, entonces decimos que estuvo bien hecha la selección.

Esta incertidumbre individual, pero con certeza en conjunto, es la base misma del seguro, tanto en su razón de ser o demanda real que satisfacer como del cálculo o anticipación necesaria del número de muertes, reclamaciones, para poder calcular una prima suficiente.

La factibilidad del seguro, lo da la posibilidad de calcular con anticipación cuantos muertos habrá el próximo año en el conjunto de casos, lo cual le permite establecer la prima necesaria para cada individuo de ese conjunto.

En el ejemplo anterior, el solicitante clasificado en 200% y por cualquier otro clasificado igual deberá pagar el doble de prima de riesgo que el solicitante normal clasificado 100% ya que pertenece a un conjunto donde se mueren en el doble de los casos que en grupo normal.

Los casos de clasificación con una prima superior a lo normal, extraprimas, corresponden a situaciones que determinan desviaciones pequeñas de mortalidad. La extraprima más alta en la práctica habitual es del orden de 500% clasificar así a un solicitante de seguro quiere decir que tiene alguna característica o suma de varias, que estadísticamente lo colocan en un conjunto donde existen 5 veces el número de muertes en el próximo año que en el conjunto de características normales. Si regresamos al ejemplo del solicitante de 40 años de edad, querría decir que lo hemos clasificado en un conjunto donde en lugar de 4 fallecieran 20, en el próximo año y si nos fijamos la diferencia en los sobrevivientes, 996 contra 980, no es tan grande.

Arriba de 500% de clasificación, las compañías de seguros prefieren rechazar la aceptación del riesgo. No es que no se pueda estimar una clasificación y calcular la prima necesaria, el problema es que muy pocos solicitantes de estas características la pagarían y recordemos que el seguro es un negocio de mayoreo, es decir, que para que la posibilidad estadística suceda se requiere manejar un número grande, suficiente de casos.

Ninguna compañía de seguros puede pretender que todos sus solicitantes sean riesgos normales, sencillamente no sucede así, la población, el mercado, comprende en forma natural un número de personas cuyas ocupaciones, hábitos o salud les confiere un riesgo.

Por otro lado, pretender asegurar sólo los riesgos normales, dejaría fuera a quienes más necesitan el seguro, como ya se mencionó, los riesgos subnormales, si están bien estudiados y tarificados constituyen una cartera tan sana como la de los riesgos normales, sencillamente están pagando la prima que les corresponde , una extraprima en función de un riesgo superior.

Por último dejemos claro que un buen riesgo para la compañía de seguros, no necesariamente es el que se tarifica como un riesgo normal sino es aquel que en forma veraz proporcionó a la compañía de seguros toda la información necesaria para una correcta apreciación y tarificación del riesgo, que paga la prima que le corresponde de acuerdo al riesgo que significa y que conserva su seguro.

Tabla de Tarificación

Valor Numérico	Clase (Riesgo Básico)	Tabla (Beneficios)	Tasa de Mortalidad Supuesta
Hasta 120	Normal	Normal	100%
125 - 130	A	I	125%
135 - 140	AA	Doble I	137.5%
145 - 155	B	II	150%
160 - 165	BB	Doble II	162.5%
170 - 185	C	III	175%
190 - 210	D	IV	200%
215 - 235	E	V	225%
240 - 275	F	VI	250%
280 - 325	H	VIII	300%
330 - 375	J	X	350%
380 - 450	L	XII	400%
455 - 550	P	XVI	500%

3.4 Reaseguro Facultativo

No existe un antecedente histórico que nos diga con certeza cuando se utilizó por primera vez la palabra "facultativo" o bien, como llegó a ser aplicada ésta particular forma de Reaseguro, que prevalece hasta nuestros días.

El significado real, es dado simplemente como algo que es opcional o como implicando una facultad: "Facilidad o poder actuar de acuerdo con un criterio libre".

3.4.1 Concepto

Como su nombre lo indica, el Reaseguro Facultativo, es un tipo de Reaseguro en el cual las dos partes, por un lado la Compañía de Seguros (Cedente) y por el otro lado la Reaseguradora, tienen la libertad de proponer y aceptar o rechazar un negocio determinado.

3.4.2 Historia y Origen

El Reaseguro Facultativo fue, históricamente hablando, el primer tipo de Reaseguro usado y ha sido, definitivamente, la base para desarrollar el sistema de contratos.

El desarrollo de éste, ha sido también a consecuencia del crecimiento mundial del negocio del seguro y reaseguro, pues inherente a este sistema, se encuentra un mecanismo de suscripción que se considera lento y difícil en su operación.

Se considera lento y difícil porque contrario al Reaseguro Automático, la Cedente debe informar al reaseguro todo lo relacionado con cada negocio, Nombre y dirección del asegurado, descripción completa del riesgo, la

naturaleza del negocio, suma o sumas aseguradas, retención de la cedente, etc.

Por su parte el Reasegurador, debe analizar cada negocio y basando su criterio sobre los datos proporcionados por la cedente, aceptará o rechazará la oferta.

Este proceso se repite con cada uno de los reaseguradores, y la compañía cedente no tendrá la seguridad de que el riesgo ha sido cubierto hasta no tener la aprobación de todos y cada uno de los reaseguradores a quienes les ofreció el negocio.

En la actualidad y debido al gran volumen y celeridad de los negocios, el método se ha venido simplificando y la aceptación o rechazo de un negocio, muchas veces se lleva a cabo a través de correo electrónico o fax.

3.4.3 Ventajas e Inconvenientes

Ventajas

- ✓ Para la compañía Cedente, el Reaseguro Facultativo le permite suscribir negocios que por su naturaleza exceden, o bien, están excluidos de sus contratos automáticos.
- ✓ Ejerce una función importante en la distribución de los riesgos, y representa una gran parte en el ingreso de primas de su empresa.
- ✓ Le permite incursionar en nuevas coberturas, buscando quienes compartan la responsabilidad.
- ✓ Ayuda a las cedentes a ampliar las posibilidades de servicio y selección que las aseguradoras desean ofrecer a sus clientes.

Las ventajas del reasegurador son las siguientes:

- ✓ Le permite actuar discriminadamente, es decir, puede suscribir o no el negocio que le ofrecen, mientras que bajo el Reaseguro Automático, no puede optar sobre la aceptación del negocio porque esta comprometido a asumir todos los riesgos que entren bajo el esquema del contrato automático.
- ✓ Tener la apreciación personal del riesgo por riesgo, con la opción o facultad de aceptar o rechazar y de esta manera seleccionar una cartera que corresponda a su política de aceptación.
- ✓ La posibilidad de ejercer cierta influencia sobre la suscripción de la Cedente proponiendo mejoras en los riesgos que le han sido ofrecidos, de acuerdo a la experiencia (siniestralidad) de los mismos.
- ✓ Obtener una posición más favorable para determinar los compromisos asumidos y los cúmulos, al identificarse los riesgos, por ubicaciones.

Es conveniente mencionar que cuando se emplea el Reaseguro Facultativo, la compañía Cedente no es la única responsable de los resultados que obtienen los reaseguradores, puesto que éstos están aplicando sus propios criterios para suscribir los riesgos.

También se debe mencionar que la compañía cedente puede seleccionar libremente a los reaseguradores de cada riesgo, obteniendo así una diversificación en su respaldo y además puede recibir la asesoría técnica de un gran número de reaseguradores.

Inconvenientes

- Quizás el mayor inconveniente que presenta el Reaseguro Facultativo es la cantidad de trabajo que requiere el tratar cada caso separadamente, además, de que el proceso administrativo se hace más costoso al tenerse que enviar copia de las pólizas de los riesgos ofrecidos, así como sus respectivos bordereaux mensuales.
- El costo para cada una de las partes, llámese compañía Cedente o Reasegurador es alto, en razón de negociarse riesgo por riesgo y todos ellos con la información mínima y necesaria, por lo que se llegan a elevar los gastos de correspondencia y sobre todo el tiempo hombre, que son considerables.
- El asegurador pierde eventualmente parte de su libertad para fijar condiciones.
- Las pólizas no pueden ser modificadas sin el previo acuerdo del Reasegurador.
- Si un negocio ha de ser colocado facultativamente la compañía Cedente no puede dar cobertura inmediata a su cliente porque debe, en primer lugar, obtener el compromiso de los reaseguradores.
- Debe tenerse mucho cuidado en el Reaseguro Facultativo, ya que una omisión dentro de la comunicación interna o externa por parte de la compañía cedente, puede provocar que un riesgo no se coloque a su debido tiempo, o bien, con coberturas diferentes a la forma en que fue originalmente colocado, quedando en tal caso sin la cobertura precisa.

3.4.4 Aspectos Relevantes

Es muy conveniente tomar en cuenta algunas consideraciones que son de especial interés cuando se requieren sentar correctamente las bases del funcionamiento del método Facultativo de Reaseguro.

Al ceder la compañía aseguradora un riesgo a los reaseguradores, se acostumbra que la proporción asegurada sea la misma para todos los componentes de un riesgo, es decir, tratándose de un seguro que por su naturaleza cubra dos o más riesgos, el porcentaje de retención y el porcentaje de cesión al reasegurador deberán ser los mismos para cada una de las coberturas contratadas, evitándose con esto la antiselección que se pudiese dar en contra del reasegurador también que se presentará un siniestro en donde no esté comprometida la retención de la compañía cedente.

Se trata de un método en el cual cada parte tiene absoluta libertad de elegir, si se lleva a cabo o no la transacción, la compañía cedente puede ofrecerlo a un reasegurador y tiene completo derecho a aplicar su criterio y aceptar o

declinar cualquier riesgo que le sea ofrecido, consecuentemente cada riesgo que va a ser reasegurado tiene que ser tratado por separado.

Actualmente, el Reaseguro Facultativo es practicado cuando, por una u otra razón, no es factible utilizar los contratos existentes, o bien, cuando la capacidad de los contratos está totalmente agotada y parte del riesgo debe ser todavía colocado.

La mayor parte del reaseguro facultativo es colocado en base proporcional, es decir, la compañía cedente y el reasegurador comparten el riesgo en determinadas proporciones y así el reasegurador recibe su participación de los siniestros que eventualmente ocurran.

Sin embargo, los facultativos también pueden ser colocados en base a exceso de pérdida, práctica que se ha hecho frecuente en los últimos años, fijándose una prioridad, asumida por la compañía cedente y colocándose el resultante en una o varias capas y por lo regular comprenden varias ubicaciones, encontrándose dirigido este esquema a aquellos riesgos considerados "Jumbo".

CAPITULO IV

Regulaciones en Materia de Reaseguro y Estadísticas

La importancia estratégica de las políticas de reaseguro, así como de la administración de sus operaciones por parte de las instituciones de seguros, inciden significativamente en aspectos que van desde sus planes de crecimiento y flujo de efectivo, hasta los resultados esperados para cada ejercicio.

Lo anterior plantea que la autoridad supervisora debe destinar buena parte de sus esfuerzos en vigilar la correcta transparencia de los riesgos que las instituciones de seguros ceden y de los que son responsables ante los asegurados, por lo anterior, el objeto del presente capítulo es el de describir los principales aspectos que debe tomar en cuenta la autoridad supervisora de cualquier país, en las acciones reglamentarias y de vigilancia de las operaciones de reaseguro para lograr una supervisión integral de los riesgos que suscriben las instituciones de seguros.

4.1 Importancia de la Regulación del Reaseguro

La capacidad de retención de un mercado de seguros depende básicamente de su fortaleza financiera, misma que se relaciona con la madurez del mercado de capitales y la capacidad de ahorro interno del país, en consecuencia los mercados emergentes de América Latina, tienen una capacidad de retención sensiblemente menor a los mercados desarrollados, por lo que es importante, sobre todo para los primeros, que los excedentes de esa capacidad de retención, se transfieran adecuadamente al mercado internacional de reaseguro.

Por otra parte, la orientación que la autoridad supervisora de la actividad aseguradora, dé a las acciones de vigilancia deben en todo momento cuidar la solvencia y liquidez de las instituciones; sin embargo, cuando el marco normativo y las políticas de supervisión de las autoridades, se enfocan fundamentalmente al cuidado de los aspectos relacionados con los riesgos retenidos por las instituciones de seguros, los esfuerzos de vigilancia pueden resultar no eficientes y oportunos en la detección de problemas.

Así, una institución que cumpla adecuadamente con las normas de una regulación orientada hacia la retención, está expuesta a enfrentar problemas de solvencia debido a:

- Las reaseguradoras extranjeras a las que ceda riesgos: en función de su calidad o "security", es factible que enfrenten problemas derivados del incumplimiento de esas responsabilidades transferidas y por las cuales, generalmente, no se cuenta con el respaldo de reservas técnicas ni de capital mínimo de garantía.
- La actuación de los intermediarios en la colocación de los riesgos a reasegurar: donde las posibles irregularidades en las operaciones de

los intermediarios, como son condiciones distintas a las pactadas con la cedente, retraso en el pago de primas a los reaseguradores, elevados niveles de corretaje, así como la calidad de las reaseguradoras utilicen, pueden poner en riesgo las recuperaciones a que tienen derecho las cedentes.

Asimismo, se encuentra que los intermediarios de reaseguro que intervienen en un país pueden no estar domiciliados en el país, lo que provoca, por una parte, contar con menos elementos para ejercer una regulación efectiva, y por la otra, que no sea factible realizar visitas de inspección para verificar sus operaciones y detectar irregularidades como las antes citadas.

4.2 Enfoques sobre la Regulación de Reaseguro

La fortaleza financiera y la madurez de los mercados aseguradores de los diferentes países, sugieren diversos enfoques sobre el marco regulatorio aplicable a las operaciones de reaseguro, que pueden variar entre esquemas liberalizados hasta enfoques muy restrictivos, y que, en consecuencia, determinan los niveles de supervisión requeridos por parte de las dependencias responsables de vigilar a las instituciones aseguradoras.

En general, se pueden encontrar 3 distintos enfoques para la regulación del reaseguro:

- Esquema basado en reaseguradores establecidos en el país
- Liberalización total del reaseguro
- Regulación orientada a la calidad del reaseguro

4.2.1 Esquema basado en reaseguradores con domicilio en el país

Las características principales de este esquema son las siguientes:

- a) Las empresas que tomen riesgos en el mercado, deben estar establecidas en el país, obtener una licencia de funcionamiento y estar sujetas a una supervisión directa por parte de la autoridad.
- b) Las operaciones de reaseguro que realicen las cedentes con las instituciones no establecidas en el país, están prohibidas y su realización es sancionada por la autoridad.
- c) La principal ventaja es que la supervisión del reaseguro se efectúa sobre un marco normativo y legal establecido en el país donde se llevan a cabo las operaciones.
- d) Es recomendado solo en países con altos niveles de retención, con poca dependencia del reaseguro.

4.2.2 Liberalización total del reaseguro

Este esquema no considera regulación ni supervisión por parte de la autoridad del país, permitiendo la libre transferencia de riesgos entre instituciones aseguradoras del país y reaseguradoras extranjeras, este esquema:

- a) Ofrece gran flexibilidad para la dispersión de los riesgos de las compañías en el mercado internacional.
- b) Puede propiciar el uso de reaseguradoras de mala calidad y bajo costo que afecten la solvencia de la industria de seguros en general de los países que adopten este esquema regulatorio.

4.2.3 Regulación orientada a la calidad del reaseguro

Se base en la supervisión indirecta de las reaseguradoras extranjeras que participan en el mercado asegurador del país, a través del monitoreo de su calidad, y sus principales características son:

- a) Establece un control sobre las reaseguradoras extranjeras que pretendan tomar riesgos en el país, permitiendo solamente la participación de aquellas que cumplan con ciertos requisitos administrativos, y que cuenten, en todo momento, con una calificación satisfactoria otorgada por una agencia internacional de reconocido prestigio.
- b) Reduce el marco de supervisión al verificar la calidad de las reaseguradoras extranjeras.
- c) Transfiere una parte importante de los costos de la supervisión del reaseguro de la autoridad, a las propias reaseguradoras extranjeras que lo deben cubrir a las agencias internacionales para ser calificadas.
- d) Ofrece la posibilidad de instrumentar medidas regulatorias que inhiban el uso de reaseguradoras extranjeras no registradas, como pueden ser requerimientos adicionales de capital o de reservas técnicas.

Tomando en consideración los conceptos anteriormente señalados, se estima factible establecer líneas de política regulatoria y operativa en materia de reaseguro, que permitan a las autoridades reguladoras y supervisoras de la actividad aseguradora en los diversos países latinoamericanos, propiciar una eficiente y segura operación del reaseguro que minimice a las instituciones el riesgo de enfrentar problemas de solvencia o liquidez derivados de las responsabilidades que ceden.

4.3 Criterios Generales de Reaseguro

El esquema regulatorio y de supervisión de las operaciones de reaseguro que se encuentre vigente en cualquier país, debe considerar a todas las instancias involucradas en su ejecución, con el objeto de posibilitar la vigilancia en la transferencia de riesgos a través de las diferentes etapas que la integran.

Por lo anterior, los conceptos que adelante se describen, pueden ser útiles para el diseño o adecuación del marco reglamentario y de supervisión de las operaciones de reaseguro, siendo recomendable que cada país conforme a las características de su mercado y su marco legal, desarrolle las reglas específicas para su instrumentación.

4.3.1 Para las reaseguradoras extranjeras

La dependencia reguladora o supervisor deberán establecer un Registro que controle a las Reaseguradoras Extranjeras, en México este Registro se llama Registro General de Reaseguradoras Extranjeras (RGRE), que pretendan participar tomando riesgos de seguros del mercado nacional.

La inscripción en el Registro que se establezca, deberá otorgarse discrecionalmente conforme a los requisitos documentales y criterios de aceptación que la autoridad establezca.

Los principales requisitos para tramitar la inscripción en el registro de una reaseguradora extranjera se referirán a:

- a) Los niveles de solvencia y liquidez para efectuar operaciones de reaseguro en el país.
- b) La acreditación de estar facultada por las leyes y las autoridades del país de origen, para realizar operaciones de reaseguro en el país dónde pretenden trabajar.

Con el propósito de estandarizar el análisis que se realice sobre las reaseguradoras extranjeras que efectúen el trámite de inscripción en el Registro correspondiente, la evaluación de la solvencia y liquidez se realizará con base en la revisión que, sobre la solicitante, haya realizado alguna agencia calificadora internacional de reconocido prestigio.

La autoridad reguladora deberá determinar las agencias calificadoras internacionales que, de acuerdo con su prestigio, metodología de evaluación, claridad en las escalas de calificación y acertividad en sus opiniones, sean aceptadas para acreditar la calidad o "security" de las reaseguradoras que efectúen el trámite de inscripción en el Registro.

Previa evaluación de la metodología utilizada por las agencias de calificación internacionales, la autoridad reguladora determinará las calificaciones mínimas de cada una de ellas que serán aceptables para que las reaseguradoras extranjeras estén en posibilidad de realizar su trámite de registro en el país.

Para estar en posibilidad de realizar el trámite de inscripción en el Registro, la reaseguradora extranjera o su representante deberán presentar lo siguiente:

- a) Constancia vigente de la calificación asignada por alguna agencia calificadora internacional reconocida por la autoridad del país, dónde la reaseguradora extranjera haya obtenido cuando menos la calificación mínima requerida.
- b) El plan de actividades que pretenda realizar en el país, describiendo los ramos de negocio y metas.
- c) El texto de las disposiciones aplicables a las que se encuentren sujetos en su país y las relativas a operaciones que celebren en el extranjero.

- d) Los documentos que acrediten su legal existencia y que se encuentren facultadas por la autoridad de su país, para realizar operaciones de reaseguro fuera del mismo.
- e) La documentación que acredite la personalidad y facultades del representante legal que esté efectuando las gestiones de inscripción en el registro.

Con el propósito de garantizar que, en todo momento, las reaseguradoras extranjeras registradas cuenten con el "security" requerido, deberá establecerse que:

- a) Las reaseguradoras extranjeras inscritas en el Registro, deberán refrendar el trámite anualmente requiriéndoseles para tal efecto, la actualización de la calificación otorgada por las agencias internacionales, donde se compruebe que conservan al menos la calificación mínima establecida.
- b) Si durante la vigencia de la inscripción en el Registro, la reaseguradora extranjera es modificada en la calificación asignada por la agencia calificadora internacional, ubicándola en un nivel inferior al mínimo establecido, la autoridad procederá a dejar sin efecto la inscripción otorgada en el Registro.

La inscripción en el Registro o su renovación, no implicará respaldo por parte de la autoridad en el cumplimiento de las obligaciones suscritas por las entidades del exterior con las aseguradoras cedentes de riesgos, las reaseguradoras extranjeras deberán sujetarse a las directrices que en materia de seguros determine la autoridad.

La inscripción en el registro podrá ser revocada por el órgano supervisor, escuchando previamente a la reaseguradora extranjera interesada, cuando deje de satisfacer los requisitos u obligaciones establecidas por las disposiciones legales y administrativas aplicables. Dicho procedimiento podría incluir instancias tales como la de la suspensión o, en su caso, la rehabilitación del registro.

4.3.2 Para los intermediarios de reaseguro

Para ejercer la actividad se deberá obtener autorización discrecional del órgano supervisor de la actividad aseguradora en el país.

Los intermediarios de reaseguro deberán estar, preferentemente, con domicilio en el país donde realicen la prestación de sus servicios de colocación de riesgos con empresas aseguradoras nacionales o extranjeras para tomar reaseguro.

De manera preferente, se constituirán como personas morales o sociedades mercantiles donde se defina con toda precisión el objeto social de las mismas, cubriendo el capital que la autoridad supervisora del país determine como requerido, también los intermediarios de reaseguro deberán realizar sus actividades a través de las personas que expresamente autoricen y que obligarán a la sociedad con su firma.

La autoridad supervisora de la actividad aseguradora en el país, tendrá la facultad de remover o suspender a los miembros de la sociedad, cuando considere que tales personas físicas no cuenten con la suficiente calidad moral o técnica para el desempeño de sus funciones.

Los intermediarios de reaseguro deberán estar sujetos a la inspección y vigilancia de las autoridades responsables de la vigilancia del sector asegurador del país.

Se deberá exigir que los intermediarios de reaseguro cuenten con una póliza de seguro de errores u omisiones para cubrir las responsabilidades en que puedan incurrir en la prestación de sus servicios.

La autoridad supervisora deberá reglamentar la operación de los intermediarios de reaseguro con el propósito de garantizar que los riesgos y recursos financieros que se transfieren entre las compañías cedentes y las que toman el reaseguro, se efectúen adecuada y oportunamente.

Los intermediarios de reaseguro deberán observar las disposiciones que en materia de reaseguro les sea aplicable a las compañías cedentes, a efecto de propiciar el cabal cumplimiento de las disposiciones establecidas, por parte de todas las instancias que intervienen en las operaciones de reaseguro.

La autoridad reguladora deberá establecer con toda claridad a los intermediarios de reaseguro, las conductas no permitidas, así como las sanciones a que se hacen acreedores, donde se estima conveniente se considere la revocación cuando la gravedad de la falta así lo amerita.

4.3.3 Para las compañías cedentes

El órgano supervisor deberá establecer claramente los límites máximos de retención con que podrán operar las aseguradoras del país, considerando el monto de los recursos patrimoniales de cada institución con relación a los riesgos que se pretenden asumir.

Los riesgos que transfiera una aseguradora, solo podrá colocarlos en reaseguro con instituciones que cuenten con su inscripción vigente en el Registro correspondiente.

Los riesgos que las aseguradoras del país cedan a otras instituciones autorizadas para celebrar operaciones de reaseguro, se podrán realizar de manera directa o, exclusivamente a través de intermediarios que cuenten con la autorización del órgano regulador para prestar estos servicios.

Se deberá establecer dentro de la normatividad el criterio de que si una aseguradora llega a ceder riesgos a una institución extranjera no inscrita en el Registro correspondiente, además de incumplir con las disposiciones aplicables, expone su régimen de solvencia ante el posible incumplimiento del reasegurador, razón por la cual estatutariamente se considerará que la aseguradora retuvo la parte de los riesgos cedidos a ese tipo de

reaseguradores, con su consecuente impacto en las reservas técnicas y, en su caso, del requerimiento mínimo de capital.

4.4 Impacto en Reservas Técnicas

Las instituciones que contraten reaseguro con reaseguradoras extranjeras no inscritas en el Registro correspondiente, independientemente de las sanciones administrativas a las que se hagan acreedoras, deberán constituir una reserva técnica de riesgos en curso complementaria como provisión para hacer frente a las probables pérdidas u obligaciones presentes o futuras a su cargo derivadas del incumplimiento de esas reaseguradoras.

La reserva de riesgos en curso complementaria se calculará tomando en consideración los recursos transferidos a cada reasegurador, deduciéndole los montos que, en su caso, se le hayan retenido por los contratos celebrados.

De manera esquemática, el cálculo de la reserva se puede expresar como sigue:

$$R_{\text{calidad}} = \sum_{i=1}^n [(PC - PR) + CRNP_{\text{noinscrito}}]$$

Donde:

R_{calidad} = Reserva de Riesgos en Curso Complementaria
 PC = Prima Cedida al reasegurador extranjero no inscrito
 PR = Prima Retenida por reaseguro cedido al reasegurador extranjero no inscrito, en su caso
 $CRNP_{\text{noinscrito}}$ = Costo del reaseguro no proporcional pagado al reasegurador extranjero no inscrito
 N = Número total de reaseguradoras extranjeras no inscritas con las que operó la empresa.
 Y dónde $PC \geq PR$

Las aseguradoras que constituyan la reserva antes descrita, deberán invertir los recursos en los mismos términos en que se tenga prevista la reglamentación para la inversión de las Reservas Técnicas.

La reserva de riesgos en curso complementaria que se constituya, se podrá devengar bajo alguna de las siguientes modalidades que determine la autoridad reguladora:

- a) Al final, cuando venza la vigencia del contrato de reaseguro o de la cesión facultativa que le dio origen, siempre y cuando no existan obligaciones a cargo de la reaseguradora extranjera.
- b) Conforme transcurra el riesgo, tal y como se devengue la reserva de riesgos en curso.

Conforme a los requisitos que establezca la autoridad y que sustenten el incumplimiento por insolvencia de los reaseguradores extranjeros no inscritos que dieron origen a la constitución de la reserva, se afectará por la proporción que, de la propia reserva, represente la institución o instituciones que incumplieron con su obligación.

Un mecanismo alternativo que puede producir los mismos efectos técnicos y financieros, consistiría en que los órganos supervisor no permita que la aseguradora cedente rebaje el monto de su reserva de riesgos en curso como resultado de la cesión de riesgos a reaseguradores no inscritos en el Registro.

4.5 Impacto en el Requerimiento Mínimo de Capital

De igual manera que en las reservas técnicas, si una institución cede riesgos a una reaseguradora extranjera no registrada, para efectos estatutarios está conservando también esa parte del riesgo a su cargo, por lo que esa "retención adicional" deberá impactar el margen de solvencia de la compañía, y en consecuencia derivar en un requerimiento adicional de capital.

Para determinar el requerimiento adicional de capital por operaciones con reaseguradoras extranjeras no registradas, en el caso específico de México se encuentra descrito en las Reglas para el Capital Mínimo de Garantía de las Instituciones de Seguros, en el capítulo segundo del Requerimiento Bruto de Solvencia, inciso octavo en donde a pie dice:

"... El ponderador de reaseguro que será utilizado en el cálculo de los requerimientos de solvencia correspondientes a la operación de accidentes y enfermedades, el ramo de salud, el ramo de agrícola y de animales, el ramo de automóviles, el ramo de crédito, el ramo de responsabilidad civil, los demás ramos de la operación de daños y el ramo de terremoto estará integrado por los siguientes índices:

1. Índice de Reaseguradoras Extranjeras no registradas (I_{renr})

$$I_{renr} = 1 + \left(\sum_{i=1}^n P_{cni} / Pr \right)$$

Donde:

P_{cni} = Primas cedidas a la reaseguradora extranjera no registrada i durante los últimos 12 meses transcurridos al cierre del periodo a reportar., en la operación, ramo o seguro donde se esté determinando el índice.

Pr = Primas retenidas durante los últimos 12 meses transcurridos al cierre del periodo a reportar, correspondiente a la operación, ramo o seguro para el cual se está determinando el índice.

2. Índice de calidad de reaseguradoras extranjeras registradas (I_{qrer})

$$Iqrer = \sum (Pcr_i + Cr_{(d+t)_i}) * Q_i / \sum_{i=1}^n Pcr_i + Cr_{(d+t)_i}$$

Donde:

Pcr_i = Total de primas cedidas, por todas las operaciones y ramos, a la reaseguradora extranjera registrada i durante los últimos 12 meses transcurridos al cierre del periodo a reportar.

$Cr_{(d+t)_i}$ = Total de costos de reaseguro no proporcional, del directo y del tomado, pagados en todas las operaciones y ramos, a la reaseguradora extranjera registrada i durante los últimos 12 meses transcurridos al cierre del periodo a reportar.

Q_i = Factor de calidad de la reaseguradora extranjera registrada i , que se determinará de acuerdo con la calificación que presente al cierre del periodo a reportar, considerando la siguiente tabla:

Calificación	Standard & Poor's	A.M. Best	Moody's	Fitch	Factores de Calidad
Superior	AAA	A++ A+ FPR=9	Aaa	AAA	0.95
Excelente	AA+ AA AA-	A, A- FPR=8 Y 7	Aa1, Aa2, Aa3	AA+, AA, AA-	0.90
Muy Bueno/ Bueno	A+, A, A-	B++, B+, FPR= 6 y 5	A1, A2, A3	A+, A, A-	0.85
Adecuado	BBB+, BBB, BBB-		Baa1, Baa2, Baa3	BBB+, BBB, BBB-	0.80

3. Índice de concentración de reaseguradoras extranjeras registradas (Icrer)

$$Icrer = \sum a_i^2$$

Donde:

a_i = Participación de la reaseguradora extranjera registrada i , en las operaciones totales de reaseguro de la institución, durante los últimos 12 meses transcurridos al cierre del periodo a reportar, es decir:

$$a_i = (Pcr_i + Cr_{(d+t)_i}) / (Pcr_{total} + Cr_{(d+t)_{total}})$$

Siendo:

Pc_{ri} = Total de primas cedidas, por todas las operaciones y ramos, a la reaseguradora extranjera registrada i durante los últimos 12 meses transcurridos al cierre del periodo a reportar.

$Cr_{(d+t)i}$ = Total de costos de reaseguro no proporcional, del directo y del tomado, pagados en todas las operaciones y ramos a la reaseguradora extranjera registrada i durante los últimos 12 meses transcurridos al cierre del periodo a reportar.

Pc_{total} = Total de primas cedidas, por todas las operaciones y ramos, al total de reaseguradoras extranjeras registradas utilizadas por la institución cedente durante los últimos 12 meses transcurridos al cierre del periodo a reportar.

$Cr_{(d+t)}$ = Total de costos de reaseguro no proporcional, del directo y del tomado, pagados en todas las operaciones y ramos al total de reaseguradoras extranjeras registradas que haya utilizado la institución cedente durante los últimos 12 meses transcurridos al cierre del periodo a reportar.

4.6 Acciones de Supervisión en Materia de Reaseguro

Para propiciar que el mercado asegurador dé cabal cumplimiento al marco normativo establecido en materia de reaseguro, es necesario diseñar un esquema integral de actividades que permitan analizar la operación de las instituciones, a partir de:

- a) Reportes de información que generen las supervisadas
- b) Visitas de inspección que realice la autoridad supervisora
- c) Revisiones que efectúen otras instancias como son los auditores externos contables y actuariales

Por lo anterior, se considera conveniente que en la supervisión de las operaciones de reaseguro se establezcan al menos las siguientes acciones:

4.6.1 En el ámbito de las reaseguradoras extranjeras

Monitorear de manera permanente las calificaciones de las reaseguradoras extranjeras que haya obtenido su inscripción en el Registro correspondiente, con el propósito de verificar que si es modificada en su evaluación, ésta no sea inferior a la mínima establecida y que para estar en posibilidad de efectuar la acción antes descrita, se requiere contar con información actualizada que generen las agencias internacionales que acepte la autoridad de cada país.

4.6.2 En el ámbito de los intermediarios de reaseguro

Establecer mecanismos para que, cuando se considere necesario, se rinda a la autoridad informe sobre:

- a) Las aseguradoras a quienes presta servicios, así como los negocios en los que ha participado.
- b) Las reaseguradoras extranjeras con las que coloca riesgos.
- c) El registro contable de sus operaciones.
- d) Funcionarios autorizados para la aceptación y cesión de riesgos.

Realizar visitas de inspección con el propósito de:

- a) Verificar que no se utilicen reaseguradoras no registradas.
- b) Dar seguimiento a la cesión de riesgos que haya efectuado una institución a través de algún intermediario y que presente alguna problemática.
- c) Revisar si los ingresos por primas cedidas los ingresa conforme a lo establecido a las reaseguradoras extranjeras.
- d) Evaluar el control interno de la administración de los servicios que presta el intermediario, con el objeto de determinar si ésta en posibilidades de hacerlo adecuadamente.

4.6.3 En el ámbito de las aseguradoras del país

Las instituciones que celebren operaciones de reaseguro con empresas extranjeras no inscritas en el Registro correspondiente, deberán someter a consideración de la autoridad, un plan de regularización en el que señalen el procedimiento y plazo para corregir la irregularidad.

La autoridad deberá determinar el flujo de información en materia de reaseguro que deberán remitirle periódicamente las compañías, y será la base para la vigilancia preventiva que se realice a través de un análisis, este flujo de información deberá considerar al menos la siguiente información sobre:

- El programa o esquema de reaseguro establecido por cada institución, que permita conocer las estrategias determinadas para alcanzar los resultados previstos por cada ramo o tipo de negocio. Se estima conveniente que anualmente el órgano supervisor cuente con lo siguiente:
 - Detalle de los contratos proporcionales y no proporcionales celebrados por la empresa.
 - Análisis de la determinación de los límites de retención establecidos.
 - Reaseguradoras e intermediarios de reaseguro participantes.
- Los resultados obtenidos por los programas de reaseguro establecidos por las instituciones, donde se aprecie el equilibrio de cada contrato, los perfiles de primas y siniestralidad, etc.
- Los saldos contables de las cuentas relativas a operaciones de reaseguro, tales como:
 - La reserva de riesgos en curso complementaria por calidad del reaseguro.
 - Participación de reaseguradoras en los activos y los pasivos.

Instrumentar un programa de visitas de inspección para verificar:

- Que no se utilicen reaseguradoras extranjeras no registradas, sobretodo en negocios facultativos.
- El procedimiento y razonabilidad de la reserva de riesgos en curso complementaria por calidad del reaseguro que, en su caso, se haya constituido.
- Que no se estén utilizando los servicios de intermediarios de reaseguro no autorizados.
- El soporte documental de los contratos de reaseguro como son contratos y confirmaciones.
- En negocios facultativos, las ofertas, notas de cobertura y "slips" de aceptación.
- Los aspectos detectados en el análisis.
- El cumplimiento de observaciones efectuadas a las instituciones en visitas de inspección realizadas anteriormente.
- El control interno de área que realice las operaciones de reaseguro.

Complementar la supervisión que realice la autoridad, a través de las revisiones que efectúen, en su caso, auditores externos a las aseguradoras, considerándose adecuado solicitar a:

- Los auditores contables, que en sus dictámenes opinen sobre:
 - La razonabilidad de los saldos de pasivo y activo de reaseguradoras, detectando antigüedad y recuperabilidad de los mismos.
 - El registro contable de la cesión de primas, recuperación de siniestros, así como devolución o cancelación de reservas.
 - El control que se lleve sobre la administración de los contratos de reaseguro.
- Los auditores actuariales, que en su análisis incluyan:
 - Que la distribución de primas se realice conforme lo establezcan los contratos de reaseguro.
 - Una revisión selectiva sobre negocios facultativos para verificar que la cesión considere las mismas condiciones de las pólizas originales en lo que se refiere a vigencias, monto de primas y cláusulas.

4.7 Regulación Mexicana

De acuerdo a lo antes visto, en México se encuentra en el Diario Oficial de la Federación en la Circular S-9.2 la forma y términos en que se deberán rendirse informes y pruebas relativas a las operaciones de reaseguro, de donde se desprende que:

Las compañías cedentes deberán conservar la documentación soporte que acredite fehacientemente su correcta y oportuna colocación de cada una de las operaciones de reaseguro que celebre, la documentación que se refiere al menos debe contener:

- I. Para colocaciones efectuadas directamente con reaseguradoras:
 - a. La oferta o "slip" de condiciones de colocación.
 - b. Las confirmaciones formales de colocación de reaseguro fechadas.
 - c. La demás documentación soporte de los pagos de las primas, liquidación de saldos o de los costos de coberturas de conformidad con los plazos pactados en las negociaciones correspondientes.

- II. Para colocaciones efectuadas a través de los Intermediarios de Reaseguro Autorizados:
 - a. La oferta o "slip" de condiciones de colocación.
 - b. La confirmación de la colocación de reaseguro fechada, que haya otorgado el Intermediario de Reaseguro Autorizado.
 - c. La nota de cobertura emitida por el Intermediario de Reaseguro Autorizado, correspondiente a la colocación de reaseguro.
 - d. La demás documentación soporte de los pagos de las primas, liquidación de saldos o de los costos de coberturas realizados con los Intermediarios de Reaseguro Autorizados, de conformidad con los plazos pactados en las negociaciones correspondientes.

Para que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas pueda inspeccionar y vigilar la adecuada colocación de los riesgos cedidos, las compañías cedentes deberán acreditar:

- I. Para las ofertas o "slips" de condiciones de colocación:
 - a. En contratos de Reaseguro Automáticos: La operación, el ramo y las características de la cartera, incluyendo los perfiles de prima y siniestros.
 - b. En contratos de Reaseguro Facultativo: El asegurado, el ramo, las características del riesgo y las condiciones aplicables.

- II. Para las confirmaciones de colocaciones efectuadas directamente con las reaseguradoras autorizadas:
 - a. Las confirmaciones respectivas en papelería institucional de las reaseguradoras participantes, con firmas y/o sellos de aceptación de las mismas, o bien en papelería institucional de las Oficinas de Representación de Reaseguradoras Extranjeras Autorizadas.
 - b. Las confirmaciones respectivas en papelería de la propia Cedente, con los sellos, firmas, porcentajes de participación y fechas de aceptación por parte de las reaseguradoras correspondientes.
 - c. La cobertura o riesgo colocado, conforme a lo establecido en la propia oferta descrita en el punto I. anterior.
 - d. Las confirmaciones efectuadas a través de medios electrónicos, las que deberán cumplir con lo previsto por el Código Civil Federal, el Código Federal de Procedimientos Civiles, el Código de Comercio y demás disposiciones aplicables.

- III. Para las confirmaciones de colocación que reciban de parte de los Intermediarios de Reaseguro Autorizado:
- a. Las confirmaciones respectivas en papelería institucional del Intermediario de Reaseguro Autorizado, Con firma de persona que cuente con la autorización como Apoderado de Reaseguro.
 - b. La cobertura o riesgo colocado, conforme a lo establecido en la propia oferta descrita en el punto I. anterior.
 - c. Los nombres de las reaseguradoras autorizadas participantes, así como los números de registro otorgados conforme al Registro de Reaseguradoras Extranjeras y los porcentajes en que participan dentro del total de la colocación de que se trate.
 - d. Las confirmaciones efectuadas a través de medios electrónicos, las que deberán cumplir con lo previsto por el Código Civil Federal, el Código Federal de Procedimientos Civiles, el Código de Comercio y demás disposiciones aplicables.
- IV. Para las notas de cobertura que reciban de parte de los Intermediarios de Reaseguro Autorizados:
- a. Las notas de cobertura respectivas en papelería institucional del Intermediario de Reaseguro Autorizado, Con firma de persona que cuente con la autorización como Apoderado de Reaseguro.
 - b. Que las condiciones consignadas en la nota de cobertura coincidan con las de la oferta de colocación preparadas, negociadas y aceptadas por las Cedentes.
 - c. Los nombres de las reaseguradoras autorizadas participantes, con los números de registro otorgados, conforme al Registro de Reaseguradoras Extranjeras.
 - d. La prima o el costo de la cobertura contratada, así como los porcentajes de participación correspondientes a cada una de las reaseguradoras participantes.
 - e. El porcentaje o monto correspondiente a cada una de las reaseguradoras participantes neto de corretaje o, en su caso, las constancias de haber realizado las gestiones necesarias para obtener esta información.
 - f. Las confirmaciones formales de las reaseguradoras, en los términos establecidos en el punto II.
 - g. Las notas de cobertura efectuadas a través de medios electrónicos, las que deberán cumplir con lo previsto por el Código Civil Federal, el Código Federal de Procedimientos Civiles, el Código de Comercio y demás disposiciones aplicables.

Respecto a los Contratos de Reaseguro Automáticos y Facultativos colocados directamente por las cedentes, deberá acreditarse:

- I. Que a más tardar en la fecha de inicio de su vigencia, las Cedentes contaban con las confirmaciones de las reaseguradoras participantes, en los términos establecidos en el punto II de la tercera disposición, comprobando la colocación del reaseguro al 100%.
- II. Que en los contratos que se celebren para cubrir los resultados de siniestralidad por operaciones o ramos durante un periodo de vigencia pactado, donde la responsabilidad a cargo de las reaseguradoras se determina al evaluar los resultados al final de la propia vigencia, las

Cedentes contaban con las confirmaciones de las reaseguradoras en los términos establecidos en el punto II. De la tercera de las disposiciones, comprobando la colocación al 100% en un plazo no mayor de 30 días naturales siguientes al inicio de vigencia de los mismos, y que iniciaron sus efectos a más tardar en las fechas pactadas.

- III. Que las cedentes hayan recabado los contratos respectivos debidamente formalizados o, en su caso, la documentación que acredite y perfeccione el acuerdo de las partes en un plazo no mayor de 90 días naturales, contando a partir del inicio de la vigencia de los Contratos de Reaseguro Automáticos.
- IV. Que las modificaciones o prórrogas que se hayan realizado durante la vigencia de los Contratos de Reaseguro Automáticos y Facultativos, contaban con el soporte documental correspondiente en las fechas en que se pactaron.
- V. Que en los contratos de Reaseguro Automáticos y Facultativos celebrados, la Cedente cuenta, al menos, con la documentación soporte señalada en el punto I, de la segunda de las disposiciones, y tratándose de Contratos de Reaseguro Facultativo, adicionalmente con una copia de la póliza de seguro.
- VI. Que lleva un registro de los Contratos de Reaseguro Facultativos cedidos y tomados donde se identifique, entre otros conceptos: el ramo, el número de póliza, vigencia y fecha de emisión de la póliza así como moneda, fecha de colocación y confirmación, el número de oferta de colocación, la suma asegurada y la prima, ambas desglosadas por retención, Contratos de Reaseguro Automáticos y Facultativo, respectivamente.

Respecto de los Contratos de Reaseguro Automáticos y Facultativos colocados a través de intermediarios de Reaseguro Autorizados, deberá acreditarse:

- I. Que a más tardar en la fecha de inicio de vigencia de los contratos en referencia, las Cedentes contaban con las confirmaciones de colocación recibidas de parte de los Intermediarios de Reaseguro Autorizados, en los términos establecidos en el punto II.
- II. Que en los contratos que se celebren para cubrir los resultados de siniestralidad por operaciones o ramos durante un período de vigencia pactado, donde la responsabilidad a cargo de las reaseguradoras se determina al evaluar los resultados al final de la propia vigencia, las Cedentes con las confirmaciones de colocación de parte de los intermediarios de Reaseguro Autorizados, en los términos establecidos en el punto III, comprobando la colocación al 100% en un plazo no mayor de 30 días naturales siguientes al inicio de vigencia de los mismos y que iniciaron sus efectos a más tardar en las fechas pactadas.
- III. Que las Cedentes hayan recabado los contratos respectivos debidamente formalizados o, en su caso, la documentación que acredite y perfeccione el acuerdo de las partes, en un plazo no mayor de 90 días naturales, contando a partir del inicio de la vigencia de los Contratos de Reaseguro Automáticos.
- IV. Que contaban con las notas de cobertura recibidas de parte de los Intermediarios de Reaseguro Autorizados, en los términos establecidos

- en el punto IV, en un plazo no mayor de 30 días naturales a partir del inicio de vigencia de los mismos términos.
- V. Que las modificaciones o prórrogas realizadas durante la vigencia de los Contratos de Reaseguro Automáticos o Facultativos, contaban con el soporte documental correspondiente por parte de los Intermediarios de Reaseguro Autorizados, en las fechas pactadas, así como haber recabado el soporte documental correspondiente por parte de los reaseguradores participantes en un plazo no mayor de 30 días naturales, contando a partir de la fecha en que se hubieran modificado o prorrogado el contrato.
 - VI. Que los contratos de Reaseguro Automático o Facultativo celebrados, la Cedente cuenta, al menos con la documentación soporte señalada en el punto II y tratándose de Contratos de Reaseguro Facultativo, adicionalmente con una copia de la póliza de seguro.
 - VII. Que lleva un registro de los Contratos de Reaseguro Facultativos cedidos y de los tomados donde se identifique, entre otros conceptos: el ramo, el número de póliza, vigencia y fecha de emisión de la póliza así como moneda, fecha de colocación y confirmación, el número de oferta de colocación, la suma asegurada y la prima, ambas desglosadas por retención.
 - VIII. Independientemente de la documentación que las Cedentes deban mantener en los términos señalados anteriormente, cuando la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas así lo determine, las mismas deberán obtener la documentación probatoria de los pagos recibidos por las Reaseguradoras de acuerdo a sus porcentajes de participación, en el plazo que la propia Comisión determine y que no podrá ser inferior a 15 días hábiles. Lo anterior, con independencia de los comprobantes sobre gestiones y transferencias de recursos financieros realizadas por los Intermediarios de Reaseguro Autorizados u otros conductos que hubieran utilizado éstos.

Las cedentes deberán contar con los mecanismos de control necesarios que les permitan efectuar procesos adecuados de conciliación y depuración de saldos por Reaseguradores e Intermediarios de Reaseguro, y en el caso particular de los Contratos de Reaseguro Financiero, los que establezca su propia normatividad.

4.8 Estadísticas de Reaseguro

4.8.1 Informe Periódico de Reaseguro

El Informe Periódico de Reaseguro (IPR) se integrará por los módulos "Plan General de Reaseguro" y "Reporte Trimestral de Reaseguro", que deberán reportarse para cualquiera de las tres operaciones de seguros a que se refiere el artículo 7° de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, que tengan autorizadas cada una de esas instituciones o sociedades.

En los módulos denominados "Plan General de Reaseguro para la Operación de Vida", "Plan General de Reaseguro para la Operación de Accidentes y Enfermedades" y "Plan General de Reaseguro para la Operación de Daños";

deberá reportarse la planeación en un horizonte prospectivo anual de la política de reaseguro de la institución o sociedad mutualista de seguros.

Cada uno de estos módulos comprenderá los siguientes apartados:

1. **Planeación Estratégica:** En este apartado se describirá el objetivo, estrategias y políticas planteadas por la institución o sociedad mutualista de seguros para ser aplicadas en el futuro inmediato sobre las operaciones de reaseguro, de acuerdo a la operación de que se trate. Al efecto, deberá analizarse la composición de cartera, así como los niveles de cesión a contratos y a operaciones facultativas, asimismo, reportarán los contratos de reaseguro que se prevean realizar o renovar en el periodo de reporte, indicando tipo, retención o prioridad, así como capacidad o límite de responsabilidades.
2. **Perfil de Primas, Sumas Aseguradas y Siniestros:** En esta apartado se presentará la información estadística que la institución o sociedad mutualista de seguros utiliza en las negociaciones de sus contratos de reaseguro y que en términos generales se refiere a las primas emitidas, sumas aseguradas y siniestros por rango, ramo o sub-ramo o que muestran el comportamiento operativo durante el último año.

En los módulos denominados "Reporte Trimestral de Reaseguro para la Operación de Vida", "Reporte Trimestral de Reaseguro para la Operación de Accidentes y Enfermedades" y "Reporte Trimestral de Reaseguro para la Operación de Daños" , se deberá presentar la información operativa correspondiente a: los contratos de reaseguro proporcionales, no proporcionales y de reaseguro financiero; las operaciones de cesión facultativa que haya celebrado la institución o sociedad mutualista de seguros durante el periodo de reporte, así como los resultados obtenidos en cada uno de los contratos de reaseguro reportados, mismos que deberán ser consistentes con la información contable y financiera reportada a esta Comisión por cada institución o sociedad mutualista de seguros.

Cada uno de los módulos comprenderá los siguientes apartados:

1. **Reporte sobre colocación de contratos:** En este apartado se consignarán los contratos proporcionales, no proporcionales y de reaseguro financiero celebrados dentro del trimestre de que se trate, describiendo cada uno de ellos, sus principales características operativas relativas al tipo de contrato, a la vigencia, al ramo o sub-ramo cubiertos, a la capacidad o límite de responsabilidades, a las comisiones o costos, a los porcentajes de participación o prioridades, a las primas cedidas, al tipo de moneda, a los reaseguradores, así como a los intermediarios de reaseguro participantes. Dentro de este reporte, deberán considerarse las prórrogas pactadas, así como aquellas renovaciones, modificaciones y addenda convenidos dentro del periodo de reporte, sobre contratos de reaseguro proporcionales, no proporcionales y de reaseguro financiero celebrados previamente.
2. **Reporte sobre reaseguro facultativo:** En este apartado se proporcionará la información sobre los negocios facultativos realizados por la institución

o sociedad mutualista de seguros dentro del trimestre de reporte, y consistirá en lo siguiente:

2.1 Un resumen de los negocios facultativos colocados, así como de los totales de primas cedidas por operación y ramo.

2.2 Una descripción genérica de los negocios facultativos más importantes colocados, señalando su distribución (retención, contratos y el propio facultativo), el tipo de moneda, los reaseguradores y los intermediarios participantes. En la determinación de la importancia de los negocios facultativos se considerará el criterio de prima cedida.

2.3 Un resumen de los principales reaseguradores que concentren la cesión facultativa de la institución o sociedad mutualista de seguros, bajo el criterio de prima cedida.

3. **Reporte de Resultados de Reaseguro:** Dentro de este apartado se deberán informar los resultados alcanzados en las operaciones de reaseguro efectuadas por la institución o sociedad mutualista de seguros, conforme a lo siguiente:

3.1 Con el propósito de que esas instituciones y sociedades integren los resultados globales de las operaciones de reaseguro, presentarán en el reporte correspondiente al cuarto trimestre de cada año, los resultados acumulados por el periodo de enero a diciembre del ejercicio en reporte derivados de las operaciones de reaseguro que originó tal resultado, esta información deberá ser consistente con la información financiera presentada al cierre de cada ejercicio en el Sistema Integral de Información Financiera (SIIF).

3.2 Deberá presentarse un reporte de los 20 siniestros más cuantiosos ocurridos y registrados dentro del trimestre en reporte, donde se consignará el importe total, su distribución entre retención y reaseguro, así como los principales reaseguradores participantes.

3.3 Por lo que corresponde a los resultados de los negocios facultativos, se deberá presentar exclusivamente en el reporte correspondiente al cuarto trimestre de cada año, un resumen de los concluidos dentro del ejercicio en reporte.

La periodicidad en la entrega del IPR se efectuará conforme a lo siguiente:

1. Los módulos denominados "Plan General de Reaseguro para la Operación de Vida", "Plan General de Reaseguro para la Operación de Accidentes y Enfermedades" y "Plan General de Reaseguro para la Operación de Daños"; tendrán una periodicidad anual, debiendo la institución o sociedad mutualista de seguros presentarlos de acuerdo a los periodos de celebración o renovación de la mayoría de sus contratos de reaseguro para cada una de las operaciones que tengan autorizadas, conforme a lo siguiente:

1.1. Dentro de los primeros diez días naturales del mes de mayo de cada año, o

1.2. Dentro de los primeros diez días naturales del mes de noviembre de cada año.

2. Los módulos denominados "Reporte Trimestral de Reaseguro para la Operación de Vida", "Reporte Trimestral de Reaseguro para la Operación de Accidentes y Enfermedades" y "Reporte Trimestral de Reaseguro para la Operación de Daños", deberán entregarse dentro de los primeros cuarenta y cinco días naturales siguientes al cierre del trimestre de que se trate.

En caso de que la fecha límite para la entrega sea un día inhábil, se considerará como fecha límite el día hábil inmediato siguiente.

4.8.2 Reglas para Fijar los Límites Máximos de Retención

La determinación y aplicación de los límites máximos de retención que en cada operación o ramo asuman las instituciones de seguros será responsabilidad del consejo de administración y se sujetará a lo previsto en los artículos 29 BIS, 37 y 86 de la Ley General.

Las instituciones de seguros deberán presentar, en la forma y términos que al efecto establezca la Comisión de Seguros, mediante disposiciones de carácter general, el documento que contenga el acuerdo del consejo de administración señalando los límites de retención aprobados.

En la determinación de los límites de retención, las instituciones de seguros deberán procurar el aprovechamiento de su capacidad de retención, el desarrollo de políticas adecuadas para la cesión y aceptación, según corresponda, de reaseguro interno o externo, así como la dispersión de aquellos riesgos que por su naturaleza puedan afectar su solvencia y estabilidad.

El límite de retención será la cantidad, que como máximo, la institución de seguros podrá retener en cada uno de los riesgos asegurados de las pólizas en vigor una vez deducida la parte cedida en los diversos contratos de reaseguro en que participan en dichos riesgos, considerando como parte de dicho límite: los deducibles, franquicias, corredores o cualquier otro elemento que los contratos de reaseguro establezcan y que puedan resultar en responsabilidad que la institución de seguros que cede el riesgo, deba asumir.

Los límites máximos de retención que asuman las instituciones de seguros, serán los que apruebe su consejo de administración, los cuales deberán ser determinados mediante procedimientos técnicos de valoración de riesgos, atendiendo a los principios establecidos en los artículos 37 y 86 de la Ley de Seguros.

Los límites de retención deberán determinarse anualmente en concordancia con el momento en que se realice el diseño de los planes anuales de reaseguro de las instituciones de seguros. Adicionalmente las instituciones podrán realizar ajustes a su límite de retención durante el año, cuando existan cambios importantes en su cartera de riesgos.

Cualquier ajuste que en su caso realicen las instituciones de seguros, deberá ser autorizado previamente por su consejo de administración.

El límite de retención deberá determinarse y establecerse al menos por cada una de las operaciones de seguros que practique la institución de seguros. Sin perjuicio de lo anterior, atendiendo a la naturaleza de los riesgos asegurados, esas instituciones de seguros podrán establecer límites de retención por cada ramo, sub-ramo o tipo de seguro que operen.

Los límites de retención por cada operación, ramo o tipo de seguro que practiquen las instituciones de seguros y que apruebe su consejo de administración, deberán determinarse mediante la aplicación de un método técnico que tome en cuenta: el volumen que le represente en el ejercicio de su actividad la operación, ramo o tipo de seguro que corresponda, la calidad y el monto de sus recursos, el monto de las sumas aseguradas en riesgo, las características de los riesgos que asuma, la composición de su cartera, la experiencia obtenida respecto al comportamiento de la siniestralidad, y sus políticas de reaseguro.

El método técnico para estimar los límites de retención deberá permitir que la institución de seguros conozca con un alto grado de confiabilidad, que el límite de retención adoptado es un valor tal que en escenarios adversos probables de ocurrencia de siniestros, el monto total retenido de siniestros ante tales escenarios, derivado de la adopción de dicho límite de retención, no pone en riesgo su solvencia. Se entenderá como escenarios adversos probables, aquellos en los que se considere la ocurrencia simultánea de siniestros de las pólizas con las mayores sumas aseguradas contenidas en el portafolio de pólizas en vigor de la institución.

La determinación del límite de retención deberá realizarse con la información de pólizas en vigor de la institución de seguros, pudiendo incorporar al cálculo carteras hipotéticas de pólizas que correspondan a los planes de negocio del año de que se trate o a negocios en donde la compañía conozca su futura realización.

En el caso de las operaciones de Daños y de Accidentes y Enfermedades, el límite de retención obtenido conforme a la aplicación del método técnico mencionado anteriormente, deberá corresponder, por cada riesgo asegurado, a una cantidad que no sea superior al 5% de los activos computables al capital mínimo de garantía de acuerdo a los límites de inversión establecidos en las

En conclusión podemos afirmar que la importancia de regular adecuadamente las operaciones de reaseguro que realizan las instituciones, radica en ofrecer a los usuarios una mejor garantía de la solvencia y liquidez de quien asume una obligación con ellos, para ello es indispensable que cualquier reforma o adecuación a las reglas de operación que se imponga en un mercado, sea entendida y aceptada por el mismo, en el caso de reaseguro, se estima muy conveniente que las propias instituciones se encuentren convencidas de los beneficios que les reporta a ellas, el contar con un soporte de calidad en la cesión de sus responsabilidades, así como de que esas transferencias de riesgos, de las cuales siendo responsable ante sus

clientes, se hagan oportunamente y se soporten documentalmente de forma correcta.

Conclusiones

De acuerdo a lo que hemos visto en el presente trabajo nos hace pensar en los principales beneficios que el reaseguro provee a las compañías aseguradoras, los cuales pueden ser englobados en tres grandes aspectos: reduce la volatilidad de los resultados de la suscripción, flexibilidad y estabilización del capital financiero y acceso a la experiencia y servicios de los reaseguradores especialmente en los campos de desarrollo de productos y suscripción.

También provee seguridad a largo plazo minimizando el impacto potencialmente negativo de grandes riesgos.

El reaseguro permite a las compañías aseguradoras a manejar sus riesgos y capital de una manera más eficiente, haciendo el seguro más confiable y menos caro, al mismo tiempo amplía la capacidad de la compañía para desarrollar y ofrecer nuevos productos y coberturas, permite a las compañías aseguradoras a proteger sus estados de resultados contra pérdidas inesperadas, a entender mejor los riesgos asumidos y el asegurar el correcto precio de los productos. Como consecuencia de esto los resultados de las compañías aseguradoras son menos volátiles, reduciendo significativamente el riesgo de algún cambio desfavorable en el capital de la empresa.

Finalmente, el reaseguro permite que las compañías aseguradoras tomen ventaja con una economía en escala, pueden manejar su capital de manera más eficiente, permitiendo al mismo tiempo ofrecerles a sus asegurados el mismo nivel de confianza a un mejor precio.

Bibliografía

- Carter Robert L. 2004, "Reinsurance Essentials"
- Gerathewohl, Klaus 1980, "Reinsurance Principles and Practice"
- Swiss Re Technical Publishing 2002, "An introduction to Reinsurance"
- Centro Suizo de Formación Aseguradora 1990, "El Reaseguro Financiero, Consideraciones Generales"
- Standard & Poor's 2007: Global Reinsurance Highlights
- L.R. Carter, MAPFRE 1980, "El Reaseguro"
- PGM Dickson The Sun Insurance Office 1960, "The History of Two and a Half Centuries of British Insurance"
- C.E. Golding 1990, "History of Reinsurance"