



CURSO PARA ACREDITAR LA CAPACIDAD TÉCNICA DE AGENTE DE SEGUROS ANTE LA CNSF

® **CEDULA A**

VIDA INDIVIDUAL

BASES TÉCNICAS

Relacionar el concepto de Tabla de Mortalidad con el cálculo del Costo del Seguro.

EL SEGURO DE VIDA:

El seguro de vida es considerado como un instrumento financiero que permite continuar con la vida económica del asegurado. El seguro de vida pretende proteger al asegurado durante toda su vida, pasando por los tres grandes riesgos latentes: **Muerte prematura, invalidez, ya sea por accidente o enfermedad y por último la sobrevivencia**, que significa que cuando una persona llegue a la vejez, tenga los recursos económicos suficientes para solventar sus necesidades.

Por lo tanto, el seguro de vida se basa en la probabilidad de fallecimiento de las personas por cada edad. Y esto se puede observar en un estudio actuarial denominado: Tabla de Mortalidad.

Las **Tablas de Mortalidad son registros estadísticos de los fallecimientos que ocurren cada año dentro de un grupo inicial de personas de edad determinada, este estudio esta sometido a las leyes de probabilidad.** A partir de este hecho las Aseguradoras establecen bases de cálculo para fijar las primas correspondientes a cada Plan de Seguro de Vida.

Las tablas de mortalidad, nos ayudan a calcular la probabilidad de muerte y la esperanza de vida de un grupo determinado de personas, cuyas edades oscilan **de 0 a 99 años**. Es el instrumento utilizado para determinar el cálculo de primas o costo del riesgo que asume una compañía de seguros, para calcular las primas en los seguros de vida individual se utilizan las tablas de experiencia de mortalidad mexicana.

TABLA DE MORTALIDAD

Edad	No. de Sobrevivientes al iniciar el año	No. de Fallecimientos	Prima pura de Riesgo por cada \$1,000.00 de Suma Asegurada
25	9,575,636	18,481	1.93
26	9,557,155	18,732	1.96

27	9,538,423	18,981	2.00
28	9,519,442	19,324	2.03
29	9,500,118	19,760	2.08
30	9,480,358	20,193	2.13

TASA DE MORTALIDAD

Es el elemento más importante de la Tabla de Mortalidad, pues se toma como base para determinar el costo del seguro.

$$\text{Tasa de Mortalidad} = \frac{\text{No. de Fallecimientos}}{\text{Número de Vivos por 1,000}} \times \frac{\text{Tasa de Mortalidad=}}{\text{A edad de 30 Años}} = \frac{20,193}{9,480,358} = 2.1$$

Costo del Seguro.- Es la contribución de cada uno de los asegurados para resarcir las pérdidas económicas resultantes en el grupo de los fallecimientos ocurridos en el cual se encuentran estratificados.

Distinguir los diferentes tipos de Primas (Prima Pura de Riesgo, Prima Total, Prima Única, Prima Nivelada, Extraprima, Prima Ascendente, Prima Decreciente) descuentos y recargos.

La prima .- Es la **cantidad que paga el asegurado** para tener derecho a la protección y sirve para que la aseguradora pueda cubrir el riesgo previsto en el contrato de seguros, así como los gastos de adquisición, gastos de administración y la utilidad esperada.

La prima pura o neta de riesgo.- Para el cálculo de las primas en el seguro de vida individual, este costo se obtiene de las tablas de mortalidad y cubre **únicamente por el puro riesgo de muerte.** Este cálculo es normalmente por un año.

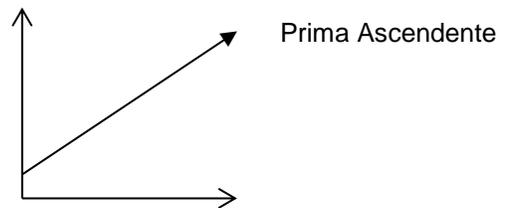
Extraprima.- Es un costo adicional que se aplica a la prima nivelada y se calcula con base en **algunos factores que hacen que el riesgo** de mortalidad sea mayor.

Es decir cuando la salud; los hábitos como el tabaquismo y alcoholismo; el estilo de vida; o la ocupación del asegurado:- representan una agravación esencial del riesgo.

En *Selección de Riesgos o Suscripción de Riesgos* se aplican dos tipos de extra primas que son:

- ❖ **Extra – Prima Médica:** Pago adicional del asegurado por encontrarse con un riesgo subnormal de salud. Los riesgos son: Antecedentes médicos familiares, antecedentes médicos personales, hábitos: fumar o beber.
- ❖ **Extra – Prima Actuarial o No Médica:** Pago adicional del asegurado por tener un alto riesgo de ocupación con un riesgo mayor de sufrir la muerte por su grado de peligrosidad, o por la práctica de aficiones peligrosas, o de la práctica de deportes peligrosos.

Prima Natural Ascendente.- Se calcula año con año a la **edad alcanzada** por el asegurado y que va creciendo al aumentar la probabilidad de muerte. Esta Prima origina un costo elevado, pues cada año forzosamente tiene que aumentar. (Por ejemplo el plan temporal a un año)



Prima Decreciente.- Es la que tiene una disminución en su importe a medida que pasa el tiempo. Esta prima se utiliza en algunos planes del seguro de vida, por ejemplo, en modalidades de ahorro, donde mientras más edad tiene el asegurado, menor probabilidad de supervivencia tiene y **por consecuencia menor probabilidad** de que se produzca la indemnización. (Por ejemplo los Seguros de Deudores Diversos, créditos hipotecarios, planes de financiamiento, etc.)

Prima de Tarifa.- Son las primas que consideran además los gastos de operación que origina una compañía de seguros, como son: **los gastos de administración y los gastos de adquisición. Además es preciso incluir un cálculo sobre la utilidad esperada del grupo, más el reaseguro, así como el derecho de la póliza, , recargo por pago fraccionado e inclusive el cálculo de las reservas.**

Prima Total.- La prima total es la suma de la prima por fallecimiento (cobertura básica), más las primas de todas las demás coberturas o beneficios adicionales, que ha contratado un asegurado, más los gastos.

Es decir la prima que contiene los gastos de la prima de tarifa e incorpora los recargos, impuestos y el derecho de póliza, se denomina Prima Total. (En el seguro de vida no se cobra el IVA.)

Prima Única.- Es la que paga el cliente en **una sola exhibición**, sin importar el tiempo de seguro contratado, es decir la prima es liquidada en un solo pago.

Prima Devengada: El costo se calcula por tiempos determinados, un año, la prima se devenga en dos situaciones:

- **Cuando se corre con el riesgo y sucede el siniestro.**
- **Cuando cubre el riesgo por un tiempo determinado sin haber siniestro.**

Prima No Devengada: Es la devolución de la aseguradora de una parte de la prima por las siguientes razones:

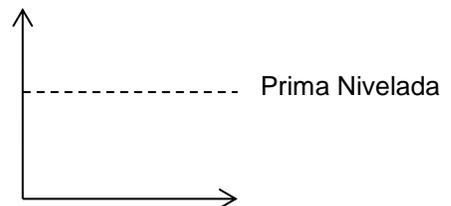
- Cuando se cancela la póliza antes de la vigencia contratada.
- Cuando ocurre un siniestro y por acuerdos en el contrato existe devolución de la prima.

En algunas ocasiones cuando se trata de la devolución de primas en los seguros de vida, se le conoce a este movimiento: **Contraseguro.**

Prima en Depósito: Cuando no se conoce el valor expuesto del riesgo durante la vigencia de la póliza, el asegurado se obliga a dejar una prima en depósito, **de acuerdo a las declaraciones de los riesgos expuestos**, lo puede hacer de forma mensual o en una sola exhibición.

Prima Fraccionada: Es la prima que **se paga en dos o más exhibiciones**, normalmente son mensual, trimestral o semestral.

Prima Nivelada.- Esta **no se incrementa ni disminuye** mientras la póliza se mantenga vigente. Resulta de promediar las distintas primas puras de riesgo que el asegurado deba pagar durante los años en que tenga el seguro, siempre y cuando la suma asegurada permanezca constante



Descuentos.- Es la reducción a la prima que debe pagar el Asegurado, Los factores que comúnmente se toman en cuenta para aplicar los descuentos son:



No Fumador

Se reduce la edad uno o **dos años**, según las políticas de cada compañía.



Sexo Femenino

Se reduce la edad en uno, dos o **3 años** según las políticas de cada compañía, debido a que la expectativa de vida de la mujer es mayor que la del hombre.



Condición Física

Generalmente se reduce la edad en **tres** o hasta cinco años cuando las condiciones del solicitante son excelentes, no fuma y además es practicante asiduo de algún deporte no peligroso.

Recargos.- El recargo administrativo es la cantidad que las aseguradoras aplican sobre las primas de acuerdo al ramo técnico que se trate.

Recargo fijo.- Monto que cobra una aseguradora por cubrir parte de los gastos de operación. (Derecho de póliza).

Recargo por pago fraccionado.- Interés por efectuar el pago de un seguro en partes., de acuerdo a lo siguiente:

- Aumento en el costo de contabilidad.
- Aumento en el costo de cobranza.
- Disminución del producto financiero obtenido por la compañía de seguros.

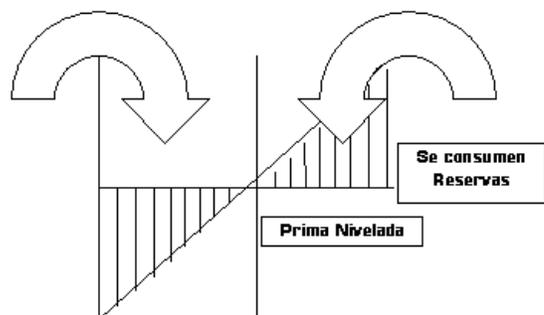
Concepto de Reserva Matemática y Valores Garantizados.

Reservas: Son los **fondos de dinero** que cada empresa de seguros acumula y administra para diferentes objetivos institucionales.

Reserva Matemática: Es el fondo de dinero exclusivo de los seguros de vida que se contratan por plazos de 10 años o más. Se origina del pago de Primas Niveladas.

Los excedentes pagados durante los primeros años de vigencia de la póliza a través de la Prima Nivelada, junto con los rendimientos obtenidos por su inversión, se acumulan en un fondo conocido como: Reserva Matemática.

Esta reserva permitirá cubrir las primas pagadas de menos por el asegurado en edades avanzadas.



Además, la reserva se calcula con un rendimiento financiero, esa es la razón por la cual se le cobra al asegurado un interés, el que generaría la reserva si se mantuviera invertida más los gastos de administración.

Finalmente, es la porción de las primas niveladas por el asegurado, que no ha sido todavía absorbida por el riesgo cubierto por la compañía de seguros y que ésta retiene y capitaliza para garantizar el pago de las obligaciones futuras, es decir, la suma asegurada e indemnizaciones.

La reserva matemática se convierte en un fondo de ahorro para el asegurado, **quien podrá disponer de ese fondo** a través de “**Valores garantizados**”.

El término “valores” se refiere a las cantidades de dinero que la póliza del asegurado va generando con el paso de los años, y el término “garantizados” porque no está sujeto a las políticas de las compañías el concederlos o no, sino que está regulado por la Ley Sobre el Contrato de Seguros:

“El asegurado que haya cubierto tres anualidades consecutivas tendrá derecho de reembolso de inmediato de una parte de la reserva matemática de acuerdo también con las normas técnicas establecidas para el caso, las cuales deben figurar en la póliza”

Por lo tanto, todos los planes de seguro cuyo plazo sea mayor a 10 años y se hayan cubierto al menos tres anualidades completas, tendrán derecho a los Valores Garantizados, de acuerdo también con las normas técnicas establecidas para su caso, las cuales deberán figurar en la póliza.

Las tablas de valores garantizados, se calculan sobre la reserva matemática derivada de la prima nivelada, **algunos de los elementos para determinar este cálculo son: el tipo de plan, el número de anualidades pagadas, el plazo del plan y la edad del asegurado, entre otros**. Los valores garantizados únicamente se otorgan sobre la cobertura básica por fallecimiento, se pueden ejercer de las siguientes formas: En efectivo o brindando mayor protección.

Por lo tanto, El monto de los Valores Garantizados depende principalmente de tres factores:

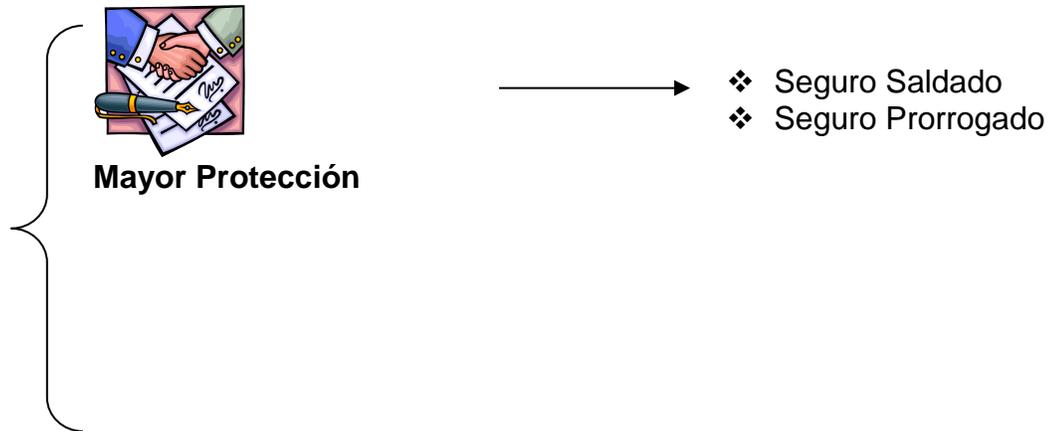
1. El Plan Contratado.
2. La Edad del Asegurado.
3. El número de años pagados.

Objetivo 1.4 Definir cómo se aplican los Valores Garantizados



Efectivo

→ Préstamo (Automático y Ordinario)
❖ Rescate



Mayor Protección:

Como medio para continuar con la protección: Conversión a un Seguro Ordinario y Conversión a un Seguro Saldado.

Préstamo Ordinario.- Recibe parte de sus reservas **en forma de préstamo** con la tasa de interés equivalente a la que obtendría la compañía, (para los fines que desee el

Préstamo Automático.- Se utiliza para **cubrir el pago de algunas primas** subsecuentes que el asegurado dejare de cubrir. (Cuando el asegurado no puede pagar una anualidad)

Rescate.- Se aplica cuando el asegurado decide **no continuar con su programa de seguro**. Recibe en efectivo el total de las reservas acumuladas a su favor, esto implica la cancelación de la póliza, cesando en ese momento los efectos de protección del contrato. **(También se le conoce como “valor en efectivo”)**

Seguro Prorrogado.- El asegurado deja de pagar primas y utiliza el monto del rescate como pago único, conservando la misma suma asegurada pero con un plazo menor al originalmente contratado.

Seguro Saldado.- Cuando el asegurado decide suspender el pago de primas, el valor de rescate se puede utilizar para pagar una cobertura de prima única por el mismo plazo que contrató originalmente, pero con menor suma asegurada.

Designación correcta de los beneficiarios. El Asegurado elige a sus beneficiarios:

El asegurado elige a sus beneficiarios:

- a) Libremente
- b) Sin consentimiento de la aseguradora.
- c) Siempre y cuando haya interés asegurable.
- d) Se puede cambiar la designación, salvo en los beneficiarios irrevocables.

Concepto de dividendos.

Al invertir las reservas de las pólizas, la aseguradora tendrá la oportunidad de obtener **utilidades** por el manejo de la cartera, las cuales repartirá a sus asegurados en forma de

Dividendos. La compañía debe repartir entre todos los asegurados el exceso de rendimiento en las inversiones, ahorro en gastos, menor siniestralidad a la esperada, que tenga sus pólizas en vigor un porcentaje como máximo de las utilidades de año anterior.

Dependiendo de cada aseguradora, los dividendos se otorgarán a partir del segundo o tercer año de vigencia de la póliza, es decir, depende del plan contratado. Dichos dividendos se originan por:

1. Un **buen resultado** en la experiencia de siniestralidad en la cartera de la aseguradora.
2. Rendimientos obtenidos **mayores a los presupuestados**.
3. **Menor gasto** operativo.

Por lo que de acuerdo a las políticas de cada aseguradora y dependiendo del plan contratado el asegurado podrá utilizarlos de acuerdo a las siguientes opciones:

- a) **Aplica el dividendo** para el pago de las primas de su póliza del siguiente año.
- b) Autorizar a la aseguradora para que **lo siga invirtiendo** y genere mayor superávit.
- c) **Retirar** el dividendo cada año.
- d) Comprar un seguro temporal a un año.**
- e) O comprar **otro tipo de seguros adicionales.** (Saldado)

Concluyendo:

- Los valores garantizados se generan de la reserva matemática.
- Los dividendos son un exceso en el rendimiento de las inversiones, reducción de gastos y siniestralidad esperada.

VIDA INDIVIDUAL

II

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Condiciones generales de la póliza. Indisputabilidad, Beneficios, cambio de plan, seguro de menores, carencia de restricciones, contenido de la póliza, rescisión de contrato

Contrato.- Acuerdo entre una Aseguradora y un Asegurado, en el cual la obligación principal de la compañía es resarcir o reparar el daño; la obligación del asegurado es pagar la prima y para que la compañía pueda **apreciar el riesgo adecuadamente**, el asegurado estará obligado a declarar todos los hechos como los conoce o debe conocer al momento de la contratación. Un derecho de la compañía es rescindirle el contrato al asegurado por falsas o inexactas declaraciones, por omisiones o dolo y mala fe, así como cancelar la póliza por falta de pago; un derecho del asegurado es que la compañía le repare daño al asegurado por el riesgo contratado.

Indisputabilidad.- La póliza no será disputable después de **dos años** de su emisión o de su rehabilitación, por omisiones o inexactas declaraciones, contenidas en la solicitud. Transcurrido este tiempo la compañía pagará el siniestro reclamado sin argumentar que será disputable, sí y sólo sí, **la vigencia de la póliza sea ininterrumpida.**

Disputabilidad: El tiempo que tiene la compañía de seguros para oponer todas las causas por las que considera que el siniestro no procede, esto lo podrá hacer únicamente durante los dos primeros años de vigencia de la póliza.

Suicidio.- En caso de suicidio del asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia, la obligación de la aseguradora se limitará a cubrir el importe de la reserva existente. Si el suicidio se presenta **después de dos años**, la aseguradora tendrá la obligación de pagar la suma asegurada.

Cambio de Plan.- El Asegurado puede cambiar en cualquier momento, siempre y cuando:

- Haga la petición a la compañía al menos **2 años antes** de la terminación del plazo del seguro.
- Que la póliza se encuentre **en vigor.**
- Que la edad del asegurado **no sea mayor a 70 años.**
- Que **el nuevo plan que elija sea de reservas más altas** que el que tenía.
- La **suma asegurada será la misma** con la que inició en el plan anterior. Si desea una suma asegurada mayor, tendrá que apegarse a los requisitos de asegurabilidad.

- **La prima se cobrará de acuerdo a la edad contratada para el nuevo plan.** Si existieran extra primas se tomarán en cuenta para su cálculo.

Seguro de menores.- Las condiciones de contratación para menores de 12 años se realizan con diferentes términos:

- El seguro sobre la vida de un menor es **nulo**.
- A partir de la fecha en que el menor cumpla los doce años de edad entrará en vigor el seguro para el caso de fallecimiento y al ocurrir éste se liquidará la suma asegurada al contratante o a los beneficiarios designados. En caso de que el menor falleciere antes de cumplir 12 años de edad, la obligación de la Compañía se limitará a entregar el importe de las primas pagadas.
- El plazo de los dos años a que se refieren las cláusulas de indisputabilidad y suicidio se contará a partir de la fecha en que el menor cumpla los doce años de edad.
- Cuando el menor de edad cumpla 12 años, será necesario el consentimiento escrito de él y de su representante legal, de lo contrario el seguro será nulo.
- En caso de que el contratante falleciere antes de la terminación de la vigencia de la póliza y siempre y cuando el asegurado tenga cumplidos 18 años de edad, éste tendrá derecho al valor de rescate correspondiente. Si a la muerte del contratante el asegurado es menor de 18 años, quien ejercerá los derechos sobre el valor de rescate será el representante legal del asegurado.
- No opera el beneficio de cambio de plan.

Carencia de Restricciones.- En el seguro de vida, residencia, viajes u ocupación del asegurado, no está sujeto a restricción alguna. En esta cláusula el asegurado podrá cambiar de ocupación, domicilio o género de vida sin necesidad de notificar a la compañía. En el seguro de vida la agravación del riesgo puede ser anulada o modificada mediante la cláusula llamada **carencia de restricciones**. (Revisar políticas de compañías)

Contenido de la Póliza:

1. Los nombres, domicilios de los contratantes y firma de la empresa aseguradora;
2. La designación del bien o persona asegurada;
3. La naturaleza de los riesgos garantizados;
4. El momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esta garantía;
5. El monto de la garantía;
6. La cuota o prima del seguro

Modificaciones al Contenido de la Póliza.- El asegurado tiene 30 días naturales siguientes al momento que reciba su póliza para poder realizar las modificaciones pertinentes y que no sean las que contrató. Una vez que haya pasado este tiempo y no se solicite ningún cambio, la compañía aseguradora considerará como aceptada la información contenida en la póliza.

Rehabilitación: En caso de que el contrato hubiese sido cancelado por falta de pago de primas, éste puede ser rehabilitado, siempre y cuando el asegurado lo solicite por escrito a la aseguradora dentro del año siguiente de la cancelación y antes de la fecha de vencimiento del plan. La rehabilitación estará sujeta a la presentación de pruebas de asegurabilidad y salud satisfactoria para la aseguradora, así como al pago de una prima mínima suficiente para mantener la póliza en vigor y cualquier otra deuda derivada de la póliza, además de los recargos.

Ajuste por Edad.- Si en Vida del asegurado se comprueba que al expedirse la póliza se edad real era:

Asegurado con Vida	Mayor que la declarada	Esta pagando una prima menor, por lo que la suma asegurada se reducirá en la proporción que exista entre la prima que paga y la que debería de pagar.
	Menor a la declarada	Si paga más prima, se le devuelve la reserva extra que haya creado.
Fallecimiento del Asegurado	Dentro de los límites establecidos	Se pagará la suma asegurada que corresponda a las primas pagadas.
	Fuera de los límites establecidos	Se cancelará la póliza y se devolverá la reserva creada hasta la fecha.

Controversia: En caso de controversia, el quejoso deberá seguir acorde a la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

“Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor **una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:**

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en **Unidades de Inversión**, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo

anterior, **cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos** denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora”

Los intereses moratorios serán acorde a un interés anual equivalente a la media aritmética de las tasas de rendimiento brutas correspondientes a las serie de Certificados de Tesorería de la Federación (**CETES**) emitidas durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que venza el plazo de treinta días naturales.

Prescripción.- Todas las acciones que se deriven de los contratos de seguros prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. El plazo empieza a correr a partir de que los beneficiarios se enteran de que tienen el beneficio del seguro a su favor.

La prescripción se interrumpe en caso de que existan juicios ante tribunales competentes.

Rescisión de Contrato.- El contrato y el asegurado al formular la propuesta del seguro están obligados a declarar por escrito a la compañía mediante cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del contrato. **La omisión o inexacta declaración** de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del siniestro.

La compañía tiene que **comunicar al asegurado la rescisión dentro de los treinta días naturales siguientes** a la fecha en que conozca dicha omisión o inexacta declaración por parte del asegurado.

La Aseguradora no podrá rescindir al asegurado cuando ella misma provoque la omisión o inexacta declaración hecha por el asegurado.

VIDA INDIVIDUAL TIPOS DE PLANES

Diferentes tipos de planes.

Los asegurados pueden contratar diferentes tipos de planes para cubrir los riesgos que ya habíamos mencionado: **Los de Muerte prematura, los de invalidez por accidente o enfermedad y los de Sobrevivencia**. Así como para cubrir sus diferentes necesidades de la vida, pudiendo ser éstas: Temporales, Permanentes y de Vejez.

Recordemos que estos planes son denominados de forma general, ya que cada compañía de seguros de acuerdo a sus políticas comerciales les da nombres acorde a sus políticas de mercadotecnia.

La Cobertura Básica del Seguro de Vida siempre será: El **Fallecimiento** del Asegurado.

Los Planes Comunes para Todas las Compañías Son:

PLAN	COBERTURA	PLAZO
Temporal	Únicamente si el fallecimiento ocurre dentro del plazo del plan.	Determinado con pago de primas por el plazo contratado
Vitalicio Ordinario de Vida	Fallecimiento desde su contratación hasta su muerte, o supervivencia a los 99 años.	Vitalicio con pago de primas de por vida.
Vitalicio Vida pagos limitados	Fallecimiento desde su contratación hasta su muerte, o supervivencia a los 99 años.	Vitalicio con pago de primas limitado a un plazo establecido.
Dotal Puro	La suma asegurada contratada será pagada solamente si el asegurado sobrevive hasta el final de la vigencia de la póliza.	Determinado con pago de primas por el plazo establecido.
Dotal Mixto	Combina: protección, ahorro e inversión. Pagan la suma asegurada en caso de fallecimiento del asegurado y también en caso de que llegue vivo al final del plazo contratado.	Incluye un Dotal Puro más un Plan Temporal.

Planes Temporales.- Son los más sencillos dentro de los seguros de vida, y básicamente cubren el riesgo de muerte por un plazo determinado. Otorgan alta protección a bajo costo.

Las principales características son:

- ❖ El plazo de protección y el plazo para el pago de las primas es el mismo.
- ❖ La responsabilidad de la Institución de seguros es Pagar la Suma Asegurada a los Beneficiarios si ocurre la muerte del asegurado únicamente durante la vigencia de la póliza temporal contratada.
- ❖ Es un plan muy económico.

- ❖ La reserva del plan se comporta de forma decreciente, ya que conforme va pasando el tiempo el riesgo para la aseguradora va disminuyendo. Es decir al final es cero.
- ❖ **Los plazos en que se puede contratar, son de 1,5,10,15,20 años o a edad alcanzada de 60 ó 65 años.**
- ❖ Se puede contratar beneficios adicionales al la cobertura básica de fallecimiento.
- ❖ Los beneficios sólo se otorgan para plazos de más de 5 años. Si se contrata un plan menor, sólo se otorga el beneficio de Doble Indemnización por Accidente Colectivo.

En caso de que la muerte del asegurado no sobrevenga durante el plazo contratado, cesan todas las obligaciones de la aseguradora.

Planes de Vida Entera.- El asegurado estará protegido desde el momento de su contratación hasta que ocurra su muerte, que se espera ocurra a una edad no mayor a 99 años. Si la sobrepasa se considera que el asegurado ya tiene muerte técnica, por lo tanto se le entrega en vida la Suma Asegurada contratada.

Existen Dos Planes de Vida Entera:

Ordinario de Vida (O.V.)

- ❖ Deberá pagar las primas respectivas desde la edad de contratación hasta los 99 años.
- ❖ Estos planes se identifican con las necesidades permanentes del individuo.
- ❖ La reserva es creciente, mientras se pague las primas genera dividendos.
- ❖ La obligación de la compañía es pagar la suma asegurada en caso de fallecimiento.
- ❖ La prima con que se paga este plan debe ser nivelada.
- ❖ **Edades de contratación: 12 a 70 años.**
- ❖ Si el asegurado llega vivo a los 99 años, él será quien cobre el beneficio del seguro.

Vida Pagos Limitados (V.P.L.)

- ❖ Existen algunos mecanismos para que se pague sólo un número determinado de años, sin menoscabo de la protección vitalicia.
- ❖ Plazos fijos: 1,5,10,15,20 años o a edad alcanzada 60 ó 65 años.
- ❖ Mediante primas más elevadas que financiarán las primas futuras
- ❖ Si el asegurado fallece se le entrega la S.A. a los beneficiarios.
- ❖ El asegurado estará protegido desde la edad de contratación hasta los 99 años, una vez que llega a esa edad sucede lo mismo que con el plan ordinario de vida, se le entrega la suma asegurada al asegurado, porque para la aseguradora técnicamente ya ha fallecido.
- ❖ **Edad de contratación es de 12 a 70 años.**

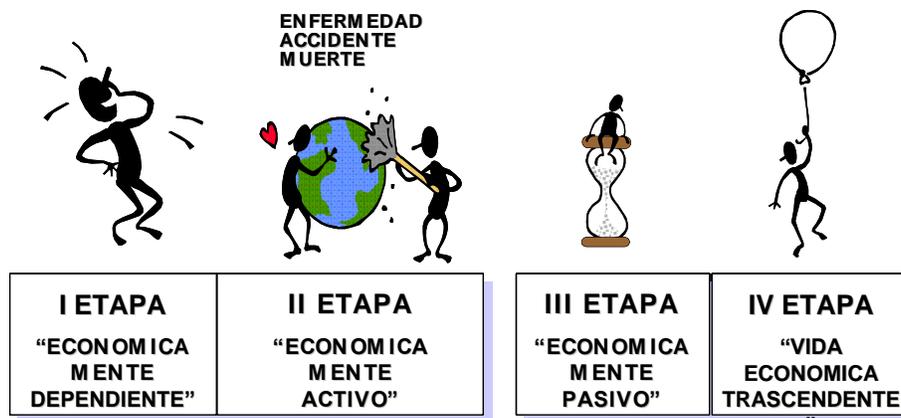
Planes Dotales.- Este plan se creó para cubrir las necesidades de protección y de ahorro, así como los de supervivencia, puesto que si la muerte no ocurre durante la vigencia de la póliza, caso en el cual se pagaría la suma asegurada a los beneficiarios designados, la compañía aseguradora se obliga a pagar dicha suma asegurada al propio asegurado por supervivencia. A este pago se le denomina Dote.

- ❖ El plazo de contratación el pago de primas es el mismo.
- ❖ La compañía deberá pagar necesariamente la suma asegurada ya sea al propio asegurado o a los beneficiarios.
- ❖ Es un plan muy costoso.

Otro Tipo de **Plan es el Ordinario de Vida Mancomunada:** En el cual se protege a los cónyuges en una sola póliza durante toda la vida. Al fallecer cualquiera de ellos , la suma asegurada se entregará al cónyuge sobreviviente y por lo tanto se procede a la cancelación del contrato de seguro de vida.

Todos éstos planes pretenden por lo tanto cubrir las necesidades del ser humano dependiendo de su ciclo de vida económico, como se ilustra en la siguiente lámina:

CICLO DE VIDA ECONOMICO DE UNA PERSONA



Existen otro tipo de seguros llamados **"Seguros Universales o Flexibles"** Son contratos mediante los cuales un asegurado adquiere un seguro Temporal por un plazo determinado o edad alcanzada y un seguro de supervivencia para el mismo plazo.

El asegurado puede realizar depósitos o retiros al fondo de ahorro constituido, mismo que recibirá al momento del vencimiento del contrato.

Los elementos que componen al **Seguro Universal** son:

- ❖ Beneficio por **muerte**.
- ❖ **Prima Mínima o sugerida**: que es la prima que se destina para cubrir los costos del seguro y beneficios adicionales que se contrataron, se aplica para incrementar el fondo básico.
- ❖ **Prima excedente**: Son pagos adicionales a la prima sugerida, esta prima se integra al fondo de inversión.
- ❖ **Retiros Parciales**: Se pueden realizar en cualquier momento y de cualquier monto, sin exceder el valor de rescate.

Los beneficios pueden ser:

- ❖ **Beneficio Nivelado**: Se paga la Suma Asegurada más los incrementos efectuados antes del fallecimiento.
- ❖ **Beneficio Creciente**: Se paga la suma asegurada, más los incrementos, más el saldo de los fondos excedentes a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

Opciones de inversión y administración en el seguro de vida (fondos de inversión, fideicomisos y otras alternativas de inversión)
--

La compañía de seguros está autorizada para administrar valores en efectivo propiedad de los asegurados provenientes de dividendos y/o dotales a corto plazo. Dichos valores en administración constituyen el **fondo de inversión**. Este fondo **generará intereses** según la tasa de rendimiento obtenida por la compañía en sus inversiones. **Dichos intereses se calcularán y abonarán al cierre de cada mes considerando el período real en que los abonos** La compañía de seguros está autorizada para administrar valores en efectivo propiedad del asegurado provenientes de dividendos y/o dotales a corto plazo.

Los Fondos se pueden invertir de dos formas:

1. Por los instrumentos en los que invierte
2. Por reglas de inversión.

Clasificación	Tipos
Por los instrumentos en que se invierten.	a) Fondos de Inversión de Deuda : Son los que se invierten en títulos de crédito que constituyen deuda de distintas entidades gubernamentales, privadas o bancarias, es decir, en valores.

	<p>b) Fondos de Inversión de Renta Variable: Son las acciones que se invierten en acciones de empresas que cotizan en bolsa.</p> <p>c) Fondos de Inversión de Capital: También se les conoce como SINCAS, y se caracterizan por invertirlos en acciones de empresas que no cotizan en bolsa.</p>
Por Reglas de Inversión	<p>a) Diversificadas.</p> <p>b) Régimen de inversión que fija la CNBV</p> <p>c) Especializadas</p> <p>d) Régimen de inversión específico.</p>

EL FIDEICOMISO EN EL SEGURO DE VIDA:

El fideicomiso es un contrato de distribución mercantil de bienes patrimoniales. Por lo tanto, éste instrumento tiene la finalidad de administrar propiedades de una persona física o sociedad en beneficio de otros. En seguros podríamos decir que es un contrato de distribución de una Suma Asegurada contratada por el asegurado y administrada de acuerdo a lo que el disponga cuando el fallezca. Este instrumento es un contrato que se complementa al contrato de seguros, se adquiere de forma adicional con un costo adicional (dependiendo de las políticas de las compañías, ya que algunas no tiene costo el fideicomiso)

Las personas que participan en un fideicomiso son:

El Fideicomisario: Este papel lo representa la Aseguradora y su principal compromiso es vigilar que la suma asegurada se le entregue al beneficiario de acuerdo a las estipulaciones del Fideicomitente.

El Fideicomitente: Este papel lo representa el Asegurado, y su función principal es establecer en el contrato de fideicomiso la forma en que le será entregada la Suma Asegurada a sus Beneficiarios.

El Fiduciario: Éste papel lo representa el Banco o Institución Fiduciaria, que es la encargada de entregar la Suma Asegurada al o los Beneficiarios exactamente en las condiciones que estableció el Fideicomitente en el Contrato de Fideicomiso celebrado entre el Fideicomitente y el Fideicomisario.

Los Bienes Fideicomitidos: És la Suma Asegurada que será administrada por una institución Fiduciaria.

Cabe señalar que la Aseguradora solicitó el permiso de las autoridades correspondientes para representar los dos papeles: El de Fideicomisario y el de Fiduciario, con la finalidad de aminorar los costos de administración de este instrumento financiero denominado: **Contrato de Fideicomiso.**

Los asegurados pueden dar **Aportaciones adicionales**: que son pagos que hace el asegurado, con la finalidad de comprar una suma asegurada que incrementará su indemnización, las cuales la compañía podrá invertir en un fondo de inversión.

VIDA INDIVIDUAL BENEFICIOS Y CLÁUSULAS ADICIONALES

Beneficios Adicionales y sus exclusiones (Muerte Accidental, Pérdidas Orgánicas, Accidente Colectivo, Exención del Pago de Primas, Benéficos de incapacidad, Rentas y Últimos Gastos.)

Beneficios Adicionales.- Son coberturas que se agregan a un seguro de vida, ampliando y complementando la protección que este ofrece.

Características de los Beneficios:

- Cobertura que se refiere a riesgos que amenazan al individuo, sin que necesariamente impliquen el fallecimiento, son opcionales para el asegurado se contratan de manera adicional a una cobertura básica.
- Tienen sus propias condiciones particulares.
- Siempre son disputables.
- Cuentan con suma asegurada propia, puede ser menor o igual a la de la cobertura básica, pero nunca mayor a esta.
- Por su naturaleza no reciben tratamientos especiales, no cuentan con las coberturas de suicidio, indisputabilidad, ni carencia de restricciones.

Tipos de Beneficios

Beneficios por Accidente (Dentro de los 90 días nat.)	Beneficios por Incapacidad	Gastos Funerarios	Enfermedades Graves
1. Muerte Accidental. (12 a 65 años) 2. Pérdidas Orgánicas. 3. Accidente Colectivo. Se cancela a los 70 años	1. Exención de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente. 2. Indemnización por Incapacidad Total y Permanente. (Vitalicia) 3. Renta por Incapacidad Total y Permanente. (Vitalicia) (16 a 55 años)	1. Anticipo de Suma Asegurada. 2. Pago de Suma Asegurada para esta cobertura	Pago de la Suma Asegurada, en caso de presentarse una enfermedad grave amparada en la póliza.

	Se cancela a los 60 años.		
--	----------------------------------	--	--

Beneficios por Accidente.

Accidente: Acción súbita, fortuita y violenta de un agente externo que cause lesiones corporales o la muerte.

Muerte Accidental.- Esta cobertura otorga al beneficiario una indemnización, que la Compañía pagará en caso que el asegurado perdiese la vida por accidente, o dentro de los **90 días siguientes** a la fecha del mismo.

Características:

- La suma asegurada debe ser igual o menor a la cobertura básica.
- Debe tener el **mismo plazo de contratación** que la cobertura principal.
- La edad de contratación es **de 12 a 65 años**.
- Este beneficio **se podrá contratar sólo o con el de Pérdidas Orgánicas y el de Accidente Colectivo**.
- Se cancelará al términos de la cobertura principal o cuando el asegurado cumpla **70 años**.

Pérdidas Orgánicas.- Si al momento del accidente o hasta **90 días** después de éste se produjera cualesquiera de las perdidas enumeradas en la tabla de indemnizaciones, la aseguradora pagará los porcentajes establecidos.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la póliza, en uno o varios accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada uno, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la suma asegurada para esta cobertura.

Características:

- Se contratará junto con el de Muerte Accidental.
- **Se cancelará** al concluir la cobertura principal o cuando el asegurado tenga **70 años**.

Si el asegurado sufre un accidente, se le pagará la suma contratada cuando sufra alguna mutilación, amputación o pérdida de un miembro del cuerpo o su funcionamiento normal, se considerará para ello:

- a. Pérdida de la vista, la completa e irreparable de la visión.
- b. Pérdida de la mano, cuando exista separación a partir del nivel de la muñeca o anquilosamiento.
- c. Pérdida del pie, cuando exista separación a partir del tobillo.
- d. Pérdida de los dedos, cuando exista separación de por lo menos dos falanges.

Tabla de Indemnizaciones	
Por muerte del asegurado	100%
Por la pérdida de ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Por la pérdida de una mano y de un pie	100%
Por la pérdida de una mano o un pie, conjuntamente con al vista de un ojo	100%
Por la pérdida de una mano o un pie	50%
Por la pérdida de la vista de un ojo	30%
Por la pérdida de un dedo pulgar	25%
Por la pérdida de un dedo índice	10%
Por la pérdida de cada uno de los dedos, medio anular y meñique	5%

Accidente Colectivo.- La suma asegurada contratada, se pagará si la muerte del asegurado ocurre:

- a. Mientras viaje como pasajero de cualquier vehículo público no aéreo, operado por una empresa de transporte público con ruta establecida, itinerario fijo y pago de pasaje.
- b. Mientras viaje como pasajero en ascensor que opere públicamente.
- c. A causa de un incendio en cualquier teatro, hotel o edificio público.

Características:

- Se contrata en forma adicional a los beneficios de muerte accidental y de pérdidas orgánicas.
- Con este beneficio, se duplica la indemnización de muerte accidental o de pérdidas orgánicas.

Exclusiones de los beneficios por Accidente:

- a. **Enfermedad corporal** o mental, infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental; tratamiento médico o quirúrgico cuando éste no sea necesario o consecuencia de un accidente.
- b. Lesiones que el Asegurado sufra en servicio **militar** de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección rebelión, revolución riña y actos delictuosos en que participe directamente el Asegurado por culpa grave del mismo o de sus beneficiarios.
- c. **Homicidio intencional**
- d. **Suicidio** o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- e. **Hernias** o eventraciones, excepto si se demuestra que fue accidental
- f. **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza.**
- g. **Abortos**, cualquiera que sea su causa.
- h. **Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- i. **Radiaciones** ionizantes.
- j. Accidentes que sufra el asegurado encontrándose bajo los efectos de **alcohol**, enervantes o drogas no prescritas por un médico.

- k. Práctica profesional de cualquier deporte.

Beneficios por Invalidez

Incapacidad Total y Permanente.- Cualquier lesión corporal a causa de un accidente o una enfermedad que le impida al asegurado por un mínimo de seis meses continuos, el desempeño del total de las actividades propias de su trabajo habitual o cualquier otro apropiado a sus conocimientos, habilidades y compatibles con su posición social, siempre y cuando se presuma que dicha imposibilidad es de carácter permanente.

También se considera incapacidad total y permanente, la pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o de un pie y la vista de un ojo. En estos casos no operará el periodo de espera.

- La incapacidad debe tener como causa un accidente o una enfermedad.
- La aseguradora tiene derecho a comprobar la incapacidad. Y podrá comprobar una vez al año que sigue en las mismas condiciones.
- Si el asegurado no informa a la compañía de su recuperación, entonces cesarán las obligaciones de ésta.
- El beneficio comenzará a surtir efecto, seis meses después de que haya declarado la incapacidad total y permanente.

Exención de pago de Primas.- Si a causa de invalidez total o permanente, el asegurado, se ve imposibilitado para pagar el importe de sus primas, mediante este beneficio la compañía pagará por el las primas que resten hasta que se cumpla el plazo contratado de seguro.

Características:

- La suma asegurada representa el importe de las primas pendientes de cubrir, por el período faltante de la vigencia contratada.
- El periodo de la cobertura comprende desde que concluye el periodo de espera, hasta la terminación del plazo de vigencia de la póliza.
- Si no se utiliza esta cobertura se cancela cuando el asegurado cumpla 60 años de edad.

Indemnización por Incapacidad Total y Permanente.- Si el asegurado llega a sufrir incapacidad total y permanente, la compañía se obliga a pagarle la suma asegurada contratada para esta cobertura, una vez que se haya comprobado el estado de invalidez y pasado el periodo de espera.

Características:

- La suma asegurada en ningún caso será superior a la suma asegurada básica.
- El asegurado podrá recibir la suma asegurada en las siguientes formas:
 - a. Una sola exhibición

- b. Parte en efectivo y otra en rentas mensuales
- c. Rentas mensuales.

Renta por Incapacidad Total y Permanente. La cobertura ampara el pago de una renta mensual (en algunos casos vitalicia) a partir del 6º mes ininterrumpido de un estado de incapacidad total y permanente.

Características:

- Normalmente se establece una renta mensual del 60% de los ingresos del asegurado.
- Se le pagará hasta que fallezca el asegurado. No se pagarán las rentas a beneficiarios o familiares del asegurado.
- Este beneficio se debe contratar junto con el de exención de pago de primas.
- Se cancelará automáticamente cuando cumpla el asegurado 60 años de edad.

Exclusiones de los beneficios de Invalidez:

- a. Lesiones **provocadas intencionalmente por el propio asegurado.**
- b. Lesiones que el Asegurado sufra en servicio **militar** de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección rebelión, revolución riña y actos delictuosos en que participe directamente el Asegurado por culpa grave del mismo o de sus beneficiarios.
- c. Lesiones sufridas en actos delictuosos intencionales, cometidos por el propio asegurado.
- d. **Suicidio** o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- e. **Padecimientos preexistentes** a la fecha de inicio de la cobertura.
- f. **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza.**
- g. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.
- h. **Radiaciones** ionizantes.
- i. Estados de invalidez total y permanente que sufra el asegurado encontrándose bajo los efectos de **alcohol, enervantes o drogas no prescritas por un médico.**
- j. **Práctica profesional de cualquier deporte.**

Gastos Funerarios (Cláusula de Últimos Gastos)

Esta cobertura funciona de dos maneras:

1. Anticipo de un porcentaje de la suma asegurada del plan básico, con sólo presentar el Certificado Médico de Defunción.
2. Pago de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Características:

- Es necesario que haya transcurrido por lo menos 2 años de vigencia ininterrumpida para gozar de este beneficio.

Enfermedades Graves: La aseguradora proporcionará un porcentaje de la Suma asegurada al asegurado que tenga una Enfermedad Grave o Terminal, y siempre y cuando haya de por medio un diagnóstico de un médico certificado.

VIDA INDIVIDUAL INDEMNIZACIÓN

Documentación, condiciones y trámites necesarios para la indemnización.

Los Beneficiarios deberán entregar una carta reclamación, que informe y documente lo acontecido. De avisar por teléfono lo antes posible o por escrito, a más tardar 24 horas después de lo acontecido.

Para pagar el siniestro, la aseguradora solicitará cierta documentación que en mayoría de los casos es:

1. Póliza Original.
2. Último recibo de pago.
3. Identificación del Asegurado y de los Beneficiarios.
4. Acta de defunción del asegurado.
5. Acta de nacimiento del asegurado.
6. Acta del ministerio público (sólo en caso de accidente).
7. Documentos Complementarios.

Una vez reunida la información, se integrará el expediente, con el cual la aseguradora analizará el siniestro para dictaminar si procede. La Aseguradora pagará la suma asegurada, de acuerdo a lo estipulado en la póliza, en 30 días a partir de contar con toda la documentación necesaria. Los beneficiarios deberán presentarse con una identificación oficial, en la aseguradora para el cobro de la suma asegurada.

Diferentes formas de liquidación (para Vida Individual y Pensiones Derivadas)

Las sumas aseguradas se podrán pagar como:

Indemnización. Pago en una sola exhibición del total de la suma asegurada.

Renta.- Se paga una cantidad específica contratada en la póliza con la periodicidad establecida. Esta modalidad puede funcionar como pensión en el caso de planes de cobertura de supervivencia.

Opción de Interés: La indemnización se invierte por un tiempo determinado o por toda la vida del beneficiario. La tasa de interés es garantizada y se fija en un porcentaje que fija la Aseguradora. Puede ser mensual. Si fallece el beneficiario se le entrega a quien él haya designado.

Pago de Cuotas: Se establece que la indemnización sea entregada junto con los intereses, en pagos iguales durante un periodo de años.

OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

I. ACCIDENTES PERSONALES

Identificar los conceptos de: pérdidas orgánicas, muerte accidental, edades de contratación, gastos médicos y temporalidad.

Accidente: Acción súbita, fortuita y violenta de un agente externo que cause lesiones corporales o la muerte.

“Toda lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del asegurado como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito”

Súbito: Repentino, de improviso.

Fortuito: Suceso casual, aleatorio, accidental.

Violento: Fuera de control, modifica el estado original de las personas o de las cosas.

Externo: Que proviene de fuera.

Ajeno a la voluntad: involuntario.

Lesiones corporales: alteración traumática, quirúrgica o degenerativa de un órgano, sistema o parte del cuerpo.

Muerte: cese de la vida.

Coberturas de Accidentes Personales.

- Muerte Accidental (Cobertura Básica)
- Pérdidas Orgánicas.
- Indemnización Diaria por Incapacidad Total y Parcial.
- Reembolso de Gastos Médicos

Muerte Accidental.- Esta cobertura otorga al beneficiario una indemnización, que la Compañía pagará en caso que el asegurado perdiese la vida por accidente, o dentro de **los 90 días siguientes a la fecha del mismo.**

Edades de Contratación: 12 a 70 años.

Pérdidas Orgánicas.- Si al momento del accidente o dentro de los **90 días siguientes** en que éste se produjera, cualesquiera de las perdidas enumeradas en la escalas de indemnizaciones, la aseguradora pagará los porcentajes establecidos. En esta cobertura existen dos escalas de indemnización denominadas **“A” o “B”**, cada una con su tarifa respectiva, se otorga una u otra según las reglas de aceptación de aceptación de la Compañía Aseguradora.

Escala de Indemnizaciones “A”	
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%

El índice de cualquier mano	10%
-----------------------------	-----

Escala de Indemnizaciones "B"	
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%
Un pie, a partir del tobillo	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Sordera completa de los oídos	25%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos 5 cm.	15%

Cuando sean varias las pérdidas orgánicas ocurridas durante la vigencia de la póliza, la Aseguradora cubrirá la indemnización correspondiente a cada una de ellas, ***sin que el conjunto exceda el monto contratado para esta sección.***

Indemnización Diaria por Incapacidad Total y Parcial.

Incapacidad.- Es la imposibilidad de continuar trabajando en lo acostumbrado.

Es el evento a causa de un accidente que le impide a las personas el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro, compatible con sus conocimientos, habilidades, aptitudes y posición social.

Incapacidad Total.- Si como consecuencia directa de una accidente e independientemente de cualesquiera otras causas, el Asegurado, dentro de los primeros 10 días contados a partir de la fecha del accidente, sufriera una incapacidad para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación y se encontrará recluso por indicación médica en un sanatorio u hospital, o en su domicilio, la Compañía pagará, mientras subsistan la incapacidad y la reclusión, la **indemnización diaria contratada para esta cobertura, por un periodo que no excederá los 1460 días.**

Incapacidad Parcial.- Si dentro de los 10 días de la fecha del accidente o inmediatamente después de un período de incapacidad total cubierta bajo el párrafo anterior, las lesiones sufridas por el Asegurado le causaren directa e

independientemente de cualquiera otras causas una incapacidad para desempeñar uno o más deberes diarios propios de su ocupación, la Compañía pagará durante el período de incapacidad, el 40% de la indemnización contratada por incapacidad total, pero sin exceder el período de **pago de 182 días consecutivos, contados desde la fecha del accidente.**

Si entretanto el Asegurado se encuentra recibiendo la indemnización diaria por incapacidad total o parcial, y como consecuencia directa del accidente ocurriese la muerte, o las pérdidas orgánicas, la Compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a dichas coberturas, si éstas han sido contratadas.

Reembolso de Gastos Médicos.- Si como consecuencia directa de un accidente e independientemente de cualquier otras causas, el Asegurado, dentro de **los 10 días siguientes a la fecha del mismo, se viera precisado a someterse a un tratamiento médico** o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, la Compañía reembolsará, además de las otras indemnizaciones a que tuviere derecho el Asegurado, el costo de las mencionadas asistencias hasta la cantidad máxima asegurada por este concepto y previa comprobación. No quedan cubiertos los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en un sanatorio u hospital, (cama extra).

La responsabilidad de la compañía terminará en la fecha en que el asegurado sea dado de alta de sus lesiones, por lo que no se reembolsarán gastos médicos que se hagan posteriores a la fecha de alta. **Los gastos cubiertos por accidente se reembolsarán por un período máximo de 365 días** contados a partir de la fecha del accidente, sin que en ningún caso excedan de la suma contratada.

Para gastos ortodoncia y tratamientos dentales por accidente el 5% de la Suma Asegurada.

Edades de Contratación.- La edad mínima de admisión, para la cobertura de muerte accidental es de **12 años y para la incapacidad total y parcial es de 16 años.** Las edades máximas de admisión y de renovación serán las que fije la Compañía para cada tipo de pólizas de accidentes.

Para la cobertura de **muerte accidental será de 12 a 70 años** y para la de **Reembolso de Gastos Médicos por Accidente será de 3 a 70 años.**

Por política de algunas compañías, la edad mínima de contratación para Pérdidas Orgánicas es **1 año.**

Elementos importantes para determinar el costo del seguro.

Bases para Determinar el Costo del Seguro

1. Suma Asegurada.(no exceder 100 veces el ingreso mensual)
2. Ocupación.(descripción completa)
3. Deportes.(Profesionales)
4. Monto del Seguro con relación a los Ingresos.
5. Edad.
6. Estatura y Peso, así mismo se toman en cuenta los siguientes riesgos:

Tipo de Riesgos.

Riesgo Normal	Riesgo Subnormal	Riesgo Catastrófico
Estos riesgos normales se establecen para aquellas personas cuya ocupación, deportes que practican , relación peso estatura se encuentran considerados dentro de los parámetros aceptados por las aseguradoras.	Se considera a las personas que representan un riesgo de accidente más alto de lo normal por alguna ocupación, deporte o por presentar alguna anomalía en el cuerpo . (enfermedad, deformidad, falta de miembros)	Se considera catastrófico porque existe acumulación de 12 ó más asegurados que vayan a utilizar el medio de transporte , en el mismo viaje (generalmente aéreos) para excursiones, convenciones, congresos, entre otros.

Exclusiones Generales en Accidentes Personales

1. **Enfermedad** corporal o mental, infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental
2. Lesiones que el Asegurado sufra en servicio **militar** de cualquier clase.
3. **Homicidio intencional**, suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria aun cuando se comenta en estado de enajenación mental.
4. **Suicidio**, o intento de suicidio.
5. **Hernias** y eventraciones.
6. **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza**.
7. **Abortos**, cualquiera que sea su causa.
8. **Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental**.
9. **Radiaciones** ionizantes.
10. Accidentes que sufra el asegurado encontrándose bajo los efectos de **alcohol o drogas no prescritas por un médico**.
11. **Práctica profesional de cualquier deporte**.

Salvo pacto en contrario, o sea Convenio Expreso, accidentes que se originen por participación en actividades como:

- a. **Aviación privada** en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- b. **Pruebas o contiendas de velocidad**, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- c. Conducción de motocicletas y vehículos de motor similares.
- d. **Deportes peligrosos**: Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia.

CONFORMACIÓN DE PÓLIZAS DE ACCIDENTES PERSONALES A.P.

Tipo de Pólizas	Contratación de Coberturas
Accidentes Personales a 1 año (individual o familiar)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muerte Accidental. 2. Pérdidas Orgánicas (Tabla "A" ó "B") 3. Indemnización diaria x incapacidad 4. Reembolso de Gastos Médicos.
Accidentes Personales a Corto Plazo (individual o Familiar) a partir de 3 días y hasta 330 días.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muerte Accidental. 2. Pérdidas Orgánicas (Tabla "A" ó "B") 3. Indemnización diaria. 4. Reembolso de Gastos Médicos.
Accidentes Personales en Viajes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muerte Accidental. 2. Pérdidas Orgánicas. 3. Reembolso de Gastos Médicos
Accidentes Personales en Viajes Aéreos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muerte Accidental. 2. Pérdidas Orgánicas (Tabla "A" ó "B") 3. Indemnización diaria x incapacidad. 4. Reembolso de Gastos Médicos, con límite del 5% de Muerte Accidental. De la suma contratada en la cobertura básica.

En cuanto a Selección de Riesgos, las aseguradoras después de hacer un análisis del riesgo decide:

1. Aceptar el riesgo.
2. Limitar la cobertura. (S.A.)
3. .Extraprimar las coberturas.
4. Rechazar las coberturas.

II. GASTOS MÉDICOS MAYORES

Definir los conceptos relacionados con el ramo (preexistencia, periodo de espera, antigüedad, enfermedad, red y proveedores médicos, período de beneficios, gasto usual y acostumbrado).

Gastos Médicos Mayores.- Este seguro cubre los **gastos señalados en la póliza** que son producidos a consecuencia de accidente o enfermedad, cubriendo los costos de los mismos hasta por el monto de la suma asegurada y hasta por los plazos indicados, aplicando el deducible y coaseguro señalados en la carátula.

Preexistencia.- Factores de daños, enfermedad u otras condiciones que existen y se detectan antes de la contratación del seguro.

Enfermedad Preexistente.- Aquélla que en fecha de iniciación de la cobertura para cada asegurado haya sido:

- Diagnosticada por un médico
- Aparente a la Vista
- Del tipo de enfermedades que por sus síntomas o manifestaciones no pudieron pasar desapercibidas.

Período de espera.- Tiempo determinado, que debe de transcurrir desde la fecha de alta de la póliza, para que se pueda cubrir un padecimiento. Los principales períodos de espera son: 30 días, 10 meses, 1 año, 2 años, 5 años. (Políticas de cías)

Urgencia Médica: Situación extrema que de no atenderse se pone en peligro la vida o la función de un órgano.

Antigüedad.- Tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada la persona en la póliza de Gastos Médicos.

Enfermedad.- Toda alteración de salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Accidente.- Toda lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del asegurado como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito.

Red y Proveedores Médicos.- Conjunto de Médicos y Hospitales que mediante un convenio con la Aseguradora, proporcionan servicio de Pago directo o vía reembolsos de los gastos médicos cubiertos a los asegurados.

Período de Beneficio. Abarcará las coberturas especificadas en la carátula, aplicando las exclusiones correspondientes y terminará al presentarse alguna de las siguientes situaciones:

- I. Al certificarse la curación, a través del alta médica.
- II. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad, es decir hasta agotarse la suma asegurada.
- III. Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, que por lo general es de **365 días**.

Gasto Usual y Acostumbrado. Es el costo usual acostumbrado en la atención de servicios médicos, medicamentos, honorarios quirúrgicos, etc.

Distinguir la aplicación de deducible y coaseguro.

Deducible. Primeros gastos a cuenta del asegurado, hasta límite establecido en la carátula de la póliza, por cada accidente o enfermedad amparada, **excepto** cuando, queden simultáneamente afectados varios Asegurados de una misma póliza, caso en el que se aplicará una sola vez.

Coaseguro. Es la cantidad a cargo del Asegurado como porcentaje de los gastos cubiertos después de aplicar el deducible. Se aplica después de haber restado el deducible convenido y se expresa en porcentajes que fluctúan entre el 10 y el 20%, debe de aparecer en la carátula de la póliza.

Explicar las condiciones generales de contratación, padecimientos y tratamientos excluidos, territorialidad.

Características del Seguro de Gastos Médicos Mayores:

- Se puede contratar en forma Individual, Familiar o Colectiva.
- Las personas aseguradas pueden ser: Titular, Cónyuge o Concubina(o), Hijos solteros sin ingresos y en algunos casos a los Ascendientes.
- Las edades de contratación son desde recién nacidos hasta los 70 años.

Para incluir como dependiente económico, a un recién nacido en la vigencia de la póliza, deberá darse aviso dentro de los 30 días siguientes a su nacimiento y los hijos solteros, que no perciban ingresos laborales, se les puede incluir dentro de la póliza familiar hasta los 25 años.

Gastos Médicos Cubiertos:

1. Consultas Médicas necesarias en el tratamiento de la enfermedad, afección, lesión o accidente.
2. Honorarios médicos de cirujano, anestesista y ayudante. Existen algunas modalidades de cobertura de honorarios que cubren un gasto por segundo ayudante.
3. Costo de quirófano y sala de recuperación, así como estancia en unidades de terapia intensiva.
4. Habitación estándar y alimentación de paciente.
5. Cama extra para acompañante.
6. Estudios de Radiología, tomografía, resonancia, o pruebas especiales necesarias para el diagnóstico correcto de la posible enfermedad, afección o lesión.
7. Estudios de laboratorio (sangre, orina, materia fecal, etc.)
8. Traslado del paciente asegurado en ambulancia terrestre (en algunos casos se ampara ambulancia aérea).
9. Medicamentos necesarios para la atención del paciente asegurado.

Gastos No cubiertos:

1. Tratamientos por enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, así como tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos.
2. Tratamientos por alcoholismo, toxicomanía así como para la rehabilitación del enfermo. Lesiones producida cuando el asegurado se encuentre bajo el influjo del alcohol, drogas o enervantes salvo que estos últimos hayan sido prescritas por un médico.
3. Padecimientos preexistentes.
4. Tratamientos alveolares, dentales o gingivales salvo que sean consecuencia de un accidente.
5. Tratamientos por SIDA
6. Intervenciones por cirugía plástica o estética, salvo las necesarias para reconstruir la apariencia alterada como consecuencia de un accidente.
7. Curas de reposo o exámenes médicos para diagnóstico de la salud conocidos como Check-Up.
8. Tratamientos homeopáticos, naturistas, acupunturistas, vegetarianos, paranormales, metafísicos o esotéricos, así como tratamientos en proceso de experimentación.
9. Tratamientos de astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia.
10. Gastos realizados por acompañantes del asegurado
11. Lesiones producidas cuando el asegurado participe en actos delictivos intencionales.
12. Suicidio, lesiones o mutilaciones originadas por conato de suicidio.
13. Lesiones producidas cuando el asegurado viaje como pasajero o tripulante de vehículos de competencia en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, así como viajando como piloto, pasajero,

- mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a líneas aéreas legalmente establecidas para el transporte de pasajeros.
14. Lesiones producidas por la práctica amateur o profesional de deportes considerados como peligrosos.
 15. Afecciones propias del embarazo, parto o puerperio, abortos y toda complicación del embarazo, así como legrados uterinos cualquiera que sea su causa.
 16. Tratamientos para el control de la infertilidad, natalidad, esterilidad, obesidad o calvicie.
 17. Lentes de contacto, anteojos o aparatos auditivos.
 18. Circuncisión cualquiera que sea su causa.
 19. Padecimientos congénitos para los hijos de los asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza.
 20. Tratamientos por lesiones pigmentarias, lunares nevus o hallux valgus.

Padecimientos con periodos de espera.- Dependiendo de las políticas de la cada compañía, existen algunos padecimientos que por su naturaleza, no se cubren al inicio de la cobertura, sin embargo una vez transcurrido el tiempo requerido, conocido como Periodo de Espera, se cubrirán dichos padecimientos, entre lo que podemos mencionar:

Un año: Tumoraación mamaria, histerectomía, hemorroides, fístulas o prolapsos rectales, amigdalectomías, entre otros.

Dos años: Tratamientos dentales, alveolares, gingivales que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto en el contrato, várices, operación de la nariz por accidente, circuncisión.

Cinco años: SIDA

Territorialidad.- En el seguro de Gastos Médicos, existen tres formas de cubrir los gastos, en lo que se refiere a la territorialidad:

Cobertura Nacional o Básica.- Se cubrirán los gastos que se generen en cualquier parte de la República Mexicana.

Cobertura Emergencia o urgencia en el extranjero (es adicional).- Se reembolsan los gastos médicos que se realicen al estar de visita en otro país, originados por la atención médica urgente. Suma Asegurada de \$50,000 dólares y Deducible de \$500 Dólares.

Cobertura gastos en el extranjero (es adicional).- Se reembolsa al Asegurado los gastos médicos generados fuera del territorio nacional que se encuentren cubiertos.

Sistema de pago de reclamaciones (pago directo o reembolso)

Pago directo.- La aseguradora paga directamente a los hospitales o médicos, con quienes previamente ha establecido un convenio de atención y costos.

Reembolso.- Todos los gastos generados, son cubiertos inicialmente por el asegurado y posteriormente, la aseguradora reembolsará dichos gastos al asegurado, de acuerdo a lo establecido en la póliza y en las condiciones generales.

Trámite para reclamaciones.- Para tramitar cualquier reclamación cuando no se acuda a establecimientos con convenio de sistema de pago directo, deberá observarse los siguientes puntos:

1. Requisitar debidamente los formatos, el que corresponde a la declaración del reclamante y el del médico tratante (aviso de accidente o enfermedad e informe médico).
2. Deberán acreditarse todos los gastos reclamados, mediante la presentación de los comprobantes originales que deberán cumplir con los requisitos fiscales en vigor.
3. Deberán adjuntarse las notas de farmacia y tachar en éstas las partidas que no correspondan al padecimiento reclamado.
4. La compañía sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y los gastos de intervención efectuados en sanatorios y hospitales.
5. No se reconocerá ningún donativo a instituciones de caridad, beneficencia o asistencia social en donde no se exige remuneración.

III. SALUD

Diferenciar los conceptos de: Previsión, Seguro de Gastos Médicos y Seguro de Salud.

Conceptos Básicos:

Previsión.- Acción o efecto de prever. En el seguro de salud, se busca llevar a cabo las acciones de prevención y restauración de la salud, mediante la detección oportuna de las enfermedades.

Seguro de Gastos Médicos. Ampara los gastos señalados en la póliza que son producidos a consecuencia de accidente o enfermedad previstos en el contrato. Este tipo de seguros, sólo cubre el reestablecimiento de la salud, es decir, únicamente cubre lo que se ha diagnosticado por un médico. Otorga las coberturas de gastos médicos mayores, coberturas de emergencia y atención médica en el extranjero.

Seguro de Salud. Su objetivo es la prevención y detección oportuna de enfermedades, es decir la prevención primaria y secundaria, buscando en el primer caso evitar enfermedades y en el segundo detener la progresión de procesos patológicos. Cubre gastos médicos menores y mayores.

El objetivo del ramo de salud, es ofrecer la prestación de servicios, dirigidos a la realización de acciones terapéuticas y de rehabilitación necesarias para la recuperación de la salud del asegurado, cayendo así en el concepto de Medicina Preventiva y Medicina Curativa.

ISES (Institución de Seguros Especializada en Salud).- Son Instituciones autorizadas por la SHCP, que tienen como objetivo prestar servicios para prevenir o restaurar la salud del asegurado, en forma directa, con recursos propios, es decir con sus propias instalaciones; mediante terceros, red de médicos prestadores de servicios; o en combinación de ambos, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado, mediante la promoción, fomento, prevención, diagnóstico y rehabilitación de la salud.

Red de Servicios:

Las ISES deberán contar con una Red de servicios propia, contratada, o una combinación de ambas, que sea congruente en cuanto a su distribución territorial, con los lugares en donde se comercializa y suscriben los contratos.

Cuentan con una base de honorarios que servirá para tabular el costo de cada consulta, dependiendo de la especialidad. Para ello celebran convenios con médicos y demás prestadores de servicios que puedan otorgar precios especiales y descuentos a mayor volumen de asegurados.

Cambios en la Red

Las ISES deberán **informar por escrito, a los asegurados, dentro de los quince días hábiles siguientes en que suceda**, de los cambios en la Red de infraestructura hospitalaria.

Suscripción

Las ISES estarán obligadas a suscribir contratos de seguros, de acuerdo a lo establecido en la LGISMS y en la LSCS, a las disposiciones administrativas que emita la CNSF y conforme a lo que establecen las autoridades competentes.

Para determinar el estado de salud del asegurado, las ISES podrán practicarle una valoración médica al momento de solicitar la cobertura. Las ISES podrán excluir todas aquellas enfermedades que el asegurado padezca.

Periodos de Beneficio

En virtud de que la cobertura es preventiva, el contrato de salud establecerá: periodos máximos de beneficio y tiempos de espera para poderse atender ciertas enfermedades o padecimientos.

Las ISES están obligadas a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud, a consecuencia de una eventualidad prevista en el contrato de seguro respectivo, dentro de la vigencia de la póliza.

Dicha obligación terminará en las siguientes situaciones:

- Al certificarse la curación del padecimiento, a través del alta médica.

- Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes
- Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado, el cual no podrá ser inferior a dos años, contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato.

* En contratos de no adhesión podrán pactarse condiciones distintas, previa autorización de la CNSF.

Las ISES deberán ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a la red de la institución, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la Institución y el costo del servicio que le preste el médico conforme a lo pactado.

Deberán establecer en sus pólizas si existe o no la renovación obligatoria de los planes contratados por los asegurados, y en su caso, la edad máxima de renovación. En el caso de existir la renovación obligatoria de planes previamente contratados, se deberán apegar a los criterios establecidos en la nota técnica, para evitar la discriminación selectiva en la renovación de los planes.

Determinar los elementos principales que determinan el costo del seguro, incluyendo el concepto de copago.

Elementos:

- Edad
- Sexo
- Historia Clínica Familiar
- Cuestionario Médico y/o pruebas médicas

Copago.- Es una cantidad previamente establecida, que es cobrada antes de utilizar el servicio médico.

Existe la posibilidad de una consulta con especialistas cuya atención, exige el pago de honorarios más elevado, por lo que será necesario incorporar una participación del asegurado en el pago de los mismos, este concepto es conocido como “copago”.

Explicar los principales requisitos de suscripción y selección de riesgos.

Selección de Riesgos.- Para llevar a cabo la selección del riesgo se debe tomar en cuenta la historia clínica y el estado de salud que se tiene al momento de solicitar el seguro. La compañía podrá realizar una valoración al asegurado en donde se considera:

1. Estatura y Peso
2. Historia Clínica

3. Antecedentes Familiares de Salud.
4. Hábitos: Tabaquismo y Alcoholismo
5. Padecimientos Preexistentes
6. Enfermedades crónico degenerativas, SIDA, insuficiencia renal crónica, cáncer, enfermedad vascular cerebral, cirrosis hepática, enfermedades del corazón, diabetes mellitus y otras.

Identificar el papel que desempeña la Secretaría de Salud y la CONAMED en el seguro de salud.

Las reglas disponen que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público será el órgano competente para interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos todo lo relacionado con las ISES, para lo cual podrá solicitar la opinión de la Comisión y de la Secretaría de Salud.

Aunque en efecto, la Secretaría de Salud, está facultada para llevar a cabo las funciones de inspección y vigilancia de manera exclusiva sobre los servicios y productos de salud que presten las instituciones de seguros autorizadas.

La Comisión Nacional y la Secretaría de Salud, en ejercicio de las facultades de inspección y vigilancia que les otorga la LGISMS, podrán establecer la forma y términos en que las ISES deberán informarles y comprobarles todo lo concerniente a la práctica de los seguros del ramo de salud.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

- Es un órgano descentralizado de la **Secretaría de Salud**, que tiene el propósito de resolver conflictos entre los usuarios y prestadores de servicios de salud de carácter público, privado y social, así como contribuir a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios médicos. Uno de los documentos más importantes que maneja la CONAMED, es la "Declaración de los Derechos de los Pacientes" El asegurado – paciente tiene derecho, cuando hace uso del servicio contratado a:

- Recibir un trato digno.
- Estar informado del diagnóstico del médico de la red, Si no está de acuerdo puede consultar a otro aunque no sea de la red, sólo que paga la diferencia de acuerdo a tabuladores.
- Dar su consentimiento.
- En caso de error de diagnóstico, puede consultar a otro dentro o fuera de la red.



Identificar los procedimientos de orientación y arbitraje en la CONAMED.

Proceso Información y Asesoría.

1. Se pueden presentar en tres modalidades: personal, telefónica o por correspondencia.
2. La información es analizada por médicos y abogados, quienes se encargarán de informar sobre los derechos y obligaciones de los usuarios y del problema de salud, así como asesoría sobre el problema y complicaciones derivadas de la atención médica.
3. Si no procede la queja, se orienta al usuario para que dirija su asunto a la instancia que compete.

Proceso de Conciliación.

1. Se integra el expediente y se analiza la documentación aportada por el quejoso.
2. Se convoca a una audiencia de conciliación, al quejoso y al prestador de servicios, en donde las partes hacen su propuesta de arreglo y expresan sus puntos de vista.
3. Si se llega a un arreglo, se firma un convenio donde se determina en tiempo y forma las acciones que se llevarán a cabo. Si se detecta que se cometió un delito, se dará aviso a la representación social.
4. Si no hay conciliación, se dejan a salvo los derechos del paciente y del médico, para que acudan a otra instancia a resolver su conflicto, o si lo deciden de común acuerdo, someterse a un arbitraje de la CONAMED.

Proceso de Arbitraje.

1. Conciliación, la CONAMED busca conciliar los interés y llegar a un acuerdo.
2. Arbitraje.- Al no llegar a un acuerdo, las partes nombran a la CONAMED árbitro y se sujetan a los procesos, tiempos y audiencias que ésta determine.
3. Pruebas.- Las partes aportan las pruebas, que serán analizadas por la CONAMED.
4. Análisis.- Mediante el análisis de las pruebas, la CONAMED determina la responsabilidad por hechos u omisiones.
5. Dictamen Previo.- Se elabora un borrador de laudo en que se toman en cuenta **aspectos técnicos, médicos, jurídicos, éticos y de justicia.**
6. **Laudo Final.- la CONAMED da su laudo estableciendo las indemnizaciones o resoluciones a favor o en contra del prestador o del usuario en su caso, cuyo cumplimiento es de carácter obligatorio.**

Condiciones generales de salud (cobertura básica, naturaleza del riesgo, gastos cubiertos y excluidos, prescripción, renovación y preexistencia)

NIVELES DE ATENCIÓN:

Cobertura básica Medicina de Primer Nivel o Primer Contacto.- Está conformada por las cuatro especialidades pilares que son:

- Pediatría
- Medicina Interna
- Gineco – Obstetricia
- Cirugía General

Contratación: Individual, Familiar o Grupal

Gastos Cubiertos.-

1. Consultas Generales
2. Consultas con Especialistas
3. Exámenes de Laboratorio
4. Imagenología
5. Ambulancia Terrestre
6. Hospitalización.
7. Terapia Intensiva
8. Atención Quirúrgica
9. Medicamentos.
10. Atención Dental
11. Atención Oftalmológica

Exclusiones:

1. Parto, cesárea o cualquier complicación que se presente a la mujer embarazada, cuando no haya cumplido con el período de espera determinado en el contrato de seguro.
2. Niños prematuros, malformaciones y padecimientos congénitos de los nacidos fuera de la vigencia de la póliza, o cuando la madre no haya cumplido con el periodo de espera estipulado en el contrato de seguro.
3. Tratamientos de esterilidad o fertilidad ni cualquiera de sus consecuencias, así como embarazos y complicaciones derivados de dichos tratamientos.
4. Tratamientos estéticos de calvicie, dietéticos y de obesidad.
5. Gastos de mantenimiento, pérdida, destrucción o mal uso de los aparatos de prótesis y ortopedia.
6. Legrado por aborto provocado voluntariamente.
7. Estudios y/o tratamientos para corregir alteraciones del sueño, trastornos de la conducta del aprendizaje, enajenación mental, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis. Tampoco se cubren tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos independientemente de la causa y/o complicación.
8. Curas de reposo o exámenes médicos, estudios de cualquier naturaleza para la comprobación del estado de salud del Asegurado (Check-up).
9. Anteojos o lentes de contacto.

10. Tratamientos médicos o quirúrgicos efectuados por persona sin cédula profesional.
11. Padecimientos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aunque se haya cometido en estado de enajenación mental.
12. Tratamientos resultantes de cualquier práctica profesional de cualquier deporte.
13. Accidentes o padecimientos derivados del alcoholismo o toxicomanía del Asegurado, así como tratamientos para la cura de esos padecimientos.
14. Padecimientos y lesiones resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, ni aquellos derivados de riñas en las que el Asegurado haya participado.
15. Lesiones por servicio militar, actos de guerra, revolución, insurrección o rebelión.
16. Cualquier servicio médico fuera del territorio nacional.
17. Enfermedades preexistentes.

Prescripción. Las obligaciones que se deriven de este contrato **prescribirán en dos años** contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a las que se refiere a la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Renovación.- Las compañías deberán establecer en sus contratos si existe o no la renovación obligatoria de los planes contratados.

Preexistencia.- Cualquier padecimiento que haya surgido antes del inicio del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de este seguro y de los precedentes de los que constituya renovación conocido y no declarado, en los términos del artículo 8 de la LSCS.

Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza.

Servicios de primer contacto y niveles de atención médica.

En el seguro de salud se identifican los **niveles de atención** del asegurado en la siguiente escala:

1. **Servicios Médicos de primer contacto o Primer Nivel.-** La consulta es con un médico general en la cual se obtiene un diagnóstico general, en caso de requerirse, el médico general puede enviar al paciente a practicarse estudios de laboratorio o gabinete, con un especialista. **(Pediatria, gineco-obstetricia, medicina interna, cirugía general)**
2. **Pruebas Médicas.-** El asegurado se practica las pruebas médicas solicitadas para el diagnóstico.

3. **Especialidades.-** El asegurado asiste a una consulta con un especialista, quien dará su diagnóstico o solicitará nuevas pruebas.
4. **Cirugía.-** El asegurado es internado y se le practica una cirugía.
5. **Recuperación.-** El asegurado es tratado en su convalecencia con motivo de una enfermedad o tratamiento determinado.
6. **Medicina Preventiva:** Es la detección temprana de enfermedades; fomento a la salud, medidas para eliminar o disminuir riesgos de enfermedades, seguimiento a la salud; prevenir el surgimiento de enfermedades o complicaciones de las ya existentes.

Segundo Nivel: Especialidades: cardiología, gastroenterología, neurología, inmunología)

Procedimiento de atención de reclamos, indemnización y reembolso.

Reclamaciones.

1. Dar aviso por escrito a la compañía de cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.
2. Dar aviso al módulo de atención de la compañía dentro de las 24 horas siguientes del accidente o de los mismos síntomas de la enfermedad.

Indemnizaciones.

1. La compañía sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras tituladas y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión.
2. La compañía no pagará la caridad a instituciones de beneficencia o asistencia social.

Pago directo. Se debe tramitar la autorización de la atención médica requerida en hospitales y con médicos de la red, de acuerdo con el manual del asegurado. Después de ser autorizada su atención, se someterá al procedimiento requerido.

Pago por Reembolso.- El reclamante presentará a la compañía las formas de declaración correspondientes. La compañía analizará los documentos y dictaminará si procede o no la reclamación. La compañía tendrá 30 días naturales para pagar, contados a partir de la fecha de recepción de los documentos.