



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

® **CÉDULA B**

Nombre _____

MÓDULO I

RIESGOS EMPRESARIALES DEL SEGURO DE PERSONAS.



REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO

SEGURO DE VIDA GRUPO Y SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES (ACCIDENTE PERSONALES Y GASTOS MÉDICOS)

Para la celebración del seguro de grupo o empresa, así como del seguro colectivo previstos en los artículos de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las instituciones y sociedades mutualistas se registrarán por lo previsto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley sobre el Contrato de Seguro y el presente Reglamento del Seguro de Grupo.

Para efectos de este Reglamento se entenderá por:

- I. **Aseguradora:** a las instituciones o sociedades mutualistas de seguros autorizadas conforme a lo establecido en la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas
- II. **Certificado:** a los certificados individuales de seguro de grupo o colectivo;
- III. **Comisión, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas;** Autoridad que vigila controla y sanciona a las instituciones del sector de seguros y de fianzas.
- IV. **Contratante:** a la persona física o moral que celebre el contrato de Seguro de Grupo o Seguro Colectivo con una Aseguradora;
- V. **Dividendos:** al monto que corresponda al Contratante o al asegurado, en este último caso cuando participen en el pago de la prima, en pólizas con participación de beneficios por utilidades realizadas;
- VI. **Grupo o Colectividad:** a cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés

común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

VII. **Integrante:** a cualquier persona que forme parte del Grupo o Colectividad;

VIII. **Secretaría, a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público:** Autoridad que regula, autoriza, rige y administra en Sistema y Mercado Financiero.

IX. **Seguro de Grupo:** al contrato de seguro cuyo objeto sea el de asegurar a un Grupo o Colectividad contra riesgos propios de la operación de vida.

X. **Seguro Colectivo:** al contrato de seguro cuyo objeto sea el de asegurar a un Grupo o Colectividad contra riesgos propios de la operación de accidentes y enfermedades.

Los significados asignados a los términos definidos en este artículo aplicarán, de la misma manera, a su forma singular o plural.

En las notas técnicas relativas a los productos de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que las Aseguradoras registren en términos de lo previsto en la Ley, deberán señalar los principios y procedimientos técnicos que emplearán para evitar fenómenos de selección adversa para la Aseguradora.

La prima total del Grupo o Colectividad, así como las primas que correspondan a cada Integrante del mismo se obtendrán de acuerdo a lo establecido en la nota técnica respectiva y el Contratante será el responsable de realizar el pago.

En cada fecha de vencimiento del contrato, la Aseguradora podrá calcular la prima promedio que se aplicará en la renovación.

El cálculo de la prima de tarifa correspondiente a los nuevos Integrantes del Grupo o Colectividad, así como la de aquellos que dejen de formar parte de los mismos de manera definitiva, **se sujetará a las normas técnicas y operativas establecidas por la Aseguradora para el caso, en el producto de seguro correspondiente.**

Tratándose de los Integrantes de un Grupo o Colectividad, en su carácter de asegurados, **podrán contribuir al pago de la prima** en los términos en que se haya establecido en la póliza.

El otorgamiento de Dividendos por siniestralidad favorable en los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos se sujetará a lo siguiente:

I. Los **Dividendos** que, en su caso se otorguen, se calcularán **considerando la Experiencia Propia del Grupo o Colectividad, o la Experiencia Global** de la Aseguradora de que se trate, lo que se justificará en la nota técnica respectiva al momento del registro del producto de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo. Se entenderá por:

a) **Experiencia Propia:** cuando la prima del Grupo o Colectividad esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo o bien de las pólizas de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo que pertenezcan al mismo grupo empresarial.

Para el caso de los seguros de vida, el número de Integrantes del Grupo o Colectividad no podrá ser inferior a mil al inicio de la vigencia del contrato.

Para el caso de los seguros de accidentes y enfermedades, el número mínimo de Integrantes del Grupo o Colectividad deberá permitir la aplicación de procedimientos actuariales, de tal manera que las hipótesis adoptadas en el cálculo de la prima tengan un grado razonable de confiabilidad.

Sólo se podrán integrar Grupos o Colectividades constituidos, cuando pertenezcan al mismo grupo empresarial y, en conjunto, cumplan con lo previsto en este Reglamento.

b) **Experiencia Global:** cuando la prima del Grupo o Colectividad no esté determinada con base en su Experiencia Propia;

I. El otorgamiento de Dividendos deberá estar **convenido expresamente en la póliza** al momento de su contratación;

II. Los **Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos.** La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos, se determinará con base en el procedimiento que la Aseguradora establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión.

En el caso de **Experiencia Global, los Dividendos** deberán determinarse **utilizando la experiencia total** de la cartera de la Aseguradora de que se trate.

Para efectos del cálculo de Dividendos a otorgarse en los Seguros de Grupo, podrá considerarse hasta el monto de la prima correspondiente a la suma asegurada máxima que se establezca para otorgarse sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo de Dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma.

En este caso, deberá mantenerse el principio establecido, en lo relativo a la prima pagada respecto de la suma asegurada que sirva de base para el cálculo de los Dividendos;

III. Cuando los **asegurados participen** en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado;

IV. La determinación de los Dividendos a pagar se realizará conforme a lo siguiente:

- a) En caso de **Experiencia Propia, al finalizar la vigencia** de la póliza;
- b) En caso de **Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal** correspondiente, y
- c) En el caso de **pólizas multianuales, los Dividendos se podrán determinar al aniversario de la póliza.**

El cálculo de los Dividendos a pagar se realizará en las fechas señaladas en los incisos anteriores, con independencia de las fechas en las que se realice el cálculo de los Dividendos para la constitución de reservas técnicas correspondientes;

V. Los Dividendos **no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia** de la póliza.

No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados.

Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza.

En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos;

VI. En las pólizas multianuales, el pago de Dividendos deberá ser anual, al aniversario de la póliza.

VII. Cualquier acuerdo referente a la compensación de siniestros ocurridos y no reportados durante la vigencia de la póliza contra Dividendos pagados, deberá establecerse en la documentación contractual.

Las Aseguradoras podrán otorgar Dividendos por utilidad en rendimientos financieros.

Dichos Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre el rendimiento obtenido por las inversiones que respaldan las reservas técnicas y la tasa de rendimiento esperada contenida en la nota técnica respectiva.

El procedimiento de cálculo de estos Dividendos deberá estar previsto en la nota técnica respectiva al momento del registro del producto de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo.

El pago de Dividendos por utilidad en rendimientos financieros se sujetará a los principios establecidos en este Reglamento.

El formato de solicitud que proporcione la Aseguradora para celebrar el contrato de Seguro de Grupo y del Seguro Colectivo, deberá comprender la siguiente información:

- I. **Operación de seguro** de que se trate y naturaleza del riesgo por asegurar;
- II. **Número, edad y sexo**, de las personas asegurables bajo el contrato de seguro;
- III. **Características particulares o especiales** del Grupo o Colectividad que va a asegurarse, así como su relación con el Contratante;
- IV. **Sumas aseguradas** para los Integrantes del Grupo o Colectividad o regla para determinarla;
- V. Participación con la que, en su caso, los Integrantes del Grupo o Colectividad **contribuirán al pago** de la prima;
- VI. Declaración sobre la **existencia de circunstancias que se consideren determinantes** para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios Integrantes del Grupo o Colectividad, ocasionado en forma directa por la actividad que realicen éstos;

VII. Cuando el objeto del contrato de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo sea el de garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del mismo Contratante deberá expresarse esta circunstancia en la solicitud, y VIII. Las demás que, en su caso, estime necesaria la Comisión para dar cumplimiento al presente Reglamento.

Tratándose de Seguros de Grupo que cubran el riesgo de fallecimiento, las Aseguradoras deberán **contar con el consentimiento por escrito** de cada uno de los Integrantes del mismo, previo a su incorporación al Grupo, antes de la celebración del contrato, el cual contendrá, por lo menos, lo siguiente:

- I. **Suma asegurada o regla** para determinarla, y
- II. Designación de beneficiarios y si ésta se realiza en forma irrevocable.

Tratándose de los Seguros de Grupo **el Contratante no podrá ser designado beneficiario, salvo que el objeto del contrato de seguro sea:**

- I. **Garantizar créditos** concedidos por éste, o bien prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

Para el caso de que el Seguro de Grupo garantice créditos, el Contratante sólo podrá ser beneficiario **hasta por el saldo insoluto correspondiente;**

- II. **Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas**, en el caso de seguros escolares o educacionales, o
- III. **Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad** pudiera causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

La Aseguradora formará un registro de asegurados en cada Seguro de Grupo y en cada Seguro Colectivo, el cual deberá contar con la siguiente información:

- I. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del Grupo o Colectividad;
- II. Suma asegurada o regla para determinarla;
- III. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
- IV. Operación y plan de seguros de que se trate;
- V. Número de Certificado individual, y
- VI. Coberturas amparadas.

La Comisión podrá autorizar mediante disposiciones de carácter general, que las Aseguradoras puedan utilizar de manera opcional datos que también les permitan integrar dicha información.

A solicitud del Contratante, la Aseguradora deberá entregarle copia de este registro.

Además de los requisitos que correspondan conforme a lo previsto en el Reglamento, deberá incluirse la siguiente información:

- I. Las características del Grupo o Colectividad asegurado;
- II. La prima de tarifa o regla para determinarla para cada Integrante del Grupo o Colectividad, y participación con la que, en su caso, contribuirá al pago de la prima;
- III. Sumas aseguradas para los Integrantes del Grupo o Colectividad o regla para determinarlas;
- IV. En su caso, el mecanismo que la Aseguradora empleará para el pago de Dividendos al contratante y, en su caso, a los asegurados del Grupo o Colectividad, y

En los contratos del Seguro de Grupo y del Seguro Colectivo, deberá establecerse la obligación del Contratante de dar aviso o remitir información periódica a la Aseguradora, respecto de lo siguiente, así como el procedimiento mediante el cual el Contratante cumplirá con dicha obligación:

- I. El ingreso al Grupo o Colectividad de integrantes nuevos, incluyendo los **consentimientos** respectivos para el caso de los seguros que cubran el fallecimiento.
- II. La **separación definitiva** de Integrantes del Grupo o Colectividad asegurado;
- III. **Cualquier cambio** que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas, y
- IV. **Los nuevos consentimientos** de los asegurados cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas, señalando la forma en que se administrarán.

La Aseguradora deberá expedir y entregar un Certificado para cada uno de los Integrantes del Grupo o Colectividad asegurado, apegándose a lo siguiente:

I. Los Certificados deberán contener la siguiente información:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
- b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
- c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- d) Nombre del Contratante;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
- f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
- g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate.
- j) En el caso de los seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate.

II. La Aseguradora, previo convenio con el Contratante, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar los Certificados de la siguiente forma:

- a) Proporcionando al Contratante los Certificados para su entrega a los asegurados, o
 - b) Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información prevista en la fracción I de este artículo.
- En todos los casos, el asegurado podrá solicitar a la Aseguradora el Certificado correspondiente.

Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su **consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales** siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con

posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su **consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha** en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, **dejarán de estar aseguradas desde el momento** de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido.

En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora.

Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación.

La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse.

La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión.

El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio.

Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio.

En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los contratos.

La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato.

En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

La Aseguradora estará obligada a compilar y mantener un expediente actualizado con la información a que se refiere el presente Reglamento, relativa a las pólizas del Seguro de Grupo y del Seguro Colectivo que expida.

En aquellos casos en donde la Aseguradora y el Contratante hayan convenido que la administración de la póliza será llevada a cabo por este último, se deberá establecer en el contrato respectivo que la Aseguradora tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en este Reglamento, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y este Reglamento.

Las Aseguradoras deberán proporcionar la información que requiera la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, para que ésta pueda entregar la información a que se refiera.

VIDA GRUPO

GRUPO Y COLECTIVO: ESTRUCTURA DE LAS PÓLIZAS

Tipos de Planes

1. **Contributorios:** Cuando los miembros del grupo o colectividad asegurada aportan una cantidad al pago de la prima, se considera un plan contributivo. De acuerdo con el RSG, en su artículo 6º, esta contribución no puede exceder del 75% de la cuota promedio, ni de un peso mensual por cada millar de suma asegurada.
2. **No contributorios:** Cuando el contratante de la póliza absorbe el costo total de ésta, es decir, la prima es pagada en su totalidad por el contratante, se considera un plan no contributivo.

Coberturas Adicionales:

- Indemnización por Muerte Accidental.
- Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros
- Indemnización por Muerte Accidental, Pérdida de Miembros o Muerte Accidental Colectiva
- Pago de la Suma Asegurada Por Invalidez Total y Permanente
- Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente Temporal o Vitalicia.

Coberturas Adicionales por Accidente:

Accidente: Toda lesión corporal o la muerte, que sufre el asegurado, a causa de un suceso súbito, fortuito y violento producido por una fuerza externa.

- 1. Indemnización Adicional por Muerte Accidental.** Si durante la vigencia de la póliza, algún miembro fallece como consecuencia de lesiones causadas por un accidente, siempre y cuando el fallecimiento ocurra dentro de los primeros 90 días siguiente al mismo, la Aseguradora pagará a los beneficiarios, la Suma Asegurada contratada en esta cobertura, adicional a la cobertura básica.
- 2. Indemnización por Pérdidas Orgánicas.** Si durante la vigencia del certificado y de esta cobertura adicional, algún miembro del grupo asegurado sufriera, como consecuencia de accidente, una o más de las pérdidas orgánicas enunciadas en la tabla de indemnizaciones convenida, siempre y cuando acontezca a los 90 días posteriores al accidente, la Aseguradora pagará las cantidades que correspondan por una o más pérdidas, sin que el total exceda del 100% de la Suma Contratada.

Coberturas Adicionales por Invalidez Total y Permanente:

- 1. Pago Anticipado de la Suma Asegurada.** Si durante la vigencia del certificado y de la cobertura adicional de pago anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez total y permanente, algún miembro del grupo asegurado se invalida en forma total y permanente a causa de un accidente o enfermedad, se le otorgará la Suma Asegurada contratada, 6 meses después de declararse la Invalidez total y permanente.
- 2. Pago de Renta Mensual.** Si durante la vigencia de la póliza, algún miembro del grupo se invalida en forma total y permanente a causa de un accidente o enfermedad, la Aseguradora pagará al Asegurado una renta mensual vitalicia igual a la Suma Asegurada contratada. El pago de rentas iniciará 6 meses después de declararse la Invalidez total y permanente.

- 3. Exención de Pago de Primas.** Si durante la vigencia de la póliza algún miembro del grupo asegurado se invalida en forma total y permanente la Aseguradora eximirá al contratante del pago de las primas.

Lineamientos aplicables a las coberturas adicionales para el seguro de vida grupo.

- ✓ La Suma Asegurada que se debe pagar por los beneficios adicionales en ningún caso debe exceder la contratada en la cobertura básica.
- ✓ Para contratar el beneficio por indemnización o pérdidas orgánicas se debe contratar el beneficio de indemnización por muerte accidental.
- ✓ En caso de haberse pagado la Suma Asegurada correspondiente a la Muerte Accidental, no procede ningún pago por pérdidas orgánicas.
- ✓ Las cantidades que se pagan por pérdidas orgánicas por accidente, deben reducir en el monto pagado las obligaciones de la compañía por pérdidas orgánicas que se produzcan en un nuevo accidente.
- ✓ Para adquirir el beneficio de indemnización por Muerte Accidental Colectiva, se deben contratar conjuntamente los beneficios de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas.

Exclusiones aplicables a las coberturas por accidente

- ✓ Suicidio o intento del mismo aunque se realice en estado de enajenación mental.
- ✓ Lesiones auto infringidas.
- ✓ Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.
- ✓ Inhalación de gases o humos excepto si se demuestra que fue accidental.
- ✓ Lesiones por uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor. (se puede cubrir mediante convenio expreso)
- ✓ Lesiones sufridas estando bajo efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico. (se puede cubrir mediante convenio expreso)
- ✓ Actos delictivos intencionales, riña, en los que participe el asegurado, siendo el provocador.
- ✓ Lesiones en servicio militar, en actos de guerra, rebelión o insurrección.
- ✓ Hernias o eventraciones, excepto si se demuestra que fue accidental.
- ✓ Abortos, cualquiera que sea su causa, excepto si se demuestra que fue accidental.

- ✓ Infecciones, con excepción de las que ocurran a causa de una lesión accidental.
- ✓ Operaciones quirúrgicas que no sean motivadas directamente por lesiones accidentales.
- ✓ Viajar como pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, que no sea de una línea comercial de pasajeros. (se puede cubrir mediante convenio expreso)
- ✓ La práctica o participación en:
 - ✓ Deportes peligrosos como paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, vuelos delta, tauromaquia, esquí.
 - ✓ Competencias de velocidad, seguridad o resistencia en cualquier tipo de vehículo, como conductor o acompañante.
 - ✓ Radiaciones atómicas.
 - ✓ Accidentes ocurridos después de los 70 años de edad.

Exclusiones aplicables a las coberturas adicionales por invalidez total y permanente.

- ✓ Miembros del grupo asegurado cuya edad sea mayor a los 65 años.
- ✓ La práctica o participación en:
 - a. Servicio Militar, en actos de guerra, rebelión o insurrección.
 - b. Actos delictivos intencionales, riña, en los que participe el Asegurado siendo el provocador.
 - c. Aviación privada. (se puede cubrir mediante convenio expreso).
 - d. Pruebas o contiendas de velocidad o seguridad en cualquier vehículo.
 - e. Deportes peligrosos, como: paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, vuelos delta, tauromaquia, esquí.
- ✓ Estados de invalidez que se hayan originado antes de ingresar al grupo.
- ✓ Intentos de suicidio o enfermedades provocadas por el propio asegurado.
- ✓ Lesiones provocadas intencionalmente por el Asegurado.
- ✓ Radiaciones atómicas.
- ✓ Lesiones sufridas por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similares, no prescritos por un médico cuando éste hecho las cause.
- ✓ Lesiones por uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor (se puede cubrir mediante convenio expreso).

- ✓ Accidentes mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, salvo cuando viaje como pasajero en avión comercial (se puede cubrir mediante convenio expreso).

PAGO DE DIVIDENDOS A LOS CLIENTES

Dividendos.- La participación de utilidades o dividendos es la cantidad en efectivo que recibe el contratante como resultado de una buena experiencia en mortalidad y se otorga al término de la vigencia de la póliza, siempre y cuando no se tengan recibos pendientes de pago. La participación podrá ser también como una reducción de la prima correspondiente.

1. **Experiencia Global, Mixta o General.-** Bajo esta modalidad, la experiencia en siniestralidad se conjuntará con el resto de la cartera con una misma experiencia que existe en la aseguradora y la participación de utilidades dependerá del resultado global de la misma Compañía de Seguros.
 - b. El dividendo dependerá de la siniestralidad experimentada por todas las pólizas que conforman esta cartera.
 - c. No se otorgarán dividendos anticipados o garantizados,
 - d. El pago de dividendos de una póliza no se sujetará a la renovación de ésta, sólo al pago de ajuste anual.
 - e. El dividendo se otorgará en forma anual vencida a todas las pólizas con experiencia global.
 - f. Para las pólizas emitidas, (inicial y renovación) a partir del 15 de Agosto de 1992, el dividendo otorgado será del 20% de la prima pagada, este porcentaje lo determina el área técnica en base a la experiencia del año anterior.

La participación correspondiente podrá utilizarse de las siguientes formas:

1. Dejarlo en depósito en la Institución (obtiene interés).
2. Aplicarlo al pago de primas.
3. Retirarlo en efectivo.

3. **Experiencia Individual o Propia.** Bajo esta modalidad, la experiencia en siniestralidad dependerá de la propia empresa,

para otorgar dividendos en experiencia propia es necesario contar con un mínimo de asegurados, que pertenezcan a un mismo grupo corporativo, el número mínimo lo establecerá la Compañía de Seguros.

- ✓ Sólo se podrán otorgar dividendos a grupos con más de 500 Asegurados.
- ✓ Sólo se podrán agrupar pólizas pertenecientes a un mismo dueño o grupo industrial.
- ✓ Los dividendos dependen de la siniestralidad del grupo asegurado, independientemente de lo que ocurra con el resto de la cartera de la aseguradora.

VIDA GRUPO

FORMAS DE ADMINISTRACIÓN DE LA POLIZA DE VIDA GRUPO

La Suma Asegurada debe determinarse de acuerdo a una regla general para todos los participantes, esto implica que ésta se otorgará sobre una misma base para toda la colectividad de tal manera que el plan no resulte discriminatorio. Entre las reglas más comunes para determinar la Suma Asegurada encontramos las siguientes:

1. Suma Asegurada Fija.
2. Número determinado de meses de sueldo.
3. De acuerdo con la antigüedad en la empresa.

Suma Asegurada Máxima sin examen Médico. La suma asegurada máxima sin examen médico que se podrá conceder por persona, en ningún caso podrá ser superior a la cantidad denominada **Tope Máximo de Suma Asegurada**.

En ningún caso será superior a la que resulte de multiplicar la *Suma Asegurada Promedio* del grupo por el factor de su rango correspondiente.

Para aquellas personas cuya suma asegurada solicitada sea mayor a la calculada con el procedimiento anterior, la Institución pedirá pruebas médicas sobre la cantidad excedente. Dependiendo del resultado de éstas, la Institución aceptará o rechazará tal excedente de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad individual vigentes en su momento.

CONCEPTOS BASICOS PARA LA ADMINISTRACION DE LA POLIZA DE VIDA GRUPO.

1. **Alta de Asegurados.** Para que una persona pueda ingresar al seguro es necesario que forme parte de la colectividad asegurable y que llene y firme el consentimiento respectivo, así como que reúna, a satisfacción de la compañía, los requisitos de asegurabilidad que, en su caso, se le soliciten. La fecha efectiva de ingreso al seguro será la que se ha convenido, nunca se asegurará en forma retroactiva. El Asegurado que ingrese a la colectividad asegurable en fecha posterior a la fecha de inicio de vigencia de la póliza quedará asegurado a partir de la fecha efectiva de ingreso al seguro siempre y cuando cumpla con las condiciones establecidas en la cláusula de admisión al seguro y se de aviso por escrito a la compañía en un plazo

no mayor a 30 días a partir a la fecha de ingreso a la colectividad asegurable.

- 2. Baja de Asegurados.** El contratante tiene la obligación de comunicar por escrito a la compañía, todas las bajas de Asegurados en un plazo no mayor de 30 días, contados a partir de la fecha en que se cause la baja, excepto si se tiene un sistema auto administrado o simplificado.
- 3. Cambios.** El contratante tiene la obligación de comunicar por escrito a la Compañía de seguros todos los cambios que puedan ocurrir durante la vigencia de la póliza, el cambio más común se presenta cuando la suma asegurada se basa en el sueldo, si existen modificaciones en el salario del asegurado, dando como resultado que se incremente la suma asegurada. Algunos otros cambios son:
 - ✓ Cambio a la regla de suma asegurada
 - ✓ Inclusión o cancelación de beneficios adicionales
 - ✓ Cambio en la forma de pago
 - ✓ Cambio de beneficiarios, etc.
- 4. Certificados y Registro de Asegurados.** Es necesario llevar un registro de Asegurados que contendrá el nombre, la fecha de nacimiento, la fecha efectiva de ingreso, la Suma Asegurada y la prima de cada Asegurado. Así mismo, expedir certificados individuales para cada Asegurado que contendrán entre otros datos, nombre, la fecha efectiva de ingreso al seguro, la fecha de ingreso a la colectividad, la fecha de nacimiento, el importe de la Suma Asegurada, así como los beneficiarios del seguro y las principales cláusulas de este contrato; estos certificados se expiden en original y copia.

SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO:

- 1. Sistema Tradicional.-** El Contratante reporta cada mes las altas y bajas del grupo, la Compañía de Seguros elabora los reportes y certificados correspondientes y hace el ajuste de la cuota promedio. Cada mes emite recibos para la devolución o cobro de dicho ajuste.
- 2. Sistema Simplificado o Autoadministrado.-** En este sistema el contratante administrará durante todo el año las altas y las bajas y se ajustará el pago de las primas anualmente por lo que no se darán reportes de altas y bajas durante todo el año.

- 3. Sistema con Estado de Cuenta.-** El Contratante deberá enviar a la Compañía de Seguros, los movimientos de bajas que tengan que efectuarse, mencionando los números de certificados y, en el caso de las altas, deberá enviar los consentimientos debidamente llenados. Durante la vigencia de la póliza no se elaborará ni se emitirá ningún documento, por lo tanto la aseguradora no cobrará ni devolverá primas, sino hasta la siguiente renovación, se hará el ajuste que corresponda, en un solo movimiento.

CONDICIONES DE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA DE GRUPO Y COLECTIVO.

Las compañías de seguros estarán obligadas a **renovar los contratos, mediante endoso en la póliza, en las mismas condiciones en que fueron contratadas**, siempre que reúnan los requisitos de este Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicará la prima de tarifa en vigor en la fecha de la misma.

La renovación de una póliza es importante porque representa la conservación de la cartera o de los clientes. Hablamos de la renovación de una póliza cuando el seguro que cotizamos no es nuevo, ha estado y desea continuar el Asegurado con nosotros.

Elementos de la Renovación:

1. Solicitud
2. Coberturas
3. Configuración de la nueva póliza
4. Siniestralidad

Solicitud de Renovación. El Asegurado debe notificar por escrito a la Aseguradora, antes de terminar la vigencia del seguro, el deseo de renovar la póliza de seguros. La solicitud de renovación es casi idéntica a la solicitud inicial, es importante determinar si la póliza se va a renovar con las mismas condiciones, lo cual depende de sus **necesidades**, se sugiere proponer mejoras o nuevas coberturas, e incluir el número de póliza anterior.

VIDA GRUPO

SINIESTROS

REQUERIMIENTOS DE LA COMPAÑÍA PARA PAGAR EL SINIESTRO:

1. Información:

- ✓ Nombre del Asegurado
- ✓ Fecha de ocurrencia del siniestro
- ✓ Causa de siniestro (fallecimiento, accidente o enfermedad)
- ✓ Descripción de los hechos (en que circunstancias ocurrieron)
- ✓ Número de póliza
- ✓ Número de inciso
- ✓ Nombre del Asegurado o Beneficiarios
- ✓ Vigencia de la póliza
- ✓ Importe de la reclamación

2. Documentación:

- ✓ Certificado individual o carta del contratante
- ✓ Acta de defunción del Asegurado
- ✓ Acta de nacimiento del Asegurado
- ✓ Acta del ministerio público o de alguna autoridad que haya intervenido en el hecho o haya dado fe de los mismos si fue accidente.
- ✓ Documento de identificación oficial con fotografía de los beneficiarios o acta de nacimiento o de matrimonio de los mismos.
- ✓ Comprobante de sueldo o aviso de alta en el I.M.S.S.

La persona que analiza el siniestro debe evaluar una reclamación a partir de la declaración del reclamante y de la prueba presentada. Con esa información determina si es legítima y cumple con los requisitos estipulados en la póliza, en caso contrario podrá solicitar mayor información.

La función principal de la investigación de una reclamación es suministrar la información necesaria para tomar una decisión. Las aseguradoras por lo general, cuentan con su propio personal para investigar los reclamos, en caso contrario contratan agencias externas de investigación profesional. El alcance, depende del tipo de información necesaria para tomar la decisión, generalmente está influenciada por los siguientes aspectos:

- ✓ Monto de la suma asegurada
- ✓ Causa de la reclamación
- ✓ Circunstancias en que ocurrió
- ✓ Edad del asegurado
- ✓ Lugar en que ocurrió
- ✓ Tiempo de vigencia de la póliza
- ✓ Condiciones de la póliza

Las fuentes de información pueden ser hospitales y médicos tratantes; familiares y amigos del asegurado y; las agencias gubernamentales.

Trámites:

Dar aviso por escrito a la compañía dentro de los 5 días siguientes a la fecha del siniestro, presentando los informes y la documentación que le sea solicitada o Presentando la reclamación tan pronto como sea posible.

Declaración del siniestro y carta de reclamación del contratante:

- ✓ Original del acta de defunción en el caso del fallecimiento
- ✓ Original del certificado médico de defunción
- ✓ Acta de nacimiento, pasaporte, o cartilla del asegurado y beneficiarios
- ✓ Último recibo del sueldo del asegurado
- ✓ Aviso de alta al IMSS o al ISSSTE
- ✓ Certificado del asegurado en la cual designo a sus beneficiarios
- ✓ Acta del ministerio público en original o copia certificada

ELEMENTOS QUE ANALIZA LA COMPAÑÍA EN EL SINIESTRO DE VIDA GRUPO:

- a. **Estado de la Póliza:** Que la póliza bajo la cual se presenta la reclamación esté vigente y pagada en el momento de la pérdida.
- b. **Miembro de la colectividad o del grupo:** Que el afectado sea miembro de la colectividad o del grupo.
- c. **Cobertura de la Póliza:** Que la causa del siniestro esté realmente cubierta por la póliza.
- d. **Exclusiones:** Que la causa del siniestro reclamado no sea una exclusión del contrato.
- e. **Beneficiarios:** A quienes beneficiará la póliza de seguros de la forma estipulada en la misma, en caso de la procedencia y pago de la reclamación.

VIDA GRUPO

HOMBRE CLAVE (Técnico o Dirigentes) Y SEGURO DE SOCIOS

Hombre Clave. Es aquella persona que por su capacidad y habilidad contribuyen sustancialmente a la operación del negocio. Podemos identificar los siguientes tipos de hombre clave:

1. Los Dueños e Hijos que colaboran en el negocio.
2. Los Técnicos.
3. Los Dirigentes.
4. Los Ejecutivos ó Directivos.

Un **hombre clave** puede reunir uno o varios de los siguientes requisitos:

- ✓ Son los fundadores, forman parte de la administración.
- ✓ Son directamente responsables de las funciones clave.
- ✓ Contribuyen sustancialmente a las utilidades del negocio.
- ✓ Son respetados y bien conocidos por clientes, empleados y proveedores.

Técnico. Es la persona creativa, innovadora, aquella que por el conocimiento y dominio de una actividad específica, es importante para la productividad de la empresa.

Dirigente. Dentro de la organización, por lo regular son quienes dirigen y manejan el negocio ocupando puestos clave como: Director General, de Finanzas, de Comercialización, de Producción, Técnicos calificados, etc.

Objeto del Seguro de Hombre Clave. Debido a la pérdida económica que puede sufrir un negocio si fallece, se accidenta o enferma un hombre clave, la Empresa deberá contar con suficiente capital para contrarrestar dicha pérdida para sustituirlo.

Resarcir a la Empresa es el objeto de este seguro.

Por lo que la mejor alternativa es la contratación de un Seguro de Hombre Clave, por las siguientes razones:

- ✓ El pago de primas del Seguro es Deducible de Impuestos al 100 %
- ✓ El efectivo lo proporciona la Aseguradora, en lugar de la Empresa.

Características del Seguro de Hombre Clave. El Seguro de hombre clave tiene las siguientes características:

- ✓ Tipo. Es un Seguro de Vida Individual.
- ✓ Plazo. Que no exceda a 20 años. (Temporales o Dotales)
- ✓ Forma de Pago. Este plan debe tener una prima nivelada.
- ✓ Uso. Proteger a la Empresa de la pérdida que sufra por la Muerte o Invalidez causada por accidente o enfermedad de uno de sus HOMBRES CLAVE que cause la disminución de la productividad de la Empresa.
- ✓ Contratante. La Empresa deberá fungir como Contratante y Beneficiario irrevocable de la póliza de Seguro.
- ✓ Beneficios Adicionales. Se pueden incluir los Beneficios Adicionales por accidente o enfermedad cuyo objetivo sea resarcir a la Empresa de la disminución de la productividad.

Determinación de la Suma Asegurada. La ley del Impuesto Sobre la Renta condiciona a que se determine el procedimiento para fijar la Suma Asegurada. Para ello es importante dimensionar el puesto, apoyándose en su **descripción** y el impacto económico que dicho puesto tiene en la economía de la Empresa. De no existir este tipo de parámetro, la Empresa podrá basarse en uno de los siguientes métodos:

1. Estimación de la Empresa.
2. Múltiplos de Salario.
3. Conocimiento y Capacidad Especiales.
4. Diferencia de utilidad.

Contratante y Beneficiario Irrevocable. El contribuyente (la empresa) deberá reunir la calidad de contratante y beneficiario irrevocable.

Asegurado. El asegurado deberá tener una relación de trabajo con la empresa (contrato laboral o por honorarios o ser socio industrial).

SEGURO DE SOCIOS

Socios. Se consideran socios a aquéllos que adquirieron las acciones de la empresa por venta directa o aportación directa a la sociedad (Fundadores o con adquisición posterior).

Objetivo del Seguro de Socios. La muerte de un socio afecta de manera directa a los socios supervivientes ya que los herederos pueden querer ser socios sin tener experiencia o conocimiento del negocio; vender sus acciones a un tercero permitiendo el acceso de personas extrañas a la sociedad pudiendo existir conflicto de intereses; comprar las acciones de otros socios en casos de tener la mayoría iniciando una nueva sociedad o dedicarse a otra actividad.

Como se menciona en el artículo 67 de la L.G.S.M. Es posible establecer un convenio para una evaluación y venta de las acciones al momento de ocurrir la muerte.

Mediante un Seguro de Vida, la suma asegurada puede cubrir el valor de las acciones de cada uno de los socios, en donde el beneficiario irrevocable y el contratante es la misma sociedad.

La parte social del socio fallecido será liquidada con la suma asegurada del mismo, quedando en posesión de la sociedad, pidiéndose convenir también, dentro de las condiciones del convenio, la manera en que los socios supervivientes se repartirán las acciones del socio fallecido, pudiendo ser partes iguales o bien proporcionales al número de acciones de cada uno.

Estructura del Seguro: El tipo de plan más adecuado para el Seguro de Socios será aquel que se adecue a las características específicas de la sociedad y de los intereses particulares de los socios. Pueden ser seguros individuales o seguros colectivos (cuando son más de 5 socios) de vida entera (ordinario de vida o vida pagos limitados), aunque la ley no restringe la compra de seguros temporales (o dotales) T-20 ó T-65.

Los seguros de vida entera son los más recomendables debido a que las sociedades tienen una vigencia de 99 años, sin embargo es importante considerar la edad de cada uno de los socios y la vida esperada de la sociedad a fin de elegir el plazo de seguro más conveniente.

Existen dos formas de manejarlo.

- a)** Un seguro individual, en el que los beneficiarios son los demás socios, a fin de que dispongan de capital para la compra de las acciones del socio fallecido más un acuerdo notariado para definir al comprador, o a los compradores preferentes.

- b)** Seguros individuales adquiridos por la persona moral, con ella misma de beneficiaria y el correspondiente acuerdo notariado.

GASTOS MÉDICOS COLECTIVO

ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

CONCEPTOS GENERALES DE LA POLIZA DE GASTOS MÉDICOS:

1. Gastos médicos.
2. Enfermedad.
3. Accidente.
4. Preexistencia
5. Deducible.
6. Coaseguro, entre otros.

Algunos padecimientos cubiertos mediante convenio expreso para la póliza de Gastos Médicos Grupo:

- a. **Emergencia Médica en el Extranjero.** Incluye hospitalización, honorarios médicos, suministros hospitalarios, servicios de diagnóstico y ambulancia terrestre. Excluye: tratamientos de rehabilitación, honorarios de enfermeras fuera del hospital, ambulancia aérea, parto normal, parto por cesárea complicaciones del embarazo, y consultas de control y rehabilitaciones.
- b. **Cobertura en el extranjero.** Cubre los honorarios médicos y quirúrgicos de acuerdo con el gasto usual y acostumbrado de **cada país** dentro de los gastos médicos efectuados por el asegurado y/o sus dependientes económicos que se encuentren en el extranjero hasta por 6 meses.
- c. **Franja Fronteriza.** Se cubrirán los gastos médicos erogados en las ciudades Fronterizas de los Estados Unidos de América, considerando como franja fronteriza, el territorio de Estados Unidos de Norteamérica, el cual consta de 20 Kms. de ancho y cuyo límite sur es la frontera con México.
- d. **Deportes Peligrosos.** Se amparan los gastos en que incurra el Asegurado y/o cualquiera de sus Dependientes derivado de la realización de los

siguientes deportes ya sea como participante directo, piloto, copiloto, ayudante o pasajero, mientras no sea como práctica profesional: Paracaidismo, montañismo, rapel, velideltismo, espeleología, alpinismo, boxeo, lucha libre, lucha greco-romana, equitación, Charrería, Hockey, Tauromaquia, Cacería, Automovilismo, Motociclismo, Esquí, en cualquiera de sus formas, Surfing, Regatas (veleros, yates y semejantes), Buceo, Karate, Artes Marciales, Fútbol Americano, Salto de Bungee y cualquier otro deporte similar a los anteriores.

- e. **Desviación visual por miopía y/o astigmatismo.** Se cubre el tratamiento para corregir la miopía, astigmatismo o hipermetropía
- f. **Pago de complementos médicos.** Quedan cubiertos los gastos médicos complementarios erogados durante la vigencia de la póliza, siempre que el Asegurado acredite fehacientemente a la Institución haber estado asegurado en otra institución aseguradora mexicana en el período inmediato anterior a la fecha de solicitud de alta en esta póliza.
- g. **Ambulancia Aérea.** Se cubren los servicios prestados por Ambulancias Aéreas para Eventos de acuerdo a las condiciones de la Aseguradora.

Gastos cubiertos del Seguro de Gastos Médicos:

- ✓ Cuarto de hospital
- ✓ Honorarios de médico y/o cirujanos
- ✓ Honorarios por consultas médicas
- ✓ Suministros en el Hospital
- ✓ Honorarios de enfermera
- ✓ Honorarios de anestesista
- ✓ Servicios de diagnóstico médico
- ✓ Servicios de terapia
- ✓ Ambulancia
- ✓ Medicamentos
- ✓ Aparatos ortopédicos y prótesis
- ✓ Transplante de órganos
- ✓ Tratamiento por padecimientos congénitos
- ✓ Renta de equipo tipo hospital

Principales exclusiones en el seguro de gastos médicos grupo.

1. El tratamiento de los padecimientos preexistentes.
2. Accidentes o lesiones del Asegurado o cualquiera de sus Dependientes que se produzcan por:

- a. Estar en servicio como miembro de cualquier cuerpo militar, de seguridad o vigilancia.
 - b. Participar en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar.
 - c. Hechos Delictivos intencionales en los que participe directamente.
3. Tratamientos de medicina alternativa como:
- a. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud conocidos como Check-up, así como los exámenes rutinarios de la vista y oídos.
 - b. Tratamientos naturistas y vegetarianos.
 - c. Tratamientos médicos o quirúrgicos con base a hipnotismo, acupuntura.
4. Procedimientos y Tratamientos Experimentales.
5. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones autoinflingidas e intento de suicidio.

Edad de aceptación para el seguro de gastos médicos grupo. Desde el día 01 de nacido hasta los 65 años de edad.

Edad máxima de aceptación.- En Renovaciones hasta los 69 años de edad.

Edad en que se cancela el seguro de grupo.- Se cancela a los 70 años de edad.

GASTOS MÉDICOS COLECTIVO ADMINISTRACIÓN Y ASPECTOS OPERATIVOS.

DERECHO DE CONVERSIÓN

Al igual que en el seguro de vida de grupo, la aseguradora deberá contar con al menos un plan de seguro individual como alternativa para el asegurado cuando se separe del grupo o colectividad asegurada.

Los principales beneficios que puede perder un asegurado al cambiarse de un plan grupal a uno individual podrían ser algunas de las condiciones especiales que se otorgaron para el grupo y que no se otorgan en planes individuales; la desventaja en costos ya que de forma individual le saldría más caro el pago del seguro; estaría sujeto a presentar requisitos médicos, de acuerdo a las políticas de cada compañía y si el cambio no se efectúa en tiempo y forma podría perder inclusive su antigüedad y también podría tener problemas con la preexistencia.

GASTOS MÉDICOS SINIESTROS

CUANDO LOS CLIENTES NO DESEAN PAGAR UNA PRIMA MUY ALTA, ENTONCES CONTRATAN CON LA COMPAÑÍA DE SEGUROS UNA **ADMINISTRACION DE SUS SINIESTROS:**

Los sistemas de administración para el caso de siniestros en el seguro de gastos médicos grupo son:

Cash Flow. Consiste en establecer una cantidad aproximada de erogaciones por siniestralidad, y entregar esa suma a una institución para que la administre, pagando además esta administración. Esta estrategia implica un desembolso de efectivo mucho menor que el pago de una prima de seguro de grupo.

Stop Loss. Dado que no existe certeza sobre la ocurrencia del riesgo, se complementa la estrategia anterior con la contratación de un “seguro catastrófico” que comienza a operar cuando los gastos previstos rebasan un límite máximo determinado en el esquema de cash flow.

OBLIGACIÓN DEL CLIENTE DE INFORMAR SOBRE OTROS SEGUROS DE GASTOS MEDICOS. (COASEGURO)

El Contratante y el Asegurado tendrán la obligación de poner en conocimiento de la Institución la existencia de otros seguros que contraten durante la vigencia de este seguro. El aviso deberá darse por escrito, indicando el nombre de las Aseguradoras, número de las pólizas contratadas y el monto de las Sumas Aseguradas.

Si el Contratante o Asegurado omite intencionalmente el aviso referido o si contrata diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la Institución estará facultada para rescindir de pleno derecho este contrato



ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Se manejan las mismas condiciones de contratación de acuerdo al RSG.

El **número mínimo de integrantes** y condiciones adicionales que debe tener el grupo asegurable debe constituirse por **un mínimo del 75%** de los miembros que forma la colectividad asegurable, siempre que el 75% **no sea menor a 10 personas o de 25 en su caso.**

Los Grupos son Asegurables en la póliza de accidentes personales son:

- a) Los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo que presten sus servicios a ese mismo patrón o empresa.
- b) Los Sindicatos, Uniones, o Agrupaciones
- c) Cuerpos del ejército, policía y bomberos
- d) Las agrupaciones legalmente constituidas con características similares de trabajo u ocupación.

Se consideran dependientes en el seguro de accidentes personales:

- El cónyuge.
- Los hijos solteros del Asegurado, que dependan económicamente del mismo, y que por su edad se encuentren dentro de los límites de aceptación.

Coberturas establecidas en el seguro de accidentes personales grupo.

1. **Muerte Accidental.** Si como consecuencia de un accidente sufrido por el asegurado y dentro de los **90 días siguientes** a la fecha del

mismo sobreviniere la muerte, la compañía aseguradora pagará a los beneficiarios designados o a falta de éstos, a los herederos legales del Asegurado, el importe de la suma asegurada contratada para esta cobertura. De la suma asegurada, se deducirá cualquier cantidad pagada con anterioridad al Asegurado por prestaciones cubiertas de la cobertura de Pérdidas Orgánicas (si es contratada), siempre y cuando éstas hayan sido producidas por el mismo accidente que provocó la muerte.

2. **Pérdidas Orgánicas por accidente.** Si a consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los **90 días de la fecha** del mismo, pierde algún órgano, la compañía aseguradora indemnizará el porcentaje de la suma asegurada de acuerdo escala correspondiente.

3. **Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.** Si como consecuencia directa de accidente el Asegurado dentro de los 30 días siguientes a la fecha del mismo, precisa someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse, o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, la compañía aseguradora reembolsará el costo de estas asistencias hasta la cantidad máxima contratada por este concepto y bajo previa comprobación, en un sanatorio u hospital.

Tabla de Indemnizaciones Escala “A”

ESCALA “A”	
POR LA PERDIDA DE:	% S.A.
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y 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%

Tabla de Indemnizaciones Escala “B”

ESCALA “B”	
POR LA PERDIDA DE:	% S.A.
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%

Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice, de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	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%
Sordera completa de los dos oídos	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos 5 cms.	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES EN VIAJES:

La condición más importante que se considera en el seguro de accidentes personales en viajes, esta póliza es efectiva a cualquier hora del día y en cualquier parte del mundo (ver condiciones especiales) siempre que el asegurado se encuentre viajando por una orden del contratante para atender asuntos relacionados con la empresa.

Condiciones especiales para el seguro de accidentes personales en viajes:

- ✓ No se cubren viajes menores. El kilometraje mínimo lo establece cada compañía.
- ✓ Mediante convenio expreso se pueden contratar viajes en aviones particulares.

La prima que la compañía cobre se considerará como mínima y en calidad de depósito, ya que se calcula de acuerdo con los viajes previstos durante la vigencia de la póliza. Si al final de ésta el importe de la prima de los viajes efectuados es superior, se cobrará la diferencia correspondiente. Si es inferior a la del depósito no se hará ninguna devolución. El contratante tiene la obligación de reportar los viajes mensualmente para el cálculo de la prima.

El seguro de Accidentes Personales escolares:

- ✓ Cubre los **alumnos, al personal docente y de oficina** que pertenezcan a un mismo colegio o escuela contra cualquier accidente durante el ciclo escolar, sin incluir vacaciones y mientras se encuentren en el predio del colegio o escuela.
- ✓ Cubrirá a estas personas asistiendo o participando en eventos organizados, programados, aprobados y supervisados por las autoridades competentes de la escuela. Viajando en grupo directamente desde o hasta el lugar donde se efectuaran tales eventos dentro de la República Mexicana, en la inteligencia de que durante el viaje, el grupo deberá estar bajo la supervisión de la referida autoridad.

El viaje debe ser ininterrumpido desde su domicilio a la escuela y viceversa con el único propósito de asistir a las actividades propias de la misma, en automóvil particular conducido por una persona con licencia para manejar vigente o como pasajero en los medios de transporte debidamente autorizados, en camiones propios de la escuela, excepto cualquier tipo de motocicleta o motoneta.

Coberturas Básicas para accidentes personales escolares a partir de los 12 años:

- ✓ Muerte Accidental (M.A.)
- ✓ Pérdidas Orgánicas (P.O.) escala "A" "B"
- ✓ Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (R.G.M.)

Coberturas Básicas para accidentes personales escolares menores de 12 años:

- ✓ Pérdidas Orgánicas (P.O.), escala "A" "B"
- ✓ Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (R.G.M.)

Condiciones especiales para contratar el seguro de accidentes personales escolares:

- ✓ Para contratar este producto, deberá ingresar el 100% de los alumnos, del personal docente y de oficina. El grupo asegurable no será menor a 10 personas.
- ✓ Las edades de aceptación para este seguro van de 3 a 24 años de edad para alumnos y hasta los 69 para personal docente, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

- ✓ Se podrán aceptar niños de 2 años siempre y cuando el número de integrantes de estas edades no rebase el 10% del total de los asegurados y que no se trate de guarderías.

