

Riesgos Individuales del Seguro de Personas

VIDA INDIVIDUAL

Bases Técnicas

Todos los productos de seguros se basan en principios matemáticos, a través de los cuales se determinan y garantizan los ingresos suficientes para pagar la indemnización y hacer rentable a la Empresa de Seguros.

Ley de los Grandes Números

Esta ley establece que mientras mayor sea el número de observaciones, mayor es la posibilidad de que los resultados correspondan a la posibilidad real. Es decir, es más probable que los resultados reales y los resultados anticipados sean iguales cuantas más repeticiones ocurran.

Al pronosticar un hecho futuro e incierto, la posibilidad de acertar será mayor si se basa en el análisis de una cantidad de muestras suficientemente grande.

Estadística

Aunque en ocasiones pueden ocurrir situaciones catastróficas anormales o períodos de tiempo en que no ocurra nada, lo normal es que los siniestros tengan una frecuencia y una intensidad relativamente uniforme.

El siniestro se manifiesta con periodicidad constante en un determinado lapso de tiempo y afecta por igual a un determinado número de personas. De esta manera, se puede hacer el análisis estadístico del siniestro y fijarse el precio del seguro o prima.

Para ello se requiere de un grupo o masa asegurable que permita el cálculo de la probabilidad de siniestro y su análisis estadístico.

Cálculo de Probabilidad

El cálculo de probabilidades se aplica para anticipar la tasa de siniestralidad que tendrá un grupo de personas o bienes.

La probabilidad se refiere a la posibilidad de que ocurra un hecho determinado.

Indica el número de veces que es probable que ocurra un hecho dentro de un número de sucesos posible.

La Probabilidad matemáticamente se representa de la siguiente manera:

$$P = \text{Número de casos posibles o favorables} / \text{Número de sucesos totales o posibles}$$

Tabla de mortalidad

La Tabla de Mortalidad expresa la probabilidad de fallecimiento de una persona, dependiendo de su edad.

Es la experiencia pasada que se ordena para predecir la posible pérdida.

Es el instrumento que aporta información estadística sobre la relación que existe entre un grupo determinado de personas y la probabilidad de fallecimiento a diferentes edades. Es el instrumento utilizado para determinar el cálculo de primas o costo del riesgo que asume la Compañía; es un registro estadístico de la probabilidad de fallecimiento de una persona. De ella se obtiene la proporción de personas por cada edad que mueren en el término de un año.

Esta tabla es el resultado de años de observación de grupos homogéneos de personas.

Son registros estadísticos de los fallecimientos que ocurren cada año dentro de un grupo inicial de personas de edad determinada.

Cálculo de la Tasa de Mortalidad

La tasa de mortalidad nos da la proporción de personas que mueren en el término de un año a cierta edad. Es la base para determinar el costo del seguro. Es la probabilidad de muerte que aparece en una tabla de mortalidad.

PRIMA

La prima es la cantidad que paga el Asegurado para tener derecho a la protección y sirve para que la Aseguradora pueda cubrir la contingencia o riesgo previsto en el contrato de seguro, así como los gastos de adquisición, los gastos de administración y utilidad esperada.

Normalmente se establecen diferentes tipos de primas:

- a) Prima pura de riesgo
- b) Prima natural ascendente
- c) Prima decreciente
- d) Prima nivelada
- e) Prima de tarifa
- f) Prima total
- g) Prima única
- h) Prima anual
- i) Extraprima

PRIMA PURA DE RIESGO

Esta prima se obtiene de la tabla de mortalidad y cubre únicamente los costos de mortalidad. Es lo que cuesta a la compañía el riesgo que está tomando, por un período determinado (generalmente un año).

PRIMA NATURAL ASCENDENTE

Esta prima se incrementa de acuerdo al aumento de la probabilidad de muerte. Es el

conjunto de primas puras de riesgo durante la vigencia del seguro. La prima crece con la edad, ya que existe una mayor probabilidad de muerte pues cada vez se divide un número mayor de muertos entre un número menor de vivos.

Por lo tanto, en este tipo de prima hay un aumento sucesivo en su importe conforme pasa el tiempo y el Asegurado tiene mayor probabilidad de morir.

La Prima Natural Ascendente o Creciente se puede definir como la que se calcula año con año a la edad alcanzada por el Asegurado y que va creciendo al aumentar la probabilidad de muerte.

Este tipo de primas se aplica en seguros cuya vigencia es de un año y que se pueden renovar.

PRIMA DECRECIENTE

La prima decreciente es la que tiene una disminución en su importe a medida que pasa el tiempo, la edad del Asegurado determina una menor probabilidad de que se produzca la indemnización de la póliza. Esta prima se utiliza en algunos planes del Seguro de Vida, por ejemplo, algunas modalidades de ahorro, donde mientras más edad tiene el Asegurado, menor probabilidad de sobrevivencia y, por ende, menor posibilidad de que se produzca la indemnización.

Otro ejemplo de seguro donde se utiliza este tipo de prima es el Seguro Temporal Decreciente, que se otorga para cubrir obligaciones de préstamo del Asegurado como los préstamos hipotecarios. En estos planes, la suma asegurada va decreciendo conforme el monto del préstamo se va saldando: a la par que la suma asegurada disminuye, la prima también.

PRIMA NETA NIVELADA O ESCALONADA

La prima nivelada es el resultado de promediar las diferentes primas puras de riesgo que el Asegurado tenga que pagar durante los años que participe del seguro, siempre y cuando la suma asegurada permanezca constante. La Prima Nivelada es la prima que debe pagar el Asegurado a la Compañía en una serie de pagos iguales, a lo largo de un plazo de tiempo específico.

La prima nivelada permanece invariable durante toda la vigencia del seguro y se emplea en los contratos de vida con duración superior a 10 años, como el Dotal, y el Ordinario de Vida. En cuanto los temporales, la prima nivelada se emplea a partir del T5. El único temporal que no utiliza la prima nivelada es el T1, ya que no crea reservas.

PRIMA DE TARIFA

Las primas consideradas hasta aquí, se han calculado sin considerar los gastos que origina la operación de una Compañía de Seguros, los cuales se dividen en dos grandes grupos:

Gastos de Administración: Se refieren a los gastos generales de la Compañía, derivados de su funcionamiento: renta, teléfono, electricidad, sueldos del personal, papelería, etc.

Gastos de Adquisición: Se refieren a los gastos inherentes a la contratación de las pólizas: comisiones de los agentes, publicidad, exámenes médicos, etc.

Al incluir estos gastos, más la utilidad esperada por la Compañía, obtenemos la PRIMA DE TARIFA.

Prima de Tarifa = PPR o PN + G.A. + G.Ad. + U

La prima de tarifa incluye la nivelada, los gastos de administración, los gastos de

adquisición y la utilidad.

Donde:

PPR = Prima Pura de Riesgo

PN = Prima Nivelada

G.A.= Gastos e administración

G.Ad.= Gastos de adquisición

U= Utilidad

PRIMA TOTAL

La prima total es la suma de la prima por fallecimiento (cobertura básica) más las primas de todas las coberturas o beneficios adicionales que ha contratado el Cliente más gastos.

PRIMA ANUAL

Es la prima que paga el Asegurado para cubrir el riesgo en un plazo máximo de 12 meses.

PRIMA ÚNICA

Se conoce como prima única la que paga el Cliente una sola vez y cubre todo el plazo del seguro. Es decir, en un solo pago, ingresa a la Compañía toda la prima (cantidad) requerida para cubrir toda la vigencia de la póliza (toda la prima que debería pagar el Cliente durante la vigencia de la póliza).

El Asegurado se libera del pago por el resto de la vigencia de la póliza; representa el valor que marca la póliza al emitirse y considera las obligaciones futuras de la Aseguradora. Es una prima aplicable en el seguro vitalicio.

EXTRAPRIMA

La extraprima es una cantidad de dinero que se suma a la prima nivelada. Se calcula con base en algunos factores que hacen que el riesgo de mortalidad sea mayor.

Compensa a la Aseguradora, la siniestralidad adicional cuando ésta acepta riesgos subnormales.

Los factores que más influyen en la aplicación de extraprima están basados en las

ocupaciones peligrosas, la mala salud, los hábitos inadecuados, los deportes peligrosos (aun cuando existen otros elementos de valoración) ya que aumentan el "riesgo" que la Compañía está asumiendo.

DESCUENTOS

Los descuentos es una reducción a la prima que debe pagar el Asegurado. Los factores más frecuentes por los que se aplican descuentos son:

- a) No fumador
- b) Sexo Femenino
- c) Condición Física

RECARGOS

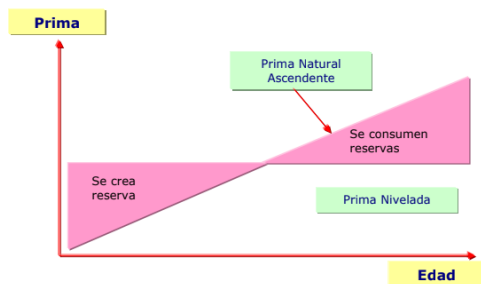
Por Pago fraccionado.- Varía dependiendo del número de pagos en que se fraccione la prima, cuando no se paga anualmente. Puede o no aplicarse.

Recargo fijo.- Es por concepto de administración y emisión de la póliza. Siempre se Aplica

RESERVA MATEMATICA

Los excedentes pagados durante los primeros años de vigencia de la póliza, a través de la Prima Nivelada o prima futura, junto con los rendimientos obtenidos por su inversión, se acumulan en un fondo llamado Reserva Matemática o actuarial. El Asegurado es quien tiene derecho a disponer de la reserva matemática que ha formado su seguro. Cuando se cambia de tipo de plan, y la reserva del nuevo plan es mayor, el Asegurado tendrá la obligación de aportar la diferencia que exista entre las dos reservas.

Esta reserva permitirá cubrir las primas pagadas de menos por el Asegurado en edades avanzadas, en un plan con prima nivelada. La reserva matemática se define como la porción de las primas niveladas ya pagadas por el Asegurado, que no ha sido todavía absorbida por el riesgo cubierto por el Asegurador, y que éste retiene y capitaliza para garantizar el pago de las obligaciones futuras (suma asegurada, indemnizaciones). Es decir, es el fondo que se forma del excedente que se paga en los primeros años en la prima nivelada del Seguro de Vida.



VALORES GARANTIZADOS

A través del mecanismo de la prima nivelada se obtienen excedentes durante los primeros años, los cuales generan rendimientos financieros. Estos excedentes y sus rendimientos constituyen un fondo llamado Reserva Matemática.

Como la Reserva Matemática es un fondo de ahorro del Asegurado, éste puede disponer de ella a través de los VALORES GARANTIZADOS (art. 182 Ley Sobre el Contrato del Seguro: "el Asegurado que haya cubierto tres anualidades consecutivas, tendrá derecho al reembolso inmediato de una parte de la reserva matemática, de acuerdo también con las normas técnicas establecidas para el caso, las cuales deberán figurar en la póliza."

El monto de los Valores Garantizados (parte de la Reserva Matemática creada) depende de 3 factores:

- a) El plan contratado
- b) La edad del Asegurado
- c) El número de años de vigencia

Los VALORES GARANTIZADOS (parte de la Reserva Matemática creada) son la serie de derechos que puede ejercer el Asegurado, para disponer de la Reserva Matemática constituida a su favor.

Es importante mencionar que la administración del Seguro de Vida Individual implica gastos iniciales muy fuertes, como son: comisiones para el agente y promotor, exámenes médicos, gastos de expedición. Por ello, las pólizas sólo otorgan Valores Garantizados (formas de disponer de la Reserva Matemática creada) a partir de que

hayan transcurrido tres anualidades completas (y se hayan cubierto las primas respectivas).

Sólo en caso del seguro temporal con duración menor a 10 años, no se obligará a la Aseguradora a conceder Valores Garantizados (Reserva Matemática creada) para el caso de muerte.

Los Valores Garantizados (parte de la Reserva Matemática creada) se pueden ejercer de las siguientes maneras:

PRÉSTAMO

Una vez que se tiene derecho a la Reserva (después de haber cubierto tres anualidades completas) el Asegurado podrá utilizar su fondo a través del PRÉSTAMO.

Este Préstamo puede tener alguna de las siguientes opciones:

1. PRÉSTAMO ORDINARIO: El Asegurado puede obtener varios préstamos siempre que el monto total de todos sea inferior al valor de rescate en efectivo de la póliza. Este préstamo genera intereses. El Asegurado puede solicitarlo para los fines que desee (inclusive para invertirlo).
2. PRÉSTAMO AUTOMÁTICO: Se utiliza para cubrir el pago de primas vencidas y no es necesario que el Asegurado lo solicite. Las primas vencidas se seguirán pagando hasta que se agote la reserva.

Debemos recordar que la Reserva Matemática existe para cubrir, en edades avanzadas, la diferencia en primas que el Asegurado no cubre. No olvidemos que la Reserva se calcula con un rendimiento financiero. Por esta razón, cuando el Asegurado utiliza alguna de las opciones de préstamo, se le cobra un interés (el que generaría la reserva si se mantuviera invertida) más gastos de administración, teniendo que reembolsar el préstamo para restablecer la reserva.

RESCATE O VALOR EN EFECTIVO

Esta opción se aplica cuando el Asegurado decide no continuar con su programa de seguro. Se cancela la póliza y se le devuelve en efectivo la reserva que haya generado hasta ese momento menos la parte que se utilizó por el riesgo corrido. El Asegurado retira en una sola exhibición el valor de su póliza.

CONVERSIÓN A SEGURO SALDADO

Cuando el Asegurado decide suspender o no puede continuar con el pago de primas, la reserva se puede utilizar para pagar un seguro por el mismo plazo que se contrató originalmente, pero con menor suma asegurada.

Si al efectuarse la conversión a Seguro Saldado la póliza tuviera un préstamo, podrá conservarse este adeudo si no excede del 85% de la reserva que corresponda al Seguro Saldado.

CONVERSIÓN A SEGURO PRORROGADO

El valor de rescate se utiliza para pagar un seguro por la misma suma asegurada que se contrató originalmente, pero por un plazo menor (por el plazo que alcance pagar la reserva). Es decir, hay una conversión a Seguro Prorrogado.

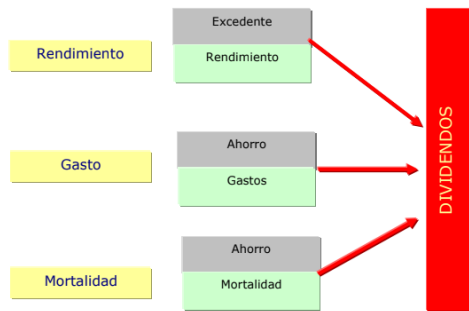
Cuando existe una conversión a Seguro Saldado o Prorrogado, los beneficios adicionales se cancelarán a partir de ese momento.

DIVIDENDOS

Los factores que generan un superávit que las compañías acostumbran compartir con sus asegurados, proporcionalmente a las primas cubiertas por cada uno de ellos, son:

- 1.- El exceso de rendimiento en las inversiones
- 2.- Ahorro en gastos
- 3.- Menor siniestralidad de la esperada

Esta participación que otorgan las compañías recibe el nombre de DIVIDENDOS.



Dependiendo del tipo de plan contratado y de las políticas de cada aseguradora, los dividendos se podrán otorgar normalmente a partir del tercer año de vigencia de la póliza y dependerá de los resultados de las variables antes descritas para que se otorguen o no.

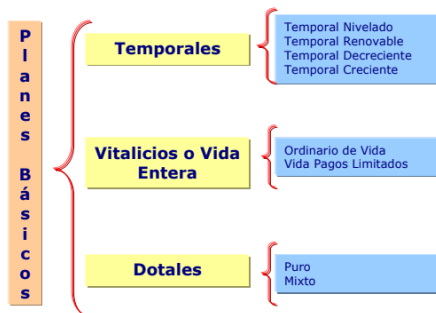
Una vez que el Asegurado adquiriera el derecho a recibir los dividendos, podrá utilizarlos en alguna de las siguientes opciones:

1. Aplicar el dividendo como parte del pago de primas.
2. Dejar el dividendo en un fondo administrado por la Compañía, que le producirá un rendimiento financiero.
3. Retirar el dividendo anualmente, en efectivo.
4. Comprar un seguro temporal a un año.
5. Comprar una protección saldada adicional, del mismo tipo que el plan original y por el tiempo que falte para completar el plazo contratado.

La diferencia fundamental entre valores garantizados y dividendos es:

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

PLANES BASICOS Y BENEFICIOS ADICIONALES



SEGURO TEMPORAL

Beneficios: El Asegurado puede contratar todos los beneficios y cláusulas adicionales que desee, excepto en el Temporal 1 y 5 ya que sólo admiten el beneficio de Doble Indemnización por Accidente Colectivo.

Las características del Seguro Temporal son:

- a El plazo de protección y el plazo de pago de primas son idénticos.
- a La Aseguradora únicamente paga si el Asegurado fallece dentro del plazo previamente pactado.
- a Es el plan más económico. Entre más corto sea el período de cobertura, menor será la prima.
- a La reserva de estos planes es decreciente, debido a que la responsabilidad de la Aseguradora concluye al final de la vigencia.
- a Vigencia: Los plazos de cobertura en este seguro son 1, 5, 10, 15 y 20 años o edad alcanzada 60 ó 65 años.

Temporal nivelado

Crea una reserva en los primeros años donde la expectativa de muerte del asegurado es menor. Se considera nivelada porque la prima que paga el asegurado es el promedio de la prima pura de riesgo

entre el número de años de protección

Temporal renovable

El beneficio por muerte (la suma asegurada) se mantiene sin aumento, pero la prima que se paga va aumentando de acuerdo a la edad del asegurado (prima pura de riesgo)

Temporal decreciente

La prima que paga el asegurado es promedio pero la suma asegurada disminuye con los años (se ajusta cada año durante el plazo contratado) y su objetivo es cubrir deudas.

Este tipo de seguros, generalmente se utiliza en los seguros colectivos.

Temporal creciente

La prima y la suma asegurada se incrementan en un porcentaje, de acuerdo a la inflación. Se conoce como planes dinámicos.

SEGUROS VITALICIOS O VIDA ENTERA

Los seguros o planes vitalicios tienen el propósito de proteger al Asegurado durante toda su vida y cubrir necesidades permanentes.

Existen dos tipos de seguros vitalicios:

a Ordinario de Vida

a Vida Pagos Limitados

Ordinario de Vida

Las características del Seguro Ordinario de Vida son:

a La Aseguradora se compromete a pagar la suma asegurada al fallecimiento del Asegurado, en cualquier fecha que ocurra.

a El Asegurado se compromete a pagar las primas mientras viva.

a La Aseguradora debe pagar la suma asegurada contratada si el Asegurado llega con vida a los 95 - 99 años de edad, pues técnicamente se supone que el Asegurado fallece a esa edad.

a Vigencia. Toda la vida del Asegurado o hasta los 95 - 99 años, dependiendo de la tabla de mortalidad utilizada.

a Beneficios.

a El Asegurado puede contratar todos los beneficios y cláusulas adicionales.

a Otorga al Asegurado valores garantizados.

a Su reserva es creciente mientras se pagan las primas y ofrece dividendos.

a Ofrece dividendos al Asegurado al año de vigencia.

VIDA PAGOS LIMITADOS

Las características del Seguro Vida Pagos Limitados son:

a La Aseguradora se compromete a pagar la suma asegurada al fallecimiento del Asegurado, en cualquier fecha que ocurra.

a El Asegurado se compromete a pagar las primas durante un período determinado de tiempo de 5, 10, 15, 20 ó 25 años, o a edad alcanzada de 60 ó 65 años.

a La Aseguradora debe pagar la suma asegurada contratada si el Asegurado llega con vida a los 95 - 99 años de edad, pues técnicamente se supone que el Asegurado fallece a esa edad.

a Vigencia. Toda la vida del Asegurado o hasta los 95 - 99 años, dependiendo de la tabla de mortalidad utilizada.

a Su reserva es creciente mientras se pagan las primas y ofrece dividendos.

VIDA ENTERA PRIMA UNICA .- Que protege durante toda la vida y se paga en una sola exhibición.

ORDINARIO DE VIDA MANCOMUNADA O RECIPROCO: Protege a los dos cónyuges en una sola póliza durante toda la vida. Al morir uno de ellos, la suma asegurada se entrega al sobreviviente y se cancela el contrato.

SEGUROS DOTALES

El propósito del Seguro Dotal es cubrir las necesidades de protección y el ahorro en vida a través de una dote, ya que protege al Asegurado durante un plazo determinado, otorgando al término de la vigencia el efectivo o dote, que será igual a la suma asegurada.

Las características del Seguro Dotal son:

- a El plazo de contratación y el de pago de primas son idénticos.
- a La Compañía pagará invariablemente la suma asegurada al Asegurado o a los beneficiarios.
- a Es una combinación de protección y ahorro que satisface necesidades temporales y permanentes (como la vejez, retiro o jubilación).
- a Este plan es el más caro en virtud de combinar la protección y el ahorro.
- a La Aseguradora debe pagar la suma asegurada contratada tanto en caso de fallecimiento, como si el Asegurado llega con vida al término de la vigencia (dote).
- a Vigencia. La contratada por el Asegurado.

Existen dos tipos de seguros de vida dotal:

Dotal puro. Son similares a una inversión, ya que la suma asegurada contratada es pagada solamente si el Asegurado sobrevive (es decir, no muere) hasta el final de la

vigencia de la póliza.

Dotal mixto. Son seguros que combinan protección con un plan de ahorro e inversión. Es decir, pagan la suma asegurada contratada en caso de fallecimiento del Asegurado, y también en caso de que sobreviva al final del período. Incluye un Dotal Puro y un Seguro Temporal.

Beneficios Adicionales

Los beneficios adicionales son cláusulas que puede contratar el Asegurado para tener una mayor protección. Algunas características generales de ellos son:

- a Contratación opcional para el Asegurado.

- a Cuentan con suma asegurada propia, la cual podrá ser igual o inferior a la cantidad establecida en la cobertura básica (nunca mayor a la suma asegurada por fallecimiento).

- a Pago de prima adicional.

- a Vigencia igual o menor a la del plan original o básico.

- a No pueden contratarse solos. Necesariamente deben agregarse a la cobertura básica de muerte.

El concepto más importante para estos beneficios es el de accidente.

Accidente. Toda lesión corporal o la muerte sufrida por el Asegurado por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.

Muerte Accidental. La suma asegurada será pagada si la muerte del Asegurado se debe exclusivamente a la lesión o lesiones a consecuencia de un accidente, y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo. Las edades de contratación son de 12 a 65 años y se cancela a los 70.

Pérdidas Orgánicas por Accidente (Indemnización por accidente). Este beneficio se basa en el concepto de pérdida orgánica que es la amputación quirúrgica o traumática de una parte completa del cuerpo.

La Compañía pagará al Asegurado la proporción de la suma asegurada contratada bajo este beneficio, en caso de que sufra la mutilación, amputación o pérdida de

una parte del cuerpo o de su funcionamiento a consecuencia de un accidente amparado.

Tabla de indemnizaciones

INSERTAR TABLA

Doble Indemnización por Muerte Accidental o Colectivo. La dispersión de riesgos en términos muy simples, es un método para distribuir entre un grupo grande de persona una posible pérdida financiera demasiado grave como para que pueda soportarla un solo individuo.

Beneficios por Invalidez

En los beneficios por invalidez, es indispensable conocer perfectamente lo que se considera invalidez.

La invalidez es la incapacidad total y permanente que sufre el Asegurado a causa de enfermedad o accidente, que le impida el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, habilidades, aptitudes y posición social.

También se considera como invalidez la pérdida de ambas manos, ambos pies, ambos ojos, una mano y un pie, una mano y un ojo, un pie y un ojo.

Los lineamientos generales aplicables son:

a El estado de invalidez debe ser continuo durante ciertos meses, generalmente 6 (cada Compañía lo fija) para que proceda. Es decir, para que opere la indemnización se debe cumplir el período de espera.

a Cuando la invalidez se deba a la pérdida de órganos mencionados en la definición, no opera el período de espera (pérdida de la vista de ambos ojos en forma absoluta e irreparable, pérdida de ambas manos o ambos pies, pérdida

de una mano y/o un pie y la vista de un ojo).

a La incapacidad temporal parcial no se cubre.

a Edades de contratación de 16 a 55 años y se cancela al término de vigencia de la cobertura principal o a los 60 años del Asegurado, lo que ocurra primero.

Algunos ejemplos de causas que provocan la invalidez y por las cuales se puede dar la indemnización por invalidez, son: derrame cerebral, accidente automovilístico, daño neurológico en la columna vertebral.

Exención de Pago de Primas. Con este beneficio la Compañía se obliga a mantener en vigor la póliza durante todo el plazo contratado (no puede ser cancelada), sin que el Asegurado pague primas, a partir del momento en que se dictamine o certifique el estado de invalidez.

La suma asegurada de este beneficio será el monto de las primas que faltan por pagar durante el tiempo contratado o vigencia del seguro.

Pago Adicional por Invalidez 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 en una sola exhibición, una vez que se haya comprobado el estado de invalidez y pasado el período de espera.

Renta Mensual por Invalidez Total y Permanente. En caso de que el Asegurado llegue a incapacitarse total y permanentemente, la Compañía le pagará rentas mensuales durante el tiempo que se haya contratado el seguro o hasta que fallezca el Asegurado, lo que ocurra primero. Es decir, el Asegurado tendrá una renta mensual vitalicia. La renta mensual no deberá exceder de cierto porcentaje de ingresos del Asegurado, normalmente el 60%.

Beneficio de Homicidio Intencional

Cuando el Asegurado fallezca por muerte provocada por homicidio intencional, la Compañía pagará la suma asegurada establecida para este beneficio. Al igual que en el beneficio de muerte accidental, el fallecimiento debe ocurrir dentro de los siguientes 90 días del hecho (accidente).

La suma asegurada nunca será mayor a la establecida para el plan básico y la vigencia

será hasta la edad señalada en la carátula de la póliza, máximo 70 años.

Gastos Funerarios

Existen dos maneras en que puede funcionar este beneficio:

- a Un anticipo sobre la suma asegurada del plan básico, con sólo presentar el Certificado Médico de Defunción.
- a Se pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Planes no tradicionales

Estos planes combinan la protección y el ahorro en una sola póliza de seguros.

- a Dinámicos.
- a Protección e inversión.
- a Retiro.

Un Seguro Universal o Flexible es un contrato mediante el cual un Asegurado adquiere un seguro Temporal por un plazo determinado o a edad alcanzada y un seguro de supervivencia para el mismo plazo.

A diferencia de un Dotal, el Asegurado tiene la flexibilidad para realizar depósitos o retiros al fondo de ahorro constituido, mismo que recibirá al momento del vencimiento del contrato.

Los elementos que integran un seguro Universal son las siguientes:

- Beneficio por muerte
- Prima mínima o sugerida
- Prima excedente
- Fondos de inversión
- Retiros parciales

Beneficio por Muerte

El Asegurado podrá optar por una de las siguientes opciones:

Opción 1

- Es conocido como beneficio nivelado. El beneficio por muerte será sólo el monto de la suma asegurada especificada en el seguro, más los incrementos de suma asegurada otorgados antes de ocurrir el fallecimiento.

Opción 2

- Es conocido como beneficio creciente. El beneficio por muerte será igual al monto de la suma asegurada especificada en el seguro, más los incrementos de suma asegurada otorgados antes de ocurrir el fallecimiento, más el saldo de los fondos excedentes a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

Prima Mínima o Sugerida

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 a l fondo de inversión. Fondos de Inversión

En este tipo de planes existen dos tipos de fondos:

Fondo básico

Las primas mínimas o sugeridas recibidas menos los gastos administrativos correspondientes, se aplicarán para constituir e incrementar un fondo básico junto con los intereses que generen.

De este fondo se deducirán mensualmente los costos del seguro correspondiente de acuerdo a la edad del asegurado a la fecha del último aniversario de la póliza.

Fondos excedentes

Los fondos excedentes podrán variar de acuerdo a los rendimientos que se acreditan en función de las inversiones realizadas.

RETIROS PARCIALES

Durante la vigencia de la póliza se podrán hacer retiros parciales, a solicitud del Asegurado. El retiro parcial podrá ser por cualquier monto que no exceda el valor de rescate con que se cuente en ese momento. La deducción de los retiros en cada fondo excedente en forma proporcional al saldo de los fondos al momento del retiro. De este monto parcial será deducido el costo de la transacción.

Exclusiones

Las exclusiones para la cobertura de fallecimiento (Plan o cobertura básica) son pocas, y son diferentes a las que aplican a los beneficios que se pueden contratar. A continuación mostramos las exclusiones para la cobertura por fallecimiento y para los beneficios por

accidente, invalidez y homicidio intencional.

La cobertura básica por fallecimiento no tiene exclusiones, excepto el suicidio que no queda amparado durante los dos primeros años de vigencia ininterrumpida de la póliza.

Exclusiones de los Beneficios por Accidente o

Invalidez

Las exclusiones para los beneficios por accidente e invalidez:

- Envenenamientos de cualquier naturaleza, excepto cuando se deriven de un accidente
- Inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se deriven de un accidente.
- Intento de suicidio, si ocurre en los dos primeros años de vigencia de la póliza.
- Lesiones causadas intencionalmente
- Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean ocasionadas directamente por accidente.
- Homicidio intencional.
- Riña, cuando el Asegurado haya sido el provocador.
- Lesiones en navegación aérea, salvo como pasajero de una compañía comercial de aviación en itinerario regular. Sólo se cubren los accidentes en viajes aéreos en una nave comercial siendo el Asegurado pasajero
- Lesiones en navegación submarina.
- Lesiones por participar directamente en pruebas, carreras o competencias de seguridad, resistencia o velocidad, a bordo de vehículos.
- Lesiones por practicar paracaidismo, motociclismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia.
- Accidentes que sufra el Asegurado encontrándose bajo los efectos del alcohol, drogas o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento (salvo que le hubieren sido prescritas por un médico).
- Enfermedad corporal o mental a Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.

Exclusión del Beneficio de Homicidio Intencional

- **Riña cuando el Asegurado haya sido el provocador.**

Condiciones Generales

Dentro de las Condiciones Generales de la Póliza, encontramos algunas cláusulas que son muy importantes ya que definen el funcionamiento de cualquier Seguro de Vida.

CONTRATO

El Contrato de Seguros es un documento a través del cual, las aseguradoras se comprometen a resarcir el daño o a pagar una suma de dinero si ocurre un evento establecido en el contrato y, el contratante/ Asegurado de pagar una prima con el fin de estar protegido. **(Título I Art.1)** El contrato de seguro se puede modificar con los Endosos.

Apreciación del Riesgo

El Proponente estará obligado a declarar por escrito a la Empresa todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante o representado. Si es un representante, éste será el que estará obligado a proporcionar dicha información. Carencia de Restricciones El lugar de residencia o el cambio de ésta así como la ocupación, viajes o género de vida del Asegurado, no afectan las condiciones de la póliza, excepto cuando sean sancionadas por la ley.

Debido a esta cláusula las sanciones por agravación del riesgo pueden neutralizarse cuando esta agravación se refiere a viajes, cambio de residencia, ocupación o género de vida.

Cambio de Plan

A solicitud del Asegurado, el plan de este seguro podrá ser cambiado en cualquier momento a otros de los que emita la Compañía, siempre que esta póliza se encuentre en vigor y la prima por millar del nuevo plan, sea mayor a la de la póliza vigente. Si el nuevo plan es de reservas más altas que el original, el

Asegurado tendrá la obligación de aportar la diferencia que exista entre los planes. (art.155 Ley Sobre el Contrato del Seguro)

Por ejemplo cambiar de un plan Temporal a un Dotal o a un Ordinario de Vida.

Contenido de la Póliza

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaran con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza; transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro)

La Póliza

La póliza de seguro es el contrato en el cual se establecen los derechos y obligaciones del Asegurado y de la Aseguradora y es el documento oficial que se entrega a la compra de un seguro (art.20 Ley Sobre el Contrato del Seguro)

Como prueba fehaciente del contrato de seguro entre el Asegurado y la aseguradora, existen: la solicitud y la póliza, integrada por: las condiciones generales, las cláusulas adicionales, especiales y endosos.

Son objeto de este contrato únicamente las coberturas básicas y adicionales enunciadas y claramente especificadas en el espacio de Coberturas Contratadas, señaladas en la carátula de la póliza.

Beneficiarios

Al efectuarse el contrato, el Asegurado debe asignar libremente y registrar los nombres de los Beneficiarios, ya que la suma asegurada y todas las cantidades derivadas de este contrato, serán pagadas a ellos.

El Asegurado tendrá derecho a designar libremente a los beneficiarios del seguro y podrá revocar tal designación mediante notificación por escrito a la Compañía, siempre y cuando no hubiera renunciado a este derecho. La renuncia se hará constar forzosamente en esta póliza y será el único medio de prueba. Cuando se renuncia a revocar a los beneficiarios, se les llama a éstos, irrevocables. Si el Asegurado quisiera quitar al beneficiario irrevocable el propio beneficiario deberá autorizarlo por escrito.

En caso de que el beneficiario irrevocable muriera simultáneamente que el Asegurado la indemnización la recibirá los herederos del beneficiario.

En caso de que el o los beneficiarios murieran simultáneamente que el Asegurado la indemnización la recibirá la sucesión legal del Asegurado.

Cuando no exista beneficiario designado, el importe del seguro formará parte de la sucesión del Asegurado y se dividirá en 50% para el cónyuge y 50% para los descendientes.

La misma regla se observará en caso que el beneficiario muera antes que el Asegurado y éste no haga una nueva designación. Cuando existan varios beneficiarios y fallezca alguno de ellos, su porción acrecentará, por partes iguales, la de los demás, a menos que el Asegurado haya dispuesto otra

cosa.

En el caso de que el Asegurado no especifique el porcentaje de la suma asegura que se asignará a los beneficiarios, ésta se distribuirá en partes iguales a cada uno de ellos. En caso de que un Asegurado designa a su cónyuge y sus descendientes como beneficiarios, sin especificar porcentajes, se otorgará 50% a los descendientes y 50% al cónyuge.

La indemnización del Seguro de Vida no es embargable cuando los beneficiarios son el cónyuge y los descendientes del Asegurado.

Indisputabilidad

En la cláusula de indisputabilidad se establece que la póliza no será disputable después de 2 años de su emisión o de su rehabilitación, es decir, la Compañía renuncia a disputarla por omisiones o declaraciones inexactas por parte del Asegurado, contenidas en la solicitud de seguro.

Transcurridos dos años de vigencia ininterrumpida de la póliza, la Compañía pagará toda reclamación de fallecimiento del Asegurado, aun cuando en la solicitud existieran omisiones o declaraciones inexactas.

Contraseguro o Seguro de menores

Las condiciones de contratación y cláusulas se modifican para asegurados menores de doce años de edad, en los siguientes términos: Un Seguro de Vida para menores, es nulo.

Cuando el menor tenga doce años o más, deberá dar, junto con su representante legal, su consentimiento para el seguro, de lo contrario, éste será nulo. (art. 157 y 158 Ley Sobre el Contrato del Seguro).

Además de lo que marca la Ley, las compañías generalmente utilizan los siguientes lineamientos para el caso de seguro de menores:

La prima y valores de rescate han sido calculados considerando al Asegurado como si tuviera doce años de edad.

En caso de fallecimiento del Asegurado antes de cumplir los doce años de edad, la compañía pagará a los beneficiarios designados el importe de las primas cubiertas menos gastos o el valor de rescate, lo que resulte ser mayor.

Hasta la fecha en que el Asegurado cumpla los doce años de edad queda sin efecto legal la cláusula de conversión a seguro saldado o seguro prorrogado.

A partir de los doce años de edad, en caso que el Asegurado eligiera el Seguro Saldado o Seguro Prorrogado, la Compañía calculará los valores a que tenga derecho de acuerdo con los procedimientos aprobados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, ya que los valores garantizados que se muestran en la Tabla no corresponderían.

Suicidio

En caso de muerte del Asegurado por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia de este contrato, cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del mismo, la Compañía solamente cubrirá el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento. (art. 186 Ley Sobre el Contrato del Seguro)

En caso de rehabilitación, el período de dos años a que se refiere el párrafo anterior, correrá a partir de la fecha en que se rehabilite.

Prescripción

Todas las acciones que deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, excepto la cobertura de fallecimiento, que prescribirá en 5 años (Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Tratándose de la realización del siniestro, el plazo empieza a correr a partir de que los beneficiarios se enteran:

a) de la realización del siniestro

b) del derecho constituido a su favor bajo la póliza. Si los beneficiarios desconocen su calidad de beneficiarios, el plazo no puede empezar a correr (Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento señalado por el Artículo 135 de la Ley General de Instituciones de Seguros (art. 84 Ley Sobre el Contrato del Seguro). Lo anterior significa que las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si no se le exige su cumplimiento dentro del plazo de dos años que marca la Ley.

Rescisión del contrato

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos, se considerará causa de rescisión del contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. Y se le conoce como rescisión automática del contrato.

La Empresa comunicará fehacientemente al Asegurado la rescisión de contrato dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que conozca la omisión o inexacta declaración.

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

No se podrá rescindir el contrato cuando la Empresa:

- **Provoque la omisión o inexacta declaración.**

- Conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado.
- Conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado.
- Renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa.
- Celebre el contrato, aún cuando el contratante no conteste una de las cuestiones a (preguntas) propuestas. (art. 47 - 50 Ley Sobre el Contrato del Seguro)

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos, se considerará causa de rescisión del contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. En ese caso, la Aseguradora conservará su derecho a la prima por el período en curso, pero si esto ocurre antes de que el riesgo empiece a correr, entonces la Aseguradora sólo podrá cubrir los gastos correspondientes. Por otra parte, si el Asegurado pagó otros períodos del seguro, la Aseguradora restituirá sólo las tres cuartas partes de las primas correspondientes a estos períodos. La Empresa comunicará al Asegurado la rescisión de contrato dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que conozca la omisión o inexacta declaración.