



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Ciencias

El beneficio de la implementación de los microseguros de vida
ante la población de bajos ingresos

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ACTUARIO

PRESENTA:

JOSÉ LUIS BOTELLO RAMÍREZ

DIRECTOR DE TESIS

Act. Ricardo Villegas Azcorra

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Hoja de Datos del Jurado

1.- Datos del Alumno

Botello
Ramírez
José Luis
5510142824
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Ciencias
Actuaría
30310608-3

2.- Datos del tutor

Actuario
Ricardo
Villegas
Azcorra

3.- Datos del sinodal 1

Actuario
Javier
Hernández
Pérez

4.- Datos del sinodal 2

Actuario
José Fabián
González
Flores

5.- Datos del sinodal 3

Actuario
Juan
Rivera
Alcántara

6.- Datos del sinodal 4

Actuario
Jorge Otilio
Avendaño
Estrada

7.- Datos del trabajo escrito

El beneficio de la implementación de los microseguros de vida ante la población de bajos ingresos
130 p.
2011

GRACIAS...

A dios, que me dio la vida, a él que me ha puesto pruebas que me han hecho mejor en todo aspecto, gracias por esta oportunidad de vivir y disfrutar de todo esto.

*A mi madre, que gracias a su esfuerzo, persistencia, inteligencia, lucha y amor he logrado superarme y ser mejor cada día.
Gracias por darme todo lo que tienes, sin duda, por ti, hoy soy lo que quería ser.*

A mi padre, que sin ser actuario, me ayudo como ninguna enciclopedia lo hubiera hecho, todo esto gracias a su sabiduría, gracias por apoyarme en todo sentido, sin ti, tampoco hubiera podido ser lo que hoy soy.

A mi hermana, Rodri y la bebé Ana Paola que viene en camino, son total inspiración para mi, motivo de luchar con más fuerza para atender con gusto la nueva etapa venidera.

A todos mis amigos y amigas, con los que compartí momentos de todo tipo, los viajes, el estudio, con los que visité mundos distintos, con los que aprendí los términos de sinceridad, fidelidad y amistad Aún hay más y será un honor compartirlo con ustedes.

A mi tutor Ricardo, a mis sinodales y al Actuario Jorge Otilio por mostrarme el camino para ser un mejor Actuario, así mismo, mostrarme la dedicación y responsabilidad de un profesional.

ÍNDICE

	Página
PORTADA	i
DATOS DE JURADO	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE	iv
INTRODUCCIÓN	vii
OBJETIVO	ix
1. INTRODUCCIÓN A LOS MICROSEGUROS	1
1.1. ¿Qué es un microseguro?.....	1
1.1.1. Características de los microseguros.....	2
1.1.2. Coberturas de los microseguros.....	3
1.1.3. Microcréditos y microfinanzas.....	3
1.1.3.1. Microseguro y su relación con el microcrédito.....	5
1.1.3.2. Beneficios de su relación.....	6
1.1.4. ¿A quiénes van dirigidos?.....	6
1.2. Seguros en México dirigidos a personas de escasos recursos.....	7
1.2.1. Microseguro de daños.....	7
1.2.2. El seguro popular (administrado por la secretaria de salud).....	8
1.2.2.1. Objetivos específicos del seguro popular de salud.....	9
1.2.2.2. Coberturas.....	9
1.3. Proyecto RedSol y algunas estadísticas importantes.....	9
1.3.1. AMUCS.....	10
1.3.2. La cadena de valor: funciones complementarias.....	10
1.3.3. Diseño de un producto de la Red Solidaria de Microseguros Rurales.....	12
1.3.4. Red de distribución.....	12
1.3.5. Puntos importantes para un buen funcionamiento.....	13
1.3.6. Graficas de siniestralidad y ventas.....	13

2.- MICROSEGURO DE VIDA.....	16
2.1. Definición.....	16
2.2. ¿Por qué un microseguro de vida?.....	16
2.3. Microseguros de vida en México.....	17
2.3.1. Diseño del producto.....	19
2.4. Instituciones regulatorias del microseguro y su función.....	21
2.4.1. Marco regulatorio en México del microseguro.....	27
3. ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MICROSEGUROS.....	28
3.1. Población de escasos recursos y vulnerabilidad ante el riesgo.....	28
3.1.1. Las familias pobres son más vulnerables.....	30
3.1.2. Pirámide de ingresos por zonas.....	31
3.1.3. Pobreza por ingresos.....	32
3.1.3. Mecanismos informales para mitigar y enfrentar riesgos.....	33
3.2. El beneficio de los microseguros, aunados a su necesidad.....	33
3.3. Análisis de la estrategia para la implementación de los microseguros.....	36
3.4. Oferta y demanda.....	40
3.5. Mercado potencial.....	41
3.5.2. Características de la población objetivo.....	41
4.- NOTA TÉCNICA.....	42
4.1. Características del producto.....	44
4.1.1. Nombre del plan.....	44
4.1.2. Ramo al que corresponde el producto.....	44
4.1.3. Modalidades de contratación del producto.....	44
4.1.4. Característica especial del producto.....	44
4.1.5. Edades de aceptación.....	44
4.2. Descripción de las coberturas.....	45
4.2.1. Cobertura de Fallecimiento (Cobertura básica).....	45
4.2.2. Cobertura de Invalidez.....	45
4.3. Bases Técnicas.....	45
4.3.1. Hipótesis Demográficas.....	45
4.3.2. Hipótesis Financieras.....	46

4.4. Primas Netas.....	46
4.4.1. Prima Neta por Fallecimiento.....	47
4.4.2. Prima Neta por Invalidez.....	47
4.4.3. Prima Neta por Excención de pago de primas por accidente.....	48
4.5. Primas de Tarifa.....	48
4.6. Reservas Técnicas.....	49
CONCLUSIONES.....	50
ANEXOS.....	51
Anexo 1: Glosario de términos relacionados con los seguros.....	51
Anexo 2: Tabla de valores conmutados en base a la tabla CNSF 2000-G (1991-1998)....	57
Anexo 3: Tabla de tasa de mortalidad de grupo CNSF 2000-G (1991-1998).....	59
Anexo 4: Tabla Beneficio Ordinario de Invalidez.....	60
Anexo 5: Tabla de la tasa mortalidad global y precio de primas por edad.....	61
Anexo 6: Antecedentes históricos del ámbito asegurador.....	63
Anexo 7: Artículo 36 de la LGISMS.....	65
Anexo 8: Capítulo 5.1 de la Circular Única de Seguros.....	74
Anexo 9: Capítulo 5.2 de la Circular Única de Seguros.....	118
BIBLIOGRAFÍA.....	119

Introducción

Hoy día, la situación económica se torna cada vez más difícil. El año pasado, de inicio a fin, fue especialmente difícil para la economía mexicana. Al iniciar el año, las expectativas oficiales pronosticaban un crecimiento exiguo a lo largo del 2009, pero durante ese año a la fecha, se han venido notando grandes afectaciones económicas nacionales. Por ejemplo, se sabe por datos del INEGI, que se incrementaron los índices de desempleo hasta 6.12% en julio del 2009, por ende estas situaciones hoy provocan la falta de recursos para poder pensar en un plan de aseguramiento, debe señalarse que los seguros otorgan excelentes beneficios, pero lamentablemente la escasez de ingresos, la falta de previsión y de cultura financiera, son sin duda factores que dificultan su adquisición, y como siempre, pensando en el patrimonio de nuestra familia, hagamos referencia a los microseguros de vida.

Este trabajo tiene como objetivo señalar y aclarar muchos aspectos financieros y previsores que son difíciles de entender, permitiendo hacer visible la posibilidad de adquisición de productos como los microseguros de vida que sean fácilmente alcanzables para todos aquellos cuyos ingresos sean bajos y, desde luego, notando una diferencia entre los seguros convencionales y los microseguros. Es aquí donde el lector puede preguntarse cuál es esa diferencia. La respuesta es que en un seguro tradicional, los requisitos de selección para la cartera de clientes pueden incluir un examen médico que determine condiciones específicas, mientras que en los microseguros no hay selección, los agentes que promueven dichos productos para la venta de un seguro deben estar acreditados, sin embargo, en un microseguro no es necesario la acreditación (Capítulo 2.1 de la Circular Única de Seguros). Otro aspecto de relevancia es que, en un seguro tradicional, las sumas aseguradas son de gran tamaño. Evidentemente en un microseguro las sumas que se aseguran son pequeñas, esto trae implícito el costo de las primas de ambos.

En el seguro tradicional, la prima se cobra mediante pago automático, ya sea por una cuenta bancaria, nómina etc. En el microseguro el pago de la prima se efectúa mediante un cobro al contado o asociado a una transacción comercial a pagos semanales, quincenales y/o mensuales. Otra enorme diferencia entre estos es que al adquirir un seguro tradicional la póliza es más compleja y tiene un lenguaje complicado; en la compra de un microseguro, la póliza es fácil de entender y en un lenguaje simplificado; en las condiciones de un seguro se efectúa

en un tiempo límite y con un cheque, en el microseguro el pago del siniestro es inmediato y preferentemente en efectivo. Es importante señalar que es difícil solventar rápidamente la falta de ingresos antes mencionados, más aun, habiendo personas cuyas percepciones son mínimas, donde ni siquiera existe un ahorro para hacer frente a algún siniestro, mucho menos deseando el desembolso económico en caso del fallecimiento de un familiar. Es bien sabido, que la mayoría de los casos un seguro de vida es caro, más aún para las personas de escasos recursos, por la razón de que en algunas personas las percepciones son mínimas en este trabajo se aclaran los beneficios de un microseguro para generar un bien en todos aquellos que lo requieran, por esa razón es factible señalar la implementación de los microseguros de vida en la población de bajos ingresos, el cual es otra parte del objetivo del trabajo.

En el primer capítulo, que es la introducción a los microseguros, se verá con amplitud su definición, a quiénes están dirigidos y cómo se ha enfocado la idea de iniciación de estos productos, así como los aspectos a favor de éstos. Cabe mencionar que los microseguros, como todo producto, tienen ciertas características específicas que los definen, es aquí donde se dejarán en claro esos aspectos.

En el segundo capítulo se referirá únicamente a los microseguros de vida. En este mismo, se harán especificaciones de todas las características del microseguro de vida, se hará mención de todos los beneficios que éstos tienen, y también se verán los principales aspectos regulatorios, así como las principales instituciones que llevan a cabo dicha regulación.

El tercer capítulo hablará de los principales objetivos por cumplir para formar una estrategia de implementación de los microseguros; se verán aspectos poblacionales importantes que la estrategia requiere y el nicho de mercado donde se hará posible tener los beneficios de dicha implementación. También serán expuestos aspectos importantes del trabajo que enfocan ciertos esquemas de microseguros de vida que hoy existen en el mercado. En éste capítulo se notará la importancia que tiene la implementación de los microseguros de vida en la población de bajos ingresos. En el capítulo cuatro, se verá la nota técnica, la cual refiere a los fundamentos actuariales del cálculo de primas y reserva, se establecen las edades de aceptación y algunas características generales de las coberturas de microseguros.

Objetivo

El objetivo de este trabajo, en primera instancia, es, que sea una herramienta útil para todos los estudiantes y profesionistas de la carrera de actuaría y otras, con el fin de dar a conocer los productos de microseguros, y a su vez, se logre promover y ampliar la cultura del conocimiento de los mismos.

Es importante señalar que este trabajo no contiene complejidad numérica, haciendo fácil su entendimiento para todo lector que no tenga una formación estrictamente matemática. Tiene importancia dar a conocer que este trabajo se ha logrado gracias a los conocimientos adquiridos en la carrera de actuario y a las materias que están comprendidas en esta. Desde luego, también a la investigación con referencias externas. Otro punto del objetivo de esta tesis es señalar el beneficio de implementar los microseguros en la población de bajos ingresos, esto trae consigo el intento de hacer consciencia en todo lector de los riesgos existentes a diario y que, sin duda, es correcto tener una base de aseguramiento para todos los percances posibles, teniendo presente que el aseguramiento no es la única forma de afrontar el riesgo.

De igual forma, dentro del objetivo esta remarcar el mercado meta en donde se implementaran estos productos, notaremos que serán puntos específicos donde la economía de la población no es plenamente eficiente, va implícito explicar con facilidad y detalladamente todos los conceptos, objetivos y beneficios de los microseguros, para poder asentar la solución de las problemáticas de la vida real con las cuales minuto a minuto interactuamos.

Por último es conveniente mencionar que este trabajo contiene temática que relativamente es nueva, haciendo este trabajo una ventana para que los interesados en el tema de microseguros, puedan conocer su funcionalidad, creación y el mercado meta para la implementación de los microseguros.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN A LOS MICROSEGUROS

En este capítulo se verá con detalle la definición del microseguro; de igual forma, se responderán las preguntas básicas que en parte son necesarias para dar pie al estudio profundo de los microseguros. En este trabajo se han planteado cuestiones como ¿qué es un microseguro? , ¿a quiénes están dirigidos?, siendo aquí donde serán respondidas. Cabe señalar que en el capítulo III, se profundizarán los datos respecto hacia quiénes van dirigidos los microseguros. Sin embargo, como parte de la introducción es notable señalarlo como un dato importante.

1.1. ¿Qué es un microseguro?

Un microseguro, es un producto del ámbito asegurador que tiene la función de realizar una protección financiera a las personas de bajos ingresos y contra riesgos específicos a cambio del pago regular de una prima proporcional a la probabilidad de ocurrencia y costo del riesgo cubierto. El sistema del microseguro utiliza, entre otros, el mecanismo de seguro, cuyos beneficiarios, generalmente, son excluidos de los sistemas formales de protección social, particularmente trabajadores de la economía informal y su familia. Estos beneficiarios forman parte de la población de bajos ingresos. Es sumamente importante señalar que los sistemas de microseguro son muy diferentes de los sistemas de protección social destinados a cubrir a los trabajadores que pertenecen a la economía formal.

La adquisición de los programas de aseguramiento en los sistemas formales puede ser obligatoria, donde los afiliados pagan cotizaciones que cubren al menos una parte de las prestaciones. El fin de un microseguro es permitir que los hogares puedan salir de las trampas de pobreza, pues pueden invertir en actividades productivas más riesgosas pero de mayor retorno, si es el caso, así como también puedan suavizar el consumo a través de una indemnización en caso de los posibles siniestros por ocurrir. Cuando se habla de “micro” hacemos referencia a características de niveles sociales; en este caso, hablamos de comunidades o grupos de un porcentaje de la población total. Esta palabra también tiene una correspondencia con las reclamaciones o siniestros de cuantía pequeña, esto está relacionado con las microfinanzas. Más adelante se detalla este concepto.

1.1.1. Características de los microseguros

A continuación se enlistarán las principales características de los microseguros, características que se heredarán en el funcionamiento de los microseguros de vida. (En el “Anexo 1”, se encuentra el glosario de términos de seguros)

- ✓ Sumas aseguradas pequeñas: A diferencia de los seguros tradicionales, en los microseguros las sumas aseguradas son pequeñas, esto implica que el pago de las primas es más reducido, siendo posible su adquisición con mayor facilidad.
- ✓ Coberturas por temporalidades cortas: Esta característica se refiere a que la cobertura, ante el riesgo específico que se estipule en la contratación, será cubierto por periodos anuales como máximo o inferiores al año, y al vencimiento del periodo éstos se renovaran si se desea.
- ✓ Primas pequeñas: La prima es asequible a las personas de bajos ingresos, por la naturaleza del microseguro no son aplicables deducibles, copagos y franquicias. Se debe ofrecer una prima baja para un mercado limitado en recursos y con flujos de efectivo irregulares y escasos.
- ✓ Distribución masiva sin uso de agentes y de fácil compra: Existen planes de adquisición en los microseguros con participación de las instituciones microfinancieras, éstos también son vendidos por algunas aseguradoras, es por esto que su compra se convierte más sencilla.
- ✓ Cobro de beneficios en una sola exhibición: Al momento de siniestro, el cual cubre nuestra póliza de microseguro, nuestra recepción de suma asegurada debe ser en el momento de reporte.
- ✓ Pago de siniestros en efectivo: En los microseguros cuando ha ocurrido el siniestro, aparte de ser inmediato, el pago de la suma asegurada es realizada en efectivo, el pago se hace por cheque o alguna transferencia.

1.1.2. Coberturas de los microseguros

Los microseguros tienen una cobertura de riesgos diversos como salud, vida etc.

En base al (Capítulo 5.2 de la Circular Única de Seguros) Las 3 principales vertientes que enfocan la cobertura del microseguro son:

- a) Microseguro de vida: En estos tipos de microseguros, encontraremos coberturas de muerte natural o accidental, con pago de indemnizaciones o gastos funerarios.
- b) Microseguro de daños: En éste se encuentran algunas coberturas de incendios, hurto, algunos daños agrícolas entre otros siniestros.
- c) Microseguro de accidentes y enfermedades: En caso de accidentes, o la concepción de alguna enfermedad, estos microseguros cubren gastos que ayudan a solventar este tipo de indeseados eventos.

Cabe mencionar que algunas instituciones del ámbito asegurador, tienen programas de diseño de microseguros, evidentemente cada sector nombra su producto, y cada uno de ellos, otorga distintos y variados beneficios según corresponda. Las coberturas antes señaladas son descritas de una manera general, pero en cada uno de los ramos mencionados pueden incluirse coberturas correspondientes a subramos.

1.1.3. Microcréditos y Microfinanzas

Es importante señalar cuáles son las definiciones de microcrédito y de microfinanzas, esto servirá para entender - el proceso de adquisición de los microseguros. Los microcréditos se pueden definir como pequeños préstamos, por debajo de las cuantías que usualmente presta la banca tradicional, que se otorgan exigiendo garantías que, en el caso de ejecutarse por impago, no cubren lo adeudado. Esta circunstancia exige que el prestamista posea unos procedimientos adecuados para poder gestionar este riesgo extraordinario. Una importante transformación ha sido el asentamiento del concepto de microfinanzas que, englobando los microcréditos, abarca todos los servicios habitualmente proveídos por la banca (además de préstamos y créditos; transferencias; pagos y cobros; leasing; en algunos países, seguros; y, muy especialmente, ahorro) pero destinados a clientes inusualmente o inadecuadamente atendidos por el sistema bancario de los países subdesarrollados. Esta población no *bancarizada* (así se la denomina en la jerga del sector) es enorme en esos países, llegando a ser el 90 por ciento o más de la población total. Los no bancarizados, naturalmente, no son

todos pobres, pero independientemente de su renta pueden aprovechar los servicios microfinancieros, específicamente diseñados y gestionados, considerando sus necesidades y posibilidades, para mejorar sus condiciones de vida. Es aquí donde vemos la importancia de los microseguros.

El concepto de microfinanzas se refiere a la provisión de servicios financieros como préstamos, ahorro, seguros o transferencias a hogares con bajos ingresos. Entre estas posibilidades, la mayoría de las instituciones del sector se ha dedicado al microcrédito que antes se mencionó.

El éxito de los programas de microcrédito puede verse limitado por algunas circunstancias típicas: falta de capital social, que disminuya las posibilidades de utilizar metodologías de crédito sin garantías reales; poblaciones dispersas, que tornan dificultoso alcanzar a los clientes de un modo regular; dependencia de una única actividad económica (por ejemplo, una sola cosecha); utilización del trueque, en lugar de transacciones en efectivo; probabilidad de crisis futura. Con el desarrollo que ha venido dándose en el sector financiero, y junto con las experiencias de otros países, se pueden establecer ciertas particularidades que permiten caracterizar a las instituciones microfinanciamiento, tales como :

- a) Dispersión del riesgo, colocación masiva. A diferencia de la cartera bancaria, se caracteriza por la atomización del riesgo en miles de operaciones, por lo que difícilmente se produce una concentración de riesgos en pocos prestatarios.
- b) Informalidad del negocio. La información financiera base para determinar la capacidad de pago y endeudamiento de los prestatarios, es construida por la propia entidad en función al revelamiento formal de la actividad o negocio del cliente, sin que existan documentos de respaldo (estados financieros auditados, avalúos de inventarios, etc.)
- c) Volatilidad del negocio. El índice de rotación de las operaciones microcrediticias es considerablemente superior al de la banca comercial, por lo que el deterioro de sus carteras puede llegar a ser más acelerado, pudiendo en lapsos de tiempo cortos pasar de una posición solvente a la de alto riesgo, inclusive de quiebra.

- d) Concentración en clientes con características homogéneas: el negocio de microfinanzas es por una parte, masivo en número de prestatarios y de pequeña escala y por otra, involucra operaciones muy homogéneas entre sí.
- e) Descentralización de operaciones. Para la aplicación de las tecnologías crediticias, las entidades microfinancieras requieren de estructuras administrativas descentralizadas que cuenten con sistemas de control interno adecuados a los riesgos asumidos.
- f) Capacidad de adaptación a otra actividad. Los microempresarios poseen gran capacidad de adaptación a nuevas actividades. Dadas estas características, así como otros factores técnicos y operativos, es necesario agregar que el marco regulatorio de las instituciones de microfinanciamiento es favorable, pero hay que incrementar los capitales mínimos, adoptar normas de provisiones más estrictas y un mayor esfuerzo de supervisión de las mismas.

1.1.3.1. Microseguro y su relación con el microcrédito

- Al igual que el microcrédito, el microseguro está diseñado para cubrir las necesidades reales de la base de la pirámide (en el punto 1.1.4 se abundará al respecto) en cuanto a costo, forma de pago y protección (cobertura).
- El microcrédito y el microseguro tienen una relación Ganar –Ganar, al ser un beneficio más para el microcrédito que genera lealtad y valor agregado.
- A los acreditados se les brinda la continuidad de la vida productiva, evitando un desequilibrio económico en caso de fallecimiento-caer por debajo de la línea de la pobreza.
- Al igual que el microcrédito, el microseguro busca cumplir una misión social al generar desarrollo comunitario y prevención social.
- Las microfinancieras se fortalecen con productos integrales que le da crecimiento y seguridad en su negocio.

1.1.3.2. Beneficios de su relación



1.1.4. ¿A quiénes van dirigidos?

Como se ha venido comentando, los microseguros y los programas que éstos comprenden, están dirigidos a las personas de nivel socioeconómico bajo, es decir, a la base de la pirámide poblacional, personas que viven en un estado de pobreza de capacidades y de patrimonio.

Es triste y preocupante notar que, de acuerdo con estudios realizados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 19.6 millones de habitantes de un total de 106 viven en pobreza alimentaria.

Nótese que una gran parte de la población (50.6 millones de habitantes para ser exactos), en la división de la pirámide es el mercado potencia de los microseguros. En contraste, el mercado de los seguros tradicionales, que es la punta de la pirámide, lo conforman 35.8 millones de habitantes.



1.2. Seguros en México dirigidos a personas de escasos recursos

En México han existido algunos seguros dirigidos a las personas de bajos ingresos, éstos operan, en gran parte, como los microseguros; sin embargo, en ciertos casos, estos no funcionan como tales, ya que las instituciones los caracterizan simplemente como seguros.

Es aquí donde vemos la importancia de señalar lo que respecta a los microseguros, ya que viendo el objetivo planteado en este trabajo es una dirección a la creación de beneficios para las personas de bajos ingresos. Como antecedentes se verán algunos sistemas que han formado parte de los beneficios que hoy se busca ampliar.

1.2.1. Microseguro de daños

El Sistema Nacional de Aseguramiento al Medio Rural (SNAMR) se integra por aseguradoras privadas, sociedades mutualistas, fondos de aseguramiento agropecuario y AGROASEMEX, como instancias autorizadas para suscribir seguros del ramo agrícola y de animales en el marco de la regulación y normatividad vigente. El seguro agrícola, en el año 2000, estuvo concentrado en AGROASEMEX, en 196 fondos de aseguramiento en operación y en cuatro instituciones de seguros de capital privado.

Periodo 1990 - 2000	Periodo 2001 - 2006
-Comercial América -General de Seguros -Ace Seguros -Pro Agro	-Comercial América -General de Seguros -Pro Agro -Mapfre -Torreón, S.M.S.

Tanto AGROASEMEX, como el conjunto de las aseguradoras privadas tienen presencia en la totalidad de estados de la República, mientras que los fondos de aseguramiento, en el año 2000, concentraron su operación en dieciocho estados.

Entre los elementos que definen la permanencia de los fondos de aseguramiento, destaca el crédito. La descapitalización de los productores ha acentuado la dependencia del crédito para realizar las labores del campo e, incluso, para la manutención de la familia, por lo que sienten mayor necesidad de comprar un seguro que proteja sus inversiones, además de que constituye un requisito para acceder al crédito.

1.2.2. El seguro popular (administrado por la Secretaría de Salud)

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se establece, dentro de sus líneas estratégicas, brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud, incorporando un programa mediante el cual se promoverá un seguro popular de salud, que tiene como objetivo disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud.

Este seguro es administrado por la Secretaría de Salud y está dirigido a la familia nuclear, es decir, al padre y/o la madre, los hijos menores de 18 años de ambos o de alguno de ellos, además el padre y la madre de cualquiera de ellos que sean mayores de 64 años que habiten en la misma vivienda. Para el caso de personas mayores de 18 años que deseen afiliarse de manera individual, serán considerados como familia unipersonal. En consecuencia, les son aplicables los mismos criterios y políticas que a la familia nuclear. Derivado de lo anterior, con fecha 15 de marzo de 2002, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo mediante el cual la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del seguro popular de salud.

1.2.2.1. Objetivos específicos del Seguro Popular de Salud

- ✓ Reducir el gasto privado de bolsillo que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias más vulnerables, por su estado de salud y su nivel socioeconómico.
- ✓ Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos.
- ✓ Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y los que no tienen esta prestación en materia de salud.
- ✓ Contribuir a superar inequidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud

1.2.2.2. Coberturas

Con la afiliación al Seguro Popular de Salud, se entregará a los beneficiarios una lista de medicamentos y un catálogo explícito de beneficios médicos, cuyas características generales son las siguientes:

- ✓ Servicios de medicina preventiva;
- ✓ Servicios de consulta externa; y

Servicios de urgencias, hospitalización y cirugía.

1.3. Proyecto RedSol y algunas estadísticas importantes

La Red Solidaria de Microseguros Rurales (RedSol), organizada por la Asociación Mexicana de Uniones de Crédito del Sector Social, A.C. (AMUCSS) es un innovador sistema de distribución constituido por instituciones financieras rurales de base comunitaria. En esta parte, se consideran algunos antecedentes que ya han podido tener un cumplimiento en la población de bajos ingresos. Es considerable ver que estos proyectos en México no han tenido el total apoyo por la falta de divulgación y de apoyo gubernamentales; por esto mismo, al estudiar

estos casos, será de gran utilidad tomar elementos que posteriormente nos sirvan como una base para cumplir nuestros objetivos. Este documento muestra la experiencia de RedSol, desde su fundación en el 2005, hasta el 2009.

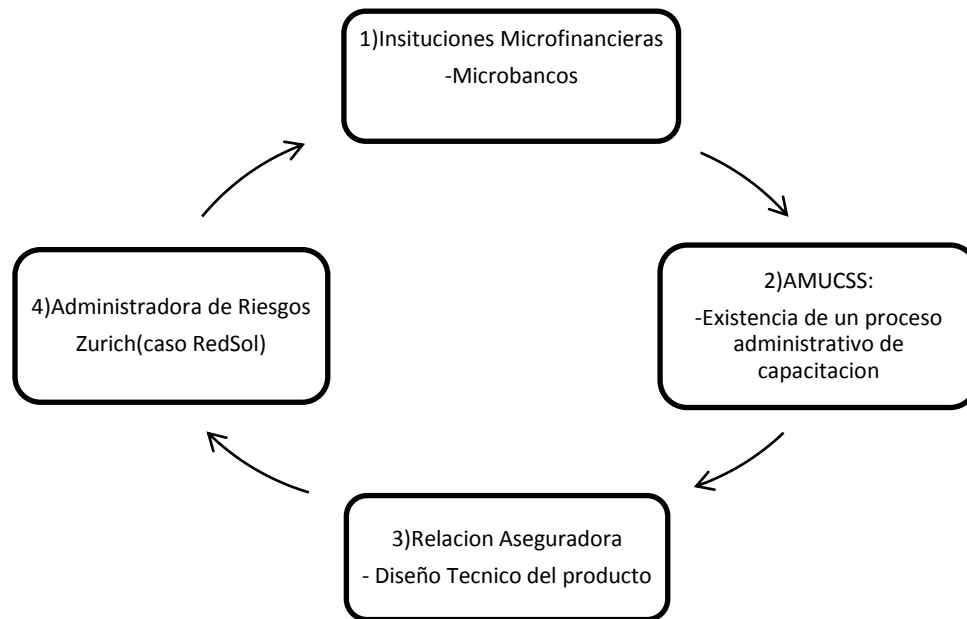
La tarea más importante de RedSol ha sido construir un amplio sistema de distribución en zonas rurales de México y orientar a las aseguradoras en el diseño de productos de microseguros, adaptados a las necesidades de las familias rurales. Una vez establecido el sistema de distribución de microseguros, habiendo ofrecido Microseguros de vida durante casi cuatro años la RedSol ha comenzado a diversificar su oferta con un certificado de repatriación para migrantes y un seguro de remesas; además, prepara el pilotaje de microseguro de salud y del seguro paramétrico agrícola. Además, de los seguros destinados a las familias rurales, RedSol ha iniciado un servicio de seguros institucionales destinados a las propias instituciones de microfinanzas miembros de la red. Para este fin, ha diseñado el seguro de saldo deudor (protección al crédito).

1.3.1. AMUCSS

La Asociación Mexicana de Uniones de Crédito del Sector Social A.C. (AMUCSS), es una organización sin fines de lucro. Fue creada en 1992 por una docena de uniones de crédito especializadas en finanzas rurales. La misión de la organización es contribuir a mejorar los servicios financieros en las zonas rurales mediante la creación, fortalecimiento y expansión de instituciones financieras locales con un fuerte vínculo dentro de las comunidades. AMUCSS apoya una variedad de instituciones, entre ellas, una red de uniones de crédito rural, cajas de autoaseguramiento, bancos y microempresas en las diferentes regiones de México. AMUCSS también ha desarrollado en los últimos 10 años una reconocida capacidad en las microfinanzas aplicadas a las zonas rurales. AMUCSS trabaja con más de 65 socios procedentes de entidades privadas, académicas, de gobierno o de organizaciones de base, cooperativas de crédito y las cooperativas.

1.3.2. La cadena de valor: funciones complementarias

Es evidente que se deben conocer las necesidades de los pobres para poner soluciones, aunque pareciera fácil verlas, muchas de estas necesidades surgen sin previo aviso, es por esto que las funciones complementarias estructurarán bases para una mejor visión a estas adversidades.



- 1) Microbancos: En México, la mayoría de las personas de escasos recursos, no tienen acceso a servicios financieros. Entre las diversas causas de la pobreza, los factores limitantes económicos están asociados a la falta de acceso a servicios financieros. El esfuerzo del proyecto microbancos de la Asociación Mexicana de Uniones de Crédito del Sector Social (AMUCSS) está dirigido a contribuir con innovaciones en la prestación de servicios financieros para familias pobres. Siguiendo la cadena de valor, nombrada así por el proyecto RedSol, estas instituciones “microbancos” deben comunicar a la AMUCSS de las situaciones presentes en las entidades rurales.
- 2) En la Asociación Mexicana de Uniones de Crédito del Sector Social (AMUCSS) se realiza un proceso administrativo y de capacitación con el fin de poner soluciones inmediatas.
- 3) En este caso, hablamos de Grupo SEP. Ésta, es una empresa mexicana con mas de 40 años en experiencia en el mercado asegurador, es aquí donde se realiza el diseño técnico que parte del lanzamiento de AMUCSS.
- 4) Zúrich, en 1984, inició operaciones en la Ciudad de México con una oficina de representación. Desde entonces Zúrich ha logrado diferenciarse del mercado por el valor que ha creado para sus clientes, fungiendo en su ciclo como Administradores de riesgo para el desarrollo de los microseguros.

1.3.3. Diseño de un producto de la Red Solidaria de Microseguros Rurales (RedSol).

En éste punto se indicarán las características de un microseguro implementado por RedSol, pero antes sépase que; el objetivo de la Red Solidaria de Microseguros Rurales es el aseguramiento de personas de bajos ingresos prestando este servicio de manera sostenible en zonas que por su aislamiento y marginación no son atendidas por las aseguradoras tradicionales y disminuir la vulnerabilidad de esta población.

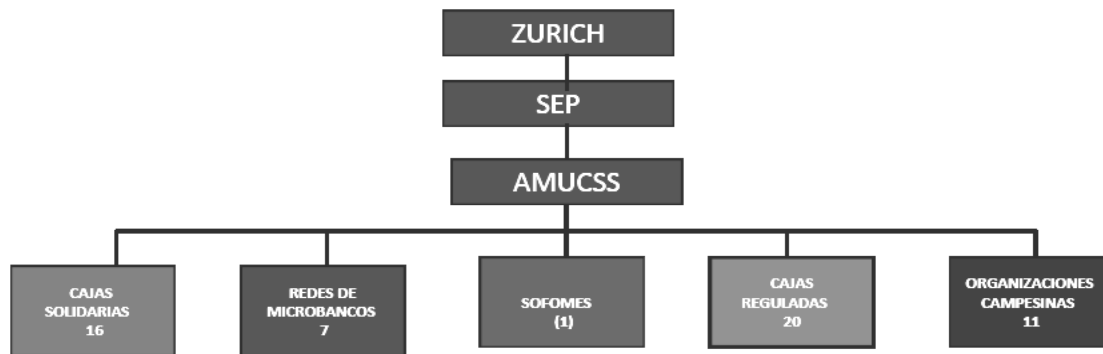
Los microseguros deben cumplir con sus bases de aseguramiento donde, este microseguro es temporal a un año y su forma de pago es inmediata a la contratación. Sus características:

- El contratante solo realiza una declaración de salud.
- Rango de edad de 12 a 70 años
- Cobertura: Anual (Vigencia: a partir de la contratación)
- Forma de pago: en una sola exhibición a la hora de la contratación.
- Póliza sencilla, pago único, venta en comunidad
- Puede cubrir saldo deudor o contratarse solo como seguro de vida

SUMA ASEGURADA	PRIMA ANUAL
\$ 5000	\$ 25.00
\$ 10,000	\$ 50.00
\$ 15,000	\$ 75.00
\$ 20,000	\$ 100.00
\$ 25,000	\$ 125.00
\$ 50,000	\$ 250.00
\$ 100,000	\$ 500.00

1.3.4. Red de distribución

La red de distribución es una parte importante del proyecto RedSol, ya que con ésta se realiza el enfoque de cómo está hecha la distribución en los puntos importantes que corresponde a las instituciones microfinancieras. Véase en la figura siguiente cómo es su distribución.



1.3.5. Puntos importantes para un buen funcionamiento

Para el buen funcionamiento de la implementación de los microseguros se deben tener en cuenta 3 características fundamentales:

- Sencillez:

La sencillez refiere a que los microseguros son un servicio muy fácil de promover y explicar a personas que no tienen experiencia en seguros, siendo también sus procedimientos y trámites sumamente simples.

- Bajo Costo:

En los microseguros se debe hacer una reducción de costos de operación por su simplicidad, esto se logra gracias al apoyo de organizaciones e infraestructuras existentes.

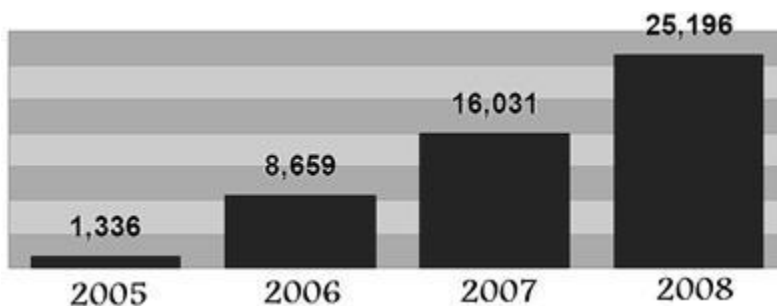
- Seguridad:

La compra de microseguros garantiza un sistema de seguro formal, con el respaldo de una compañía internacional y, por si fuera poco, también incluye procedimientos eficientes para evitar operaciones fraudulentas.

1.3.6. Graficas de siniestralidad y ventas

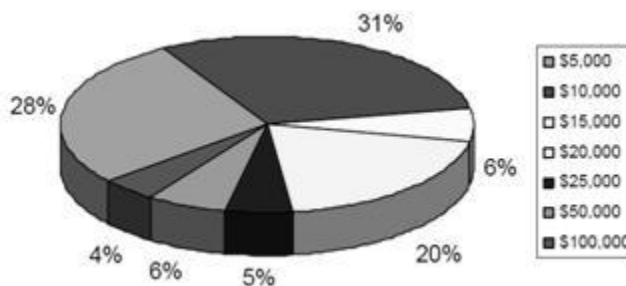
- En este punto, se pueden observar algunas graficas estadísticas en la línea del tiempo, se observa que la venta de pólizas de microseguro incrementaron del año 2005 al año 2008 considerablemente.

Número de pólizas vendidas Microseguro 2005 - 2008



- En la gráfica siguiente se muestra el porcentaje de asegurados por monto pagado de los microseguros del 2005 al 2008. Cabe señalar que en el 59% de los casos la suma asegurada es de \$10,000, o menos.

Porcentaje de asegurados por monto pagado. Microseguro 2005 – 2008



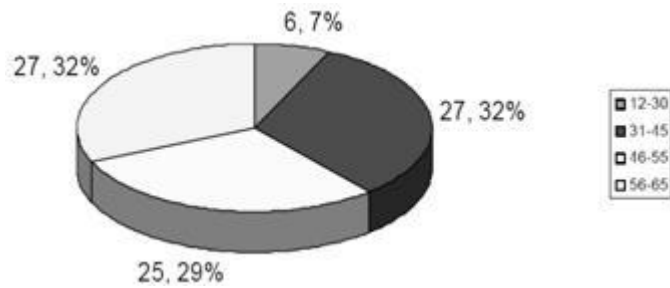
- En la gráfica siguiente se observa la división por género.

Composición anual de asegurados por género. Microseguro 2005 – 2008



- Gráfica por rango de edad

Siniestros por rango de edad



- Esta gráfica es importante señalarla, ya que apunta la relación de los microseguros con el crédito, de un monto pagado directamente al beneficiario y uno pagado a una organización.



- El 88% corresponde al monto pagado al beneficiario
- El 12% corresponde al monto pagado al microbanco/organización

CAPÍTULO II

MICROSEGUROS DE VIDA

2.1. Definición

Como se mencionó en el capítulo anterior, las características generales del microseguro son heredadas a los microseguros de vida. En este capítulo se especificarán elementos extras y únicamente nos enfocaremos al estudio de los microseguros de vida.

Éstos, buscan garantizar la protección de las personas de bajos ingresos que el asegurado tiene a su cargo. En caso de fallecimiento del titular, sus beneficiarios acceden a una indemnización, esta indemnización es la suma asegurada y es pagada en efectivo al momento, como sabemos. Por lo general, los beneficiarios son familiares. Los microseguros de vida también pueden clasificarse por su temporalidad, tipo de prima, cobertura entre otros.

2.2. ¿Por qué un microseguro de vida?

Esta pregunta es esencial en este trabajo. Se ha señalado que los microseguros están enfocados a las personas de bajos ingresos, en distintos escenarios. Cuando una persona fallece, trae consecuencias graves. Por un lado, el duelo de los conocidos del fallecido; por otro lado, el impacto económico, más aún cuando esta persona ha dejado hijos y/o familia que dependían de él. Los microseguros de vida están orientados a contrarrestar los impactos económicos como una seguridad en caso de ocurrir estos fatales acontecimientos. Un microseguro de vida garantiza que los beneficiarios puedan cubrir los gastos del funeral y los gastos rutinarios de la casa durante el período inmediatamente posterior a su fallecimiento. Es conveniente la compra de un microseguro de vida para toda la familia para prevenir gastos inesperados en caso de algún deceso.

Es conveniente señalar que antes de comprar un microseguro, hay que cerciorarse de tener una idea clara de cuáles son las coberturas de riesgo que se desean adquirir, para hacer un plan de compra conjunta, ésta refiere a aquella compra que un usuario quiera organizar, con el único fin de que esa compra salga más barata tanto para él, como para los demás, desde luego, el que lo organiza, deberá ser parte compradora.

2.3. Microseguros de vida en México

Véase, ahora, algunos puntos importantes en lo que respecta a los microseguros de vida en México. En febrero de 2005, salió el acuerdo en el que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público emitió las Reglas de Operación del Programa para el Desarrollo del Microseguro de Vida.

De acuerdo con este documento, el microseguro es un instrumento financiero con las características técnicas de un seguro formal, dirigido a brindar protección a grupos o personas de bajos ingreso asentados en comunidades rurales que no tienen acceso a seguros comerciales, a fin de proporcionarles los recursos mínimos para hacer frente a los denominados últimos gastos funerarios. Los recursos de apoyo asignados a este programa son de 15 millones de pesos, ejercido por AGROASEMEX, para:

- ✓ El desarrollo del micro seguro de vida.
- ✓ Prueba piloto.
- ✓ Fondo de recursos líquido

Para la instrumentación y operación de la prueba piloto, “las organizaciones de productores y microfinancieras que participen como agentes vinculadores entre el asegurado y la institución de seguros, llamados intermediarios”, cuentan con apoyos financieros con cargo al Programa, destinados exclusivamente a:

- a) Sufragar gastos operativos por un monto equivalente al cincuenta por ciento de la prima de riesgo por cada asegurado.
- b) Adquirir el equipo de cómputo y software requeridos para la operación y administración del micro seguro de vida, por un monto máximo de \$20,000.00.

La metodología seguida para establecer las diferentes etapas de la mecánica de operación:

- ❖ Diseño del producto, considerándose la demanda efectiva y potencial.
- ❖ La base de datos y la estructura técnica actuarial.
- ❖ La estructura administrativa y operativa: integración, dirección y control.

- ❖ La capacitación del recurso humano dentro de los diferentes grupos de Intermediarios, así como la realización de talleres o seminarios de formación, análisis e intercambio de mejores prácticas en microseguros.
- ❖ La capacitación de asegurados y beneficiarios en materia de derechos y obligaciones derivadas de la adquisición de una póliza de Microseguro de Vida.
- ❖ El fondo de recursos líquidos administrados por AGROASEMEX se destina a cubrir tres rubros:
 - ❖ Desviaciones de siniestralidad del Microseguro de Vida.
 - ❖ La realización de estudios, asesorías externas y contratación de los servicios que se requieran para la instrumentación, seguimiento y evaluación del Microseguro de Vida.
 - ❖ Los gastos que erogue el personal de AGROASEMEX para la realización de las tareas que se requieran para el cumplimiento de este Programa.

El fondo de recursos líquidos administrados por AGROASEMEX se destina a cubrir tres rubros:

- Desviaciones de siniestralidad del Micro Seguro de Vida.
- La realización de estudios, asesorías externas y contratación de los servicios que se requieran para la instrumentación, seguimiento y evaluación del Micro Seguro de Vida.
- “Los gastos que erogue el personal de AGROASEMEX para la realización de las tareas que se requieran para el cumplimiento de este Programa”.

Cabe mencionar que la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) anunció que estaba listo el reglamento único para operar el sistema de microseguros en México y que se iniciaría su implementación el pasado 2008. La operación de los microseguros en México se prevé como una prioridad ante la desaceleración en el ritmo del crecimiento del sector asegurador en el 2008 respecto al año anterior.

El microseguro tiene por lo menos un mercado potencial de 20 millones y se espera que con una cobertura total y, una vez publicado el reglamento para su operación, pueda implementarse masivamente para que esto traiga beneficios a tantas personas como se pueda. Como un dato interesante, en el país hay actualmente sólo una decena de compañías que venden esas pólizas desde el año 2001. A pesar de que no se pretende que el microseguro tenga una participación relevante en el crecimiento del sector, los aseguradores planean extender la cultura del seguro en un país, donde los desastres naturales, como consecuencia del cambio climático afectan en gran parte a un gran número de mexicanos sin aseguramiento en sus bienes y personas. Cabe mencionar que el mercado de microseguros ha sido atacado en la cobertura de fallecimiento y no en las de accidentes, enfermedades y daños, por la razón de que en la parte correspondiente de la pirámide poblacional que indica el mercado potencial para los microseguros, no hay la suficiente cultura de medidas sanitarias para prevenir enfermedades, también como sus trabajos son de carácter informal, no se tiene la previsión necesaria para tener en mente los posibles accidentes que en éstos trabajos se pueden ocasionar. Respecto a la cobertura de daños las personas no cuentan con muchos bienes propios que puedan asegurar, es por eso que la cobertura de fallecimiento es más común.

En preparación a la comercialización regulada de los microseguros en México, aseguradores del país organizaron en septiembre de 2007 un encuentro en el que quedó en claro la importancia de asegurar a los mexicanos de menores recursos. Los microseguros se conciben como esquemas innovadores para la transferencia de riesgo de personas de menores ingresos y pequeñas empresas.

2.3.1. Diseño del producto

Los microseguros de vida desde luego su objetivo es la cobertura de fallecimiento, para que en caso de éste suceso, los beneficiarios tengan la posibilidad de solventar los gastos que los decesos traen consigo. Existen algunos otros riesgos que pueden afectar la base de la pirámide poblacional, pero cabe señalar que las instituciones de seguros en este tipo de productos consideran solo el riesgo de vida, es por esto que las otras coberturas pierden su enfoque.

Como cultura general véase en la siguiente tabla los riesgos que, a nivel mundial, son más comunes en la población de bajos ingresos de sus respectivos países.

Pais	Riesgos Prioritarios
Uganda	Enfermedad, muerte, discapacidad, pérdida de propiedad, riesgo y préstamo.
Malasia	Muerte, inseguridad en alimentos, enfermedad y educación.
Filipinas	Muerte, vejez, enfermedad.
Viet Nam	Enfermedad, desastres naturales, accidentes, enfermedades de ganado.
Indonesia	Enfermedad, educación en la niñez, pobreza en la cosecha.
Georgia	Enfermedad, pérdida de negocios, robo, muerte, ingresos de retiro.
Ucrania	Enfermedad, discapacidad, robo.
Bolivia	Enfermedad, muerte, pérdida de propiedad, incluyendo pérdida de cultivo en zonas rurales)

Fuente: Adaptado de Cohen y Sebstad (2006)

Obsérvese que en la mayoría de los casos se presentan de inmediato los riesgos de enfermedad y muerte. Dado que los escasos recursos conllevan a la falta de medicamentos, alimentos y cuidados sanitarios, es conveniente considerar al 100% estas situaciones para la implementación de los microseguros.

Dentro de los productos más comunes en México para microseguros son:

- ✓ Vida de Crédito
- ✓ Gastos Funerarios
- ✓ Temporal de vida / accidentes personales
- ✓ Dotal de vida

Los microseguros traen consigo nuevas tendencias en donde se busca que los productos de microseguros tengan:

- ✓ Cobertura continua garantizada
- ✓ Experiencia estable en primas
- ✓ Procesos de pago de reclamaciones mejores y más rápidos

Se busca que la afiliación de grupos sea creciente para mejorar el poder de las negociaciones, desde luego cubriendo el objetivo principal de este trabajo que es buscar y dar beneficio a la población de bajos ingresos.

2.4. Instituciones regulatorias del microseguro y su función

Desde luego, como ya vimos, los seguros y entidades aseguradoras tienen márgenes regulatorios, en efecto a continuación se hablará de las instituciones que tienen la función de regular a los microseguros así como también a las entidades en las que éstos están contenidos.

➤ SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO (SHCP)

La SHCP tiene la función de proponer, dirigir y controlar la política económica del Gobierno Federal en materia financiera, fiscal, de gasto, de ingreso y deuda pública, así como de estadísticas, geografía e información, con el propósito de consolidar un país con crecimiento económico de calidad, equitativo, incluyente y sostenido, que fortalezca el bienestar de las mexicanas y los mexicanos. Esta también tiene la visión de ser una institución vanguardista, eficiente y altamente productiva en el manejo y la administración de las finanzas públicas, que participe en la construcción de un país sólido donde cada familia mexicana logre una mejor calidad de vida. La SHCP se ocupa, entre otras, de las siguientes funciones:

- Planear, coordinar, evaluar y vigilar el sistema bancario del país que comprende el banco central, la banca nacional de desarrollo y las demás instituciones encargadas de prestar el servicio de banca y crédito.
- Manejar la deuda pública de la Federación.
- Realizar o autorizar todas las operaciones en que se haga uso del crédito público.
- Determinar los criterios y montos globales de los estímulos fiscales, escuchando para ello a las dependencias responsables de los sectores correspondientes y administrar su aplicación en los casos en que no competa a otra Secretaría.

- Cobrar los impuestos, contribuciones de mejoras, derechos, productos y aprovechamientos federales en los términos de las leyes aplicables y vigilar y asegurar el cumplimiento de las disposiciones fiscales.
- Organizar y dirigir los servicios aduanales y de inspección, así como la Unidad de Apoyo para la Inspección Fiscal y Aduanera.
- Proyectar y calcular los egresos del Gobierno Federal y de la administración pública paraestatal, haciéndolos compatibles con la disponibilidad de recursos y en atención a las necesidades y políticas del desarrollo nacional.
- Ejercer el control presupuestal de los servicios personales y establecer normas y lineamientos en materia de control del gasto en ese rubro.

➤ COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS (CNSF)

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), se creó el 3 de enero de 1990 como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Goza de las facultades y atribuciones que le confieren la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, así como las demás leyes, reglamentos y disposiciones administrativas aplicables a los mercados asegurador y afianzador mexicanos.

La CNSF se ocupa, entre otras, de las siguientes funciones:

1. La supervisión de solvencia de las instituciones de seguros y fianzas.
2. La autorización de los intermediarios de seguro directo y reaseguro.
3. El apoyo al desarrollo de los sectores asegurador y afianzador.

De acuerdo con lo establecido en los artículos 108 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y 66 de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, la CNSF tiene las siguientes facultades:

- Realizar la inspección y vigilancia que conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) y la Ley Federal de Instituciones de Fianzas le competen (LFIF);
- Fungir como órgano de consulta de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), tratándose del régimen asegurador y afianzador y en los demás casos que las leyes determinen;
- Emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la Ley le otorga, y para el eficaz cumplimiento de la misma, así como de las reglas y reglamentos que con base en ella se expidan y coadyuvar mediante la expedición de disposiciones e instrucciones a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, y las demás personas y empresas sujetas a su inspección y vigilancia, con las políticas que en esas materias competen a la SHCP, siguiendo las instrucciones que reciba de la misma;
- Presentar opinión a la SHCP sobre la interpretación de la LGISMS y de la LFIF en caso de duda respecto a su aplicación;
- Coadyuvar con la SHCP en el desarrollo de políticas adecuadas para la selección de riesgos técnicos y financieros, en relación con las operaciones practicadas por los sistemas asegurador y para el desarrollo de políticas adecuadas para la asunción de responsabilidades y aspectos financieros con las operaciones del sistema afianzador, siguiendo las instrucciones que reciba de la propia Secretaría;
- Proveer las medidas que estime necesarias para que las instituciones de fianzas cumplan con las responsabilidades contraídas con motivo de las fianzas otorgadas;
- Intervenir, en los términos y condiciones que la LGISMS señala, en la elaboración de reglamentos y reglas de carácter general a que la misma se refiere;

- Proveer las medidas que estime necesarias para que las instituciones y sociedades mutualistas de seguros cumplan con los compromisos contraídos en sus contratos de seguro celebrados; y
- Las demás que le están atribuidas por la LGISMS, LFIF y otros ordenamientos legales respecto a los sectores asegurador y afianzador, siempre que no se refieran a meros actos de vigilancia o ejecución.

En los seguros existe un contrato, por el cual, la empresa aseguradora se obliga mediante el cobro de una prima, a resarcir un daño o pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en él. A través de la póliza se hace constar por escrito el contrato de seguro. Las autorizaciones para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros, se refieren a una o más de las siguientes operaciones:

- I. Operación de Vida;
- II. Operación de Accidentes y Enfermedades
- III. Operación de Daños

La protección que ofrece cualquier seguro se inicia en el momento en que se tiene conocimiento fehaciente de la aceptación del seguro por parte de la compañía aseguradora.

➤ **COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF)**

La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, es un Organismo Público Descentralizado, que protege los derechos de los usuarios de servicios financieros. Al mismo tiempo, fomenta el desarrollo de una cultura educativa en materia de operación y alcances de las Instituciones Financieras.

La CONDUSEF funciona como intermediario, cuando existen diferencias en la interpretación de los lineamientos o compromisos estipulados al adquirir un servicio o un producto financiero. Atiende reclamaciones relacionadas a las prácticas indebidas de las Instituciones Financieras. Verifica que la información utilizada para la publicidad de los servicios y productos financieros sea veraz y no induzca al consumo mediante interpretaciones erróneas.

Así mismo, pone a disposición de los usuarios gran cantidad de información relacionada a los productos y servicios financieros; proporciona otras herramientas como estadísticas, cuadros comparativos de Instituciones bancarias, Afores, Aseguradoras y otras compañías del sector bursátil; al igual que simuladores y calculadoras. La CONDUSEF es una institución pública dependiente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Éste Organismo se dedica a dos tipos de acciones:

- Preventivas (orientar, informar, promover la educación financiera), y
- Correctivas (atender y resolver las quejas y reclamaciones de los usuarios de servicios y productos financieros).

El compromiso:

- Fomentar la educación financiera entre la población.
- Continuar con el desarrollo de productos y herramientas que apoyen, asesoren y orienten a los usuarios de servicios financieros.
- Buscar siempre una relación justa y equitativa entre los usuarios y las instituciones financieras.

A continuación se menciona una institución que participa como asociado del Consejo Mexicano de Normas de Información Financiera, A.C (CINIF)

- ASOCIACION MEXICANA DE INSTITUCIONES DE SEGUROS (AMIS)

La AMIS es el organismo que agrupa a las compañías aseguradoras de México, su objetivo es promover el desarrollo del sector asegurador, representar sus intereses ante autoridades del sector público, privado o social y proporcionar apoyo técnico a sus asociadas.

Los antecedentes más importantes de la AMIS:

- ❖ Tiene sus bases en la Asociación Mexicana de Agentes de Seguros contra Incendio, establecida en enero de 1897. La antigua Asociación de Agentes sufrió diferentes transformaciones al paso del tiempo.
- ❖ En marzo de 1909, cambió su denominación por la de Asociación Mexicana de Representantes de Compañías de Seguros de Incendio. En diciembre de 1926, la integraban 52 compañías de seguros extranjeras y 2 nacionales; operaba solamente en incendio.
- ❖ Como consecuencia de la Ley de agosto de 1935 (mexicanización del seguro), durante los años de 1937 y 1938 se retiraron todas las compañías extranjeras, por lo que la Asociación quedó integrada solamente por 14 compañías mexicanas, todas operantes en el ramo de incendio, y aumentaron a 16 en la segunda mitad de 1940.
- ❖ El 9 de agosto de 1940, mediante escritura otorgada ante el Notario del Distrito Federal Manuel Borja Soriano, se constituyó legalmente la asociación con el nombre de: Asociación Mexicana de Compañías de Seguros de Daños y al ramo de incendio se agregaron todos los demás por lo cual el número de sus miembros se elevó a 51.
- ❖ En agosto de 1946, se integró a la Asociación la «sección de Vida», por lo que, una vez reformados los estatutos, se adoptó el nombre actual.

2.4.1. Marco regulatorio en México del microseguro

Antes de entrar a éste tema, es considerable señalar la definición de nota técnica, para tener una idea clara del concepto, ya que en ésta sección se menciona.

La nota técnica, es el documento que contiene las características generales y particulares de un tipo de seguro, y constituye el fundamento técnico del contrato correspondiente. La nota técnica, principalmente indica la razón del seguro, las características básicas del producto de seguros, se realiza un análisis de riesgo y se establecen las tarifas de las primas mediante métodos actuariales, también, se analiza el rendimiento esperado y a su vez se consideran algunos otros aspectos técnicos. Cabe señalar que los puntos y características que esta sección incluye serán redactados en el capítulo 4 de la nota técnica. Cuando se hace referencia al marco legal en la parte de microseguros, se habla de algo que no tiene mucho tiempo que se ha ido implementado en México, este tema que refiere al marco, es mencionado principalmente en el Capítulo 5.1 de la Circular Única de Seguros, de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF). Como ya se vio, la CNSF tiene un papel primordial para las funciones regulatorias que exige el dominio de los microseguros. Es importante señalar los aspectos y puntos importantes que contiene el Capítulo 5.1 de la Circular Única de Seguros.

(Véase Anexo 8)

- El marco legal de los microseguros (Tarifas y documentación contractual)

En el artículo 36, fracción II, de la LGISMS dice “Determinar sobre bases técnicas, las primas netas de riesgo a fin de garantizar con un elevado grado de certidumbre el cumplimiento de las obligaciones que al efecto contraigan con los asegurados”. Es aquí donde se establecen los criterios que las instituciones de seguros deberán seguir al realizar sus actividades, y así mismo, la CNSF hace del conocimiento de los sectores supervisados, los consumidores y el público en general. (Véase Anexo 7)

CAPÍTULO III

ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MICROSEGUROS EN MÉXICO

En esta sección, enfocaremos las necesidades, procesos y resultados que son necesarios para formar una estrategia para poder implementar satisfactoriamente los microseguros en México. Para esto, es necesario contar con bases reales para poder atacar los puntos críticos existentes.

3.1. Población de escasos recursos y vulnerabilidad ante el riesgo

Para ver este punto es necesario preguntarnos ¿qué es la pobreza?, aunque parezca trivial esta pregunta, la respuesta es compleja, respondiendo a la pregunta, el Diccionario de la Real Academia define al vocablo “pobreza” como cualidad de pobre y, en otra acepción, como falta, escasez.

Por “pobre” dicho diccionario califica: *“al necesitado que no tiene lo necesario para vivir”* y también, entre otros, *“al mendigo”*. Vemos que hoy se entiende la pobreza como algo más que la falta de ingresos, vivir en pobreza significa que uno tiene más probabilidades de morir a causa de enfermedades prevenibles, de tener una tasa más alta de mortalidad infantil, de no poder acceder a una educación y de carecer de vivienda adecuada. También significa mayor vulnerabilidad al delito y la violencia, acceso inadecuado o carencia de acceso a la justicia y los tribunales, así como la exclusión del proceso político y de la vida de la comunidad. La pobreza se refiere también al poder: quién lo ejerce y quién no, en la vida pública y a puertas cerradas. Para comprender las modalidades arraigadas de la discriminación y hacerles frente, modalidades que sentencian a los individuos, las comunidades y los pueblos a generaciones de pobreza, es esencial llegar al centro mismo de las complejas tramas de las relaciones de poder en las esferas política, económica y social.

Con base en sus atribuciones y responsabilidades legales, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) presenta las estimaciones de pobreza por ingresos a nivel nacional y en los ámbitos rural y urbano para el año 2006, utilizando la información generada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Con la finalidad de asegurar la comparabilidad y consistencia de los resultados en apego a los criterios de rigor técnico y de transparencia establecidos en la Ley General de Desarrollo Social (LGDS), y como parte de un convenio de colaboración entre el CONEVAL y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), ambas instituciones desarrollaron, de manera independiente, las estimaciones de pobreza por ingresos 2008 y se obtuvieron los mismos resultados.

La información que se presenta en este informe actualiza las estimaciones de pobreza monetaria que cubren desde 1992 a 2008. Los datos reportados se basan únicamente en el ingreso corriente per cápita, uno de los indicadores que, de acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social (LGDS), debe ser empleado para calcular la pobreza.

De acuerdo con la información de la ENIGH 2008, en ese año, 50.6 millones de mexicanos eran pobres de patrimonio, es decir, no contaban con un ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades de salud, de educación, de alimentación, de vivienda, de vestido y de transporte público, aun si dedicaran la totalidad de sus recursos económicos a este propósito.

Asimismo, 19.5 millones eran pobres alimentarios, es decir, quienes tienen ingresos insuficientes para adquirir una canasta básica de alimentos, incluso si los destinaran exclusivamente para ese fin. De los pobres alimentarios en 2008, 7.2 millones habitaban en zonas urbanas (localidades de 15,000 o más habitantes), mientras que 12.2 millones residían en el área rural.

Entre 2006 y 2008 aumentó la incidencia de la pobreza de patrimonio -el porcentaje de personas pobres-, la cual pasó de 42.6% a 47.4%; a su vez, la incidencia de la pobreza alimentaria aumentó de 13.8% a 18.2%. En términos absolutos, el incremento fue de 5.9 y 5.1 millones de personas, al pasar de 44.7 a 50.6 millones de personas y de 14.4 a 19.5 millones de personas, respectivamente.

Entre 2000 y 2008, la incidencia de la pobreza de patrimonio y de la pobreza alimentaria se redujo 6.2 y 5.9 puntos porcentuales, respectivamente, lo cual se traduce en una reducción de 2.1 y 4.2 millones de personas pobres de patrimonio y alimentarios, respectivamente.

Para el periodo 1992-2008, la pobreza de patrimonio disminuyó de 53.1% a 47.4% y la alimentaria de 21.4% a 18.2%. A pesar de ello, se incrementó en 4.5 millones el número de personas pobres de patrimonio y en 880 mil el número de pobres alimentarios

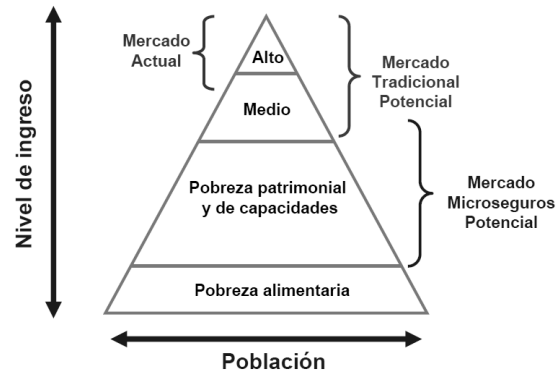
No obstante, la desigualdad mundial permanece a niveles extraordinariamente altos dentro de los países y entre ellos. La mayor parte de las regiones en desarrollo se están quedando atrás de los países ricos, y asta algunos de los países más ricos del mundo siguen luchando contra un pertinaz problema de pobreza, incluso extrema pobreza, debido en gran parte a modalidades de discriminación y desigualdad profundamente arraigadas. Por otra parte, los vínculos entre los ingresos y el progreso social no son automáticos. Algunos de los responsables más enérgicos en lo que se refiere a la reducción de la desigualdad de los ingresos no han obtenido los mismos resultados con respecto a metas de desarrollo humano, tales como la mortalidad materna y la mortalidad infantil, frecuentemente como resultado de pertinaces modalidades de discriminación. Ello subraya la necesidad de entender la pobreza como un ente a vencer.

3.1.1. Las familias pobres son más vulnerables

Lamentablemente, la exposición a situaciones de riesgo aumenta la vulnerabilidad de las familias a la pobreza o la puede intensificar. Sin duda, las consecuencias financieras de enfrentar una eventualidad sin ningún mecanismo de protección, puede hacer que una familia que roza la línea de pobreza pase por debajo de ella o que una empresa pequeña quiebre. En este punto, es preciso preguntarnos, ¿qué causas hacen más vulnerables a las familias pobres?. Respondiendo esta cuestión, recordemos que en las familias pobres, la falta de mecanismos, como son; ahorros, créditos y seguros, a través de los sistemas financieros, llevan a las personas a la falta de información que es requerida para solventar situaciones básicas en las que existen soluciones, sin embargo, por estos motivos, no se pueden cumplir.

3.1.2. Pirámide de ingresos por zonas

- **Pobreza por ingresos:** medición de la pobreza a partir del monto de los ingresos de los hogares.



Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público

A continuación se explica la pirámide de ingresos por zonas:

Toda la pirámide representa la población total en donde se analizan los ingresos que a esta población corresponden, la base de la pirámide representa el número de personas que sufren de:

- **Pobreza alimentaria:** Es la incapacidad para generar un ingreso suficiente para obtener una canasta básica alimentaria, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar en comprar sólo los bienes de dicha canasta.

La siguiente sección nombrada “Pobreza patrimonial y de capacidades”, es la parte del mercado potencial para los microseguros, en esta parte de la población las personas sufren de:

- **Pobreza de capacidades:** La incapacidad para generar un ingreso suficiente para obtener una canasta alimentaria y efectuar los gastos necesarios en salud y educación, aun dedicando el ingreso total de los hogares nada más que para estos fines.
- **Pobreza de patrimonio:** Lo mismo, este tipo de pobreza sería redefinida como la incapacidad de generar un ingreso suficiente para realizar los gastos necesarios en salud, vestido, vivienda, transporte y educación, aunque la totalidad del ingreso del hogar fuera utilizado exclusivamente para la adquisición de estos bienes y servicios.

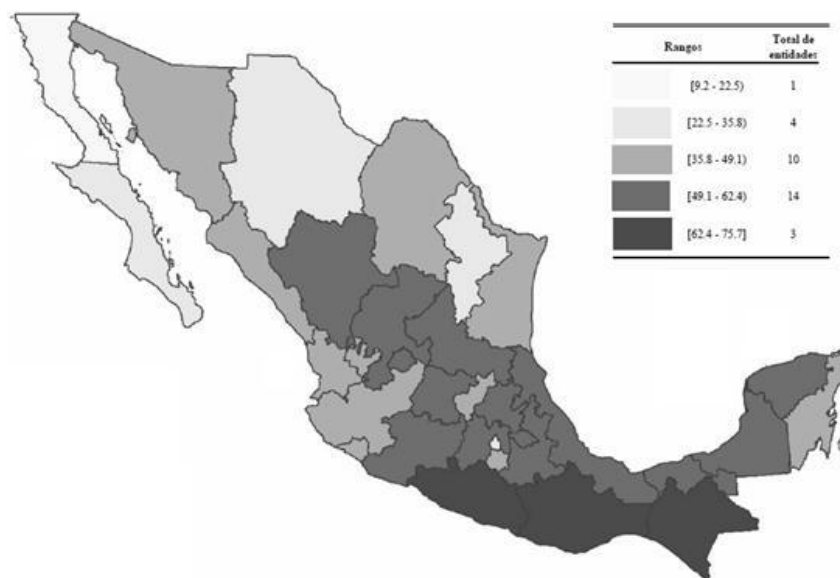
La sección “Alto” de la pirámide, corresponde al mercado actual, éste mercado lo constituyen todos los consumidores actuales, es el resultado total de la oferta y la demanda para los productos de seguros en un momento determinado.

La sección correspondiente a “Medio” de la pirámide poblacional, corresponden a las personas que tienen el ingreso suficiente para poder adquirir elementos de la canasta básica, a su vez esta parte corresponde al mercado tradicional potencial de los seguros, en donde las personas tienen la capacidad económica para la adquisición de productos de seguros, los que constituyen el mercado tradicional potencial tienen las mismas características del mercado actual, pero aún no son mis clientes.

3.1.3. Pobreza por ingreso

A continuación se presenta el mapa de México con los porcentajes de pobreza a nivel estatal, con su tabulación de rangos y entidades.

Porcentaje de población en situación de pobreza de patrimonio a nivel estatal, 2005.



Fuente: Mapas de pobreza y rezago social 2005, (CONEVAL)

3.1.4. Mecanismos informales para mitigar y enfrentar riesgos.

Cuadro característico	Individuos / Hogares	Grupales
Mitigar	Diversificación: <ul style="list-style-type: none"> - Cosechas - Ingresos - Inventarios - Matrimonio 	Asociaciones de ahorro y préstamo, inversión en capital social (redes, asociaciones, regalos)
Enfrentar	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución del consumo - Venta de activos - Prestamistas locales - Deserción escolar / Trabajo infantil - Migración temporal o permanente 	Transferencia o donaciones de redes comunitarias

Análisis del cuadro anterior:

Mitigar significa, moderar o suavizar la dureza de algo, en este caso, para individuos y hogares, se busca suavizar la situación de pobreza mediante las cosechas y los ingresos que éstas dejan, crear inventarios de sus pertenencias, para poder hacer frente a las necesidades económicas, y poder eliminar la disminución del consumo, así como no tener que pedir dinero a los prestamistas locales, tampoco, verse en la necesidad de deshacerse de sus activos. En base a los mecanismos grupales, se busca tener ingresos formando parte de asociaciones de ahorro y préstamo, y no transferir o donar a redes comunitarias por la disminución de los ingresos por consecuencia.

3.2. El beneficio de los microseguros, aunados a su necesidad

- Los microseguros son una estrategia eficiente y simple para suavizar los distintos choques al ingreso de familias de bajos recursos.
- Bajo un marco de supervisión adecuado, resultan un mecanismo muy sólido para que las familias enfrenten eventualidades adversas.

- Beneficios adicionales:

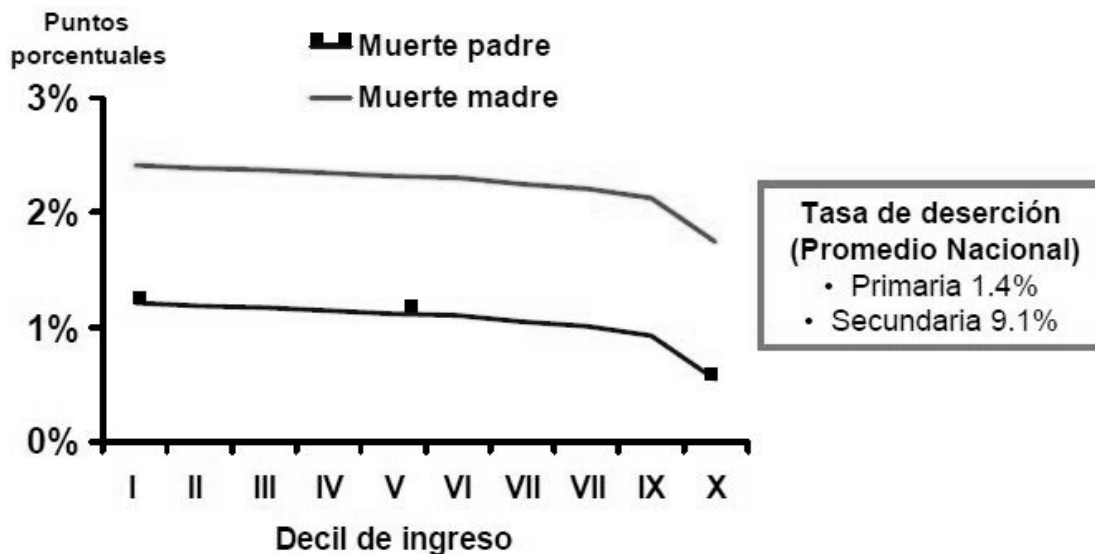
- Primer acercamiento al mercado financiero, generando sinergias con otros productos y servicios financieros.

- Aíslan de los siniestros a las inversiones que el gobierno realiza a través de los programas de combate a la pobreza (capital humano, vivienda) y permiten que los recursos se asignen de manera eficiente.

- La deserción escolar y el trabajo infantil están altamente correlacionados con la muerte del jefe de familia.

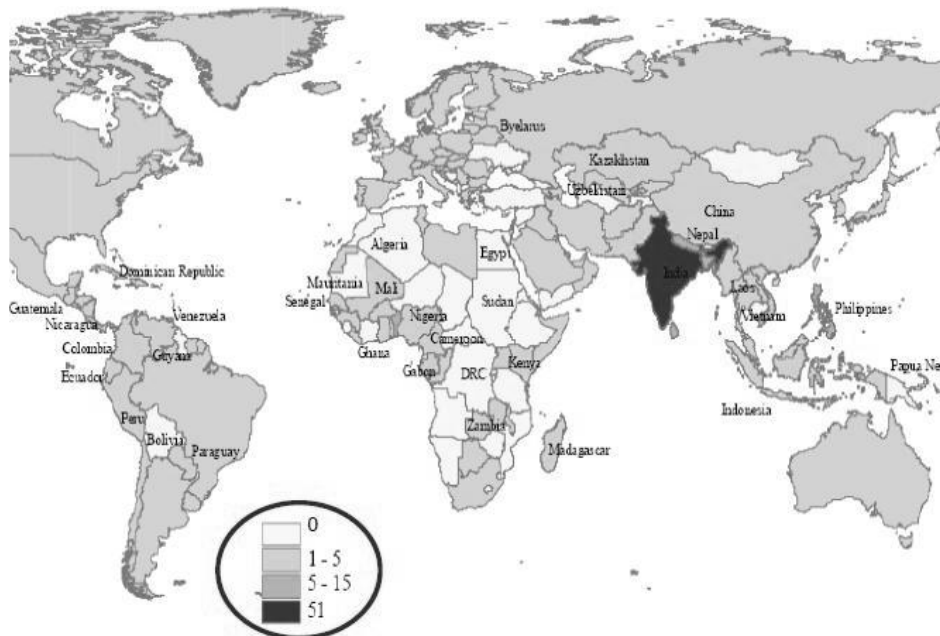
Aumento en la deserción escolar promedio ante la muerte de algún padre:

Aumento de la deserción escolar promedio ante la muerte de algún padre



Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con datos de Gertler, et.al (2003)

Número de proveedores de microseguros de vida en los 100 países más pobres del mundo



Fuente: Micro Insurance Center, 2005

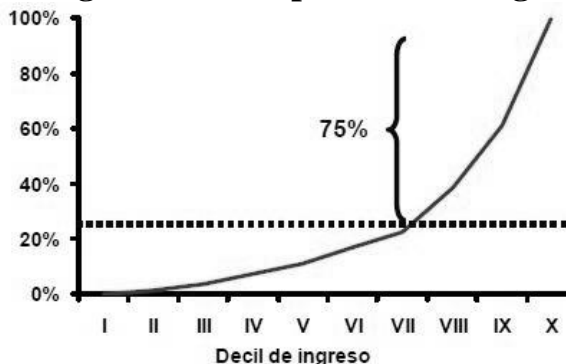
Por datos de la SHCP se sabe que:

- El 1.3% de los hogares del país cuentan con un seguro de vida (algún miembro está asegurado).
- El 75% de las personas que cuentan con seguro de vida pertenecen a los 3 deciles de ingreso más altos.

Porcentaje con seguro de vida (% del decil de ingreso)



Distribución de hogares con seguro de vida (por nivel de ingreso)



Fuente: ENIGH, 2006

3.3. Análisis de la estrategia para la implementación de los microseguros

Primeramente se deben analizar algunos puntos que son indispensables para formar una estrategia de implementación de los microseguros. Un análisis del mercado de seguros interesa, no sólo a las entidades aseguradoras y a los propios asegurados, sino también a toda la sociedad en general, sobre todo por su implicación en la evolución de la economía como negocio en potencia. Para las familias comporta un ahorro a largo plazo y un posible gasto futuro (debido al componente psicológico de mayor capacidad de poder adquisitivo). Para las empresas supone una mejora de la cuota de mercado y para las autoridades decisoras de la trayectoria de la economía en general el componente de ahorro del seguro es un elemento que genera riqueza con la que se financian inversiones y se consigue mayor volumen de movimiento de capitales capaces, en definitiva, de cambiar los signos de la balanza de pagos de cualquier país.

La actividad aseguradora se puede valorar desde la perspectiva de la oferta y/o de la demanda (ambas fuerzas integrantes del mercado, en el punto 3.4 se especificará con más detalle lo que es la oferta y la demanda):

- La oferta está vinculada a la empresa aseguradora que ha de hacer frente a retos importantes relacionados con su actividad, en la que se entrelazan aspectos laborales, comerciales y técnicos. La prestación del servicio se fundamenta en la valoración de unos riesgos de posible acaecimiento e indemnización y se materializa en un contrato y en la estipulación de unas condiciones. Establecer la prima (precio de la valoración del riesgo) es imprescindible.
- La demanda está integrada por los consumidores o clientes de seguros (tomadores, asegurados o beneficiarios) que necesitan cubrir un riesgo y, para ello, están dispuestos al pago de la prima correspondiente.

Dentro de éste análisis, se observa que al igual que en otros sectores, el asegurador ha comenzado a responder a las nuevas exigencias de la demanda, ajustando sus productos a los riesgos y necesidades reales que se van planteando a sus asegurados actuales y potenciales. El cambio incluye una transformación de

las estructuras internas tendente hacia un acercamiento al cliente a través de una mejora del servicio y de la calidad.

La calidad del servicio y la buena imagen de la entidad aseguradora serán factores determinantes en las motivaciones del cliente para elegir su compañía aseguradora y los productos más idóneos, siendo el factor de diferenciación, por excelencia, la calidad del servicio, pues la novedad de un producto puede ser, en ocasiones, un factor con un impacto reducido. Una de las preferencias de los clientes se manifiesta en la exigencia de más calidad de servicio, productos innovadores de acuerdo con sus necesidades, coberturas bien definidas, una mayor simplificación en las cláusulas contractuales y rapidez en la respuesta.

La importancia de este análisis viene dada por la necesidad que tienen los agentes decisores de conocer el marco en el que van a desarrollar su actividad. La información sobre dicho comportamiento es, por tanto, un factor importante para la toma de decisiones de estos agentes. La dificultad viene dada por el hecho de que cualquier tipo de conducta no está explicada exclusivamente por factores económicos sino que depende, en gran medida, de infinidad de aspectos difíciles de conocer y determinar. En el momento de la elección compara el pago de una pequeña cantidad cierta en un periodo de tiempo establecido con una cantidad, cuya cuantía y fecha de pago son inciertas y aleatorias. Una vez asignadas las probabilidades correspondientes a los estados de la naturaleza (ocurrencia o no de dicho suceso) se plantean las correspondientes matrices de consecuencias económicas. Cabe señalar que el seguro satisface la “necesidad” humana de seguridad, destacando, además, que representa una inversión financiera. La innovación en los diseños y el desarrollo de productos es un incentivo para los empresarios que tienen que competir con las grandes empresas (multinacionales) del sector. En el punto (3.1.2) se comentó y se explicó en base a la pirámide poblacional, dónde se concentra el potencial de los mercados aseguradores, con

el apoyo de estos puntos que se analizaron y explicaron, aparece una serie de estrategias enfocadas tanto a la oferta como a la demanda. El diseño de productos a medida de segmentos de la sociedad, adecuados a sus características, obliga a lanzar al mercado productos de microseguros.

Analizando, se observa que en los mercados, se llevan a cabo relaciones de intercambio, poniendo en común necesidades, deseos y recursos de los agentes que participan en él: las empresas (oferta) y los clientes (demanda). En una economía de mercado (que busca el encuentro eficiente entre la demanda y la oferta) se desarrollan actividades tendentes a facilitar el comercio voluntario y competitivo de los productos. Se pretende la satisfacción de necesidades conjuntas más beneficiosas tanto para los clientes, proveedores y distribuidores, como para las organizaciones, afrontando los negocios mediante la creación, desarrollo y comercialización con distintos grupos e individuos, de tal manera que las partes implicadas obtengan la satisfacción de sus deseos y necesidades.

A continuación se señalan los pasos del proceso de la estrategia de implementación.

- Costos fijos altos
 - ✓ Redes bancarias
 - ✓ Redes de microfinancieras
 - ✓ Redes comerciales
 - ✓ Intermediarios no tradicionales
 - ✓ Recibos de servicios públicos
 - ✓ Programa de Asistencia

➤ Productos simples y entendibles

- Regulación {
- Beneficios perfectamente definidos
 - Pólizas con características mínimas y homogéneas
 - Sin cláusulas ni condiciones

- Diseño {
- Sumas aseguradas pequeñas
 - Vigencia de acuerdo a las necesidades
 - Esquema de pagos fraccionados

➤ Mecanismos rápidos y de bajo costo que implica en la contratación y pago de primas

Existe una dificultad en el cobro de primas

- Regulación {
- Documentación simplificada
 - Pocos datos requeridos
 - Uso de firma biométrica

- Diseño {
- Descuento por nómina
 - Deducida del pago de créditos
 - Deducida en recibos de pago de otros servicios
 - Descuento vía “Oportunidades”

Esto sigue a la comprobación de siniestro y pago de suma asegurada

- Regulación {
 - Pago inmediato
 - Documentación simplificada

- Regulación + Operación {
 - Pago en efectivo, caja de ahorro o terminal de punto de venta

3.4. Oferta y demanda

Escasa oferta

Las compañías aseguradoras se enfrentan a dos grandes obstáculos:

- Costos fijos altos
 - Los costos de administración y operación no son compensados por primas bajas.
- Dificultad en el cobro
 - Se acentúa en zonas rurales, aisladas o marginadas.

Cabe señalar, que en lo que respecta a la falta de información, hoy existen las tablas SP, seguro popular.

Baja demanda

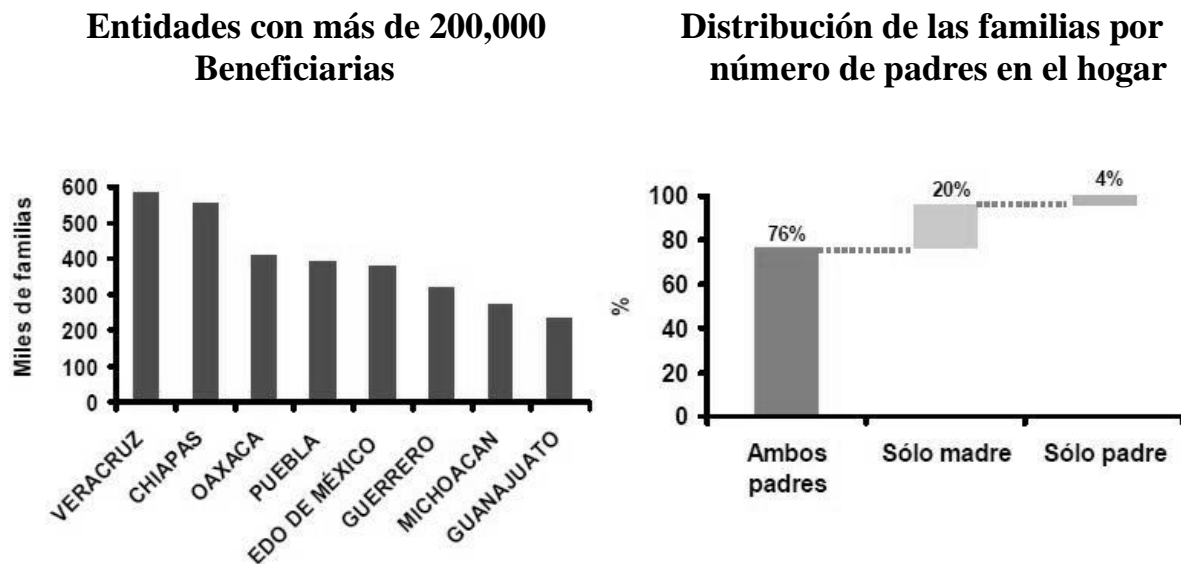
- El desconocimiento sobre los productos de seguros produce escepticismo y frena la demanda.
- Existen costos para las familias y empresas adicionales a las primas:
 - Costos de transporte
 - Costos de aprendizaje

3.5. Mercado potencial

3.5.1. Características de la población objetivo

Existe un programa llamado, “Oportunidades” éste es un programa integral destinado a la población en extrema pobreza, que padece los más altos índices de desnutrición, enfermedades básicas curables y deserción escolar. El Programa tiene como objetivo apoyar a las familias que viven en condición de pobreza extrema, con el fin de incrementar las capacidades de sus integrantes y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores niveles de bienestar, a través del mejoramiento de opciones en educación, salud y alimentación, además de contribuir a la vinculación con nuevos servicios y programas de desarrollo que propicien el mejoramiento de sus condiciones socioeconómicas y de calidad de vida.

- El programa Oportunidades atiende a 5 millones de familias
- 8 estados concentran el 63% de las beneficiarias
- 76% de las familias están compuestas por ambos padres e hijos.



Fuente: Oportunidades, 2007

CAPÍTULO IV

NOTA TÉCNICA

En este capítulo se elaborará la nota técnica de un microseguro, que corresponde a un seguro de vida grupo temporal renovable a un año.

Cabe señalar que la nota técnica es el documento que contiene las características generales y particulares de un tipo de seguro, en este caso la nota técnica corresponde a un seguro de vida grupo temporal a un año renovable, la cual, las características que corresponden a la nota técnica son; el nombre del plan, características adicionales del seguro y coberturas, el cálculo de primas netas y primas de tarifa, edades de aceptación, bases técnicas correspondientes y el cálculo de las reservas, en la nota técnica se constituye el fundamento técnico del contrato correspondiente. Las características serán descritas con exactitud más adelante.

Es importante señalar que el Capítulo 5.1 de la Circular Única de Seguros de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, menciona que, para efectos de la regulación, se consideran microseguros los seguros que tengan como propósito promover el acceso de la población de bajos ingresos a la protección del seguro mediante la utilización de medios de distribución y operación de bajo costo.

Aspectos técnicos del diseño del producto:

En base a la Circular Única Seguros compulsada sin anexos (28 Mar. 2011) con fecha de publicación el 13/12/2010.

- “Para el caso de seguros de personas, cuando se trate del seguro individual, deberán considerar una suma asegurada que no podrá ser superior a 4 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, elevado al año, con independencia del período de pagos, y en el seguro de grupo o colectivo, una suma asegurada que corresponda a cada integrante del grupo o colectividad asegurada, que no podrá ser superior a 3 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal”.

- “Deberán formalizarse a través de contratos de adhesión, ya sean productos de seguros individuales, colectivos o de grupo;”
- “No deberán establecer el pago de dividendos, y”
- “No deberán establecer pagos de deducibles, copagos, franquicias o cualquier otra forma de participación del asegurado o sus beneficiarios en el costo del siniestro o servicio.”

Aspectos contractuales del producto:

- Redacción clara, precisa y sencilla de la póliza o certificado.
- Uso de cláusulas obligatorias simplificadas para protección del consumidor.
- Las exclusiones sólo podrán ser generales y no guardar relación con el riesgo individualizado.
- La vigencia de las pólizas de seguros de personas deberán ser anuales y con renovación automática.
- Mecanismos simplificados para el cobro de la prima.
- Período de gracia obligatorio de 30 días para el pago de la prima.
- Procedimiento simplificado para la reclamación y pago de indemnizaciones (no superior a 5 días hábiles).
- El comprobante de pago de la prima sirve como elemento probatorio de la celebración del contrato de seguro.
- Entrega de póliza o certificado con datos mínimos y condiciones generales simplificadas (la institución tiene la obligación de entregar en cualquier momento la versión íntegra registrada ante la CNSF).

En base a las condiciones regulatorias:

La regulación en materia de microseguros, tiene el propósito de:

- ✓ Facilitar la comercialización de este tipo de productos y, al mismo tiempo,

- ✓ No crear un arbitraje regulatorio en el mercado “tradicional” de seguros.

Así, la regulación prevé que podrán comercializarse los productos que cumplan con las condiciones establecidas y se registren ante la CNSF como microseguros, a través de:

- ✓ Agentes y corredores de seguros;
- ✓ Intermediarios financieros (incluyendo microfinancieras), contando con programas de capacitación adecuados;
- ✓ Personas morales distintas a las anteriores, cuyos apoderados cuenten con la autorización respectiva (equivalente a la de agente de seguros), y otras personas físicas o morales, debiendo recibir los programas de capacitación que al efecto impartan las entidades aseguradoras.

En base a lo anterior se estructura la nota técnica.

4.1.- Características del producto.

4.1.1.- Nombre del plan

Seguro de vida grupo temporal a un año renovable.

4.1.2.- Ramo al que corresponde el producto

Vida Grupo

4.1.3.- Modalidades de contratación del producto

La contratación de este producto será en modalidad de grupo

4.1.4.- Característica especial del producto

Por normativa, este producto no otorga dividendos.

4.1.5.- Edades de Aceptación

La edad mínima de aceptación será de 12 años y la edad máxima de 70 años para todas las coberturas.

4.2.- Descripción de las coberturas

4.2.1.- Cobertura de Fallecimiento (Cobertura básica)

En la cobertura de fallecimiento, se señala que se pagará la suma asegurada contratada, de acuerdo con la regla estipulada por el contratante, si el fallecimiento del asegurado ocurre dentro de la vigencia del seguro; en caso contrario, la cobertura terminará sin obligación alguna para la aseguradora correspondiente.

4.2.2.- Cobertura de Invalidez

La suma asegurada contratada para estas coberturas se pagará de acuerdo a la regla estipulada por el contratante si la invalidez del asegurado ocurre dentro del plazo del seguro. Para acreditar la Invalidez, basta con presentar un certificado emitido por alguna de las instituciones de seguridad social como el IMSS o el ISSSTE.

✓ Cobertura de Exención de pago de primas por accidente

En esta cobertura, Si durante el período vigencia de la póliza, el asegurado sufra un accidente que le produzca una invalidez, la aseguradora lo eximirá del pago de primas.

4.3.- Bases técnicas

4.3.1.- Hipótesis Demográficas

✓ Para Fallecimiento y Exención de pago de primas:

De acuerdo a la Regla Séptima, de las Reglas para la Constitución de las Reservas de Riesgos en curso de las Instituciones de Seguros, se utilizara la tabla de mortalidad conocida como “CNSF 2000-G (1991-1998)”, esta tabla está hecha con experiencia mexicana. (Véase Anexo 3). Para ver los valores conmutados, para la Excención de primas. (Véase Anexo 2)

✓ Para Inválidos:

Para las primas netas y la reserva, se utilizará la tabla Beneficio Ordinario de Invalidez, ya que para el cálculo de la prima se requiere la tasa de invalidez r_x . (Véase Anexo 4)

4.3.2.- Hipótesis Financieras

De acuerdo a la Regla Novena, de las Reglas para la Constitución de las Reservas de Riesgos en curso, de las Instituciones de Seguros, la tasa de interés técnico para el cálculo de la reserva, en moneda nacional, no será superior al 5.5%.

En nuestro caso la tasa de interés técnico que se utilizará para el cálculo de las primas y reservas, tanto de fallecimiento como de invalidez, ésta tasa se utiliza para calcular los valores presentes de las obligaciones.

Interés técnico, $i = 5.5 \%$

4.4.- Primas Netas

Considerando que por normativa de microseguros, la suma del producto denominado “seguro de vida grupo temporal a un año renovable”, no podrá ser superior a 3 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, entonces:

El salario vigente en el Distrito Federal es de \$59.82, realizando el cálculo anual, se ha acotado la suma asegurada en un parámetro; [10000,60000], siendo \$60,000 el límite, o sea la suma asegurada máxima que podrá obtener cada asegurado. Como no existe experiencia en el sector, para el cálculo de la tasa de mortalidad global, se han considerado aleatorias las sumas aseguradas expuestas respectivas, en base al parámetro antes mencionado. Posteriormente se calcularon los montos esperados de pérdida, multiplicando las probabilidades de muerte correspondientes por edad obtenidas de la tabla de mortalidad CNSF 2000-G (1991-1998) por las sumas aseguradas expuestas.

Por último, para obtener la tasa de mortalidad global, se dividió la suma de montos esperados de pérdida entre el total de la suma asegurada expuesta.

En la tabla elaborada donde se realiza el cálculo de la tasa de mortalidad global, también se incluye el precio de las primas por edad para la cobertura de fallecimiento. (Véase Anexo 5).

4.4.1.- Prima Neta por Fallecimiento

$$PNF = S.A * q_g * \frac{i * v^1}{\delta}$$

Donde;

- PNF = Prima Neta por Fallecimiento
- $S.A$ = Suma asegurada
- q_g = Tasa de mortalidad global
- i = Tasa de interés técnico
- $v^1 = (1 + i)^{-1}$
- $\delta = \ln(1 + i)$

4.4.2.- Prima Neta por Invalidez

Para efectos del cálculo de la prima neta por unidad de suma asegurada se ha considerado una edad promedio de $x + \frac{1}{2}$, para quien declara una edad alcanzada de x años.

Entonces:

$$PNI = \frac{d}{\delta} * r_{x+\frac{1}{2}} * v^{\frac{1}{2}}$$

Donde;

- PNI = Prima Neta por Invalidez
- i = Tasa de interés técnico
- $v^{\frac{1}{2}} = (1 + i)^{-\frac{1}{2}}$
- $d = \frac{i}{(1+i)}$
- $\delta = \ln(1 + i)$
- $r_{x+\frac{1}{2}} \approx \frac{r_x + r_{x+1}}{2}$
- r_x = Tasa de invalidez

4.4.3.- Prima Neta por Exención de pago de primas por accidente

Para la exención de pago de primas se calculara como la prima neta única de un seguro vitalicio, entonces:

$$PNE_a = \frac{M_{x_{i+t}}}{D_{x_{i+t}}}$$

Donde;

- PNE_a = Prima Neta por Exención de pago de primas por accidente
- $M_x := \sum_{t=x}^w C_t$
- $D_x := v^x * l_x$
- $C_x := v^{x+1} * d_x$

4.5 Primas de Tarifa

La prima de tarifa será igual a la prima neta con los recargos siguientes:

- α = Porcentaje que corresponde a los gastos de administración, este porcentaje para la prima de tarifa será de 20.0%
- β = Porcentaje que corresponde a los gastos de administración, este porcentaje será de 20%
- γ = Porcentaje que corresponde al margen de utilidad, este será de 5.0%

$$PT_c = \frac{PN_c}{1 - (\alpha + \beta + \gamma + \theta)}$$

Donde:

c = Cobertura correspondiente

PT_c = Prima de Tarifa de la cobertura correspondiente

PN_c = Prima Neta de la cobertura correspondiente

4.6.- Reservas Técnicas

La constitución de la reserva para seguros cuya temporalidad es igual o inferior a un año, se debe realizar con la parte no devengada de la prima neta.

La parte no devengada se calcula como la parte proporcional de la prima neta, respecto al tiempo que falta por transcurrir para el vencimiento de la vigencia de la póliza.

En este caso, la reserva de riesgos en curso se expresa como:

$$RRC = \frac{T - t}{T} * PN_c$$

Donde;

- T = Tiempo total que estará vigente la póliza
- t = Tiempo transcurrido desde su contratación, hasta el momento de su valuación.
- PN_c = Prima Neta de la cobertura correspondiente.

CONCLUSIONES

En este trabajo se expusieron diversos aspectos de los microseguros. En primera instancia, se hizo notar la novedad de estos productos, en el inicio del desarrollo del trabajo se incluyen algunos aspectos necesarios para su estudio y se mencionó a quiénes van dirigidos. Cabe mencionar que su desarrollo se realizó con un lineamiento dirigido a la implementación de los microseguros de vida. Se observa que en la primera parte también son mencionadas las principales características de los microseguros, las cuales son primordiales para su conocimiento. El enfoque de estos productos son lineados a las poblaciones de bajos ingresos en donde se pretende hacer efectiva la implementación en estas entidades sociales, éstos son un beneficio múltiple ya que su adquisición necesita de requisitos mínimos para hacerlos factibles y su objetivo es la disminución de los impactos económicos en los distintos riesgos a los que estamos expuestos. Se presentaron a los microseguros de vida como parte principal de este trabajo, es aquí donde podemos captar la importancia y el beneficio de los microseguros de vida, desde luego en esta parte vimos la importancia de por qué adquirir un microseguro de vida y se señalaron las normatividades necesarias y las entidades que hacen esto posible. Fue necesario recurrir a aspectos que hacen un desarrollo de los señalamientos poblacionales para considerar y conocer que es la pobreza y el por qué de la implementación de los microseguros de vida son dirigidos a estas partes sociales. Lo que refiere a la estructuración de la nota técnica es la que se consideraría la parte que para la carrera de Actuaría es primordial conocer, ya que esta indica las características de los cálculos respectivos que enfocan a un producto de seguros. De la última parte fue necesario indicar que la realización de la nota técnica de un microseguro de grupo vida que esto es un plan de seguro colectivo temporal, con un plan de Seguro Temporal renovable a un año. A su vez se mostraron las características correspondientes de invalidez y muerte. Es fácil ver la importancia de considerar éstos puntos para disminuir la problemática que existe en México de no conocer partes primordiales del aspecto asegurador, esto no exige el dominio del tema como un experto aun que no habría inconveniente, sin embargo se considera la falta de cultura e información de estos temas, este trabajo tuvo también dar a notar aspectos del ámbito asegurador que hacen factible su conocimiento. Considero una elaboración completa que servirá a estudiantes, profesores y lectores en general como una herramienta que sirva de comprensión y de estudio en lo que respecta a los microseguros y microseguros de vida específicamente.

ANEXOS

Anexo 1: Glosario de términos relacionados con los seguros

ACCIDENTE: Es toda acción imprevista, fortuita súbita, violenta y externa que produce un daño físico o material, sobre un bien o una persona.

ADHESION: Acto por el cual una persona acepta las condiciones impuestas por otra. El asegurado, en el contrato de seguro, se somete a las normas impuestas por la aseguradora, al momento de aceptar el seguro.

AGENTE DE SEGUROS: Es toda persona física o moral, cuya actividad es autorizada y regulada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para ejercerla en la República Mexicana, la que consiste en asesorar a los prospectos o asegurados en la contratación de seguros.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO: Es la modificación o alteración posterior a la celebración del contrato que, aumentando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un evento, afecta a un determinado riesgo. El contratante o el asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar a la Aseguradora todas las circunstancias que agraven el riesgo.

AJUSTADOR: Es la persona física o moral que en base a sus conocimientos y experiencia, es contratada por la aseguradora para determinar el monto y valor de los daños que sean causados a bienes o personas a consecuencia de un siniestro.

ASEGURABLE: Es cualquier persona o bien que reúne las características predeterminadas para poder ser objeto de la cobertura del seguro.

ASEGURADO: Es la persona física o moral, que con el pago de una prima de seguros, obtiene una contraprestación reflejada en el contrato de seguros.

ASEGURADORA: Es la persona moral autorizada por la SHCP, para aceptar riesgos contemplados en un contrato de seguros, denominado póliza.

BENEFICIARIO: Es la persona física o moral que recibe los beneficios de la póliza contratada.

BIENES: Son toda propiedad física o moral en posesión de una persona.

CANCELACIÓN: Es la rescisión de los efectos de una póliza prevista en el contrato de seguros ya sea por decisión unilateral o por acuerdo mutuo.

CARTA COBERTURA: Es el documento que entrega la aseguradora como constancia de que dicho riesgo está cubierto, hasta tanto se emita la póliza definitiva. Es un documento de carácter provisional.

CERTIFICADO DE INCLUSIÓN: Es el documento por el cual se prueba la existencia de una póliza de seguro colectivo, en el que deben figurar las informaciones que la identifican, como son: suma asegurada, vigencia, datos personales del Asegurado, beneficiarios, etc.

CLAUSULAS: Son las condiciones que establecen la aseguradora y el asegurado y que se reflejan en el contrato de seguros, denominado también póliza. Existen también las condiciones especiales o particulares, que modifican o aclaran las condiciones generales.

COASEGURO: Es la cantidad o el porcentaje que tiene que pagar el asegurado, de cualquier pago o indemnización que tenga que reembolsar la aseguradora, a consecuencia de un siniestro.

COBERTURAS: Son las protecciones que otorga la aseguradora en la póliza y que generalmente se establecen en las cláusulas del contrato de seguros, denominado póliza.

CONSENTIMIENTO: Es el acuerdo que existe entre el asegurado y la aseguradora y que se determina en la póliza.

CONTRATANTE: Es la persona física o moral que paga la prima de seguros. En ocasiones es también el asegurado.

CONTRATO DE SEGUROS: Es el acuerdo de voluntades entre dos partes. Generalmente se le llama también póliza de seguros. A través de la póliza de seguros, la aseguradora conviene, previo pago de una cantidad denominada prima, en otorgar una indemnización o reembolso al asegurado, si sucede un siniestro.

COTIZACION: Es la estimación o costo de la prima de seguros que ofrece la aseguradora al asegurado.

CUOTA: Es el precio en porcentaje o cantidad fija, que se le da a un riesgo, en función de la experiencia y la siniestralidad que sobre él tiene la aseguradora.

DAÑO: Es toda pérdida personal o material que sufre una persona física o moral, en su vida o en su patrimonio.

DAÑO MATERIAL: Es la pérdida o daño que se causa a un bien, ya sea propio o de un tercero.

DAÑO MORAL: Es toda pérdida que se causa a una persona en su interior (en su nombre, su prestigio, etc.).

DAÑO FISICO: Es toda pérdida que se causa a un bien material, ya sea propio o de un tercero.

DAÑOS A TERCEROS: Es la pérdida que se causa a una persona o a un bien propiedad de otros, que no es familiar o dependiente del asegurado.

DEDUCIBLE: Es la cantidad o el porcentaje que en cada siniestro, tiene que absorber el asegurado.

DEPENDIENTE: Es la persona que depende económica y legalmente del titular de una póliza y sobre la cual puede existir alguna responsabilidad.

DERECHO DE POLIZA: Es la cantidad que paga el asegurado por los gastos de expedición de una póliza. Se le conoce también como recargo fijo.

DOLO: Es la acción o maniobra fraudulenta destinada a engañar a otros.

ENDOSO: Es el documento contractual que se añade a la póliza, y que puede aumentar o disminuir el importe de la prima o que puede aclarar alguna de las cláusulas del contrato de seguros.

EXCLUSIONES DE RIESGOS: Son aquellos conceptos o riesgos que expresamente la aseguradora no da por cubiertos en una póliza

GASTOS DE AJUSTE: Son los gastos en que incurre la aseguradora, por concepto de investigación para determinar el monto o valor de los daños que puedan existir en un siniestro.

INDEMNIZACION: Es la cantidad que está obligada a pagar la aseguradora a consecuencia de un siniestro, después de restarle el deducible y coaseguro, si los hubiera. La indemnización puede ser pagada en especie, en dinero, reponiendo el bien dañado o reparándolo.

INTERÉS ASEGURABLE: Es el interés económico, legal y substancial de quien desee contratar una póliza a los fines de cubrir un riesgo . Es el objeto del contrato.

NEGLIGENCIA: Es la culpa con descuido, omisión y falta de aplicación. Falta de adopción de las precauciones debidas, sea en actos extraordinarios o en los de la vida diaria.

PATRIMONIO: Es el conjunto de bienes, derechos y obligaciones susceptibles de valoración cuantitativa.

PAGO FRACCIONADO: Es la facilidad que otorga la aseguradora, para liquidar la prima en pagos fraccionados.

PERDIDA: Es el menoscabo que afecta la propiedad física o moral de una persona.

PERJUICIO: Es la acción que ocasiona un daño o menoscabo material o moral a un tercero, en sus bienes o persona, por cualquier acción u omisión.

PERSONA FISICA: Es todo individuo que actúa en forma personal.

PERSONA MORAL: Es toda empresa o sociedad constituida de acuerdo a las leyes. Se considera también a las instituciones gubernamentales, la iglesia, el ejército, etc.

POLIZA: Es la evidencia escrita y válida entre el asegurado y la aseguradora. Se le denomina también como contrato de seguros.

PRIMA: Es el importe que determina la aseguradora, como contraprestación o pago, por la protección que otorga en los términos del contrato de seguros ó póliza.

PRIMA NETA: Es el importe que cobra la aseguradora por cubrir un riesgo determinado.

PRIMA DE TARIFA: Se denomina también *prima bruta* o *prima comercial*, y es la que aplica el asegurador a un riesgo determinado y para una cobertura concreta. Está formada, como elemento base, por la *prima pura* más los recargos para gastos generales de gestión y administración, gastos comerciales o de adquisición, gastos de cobranza de las primas, gastos de liquidación de siniestros más, en su caso, coeficiente de seguridad y beneficio industrial.

PRIMA TOTAL: Es el importe de la prima neta, al que se incluyen los derechos de póliza o gastos de expedición, el recargo por pago fraccionado si lo hubiera y el impuesto correspondiente.

RAMO: Es el término que se utiliza para determinar el tipo o clase de seguro que existe. Hay varios ramos: de vida, de daños, de accidentes y enfermedades, de autos, de responsabilidad civil, etc.

REASEGURO: Es la operación que realiza una aseguradora y que consiste en ceder a otra, parte o la totalidad del riesgo que asume o contrata. Generalmente esta operación se lleva a cabo en negocios grandes o muy peligrosos.

REASEGURADORA: Es la empresa que acepta contratar un riesgo que ya aceptó y expidió otra aseguradora. En México se requiere autorización de la autoridad competente, para hacer operaciones de reaseguro.

RECARGO FIJO: Es el importe que cobra la aseguradora para cubrir sus gastos de operación.

RECIBO DE PRIMAS: Es el documento que expide la aseguradora como comprobante de haber recibido el pago de la prima que se determinó en la póliza.

RECLAMACIÓN: Es el aviso o comunicación que hace el asegurado a la aseguradora, informándole que ha tenido un siniestro.

RECUPERACION: Es la parte que recibe la aseguradora de un tercero, después de haber pagado un siniestro.

REHABILITACION: Es el proceso que lleva a cabo la aseguradora, para dejar en vigor y vigentes todos los derechos que existen en el contrato de seguros.

RENOVACION: Es el proceso que se efectúa entre el asegurado, la aseguradora y el agente de seguros, con el objeto de elaborar una nueva póliza por un periodo determinado. La renovación puede modificar, aumentar o disminuir las cláusulas o la suma asegurada de una póliza vencida.

RESCISION: Es la finalización del contrato en una fecha anterior a la prevista

RESPONSABILIDAD CIVIL: Es la obligación o compromiso que tienen las personas, físicas o morales, de reponer la propiedad de otra persona, cuando se sea responsable del daño o menoscabo en la propiedad de otros.

RIESGOS NO ASEGURABLES: Son aquellos que quedan fuera de la cobertura general por parte de las aseguradoras.

ROBO: Es el delito cometido contra la propiedad privada por el que se toma con o sin violencia, lo que no le pertenece.

SALVAMENTO: Es la recuperación que obtiene la aseguradora en un siniestro.

SEGURO: Es el contrato por el que, mediante el pago de una prima, la aseguradora se compromete a indemnizar una eventualidad contemplada en la póliza.

SINIESTRALIDAD: Es el porcentaje entre la prima pagada y los siniestros pagados por la aseguradora.

SINIESTRO: Es el acontecimiento o hecho previsto en el contrato, cuyo acaecimiento genera la obligación de indemnizar al asegurado.

SOLICITUD: Es la forma que utiliza la aseguradora, para que el solicitante de un seguro proporcione información correspondiente al bien o persona que se pretenda asegurar y se pueda determinar el costo de la prima.

SUBROGACIÓN: Son los derechos que correspondan al asegurado contra un tercero, en razón del siniestro, se transfieren a la aseguradora hasta el monto de la indemnización que abone. El asegurado es el responsable de todo acto que perjudique este derecho a la aseguradora.

SUMA ASEGURADA: Es el valor que fija el asegurado sobre su persona o sus bienes, y que es determinante para que la aseguradora cobre la prima o haga una indemnización en caso de siniestro.

TARIFA: Es la cantidad que determina la aseguradora en función a la experiencia de siniestralidad.

VALOR CONVENIDO: Es la cantidad de dinero por la cual se está obligando una aseguradora, aún cuando el valor comercial del bien asegurado se otro.

VALOR DE REPOSICION: Es la cantidad de dinero que cuesta reparar el bien asegurado. Es diferente al valor factura.

VALOR REAL: Es el precio o valor comercial del bien asegurado.

Anexo 2: Elaboración propia de *tabla de valores conmutados* a partir de la tabla de Tasa de Mortalidad de Grupo CNSF 2000-G (1991-1998) con $i = 5.5\%$.

Edad	q_x	p_x	l_x	d_x	D_x	N_x	C_x	M_x
12	0.000788	0.999212	10000.000	7.880	4969.6936	83887.7446	3.6945	222.2995
13	0.000804	0.999196	9992.120	8.034	4684.6958	78918.0509	3.5533	218.6050
14	0.000821	0.999179	9984.086	8.197	4415.9710	74233.3552	3.4203	215.0518
15	0.000840	0.999160	9975.889	8.380	4162.5901	69817.3842	3.2987	211.6315
16	0.000861	0.999139	9967.510	8.582	3923.6731	65654.7941	3.1871	208.3328
17	0.000884	0.999116	9958.928	8.804	3698.3914	61731.1209	3.0843	205.1457
18	0.000909	0.999091	9950.124	9.045	3485.9641	58032.7296	2.9894	202.0614
19	0.000936	0.999064	9941.079	9.305	3285.6560	54546.7654	2.9013	199.0720
20	0.000965	0.999035	9931.774	9.584	3096.7742	51261.1094	2.8192	196.1707
21	0.000997	0.999003	9922.190	9.892	2918.6659	48164.3352	2.7452	193.3515
22	0.001031	0.998969	9912.298	10.220	2750.7132	45245.6693	2.6755	190.6063
23	0.001069	0.998931	9902.078	10.585	2592.3370	42494.9561	2.6143	187.9309
24	0.001109	0.998891	9891.493	10.970	2442.9866	39902.6192	2.5559	185.3165
25	0.001153	0.998847	9880.523	11.392	2302.1484	37459.6326	2.5041	182.7606
26	0.001201	0.998799	9869.131	11.853	2169.3340	35157.4842	2.4579	180.2565
27	0.001252	0.998748	9857.278	12.341	2044.0836	32988.1502	2.4143	177.7986
28	0.001308	0.998692	9844.937	12.877	1925.9664	30944.0666	2.3766	175.3842
29	0.001368	0.998632	9832.060	13.450	1814.5729	29018.1002	2.3418	173.0077
30	0.001434	0.998566	9818.609	14.080	1709.5194	27203.5273	2.3127	170.6658
31	0.001505	0.998495	9804.530	14.756	1610.4414	25494.0080	2.2865	168.3532
32	0.001582	0.998418	9789.774	15.487	1516.9979	23883.5665	2.2640	166.0666
33	0.001665	0.998335	9774.286	16.274	1428.8660	22366.5687	2.2444	163.8026
34	0.001756	0.998244	9758.012	17.135	1345.7424	20937.7027	2.2294	161.5582
35	0.001854	0.998146	9740.877	18.060	1267.3389	19591.9603	2.2166	159.3288
36	0.001962	0.998038	9722.817	19.076	1193.3861	18324.6213	2.2089	157.1122
37	0.002078	0.997922	9703.741	20.164	1123.6271	17131.2352	2.2027	154.9033
38	0.002205	0.997795	9683.577	21.352	1057.8228	16007.6081	2.2005	152.7005
39	0.002344	0.997656	9662.225	22.648	995.7456	14949.7853	2.2019	150.5001
40	0.002495	0.997505	9639.576	24.051	937.1807	13954.0397	2.2059	148.2982
41	0.002660	0.997340	9615.526	25.577	881.9268	13016.8590	2.2131	146.0923
42	0.002840	0.997160	9589.948	27.235	829.7933	12134.9322	2.2232	143.8791
43	0.003038	0.996962	9562.713	29.052	780.6007	11305.1389	2.2372	141.6559
44	0.003254	0.996746	9533.661	31.023	734.1785	10524.5382	2.2538	139.4187
45	0.003491	0.996509	9502.639	33.174	690.3674	9790.3598	2.2737	137.1649
46	0.003751	0.996249	9469.465	35.520	649.0164	9099.9923	2.2967	134.8912
47	0.004037	0.995963	9433.945	38.085	609.9829	8450.9760	2.3231	132.5946
48	0.004352	0.995648	9395.860	40.891	573.1325	7840.9931	2.3531	130.2714
49	0.004698	0.995302	9354.970	43.950	538.3379	7267.8606	2.3860	127.9184
50	0.005080	0.994920	9311.020	47.300	505.4800	6729.5226	2.4225	125.5324
51	0.005501	0.994499	9263.720	50.960	474.4455	6224.0426	2.4622	123.1099
52	0.005996	0.994004	9212.760	55.240	445.1279	5749.5972	2.5179	120.6477
53	0.006481	0.993519	9157.520	59.350	417.4140	5304.4693	2.5521	118.1298
54	0.007051	0.992949	9098.171	64.151	391.2347	4887.0553	2.6024	115.5777
55	0.007682	0.992318	9034.019	69.399	366.4869	4495.8206	2.6560	112.9752
56	0.008383	0.991617	8964.620	75.150	343.0863	4129.3337	2.7133	110.3192
57	0.009162	0.990838	8889.470	81.445	320.9531	3786.2474	2.7741	107.6059
58	0.010028	0.989972	8808.024	88.327	300.0118	3465.2943	2.8382	104.8318
59	0.010992	0.989008	8719.697	95.847	280.1918	3165.2825	2.9055	101.9936
60	0.012067	0.987933	8623.851	104.064	261.4263	2885.0908	2.9761	99.0881

61	0.013266	0.986734	8519.787	113.023	243.6525	2623.6644	3.0493	96.1120
62	0.014605	0.985395	8406.763	122.781	226.8115	2380.0119	3.1251	93.0627
63	0.016102	0.983898	8283.982	133.389	210.8481	2153.2004	3.2029	89.9376
64	0.017778	0.982222	8150.594	144.901	195.7104	1942.3523	3.2824	86.7347
65	0.019656	0.980344	8005.692	157.360	181.3500	1746.6419	3.3628	83.4523
66	0.021761	0.978239	7848.332	170.788	167.7221	1565.2919	3.4432	80.0894
67	0.024123	0.975877	7677.545	185.205	154.7852	1397.5698	3.5225	76.6462
68	0.026766	0.973234	7492.339	200.540	142.5012	1242.7846	3.5983	73.1237
69	0.029758	0.970242	7291.800	216.989	130.8368	1100.2834	3.6731	69.5254
70	0.033112	0.966888	7074.810	234.261	119.7579	969.4465	3.7410	65.8523
71	0.036885	0.963115	6840.549	252.314	109.2382	849.6886	3.8012	62.1114
72	0.041133	0.958867	6588.235	270.994	99.2537	740.4504	3.8515	58.3102
73	0.045915	0.954085	6317.242	290.056	89.7841	641.1967	3.8891	54.4587
74	0.051302	0.948698	6027.185	309.207	80.8129	551.4126	3.9112	50.5696
75	0.057369	0.942631	5717.979	328.035	72.3274	470.5997	3.9145	46.6584
76	0.064199	0.935801	5389.944	346.029	64.3189	398.2724	3.8955	42.7439
77	0.071887	0.928113	5043.915	362.592	56.7827	333.9535	3.8509	38.8484
78	0.080534	0.919466	4681.323	377.006	49.7177	277.1708	3.7773	34.9976
79	0.090251	0.909749	4304.317	388.469	43.1262	227.4531	3.6719	31.2202
80	0.101155	0.898845	3915.848	396.108	37.0132	184.3269	3.5321	27.5484
81	0.113373	0.886627	3519.741	399.044	31.3860	147.3137	3.3569	24.0162
82	0.127033	0.872967	3120.697	396.432	26.2525	115.9277	3.1462	20.6593
83	0.142270	0.857730	2724.266	387.581	21.6203	89.6752	2.9018	17.5132
84	0.159214	0.840786	2336.684	372.033	17.4947	68.0549	2.6277	14.6113
85	0.177990	0.822010	1964.652	349.688	13.8767	50.5601	2.3301	11.9836
86	0.198711	0.801289	1614.963	320.911	10.7611	36.6834	2.0173	9.6535
87	0.221468	0.778532	1294.052	286.591	8.1347	25.9223	1.6996	7.6362
88	0.246327	0.753673	1007.461	248.165	5.9746	17.7876	1.3884	5.9366
89	0.273313	0.726687	759.296	207.526	4.2480	11.8129	1.0953	4.5482
90	0.302405	0.697595	551.771	166.858	2.9123	7.5649	0.8308	3.4528
91	0.333527	0.666473	384.912	128.379	1.9166	4.6526	0.6031	2.6220
92	0.366540	0.633460	256.534	94.030	1.2050	2.7360	0.4167	2.0189
93	0.401237	0.598763	162.504	65.203	0.7201	1.5310	0.2726	1.6022
94	0.437344	0.562656	97.301	42.554	0.4068	0.8108	0.1678	1.3297
95	0.474524	0.525476	54.747	25.979	0.2159	0.4041	0.0967	1.1618
96	0.512385	0.487615	28.768	14.740	0.1070	0.1881	0.0517	1.0652
97	0.550499	0.449501	14.028	7.722	0.0492	0.0811	0.0256	1.0134
98	0.588413	0.411587	6.306	3.710	0.0209	0.0319	0.0116	0.9878
99	0.625679	0.374321	2.595	1.624	0.0081	0.0110	0.0048	0.9763
100	1.000000	0.000000	0.971	0.971	0.0029	0.0029	0.9715	0.9715

Fuente: Elaboración propia

Anexo 3: Tabla de Tasa de Mortalidad de Grupo CNSF 2000-G (1991-1998)

x	$1q_x$		x	$1q_x$		x	$1q_x$
12	0.000788		42	0.00284		72	0.041133
13	0.000804		43	0.003038		73	0.045915
14	0.000821		44	0.003254		74	0.051302
15	0.00084		45	0.003491		75	0.057369
16	0.000861		46	0.003751		76	0.064199
17	0.000884		47	0.004037		77	0.071887
18	0.000909		48	0.004352		78	0.080534
19	0.000936		49	0.004698		79	0.090251
20	0.000965		50	0.00508		80	0.101155
21	0.000997		51	0.005501		81	0.113373
22	0.001031		52	0.005966		82	0.127033
23	0.001069		53	0.006481		83	0.14227
24	0.001109		54	0.007051		84	0.159214
25	0.001153		55	0.007682		85	0.17799
26	0.001201		56	0.008383		86	0.198711
27	0.001252		57	0.009162		87	0.221468
28	0.001308		58	0.010028		88	0.246327
29	0.001368		59	0.010992		89	0.273313
30	0.001434		60	0.012067		90	0.302405
31	0.001505		61	0.013266		91	0.333527
32	0.001582		62	0.014605		92	0.36654
33	0.001665		63	0.016102		93	0.401237
34	0.001756		64	0.017778		94	0.437344
35	0.001854		65	0.019656		95	0.474524
36	0.001962		66	0.021761		96	0.512385
37	0.002078		67	0.024123		97	0.550499
38	0.002205		68	0.026776		98	0.588413
39	0.002344		69	0.029758		99	0.625679
40	0.002495		70	0.033112		100	1
41	0.00266		71	0.036885			

Fuente: CNSF

Anexo 4: Tabla Beneficio Ordinario de Invalidez

<i>Edad</i>	<i>q_x</i>
12	0.400000
13	0.400000
14	0.400000
15	0.400000
16	0.400000
17	0.400000
18	0.400000
19	0.424000
20	0.448000
21	0.464000
22	0.488000
23	0.496000
24	0.512000
25	0.520000
26	0.520000
27	0.520000
28	0.520000
29	0.512000
30	0.512000
31	0.512000
32	0.520000
33	0.528000
34	0.544000
35	0.568000
36	0.600000
37	0.640000
38	0.688000
39	0.744000
40	0.816000
41	0.904000

<i>Edad</i>	<i>q_x</i>
42	1.000000
43	1.104000
44	1.232000
45	1.376000
46	1.544000
47	1.736000
48	1.952000
49	2.208000
50	2.488000
51	2.816000
52	3.176000
53	3.576000
54	4.024000
55	4.512000
56	5.040000
57	5.616000
58	6.232000
59	6.888000
60	7.160000
61	7.432000
62	8.200000
63	9.040000
64	9.968000
65	9.968000
66	9.968000
67	9.968000
68	9.968000
69	9.968000
70	9.968000

**Fuente: Gudiño Zariñana Octavio,
Los microseguros y su efecto
En personas de escasos recursos,**

Anexo 5: Tabla de tasa mortalidad global y precio de primas por edad

<i>Calculo de $(i * v)/d$</i>	0.973701058
<i>Interés técnico</i>	5.50%
q_g	0.0069

<i>Edad</i>	q_x	<i>S.A Expuesta</i>	<i>Pérdida Esperada</i>	<i>Prima Anual</i>
12	0.000788	18,526	15	124
13	0.000804	43,159	35	290
14	0.000821	20,875	17	140
15	0.000840	59,879	50	402
16	0.000861	36,731	32	247
17	0.000884	18,088	16	122
18	0.000909	14,720	13	99
19	0.000936	12,813	12	86
20	0.000965	38,282	37	257
21	0.000997	46,949	47	315
22	0.001031	11,690	12	79
23	0.001069	19,956	21	134
24	0.001109	42,524	47	286
25	0.001153	10,864	13	73
26	0.001201	42,638	51	286
27	0.001252	50,494	63	339
28	0.001308	59,382	78	399
29	0.001368	23,012	31	155
30	0.001434	19,852	28	133
31	0.001505	23,248	35	156
32	0.001582	20,631	33	139
33	0.001665	56,822	95	382
34	0.001756	23,803	42	160
35	0.001854	21,128	39	142
36	0.001962	42,335	83	284
37	0.002078	28,150	58	189
38	0.002205	55,581	123	373
39	0.002344	11,061	26	74
40	0.002495	28,811	72	194
41	0.002660	44,205	118	297
42	0.002840	31,581	90	212
43	0.003038	49,264	150	331
44	0.003254	47,787	155	321
45	0.003491	38,390	134	258
46	0.003751	10,940	41	73

47	0.004037	11,168	45	75
48	0.004352	35,393	154	238
49	0.004698	33,992	160	228
50	0.005080	34,658	176	233
51	0.005501	16,246	89	109
52	0.005996	27,302	164	183
53	0.006481	27,427	178	184
54	0.007051	35,721	252	240
55	0.007682	30,154	232	203
56	0.008383	53,590	449	360
57	0.009162	43,235	396	290
58	0.010028	38,731	388	260
59	0.010992	41,135	452	276
60	0.012067	37,035	447	249
61	0.013266	16,245	216	109
62	0.014605	17,792	260	120
63	0.016102	51,753	833	348
64	0.017778	57,005	1,013	383
65	0.019656	12,341	243	83
66	0.021761	27,772	604	187
67	0.024123	46,835	1,130	315
68	0.026766	43,786	1,172	294
69	0.029758	52,470	1,561	352
70	0.033112	26,397	874	177
		1,942,354.0	13,400	

Fuente: Elaboración propia en base a las probabilidades de muerte de la tabla CNSF 2000-G (1991-1998)

Anexo 6: Antecedentes históricos del ámbito asegurador

México, país con una historia sumamente interesante y que se remonta a milenios, hace alarde de muchas e importantes huellas que de aquélla se derivan (símbolos, jeroglíficos, códigos, otros) y que constituyen la fuente a la que se debe recurrir para encontrar en ella la justificación del origen y desarrollo de alguna actividad hasta nuestros días. Para referirse a los antecedentes históricos del seguro, es necesario investigar documentos que nos permitan configurar un cuadro, lo más exacto posible, de la situación. Sin embargo, la escasez de documentos relacionados con la actividad aseguradora en el país, permiten sólo delinear una panorámica bastante reducida de ella, a partir de finales del siglo XVIII, aunque en España -varios siglos antes- dicha actividad ya ocupaba un amplio espacio en su economía. Huelga mencionar aquí, que en países como India, Egipto, Grecia y Roma, aunque el seguro no fuese conocido como una institución definida con caracteres propios, se encuentran vestigios -en las relaciones comerciales de esos países- que hacen suponer que el espíritu de la previsión ya tenía algún arraigo, de manera particular sobre riesgos del mar.

La historia del seguro se puede dividir en tres etapas: la primera se da en la edad media, la segunda de los siglos XIV al XVIII y la última, que parte del siglo XVII, hasta nuestros días. Un antecedente de la actividad aseguradora en la primera etapa se da en la antigua Babilonia, que tenía un sistema de protección para sus embarcaciones y caravanas, una persona asumía el riesgo acordando pagar al comerciante en caso de que su mercancía fuera robada y a cambio el comerciante le pagaba un incentivo llamado “ Premium “. Esta persona cobraba los premiums a todos los comerciantes que le pedían esa protección y así el podía hacer frente a las pérdidas de los que sufrían el robo de sus mercancías.

Uno de los primeros antecedentes de la segunda etapa, incluye al documento oficial más antiguo que se conoce a la fecha y que se puede considerar como el primer contrato de seguro. Es precisamente una póliza de seguro marítimo que surgió el 23 de octubre de 1347 en Génova Italia, donde se hace notar la formalidad del contrato y se estipula que se indemnizará pagando el doble de la cantidad prestada en caso de que algo ocurra a la embarcación y ésta no llegue sana y salva al puerto destinado.

Es interesante señalar que los primeros seguros sobre la vida humana aparecen a razón de los viajes a través de los océanos. Los piratas vagaban por los principales mares capturando a menudo capitanes y a las tripulaciones de los barcos para cobrar rescate. Los capitanes comprendieron pronto que debían garantizar el rápido pago del dinero de su rescate para que sus propias vidas y las de su tripulación fueran salvadas; aquéllos que no pudieron prometer el rescate eran obligados a arrojarse al mar, así que se estableció un seguro para garantizar su rescate y más tarde se les aseguró contra muerte derivada de otras causas durante sus viajes. Es importante señalar los siguientes antecedentes efectuados en la última etapa, en la cual se ha dividido la historia del seguro. Esta etapa comienza formalmente a finales del siglo XVII, en la que se afianzan los fundamentos técnicos y jurídicos del seguro. En 1634 Blas Pascal, famoso matemático de su tiempo, da lugar al nacimiento del cálculo de probabilidades y a la teoría de los grandes números. En Inglaterra, Edmund Halley elabora la primera tabla de mortalidad, técnicamente construida. Es verdaderamente interesante señalar estos hechos antes comentados y hago énfasis por que hoy día en la práctica actuarial la probabilidad, la teoría de los grandes números, y el estudio de las matemáticas actuariales, que comprenden las tablas de mortalidad, son de fundamental importancia en la carrera de actuaría, tanto en investigación, como en la aplicación.

En esta etapa aparecen las primeras empresas de seguros sobre bases más técnicas y se debió principalmente al gran florecimiento de la industria en esa época, los grandes descubrimientos y por la regulación jurídica a través del control administrativo. Dentro de esta etapa es preciso decir que en Hamburgo, aproximadamente en el año 1500, una primera manifestación del seguro de daños, al conocerse la existencia de unas cajas especiales de propietarios cuyo fin era exclusivamente era agruparse para socorrerse en un incendio.

Anexo 7: Artículo 36 de la LGISMS

Artículo 36.- Las instituciones de seguros al realizar su actividad deberán observar los siguientes principios:

I.- Ofrecer y celebrar contratos en relación a las operaciones autorizadas, en términos de las disposiciones legales aplicables y conforme a los sanos usos y costumbres en materia de seguros con el propósito de lograr una adecuada selección de los riesgos que se asuman;

II.- Determinar sobre bases técnicas, las primas netas de riesgo a fin de garantizar con un elevado grado de certidumbre, el cumplimiento de las obligaciones que al efecto contraigan con los asegurados;

III.- Prever que las estipulaciones contenidas en la documentación contractual correspondiente a las diversas operaciones de seguro así como en la determinación del importe de las primas y extraprimas, su devolución y pago de dividendos o bonificaciones, en caso de que se contrate ese beneficio, no den lugar a la disminución de la prima neta de riesgo, y

IV.- Indicar de manera clara y precisa, en la documentación contractual de las operaciones de seguros y la relacionada con éstas, el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles y cualquier otra modalidad que se establezca en las coberturas o planes que ofrezca la institución de seguros así como los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios. De igual manera, se deberá procurar claridad y precisión en la comunicación individual o colectiva que por cualquier medio realicen las instituciones de seguros con sus asegurados contratantes y beneficiarios o con el público en general.

V.- En el caso de las instituciones de seguros que operan el ramo de salud, deberán contar con un Contralor Médico nombrado por el Consejo de Administración y ratificado por la Secretaría de Salud de acuerdo a los criterios que emita dicha Secretaría en donde se tomarán en cuenta, entre otros requisitos, la experiencia y conocimientos médicos, no tener parentesco por consanguinidad hasta el segundo grado, o afinidad, con el

Director General de la institución, y no encontrarse en ninguno de los supuestos a que se refieren los incisos b), c), d), e), f), g) y h) del numeral 3 de la fracción VII Bis, del artículo 29 de esta Ley.

El Contralor Médico deberá, entre otras actividades, supervisar el cumplimiento del programa de utilización de los servicios médicos de la institución, el funcionamiento de la red de servicios médicos de la institución a fin de que su cobertura sea apropiada, el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas aplicables derivadas de la Ley General de Salud y el seguimiento a las reclamaciones presentadas en contra de la institución, en los términos que establezca la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, mediante disposiciones de carácter general, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud.

El Contralor Médico deberá informar cuatrimestralmente de las obligaciones a su cargo, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a la Secretaría de Salud.

VI. En el caso de las instituciones de seguros que operen en el ramo de salud, deberán:

a) Mantener los servicios médicos y hospitalarios ofrecidos, de tal manera que la infraestructura sea suficiente para satisfacer directa o indirectamente los contratos suscritos.

b) Informar a los asegurados por escrito dentro de los quince días hábiles siguientes de los cambios en la red de infraestructura hospitalaria.

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

[Artículo 36-a]

Artículo 36-A.- Para los efectos de lo dispuesto en la fracción II del artículo 36 de esta Ley, las instituciones de seguros deberán sustentar cada una de sus coberturas, planes y las primas netas de riesgo que correspondan, en una nota

técnica en la que se exprese de acuerdo a la operación o ramo de que se trate, lo siguiente:

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

Las instituciones de seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, previo el registro de las notas técnicas que al efecto lleve la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo que establece el artículo 36-D de esta Ley.

Las instituciones que realicen operaciones sin fundamento en la nota técnica a que se refiere este artículo, omitan su registro o desarrollen las operaciones en términos distintos a los que se consideren en la misma, serán sancionadas en los términos de esta Ley.

Cuando una institución de seguros otorgue una cobertura, en contravención a este artículo, que dé lugar al cobro de una prima o extraprima inferior a la que debería

cubrirse para riesgos de la misma clase, que la institución opere, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le concederá un plazo de diez días a partir de la fecha de notificación para que exponga lo que a su derecho convenga. Si dicha Comisión determina que ha quedado comprobada la falta, le ordenará a la empresa que dentro del término que señale, no mayor de treinta días naturales, corrija el documento de que se trate manteniendo la vigencia de la póliza hasta su terminación a su costa no pudiendo, en su caso, renovarse la póliza en las mismas condiciones.

En las coberturas de vida o de accidentes y enfermedades en que una institución de seguros cobre una prima o extraprima superior a la que debería cubrirse para los riesgos de la misma clase que la propia institución opere, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, ajustándose al procedimiento citado en el párrafo anterior, si determina que ha quedado comprobada la falta, lo comunicará al contratante, asegurado o beneficiario o a sus causahabientes para que en un plazo de diez días a partir de la fecha de notificación, determine si se le devuelve el exceso cobrado y su rendimiento o se aumenta la suma asegurada. En caso de que no resuelva nada en el referido plazo, la Comisión ordenará a la institución la devolución del exceso cobrado y su rendimiento. Tratándose de coberturas de daños, la Comisión dará vista al interesado previamente y ordenará a la institución que devuelva el exceso cobrado y su rendimiento.

[Artículo 36-b]

Artículo 36-B.- Los contratos de seguros en que se formalicen las operaciones de seguros que se ofrezcan al público en general como contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos, por una institución de seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, deberán ser registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en los términos previstos en el artículo 36-D de esta Ley.

Los referidos contratos de adhesión deberán ser escritos en idioma español y con caracteres legibles a simple vista para una persona de visión normal.

La citada Comisión registrará los contratos señalados y, en su caso, los modelos de cláusulas adicionales independientes que cumplan los mismos requisitos,

previo dictamen de que los mismos no contienen estipulaciones que se opongan a lo dispuesto por las disposiciones legales que les sean aplicables y que no establecen obligaciones o condiciones inequitativas o lesivas para contratantes, asegurados o beneficiarios de los seguros y otras operaciones a que se refieran.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una institución de seguros sin contar con el registro de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a que se refieren el presente artículo, así como el artículo 36-D de esta Ley, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes, contra la institución de seguros y nunca por ésta contra aquéllos. (DR)IJ

[Artículo 36-c]

Artículo 36-C.- Los contratos de seguro en general deberán contener las indicaciones que administrativamente fije la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en protección de los intereses de los contratantes, asegurados o beneficiarios. Con el mismo fin, la citada Comisión podrá establecer cláusulas tipo de uso obligatorio para las diversas especies de contratos de seguro.

[Artículo 36-d]

Artículo 36-D.- Las instituciones de seguros sólo podrán ofrecer al público las operaciones y servicios que esta Ley les autoriza, previo registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de sus productos. Los requisitos para obtener el referido registro serán establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas mediante disposiciones de carácter general, las cuales observarán los siguientes principios generales:

I.- Tratándose de productos de seguros que se ofrezcan al público como contratos de adhesión:

a) Las instituciones deberán presentar ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de manera conjunta, la nota técnica a que se refiere el artículo 36-A, así como la documentación contractual a que se refiere el artículo 36-B de esta Ley, correspondientes a cada uno de los productos;

b) La nota técnica del producto deberá ser elaborada en términos de lo previsto en los artículos 36 y 36-A de esta Ley y con apego a los estándares de práctica actuarial que al efecto señale la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mediante las disposiciones generales a que se refiere este artículo. Las notas técnicas deberán ser elaboradas y firmadas por un actuario con cédula profesional que además cuente con la certificación vigente emitida para este propósito por el colegio profesional de la especialidad o acredite ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que tiene los conocimientos requeridos para este efecto;

c) La documentación contractual del producto deberá acompañarse de un dictamen jurídico que certifique su apego a lo previsto en los artículos 36 y 36-B de esta Ley y demás disposiciones aplicables. La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en las disposiciones generales a que se refiere el presente artículo, establecerá los requisitos que deberán cumplir quienes suscriban dicho dictamen, y

d) La solicitud de registro del producto de que se trate, deberá acompañarse de un análisis de congruencia entre la nota técnica y la documentación contractual, el cual deberá ser suscrito tanto por el actuario encargado de la elaboración de la nota técnica, como por un abogado de la institución;

II.- Tratándose de productos de seguros distintos a los señalados en la fracción anterior:

a) Las instituciones deberán presentar ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de manera conjunta, la nota técnica a que se refiere el artículo 36-A, así como el proyecto de la documentación contractual correspondiente al producto. En el caso de que al celebrarse el contrato se modifique dicho proyecto, la documentación contractual definitiva deberá ser remitida a la Comisión dentro de los diez días hábiles siguientes a su celebración, iniciando con ello nuevamente el plazo previsto en este artículo para que la Comisión pueda ejercer la facultad de suspender el registro del producto para subsecuentes contrataciones;

b) La nota técnica del producto deberá ser elaborada en términos previstos en el inciso b) de la fracción I del presente artículo, y

c) La solicitud de registro del producto de que se trate, deberá acompañarse de un análisis de congruencia entre la nota técnica y el proyecto de documentación contractual, el cual deberá ser suscrito tanto por el actuario encargado de la elaboración de la nota técnica, como por un abogado de la institución.

Los productos quedarán inscritos en el registro a partir del día en que se presenten a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas cumpliendo con los requisitos establecidos en el presente artículo, y la institución de inmediato podrá ofrecer al público los servicios previstos en el mismo.

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

Si la nota técnica o la documentación contractual de los productos de seguros registrados no se apega lo dispuesto en los artículos 36, 36-A y 36-B de esta Ley, así como a las disposiciones de carácter general a las que se refiere este artículo, la Comisión en un plazo que no excederá de 30 días hábiles a partir de aquél en que le fue presentada, suspenderá el registro del producto. En este caso, la institución dejará de ofrecer y contratar la operación correspondiente hasta en tanto integre la nota técnica o la documentación contractual conforme a lo dispuesto en este artículo. Si la institución no presenta todos los elementos dentro de un término de 60 días hábiles a partir de aquél en que se le haya comunicado la suspensión del registro, el mismo quedará revocado.

Las operaciones que la institución haya realizado desde la fecha de registro hasta la de suspensión del mismo, o después de éste, deberán ajustarse a costa de la institución, a los términos correspondientes de la nota técnica o documentación contractual cuyo registro se haya restablecido y si la institución no la presenta y opera la revocación del registro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas ordenará las correcciones que conforme a lo dispuesto en la fracción I del artículo 36 de esta Ley procedan, ello con independencia de las sanciones que conforme a la presente Ley correspondan.

Cuando las operaciones que realicen las instituciones de seguros, obtengan resultados que no se apeguen razonablemente a lo previsto en la nota técnica correspondiente y, por ello, se afecten los intereses de los contratantes, asegurados o beneficiarios así como la solvencia y liquidez de esas instituciones,

la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá revocar el registro de la nota técnica y, por ende, del producto de que se trate.

En este caso, la institución deberá adecuar la nota técnica a las condiciones que se hayan presentado en el manejo y comportamiento del riesgo cubierto y someterla nuevamente a registro. Si a juicio de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas no hubieren sido subsanadas las deficiencias de la nota técnica, ordenará las modificaciones o correcciones que procedan, prohibiendo entre tanto su utilización.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las disposiciones generales previstas en este artículo, determinará los productos a que se refiere fracción II de este mismo artículo, que por su reducido impacto potencial en la solvencia de la institución, puedan ofrecerse al público sin obtener su registro.

El registro previsto en esta fracción no será aplicable a los productos que por su naturaleza técnica o características especiales, impliquen que la institución de seguros adopte las tarifas y condiciones de aseguramiento de los reaseguradores.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, establecerá el procedimiento y requisitos para el registro de los servicios relacionados con los productos de seguros que ofrezcan las instituciones.

[Artículo 36-e]

Artículo 36-E.- La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las instituciones de seguros, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

- I.- Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte;
- II.- Los medios de identificación del usuario y las responsabilidades correspondientes a su uso, y

III.- Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate.

El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que en su caso, emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Anexo 8: Capítulo 5.1 de la Circular Única de Seguros

TÍTULO 5.

DEL REGISTRO DE PRODUCTOS DE SEGUROS

CAPÍTULO 5.1.

DE LA FORMA Y TÉRMINOS PARA EL REGISTRO DE PRODUCTOS DE SEGUROS

Para los efectos de los artículos 36, 36-A, 36-B, 36-C, 36-D, 96 y 107 de la LGISMS:

5.1.1. El registro de los productos de seguros que las Instituciones y Sociedades Mutualistas pretendan ofrecer al público, únicamente podrá realizarse vía remota a través del envío de información y archivos magnéticos por Internet. Para tal efecto, deberán acceder al módulo que se encuentra en la Página Web de la Comisión.

Para efecto de las presentes Disposiciones, toda referencia al registro de productos de seguros comprenderá las notas técnicas, beneficios adicionales y cláusulas y formatos de carácter general que se señalan en las Disposiciones 5.1.13, 5.1.14 y 5.1.18, respectivamente, con las excepciones que procedan.

5.1.2. El registro de productos se llevará a cabo, según el tipo de seguro que corresponda, conforme a la siguiente clasificación:

- I. Seguros Tradicionales. Serán aquéllos que se ubiquen dentro de algunas de las operaciones de seguros de vida, daños o accidentes y enfermedades, excepto los seguros a los que se refieren las fracciones II y V del artículo 8o. de la LGISMS;
- II. Seguros de Pensiones. Serán aquéllos que se ubiquen en lo previsto en la fracción II del artículo 8o. de la LGISMS;

- III. Seguros de Salud. Serán aquéllos que se ubiquen en lo previsto en la fracción V del artículo 8o. de la LGISMS, y
 - IV. Microseguros. Serán aquéllos que se ubiquen dentro de algunas de las operaciones de seguros de vida, daños o accidentes y enfermedades, excepto los seguros a los que se refieren las fracciones II, XI, XI Bis y XI Bis-1 del artículo 8o. de la LGISMS, y tengan como propósito promover el acceso de la población de bajos ingresos a la protección del seguro mediante la utilización de medios de distribución y operación de bajo costo.
- 5.1.3. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, deberán designar ante la Comisión hasta cuatro operadores responsables de efectuar el registro de sus productos de seguros, mediante la presentación de una solicitud suscrita por su director general o equivalente, que acompañe lo siguiente:
- I. Para cada uno de los operadores responsables que se designen, el formato señalado en el Anexo 5.1.3-a de las presentes Disposiciones, firmado y en sobre cerrado, mediante el cual aceptan su responsabilidad en la utilización de la Página Web de la Comisión.

En dicho formato se deberá proporcionar su clave de usuario y la contraseña que utilizarán para acceder al módulo de registro de productos de seguros, mismas que tendrán el carácter de personales e intransferibles, y que se conformarán de acuerdo a lo dispuesto en el documento “Instructivo para el registro de productos de seguros a través de la Página Web de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas”, disponible en la Página Web de la Comisión, y
 - II. La relación de los responsables de firmar los documentos señalados en la Disposición 5.1.4 y la de quienes la

Institución o Sociedad Mutualista facultada para tal efecto por cumplir éstos con los requisitos establecidos en la LGISMS.

La solicitud a que se refiere la presente Disposición se hará mediante la presentación del formato establecido en el Anexo 5.1.3-b debidamente cumplimentado, y deberá entregarse en la Dirección General de Informática de la Comisión, sita en avenida Insurgentes Sur 1971, Torre 2 Norte, Primer Piso, Colonia Guadalupe Inn, 01020 México, D.F., en horario de 9:00 a 14:00 horas y de 15:00 a 18:00 horas, en días hábiles.

El Anexo 5.1.3-b se utilizará también en los casos en que se solicite dar de baja a cualquiera de los operadores responsables de efectuar el registro de productos de seguros, así como los responsables de firmar los documentos señalados en la Disposición 5.1.4.

5.1.4. Tratándose de productos de seguros que se ofrezcan al público como contratos de adhesión, se deberán remitir a la Comisión de manera conjunta, los documentos que se describen a continuación, creando para cada uno de ellos archivos de formato PDF, elaborados mediante el software denominado Adobe Acrobat:

I. La nota técnica a que se refiere el artículo 36-A de la LGISMS, misma que deberá ser firmada electrónicamente por un actuario con cédula profesional, que además cuente con la certificación vigente emitida para este propósito por el colegio profesional de la especialidad o haya obtenido la acreditación de la Comisión requerida para este efecto.

En dicha nota técnica se consignará la siguiente leyenda:

“(Nombre del profesionista) con cédula profesional_____ y certificación o acreditación_____, hago constar bajo mi responsabilidad profesional, que la metodología para la determinación de la prima, reservas y demás elementos

técnicos considerados en la presente nota técnica, se apegan a lo previsto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros”;

- II. La documentación contractual a que se refiere el artículo 36-B de la LGISMS, misma que será firmada electrónicamente por el responsable de la elaboración del dictamen jurídico previsto en el artículo 36-D de la misma Ley;
- III. El dictamen jurídico que certifique el apego de la documentación contractual a lo previsto en los artículos 36 y 36-B de la LGISMS y demás disposiciones aplicables, firmado electrónicamente por el responsable de su elaboración, el cual deberá asentar lo siguiente:

“(Nombre del profesionista) con cédula profesional _____ y registro otorgado por esa Comisión como Dictaminador Jurídico No. ____, hago constar bajo mi responsabilidad profesional, que la documentación contractual del producto denominado (nombre del producto) se apegan a lo previsto en los artículos 36 y 36-B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y demás disposiciones aplicables”.

Para el registro de las cláusulas y formatos de carácter general a las que se refiere la fracción I de la Disposición 5.1.18, el dictamen jurídico deberá establecer lo siguiente:

“(Nombre del profesionista) con cédula profesional _____ y registro otorgado por esa Comisión como Dictaminador Jurídico No. _____, hago constar bajo mi responsabilidad profesional, que las cláusulas y/o formatos de carácter general incorporados a la documentación contractual de los productos de (nombre de la operación, ramo) se apegan

a lo previsto en los artículos 36 y 36-B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y demás disposiciones aplicables”.

Adicionalmente, en el referido dictamen jurídico se podrá realizar cualquier tipo de consideración que se estime conveniente, respecto a características especiales de la documentación contractual, tales como su utilización, comercialización, etc., y

- IV. El análisis de congruencia entre la nota técnica y la documentación contractual al que se refiere el artículo 36-D de la LGISMS, que será firmado electrónicamente tanto por el actuario encargado de la elaboración de la nota técnica, como por un abogado de la Institución, el cual deberá incluir al menos la siguiente leyenda:

“Los que suscribimos (nombre del actuario) con cédula profesional _____ y certificación o acreditación _____ y (nombre del abogado de la institución) con cédula profesional _____), bajo nuestra responsabilidad profesional, hacemos constar que hemos verificado que las obligaciones asumidas en las condiciones contractuales del producto denominado (nombre del producto), se encuentran fielmente respaldadas mediante los métodos actuariales descritos en la nota técnica correspondiente”.

Para el registro de las cláusulas o formatos de carácter general a los que se refiere la fracción I de la Disposición 5.1.18, el análisis de congruencia únicamente deberá precisar que las mencionadas cláusulas o formatos no tienen sustento en notas técnicas.

Las firmas electrónicas referidas en la presente Disposición, deberán aplicarse utilizando las propias herramientas informáticas que

proporciona el Adobe Acrobat, conforme al “Instructivo Para la Creación y Firma de los Documentos PDF”, disponible en la Página Web de la Comisión.

El uso de firmas electrónicas, claves de usuario, contraseñas de acceso y otros medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto en las presentes Disposiciones, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a ésta y, en consecuencia, tendrá el mismo valor probatorio.

- 5.1.5. Cada una de las personas facultadas para firmar los documentos descritos en la Disposición 5.1.4, deberán hacer entrega de las llaves públicas asociadas a sus firmas electrónicas, acompañadas del formato establecido en el Anexo 5.1.5, mediante el cual reconocen su responsabilidad en la utilización de dichas firmas.

Las llaves públicas asociadas a las firmas electrónicas tendrán una vigencia de 5 años contados a partir de su fecha de expedición, por lo que, cumplido ese plazo, deberán entregar una nueva llave pública en los términos de las presentes Disposiciones.

Adicionalmente, los actuarios que elaboren y firmen las notas técnicas de los productos, deberán presentar el certificado vigente emitido por el colegio profesional de la especialidad o, en su caso, el documento en el que conste la acreditación de conocimientos ante la Comisión para tal efecto.

Los actuarios estarán habilitados en el sistema de registro en tanto mantengan vigente su certificación o acreditación para elaborar y firmar notas técnicas, por lo que concluido el plazo de vigencia, deberán comprobar la obtención de un nuevo certificado o acreditación, o en su caso, el refrendo respectivo.

La entrega de las llaves públicas y demás documentos señalados en la presente Disposición, deberá hacerse en la Dirección General de Informática de la Comisión, sita en avenida Insurgentes Sur 1971,

Torre 2 Norte, Primer Piso, Colonia Guadalupe Inn, 01020 México, D.F., en horario de 9:00 a 14:00 horas y de 15:00 a 18:00 horas, en días hábiles.

Los interesados podrán solicitar generar las llaves públicas referidas en la presente Disposición al momento de realizar la entrega de sus documentos, en la Dirección General señalada en el párrafo anterior.

- 5.1.6. En el caso de productos de seguros que se ofrezcan al público como contratos de no adhesión, y que de acuerdo a la regulación aplicable requieran registro ante la Comisión, las Instituciones deberán apegarse a los lineamientos señalados en la Disposición 5.1.4, con excepción de lo relativo al dictamen jurídico.

En este supuesto, el archivo correspondiente a la documentación contractual se firmará electrónicamente por el abogado de la Institución que suscriba el análisis de congruencia.

Las Instituciones podrán solicitar un número de registro único para los productos de seguros que se ofrezcan al público como contratos de no adhesión, mediante la remisión de los formatos o modelos generales que se utilizarán en este tipo de contratos, su respectiva nota técnica y análisis de congruencia, debiéndose manifestar con precisión cuáles cláusulas o conceptos son sujetos de variación durante el proceso de contratación.

Si al celebrarse el contrato se modifica el proyecto de la documentación contractual previamente registrada, la Institución deberá hacer el envío de todos los documentos en formato PDF, solicitando la sustitución del producto, y deberá hacer los comentarios correspondientes en el campo de la pantalla de captura de la Página Web de la Comisión destinado para tal fin. El procedimiento para la obtención de los acuses de recibo de dichos archivos será análogo al descrito en la Disposición 5.1.9.

- 5.1.7. Tratándose de las Instituciones especializadas en salud y con relación a los seguros señalados en la fracción V del artículo 8o. de la LGISMS, de manera adicional a los documentos señalados en la Disposición 5.1.4, con excepción del dictamen jurídico, si se trata de un contrato de no adhesión, deberán presentar un archivo PDF que contenga el folleto explicativo y el suplemento a los que se refiere la Trigésima Quinta de las “Reglas para la Operación y Desarrollo del Ramo de Salud”.

Los archivos señalados se firmarán electrónicamente por el abogado de la Institución que suscriba el análisis de congruencia, y deberán remitirse para cada una de las solicitudes de registro de un producto, con independencia de que hayan sido registrados previamente.

- 5.1.8. Para todo lo relativo a la captura, envío y recepción de información a través de la Página Web de la Comisión, incluyendo la remisión de archivos, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán observar lo señalado en el documento “Instructivo para el registro de productos de seguros a través de la Página Web de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas” antes señalado.

En lo referente al proceso de creación de archivos, aplicación de opciones de seguridad, firmas electrónicas y demás elementos técnicos relacionados con los documentos en formato PDF, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán apearse al documento “Instructivo Para la Creación y Firma de los Documentos PDF”, disponible en la Página Web de la Comisión

Toda actualización a los instructivos referidos en los dos párrafos anteriores, será dada a conocer en su momento por la Comisión.

El desapego a cualquiera de las presentes Disposiciones será motivo de suspensión del producto de seguros, en los términos del artículo 36-D de la LGISMS.

- 5.1.9. Cuando las solicitudes de registro de los productos de seguros cumplan con las validaciones de recepción establecidas, el sistema emitirá de

forma automática una confirmación de recepción con el número de registro respectivo, con el cual la Institución o Sociedad Mutualista podrá ofrecer al público los servicios previstos en el mismo.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán acceder a la Página Web de la Comisión, a fin de obtener los ejemplares de los documentos PDF con los acuses de recibo, firmados electrónicamente por los servidores públicos autorizados de la Comisión, conforme a lo establecido en el documento “Instructivo para el registro de productos de seguros a través de la Página Web de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas”, disponible en la Página Web de la Comisión.

El registro del producto de seguros sólo podrá acreditarse con los documentos que cumplan con las validaciones propias del Adobe Acrobat, relativas a la autenticidad de las firmas electrónicas, y que no presenten alteraciones.

- 5.1.10. Para efectos de inspección y vigilancia, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán mantener respaldados los archivos de los documentos en formato PDF señalados en la Disposición 5.1.9.
- 5.1.11. Al solicitar el registro de un producto de seguros, se deberá indicar en la pantalla de captura del sistema, si se trata de un nuevo producto, o si se trata de la sustitución de un producto previamente registrado, en cuyo caso se deberá señalar el número de registro del producto que se sustituye.

Para la sustitución de un producto de seguros previamente registrado, deberá enviarse la documentación completa de conformidad con las presentes Disposiciones, pudiendo acompañar la nota técnica, la documentación contractual o el dictamen jurídico presentados en registros anteriores, con la firma electrónica de los servidores públicos de la Comisión, siempre y cuando no requieran modificación.

En el caso de que se trate de una sustitución derivada de un oficio de suspensión emitido por la Comisión, deberá indicarse en la pantalla de

captura la opción “sustituye por suspensión”, de acuerdo a lo señalado en el documento “Instructivo para el registro de productos de seguros a través de la Página Web de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas”.

5.1.12. La nota técnica del producto de seguros que se someta a registro, deberá estar integrada en la forma y términos que se señalan a continuación:

I. Características del producto. Se deberán establecer las características técnicas y contractuales del producto.

a) Nombre del producto. Se indicará el nombre con el que la Institución o Sociedad Mutualista comercializará o identificará el producto;

b) Ramo al que corresponde el producto. En el caso de seguros de daños y de accidentes y enfermedades, que no correspondan a productos paquete, se deberá indicar el ramo al que corresponda;

c) Modalidades de contratación del producto. En el caso de seguros de vida, así como de accidentes y enfermedades, se deberán señalar las modalidades en que se podrá contratar el producto. Se entenderá que tales modalidades deben ser individual, grupo o colectivo;

d) Característica especial del producto. En virtud que una misma Institución o Sociedad Mutualista puede registrar y operar dos o más productos que sean iguales en nombre y modalidad de contratación, deberá indicar si el producto tiene alguna característica especial que lo distinga de otro igual en nombre y modalidad de contratación (v.gr. producto flexible, con o sin dividendos, venta masiva, experiencia propia, experiencia global, para turistas, para empleados de gobierno, etc.);

- e) Temporalidad del producto. Se deberá indicar el número de años o fracción de tiempo que tendrán de vigencia de los contratos de seguro. Se podrá indicar un número de años en concreto, un rango de valores, o una descripción genérica como “edad alcanzada”, “vitalicio”, “edad de retiro”, “multianual”, etc.;
 - f) Tipo de contrato. Se deberá indicar si la nota técnica corresponde a un contrato de adhesión o de no adhesión, y
 - g) Para los productos de seguros señalados en la fracción V del artículo 8o. de la LGISMS, se deberá indicar si se utilizarán recursos propios o de terceros; si su sistema de atención de servicios médicos contará con un médico de primer contacto, es decir, la referencia inmediata para acceder a cualquier tipo de servicio y que controlará la utilización del mismo;
- II. Descripción de las coberturas. Se deberán indicar los riesgos cubiertos, beneficios, plazos y demás aspectos técnicos que caracterizarán las formas de coberturas del producto.
- a) Descripción de la forma de cobertura básica. Se deberá dar una descripción clara del riesgo cubierto por la Institución o Sociedad Mutualista, del tipo o tipos de bienes que se cubrirán, del beneficio o indemnización que se otorgará en caso de siniestro, así como cualquier circunstancia en que tales coberturas o beneficios puedan variar o modificarse durante la vigencia del seguro;
 - b) Descripción de las coberturas adicionales, especiales, opcionales, o que se podrán contratar mediante convenio expreso. Se deberá indicar cada una de las coberturas adicionales y opcionales que incluirá el producto o que se

podrán contratar mediante convenio expreso, así como el riesgo cubierto por la Institución o Sociedad Mutualista, el bien que se cubre, y el beneficio o indemnización que se otorgará en caso de siniestro, en cada una de dichas coberturas, y

- c) Descripción de coberturas de servicios. Se deberá indicar el tipo de servicios que incluirá el producto como son: asistencia médica, jurídica, automovilística, en viajes, al hogar, etc.;

III. Hipótesis técnicas para el cálculo de primas de riesgo y reserva de riesgos en curso.

- a) En el caso de los seguros de vida, se deberán indicar e incluir las hipótesis demográficas como son tablas de mortalidad, de morbilidad, incapacidad o cualquier otra, que se utilizarán para el cálculo de las primas de riesgo y reservas de riesgos en curso;
- b) Para los seguros de accidentes y enfermedades, se deberán indicar e incluir las tablas de frecuencia, montos promedio, morbilidad, índice de siniestralidad o cualquier otra, que se utilizarán para el cálculo de las primas de riesgo, y
- c) En el caso de los seguros de daños, se deberán indicar los supuestos de frecuencia, severidad, índice de siniestralidad o cualquier otro que se aplicarán para el cálculo de las primas de riesgo.

En todos los casos, tratándose de productos cuya prima se base en información provista por el reasegurador, no será necesario que se indiquen las hipótesis técnicas con que se calculó la prima de riesgo;

- IV. Información estadística. Salvo en los casos de tablas de mortalidad de asegurados, establecidas en la normatividad aplicable, se deberá incluir e indicar la información estadística que se utilizará, señalando los datos necesarios para su identificación y verificación, tales como país, autor, y año.
- a) Se deberán incluir, como parte de la nota técnica, los datos consolidados de la información estadística con que se determinaron los valores de frecuencia, severidad, montos promedio o de cualquier otro parámetro de la prima;
 - b) La Institución o Sociedad Mutualista deberá indicar cualquier aspecto relevante sobre la modificación, depuración y transformación que haya realizado a los datos originales de la estadística;
 - c) En caso de adoptar tarifas del reasegurador, se deberá presentar el contrato de reaseguro que cubre el riesgo en cuestión;
 - d) Cuando no exista información de la Institución o Sociedad Mutualista o del mercado asegurador, que sea suficiente y confiable en términos de lo establecido en los estándares de práctica actuarial, que permita calcular la prima de producto de que se trate, se podrán proponer esquemas de tarificación experimental. En tales casos, se deberá indicar en la nota técnica del producto, que se trata de una tarifa experimental y que será actualizada, y
 - e) No será necesario incluir ni indicar el origen de la información estadística cuando la prima del producto de que se trate, sometido por la Institución o Sociedad Mutualista, provenga de estudios y manuales de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros A. C.,

que hayan sido previamente convenidos con la Comisión, o cuando se base en estudios establecidos en la regulación mexicana de seguros;

V. Hipótesis financieras para el cálculo de primas y reserva de riesgos en curso.

- a) Tasa de interés técnico. Se indicará la tasa o tasas de interés técnico que en su caso se utilizarán para el cálculo de primas y reserva de riesgos en curso. Asimismo, se indicarán los supuestos de inflación, incremento salarial o cualquier otro que se pretenda utilizar, y
- b) Fundamentos. El valor de la tasa de interés técnico que se proponga utilizar, en su caso, para el cálculo de primas o reserva de riesgos en curso, deberá justificarse conforme a los principios establecidos para estos efectos, en los estándares de práctica actuarial.

En el caso de que la tasa de interés técnico para el cálculo de primas, que proponga la Institución o Sociedad Mutualista, sea la regulatoria, no se requerirá justificación técnica;

VI. Procedimientos y fundamentos de la prima de riesgo. Se indicarán los procedimientos, fórmulas y parámetros con los que se calculará la prima de riesgo.

- a) Fórmulas de primas de riesgo. Se deberá indicar en forma precisa la fórmula o procedimiento con que se calculará la prima de riesgo;
- b) Fundamentos. En caso de que se proponga la aplicación de fórmulas especialmente diseñadas por el actuario, teoremas matemáticos, funciones de probabilidad, teoría

de la credibilidad, o procesos estocásticos, se deberán indicar los fundamentos;

- c) Parámetros. Se deberá indicar el valor y la forma de cálculo de los parámetros que formen parte de las fórmulas o procedimientos de cálculo de la prima de riesgo;
- d) Deducibles, coaseguros y copagos. Deberá indicarse, en su caso, las fórmulas de cálculo o el valor de los deducibles, coaseguros o copagos que se aplicarán, así como la forma en que dichos deducibles y coaseguros se reflejarán en el cálculo de la prima de riesgo, y
- e) Recargos y descuentos basados en el riesgo. Deberá indicarse y justificarse cualquier recargo o descuento que se pretenda realizar como parte de la prima de riesgo, con base en el aumento o disminución del valor esperado del riesgo, como consecuencia de una determinada circunstancia. En todos los casos se deberá, justificar el valor de los descuentos o recargos, con base en la estimación de la disminución o aumento que dicha circunstancia produce en el costo esperado del riesgo, o ante carencia de información estadística, con base en fundamentos cualitativos que expliquen claramente la influencia de dicha circunstancia en el riesgo asegurado;

VII. Procedimientos de la prima de tarifa. Se indicarán los procedimientos, fórmulas y parámetros con que se calculará la prima de tarifa.

- a) Fórmulas de primas de tarifa. Se deberá indicar en forma precisa la fórmula o procedimiento con que se calculará la prima de tarifa;

- b) Costos de administración. Se deberá indicar el valor, valores o esquema de los gastos de administración que formarán parte de la prima de tarifa;
- c) Costos de adquisición. Se deberá indicar el valor, valores o esquema de los costos de adquisición que formarán parte de la prima de tarifa;
- d) Margen de utilidad. Se deberá indicar el valor, valores o esquema del margen de utilidad que formarán parte de la prima de tarifa;
- e) Recargos y descuentos a la prima de tarifa. Deberá indicarse cualquier recargo o descuento que se pretenda realizar a la prima de tarifa, con base en el aumento o disminución de los costos de adquisición, gastos de administración o margen de utilidad, como consecuencia de una determinada circunstancia.

No se requerirá justificación de descuentos o recargos cuando formen parte de estudios y manuales de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C., que hayan sido previamente convenidos con la Comisión, o cuando se base en estudios establecidos en la regulación mexicana de seguros, y

- f) Se deberá indicar cualquier otro valor considerado como parte de la prima de tarifa.

Todos los parámetros, símbolos y conceptos utilizados en la nota técnica deberán estar completamente definidos. Los símbolos, parámetros o conceptos que correspondan a valores que deban estimarse, deberán quedar definidos y expresados en términos algebraicos, con independencia de que se dé una explicación conceptual de éstos.

Los símbolos que expresen operaciones algebraicas de suma, resta, multiplicación, división, raíz, exponencial, logaritmo, derivación, integración, así como los símbolos matemáticos y actuariales, deberán expresarse con la notación comúnmente utilizada. En caso de que el actuario establezca sus propios símbolos, deberá definir el significado de los mismos, de manera que no quede sujeto a interpretaciones que puedan conducir a error, confusión o indefinición;

VIII. Procedimientos y fundamentos de la reserva de riesgos en curso. Se indicarán los procedimientos, fórmulas y parámetros con que se calculará la reserva de riesgos en curso por póliza.

a) En el caso de los seguros de vida, de daños y de accidentes y enfermedades con temporalidad menor o igual a un año, la reserva de riesgos en curso de cada póliza se determinará a partir de la valuación de la reserva de riesgos en curso suficiente calculada con la metodología que para tales efectos haya registrado la Institución o Sociedad Mutualista, por lo que no será necesario indicar ningún aspecto técnico relacionado con el procedimiento de valuación de reserva de riesgos en curso, salvo el valor porcentual o absoluto con que se determinará dicha porción para el cálculo de la provisión de gastos de administración que formará parte de la reserva de riesgos en curso;

b) En el caso de los seguros de vida con temporalidad superior a un año, se deberá indicar en forma específica la fórmula de cálculo de la reserva matemática, correspondiente a cada póliza. En su caso, se deberá indicar el valor de los gastos de administración que se utilizará para el cálculo de la provisión de gastos de administración que formará parte de la reserva de riesgos en curso de cada póliza. Asimismo, se deberá indicar, en

su caso, el valor del costo de adquisición de primer año que se utilizará para calcular la pérdida de primer año que se aplicará al cálculo de la reserva matemática mínima de cada póliza;

- c) En el caso de seguros de daños y de accidentes y enfermedades con temporalidad superior a un año, se deberá indicar el procedimiento con que se calculará la reserva de riesgos en curso de cada póliza, tomando en cuenta que en congruencia con la normativa aplicable, dicha reserva debe calcularse en función de la anualidad correspondiente al año de vigencia de la póliza, las anualidades correspondientes a años futuros y los rendimientos calculados con la tasa de interés técnico con que se haya calculado la prima, adicionando la provisión para gastos de administración que corresponda y el ajuste por suficiencia que resulte de la valuación realizada con el método registrado por la Institución o Sociedad Mutualista para tales efectos;
- d) Se deberá indicar el procedimiento de cálculo de la prima diferida que se utilizará para el cálculo de la reserva matemática mínima de los seguros de vida de largo plazo, y
- e) Salvo en el caso de los aspectos de reserva de riesgos en curso y reserva de dividendos que se señalan en las presentes Disposiciones, los métodos correspondientes a la reserva de siniestros ocurridos no reportados, siniestros pendientes de valuación, suficiencia de la reserva de riesgos en curso y reservas de riesgos catastróficos, deben registrar conforme a la normativa aplicable para cada una de las citadas reservas, por lo que las metodologías no deben incluirse en el contenido de la nota técnica de un producto de seguro;

- IX. Dividendos. Se indicará la fórmula y parámetros con que se calcularán, en su caso, los dividendos, así como la fórmula de cálculo de la reserva de dividendos que habrá de formar parte de la reserva de obligaciones pendientes de cumplir;
- X. Valores garantizados. Se indicarán las fórmulas de cálculo de los valores garantizados que se otorgarán (valor de rescate, seguro saldado y seguro prorrogado), y
- XI. Otros aspectos técnicos relevantes. Se deberán indicar, en su caso, los siguientes aspectos técnicos relevantes:
- a) En el caso de seguros de grupo y colectivos, se deberán definir los aspectos técnicos previstos en el Reglamento respectivo;
 - b) En los seguros en que se ofrezca el otorgamiento de rendimientos ligados a la reserva, se deberá definir el procedimiento con que serán calculados dichos rendimientos y conforme a la normativa aplicable, y
 - c) En el caso de seguro de salud y gastos médicos mayores, en los cuales existan coberturas sin que haya una suma asegurada que limite el monto de la responsabilidad de la aseguradora, se deberá incluir la estimación de la pérdida máxima probable (PML) por cada riesgo asegurado. La pérdida máxima probable deberá ser un valor tal, que para cada póliza o riesgo asegurado, la probabilidad de que se presente una reclamación que exceda dicho valor, se considere poco significativa. El valor de la pérdida máxima probable podrá ser determinado conforme a los procedimientos que se señalan a continuación:
 - 1) Como el costo estimado de la reclamación que se produciría bajo el supuesto del peor escenario posible de ocurrencia de siniestro de un accidente o

enfermedad, que implique la afectación de las coberturas que ampara el producto en cuestión. Dicho costo podrá ser determinado por un médico, con base en el valor teórico del costo de los servicios médicos que serían utilizados por el asegurado, para la restauración de su estado de salud. En la aplicación de este criterio se puede utilizar la evidencia empírica de casos de siniestros ocurridos en instituciones de seguros del mercado mexicano o extranjero, y

- 2) Como el costo estimado, mediante el siguiente procedimiento técnico:

Con la experiencia de siniestros de la propia Institución, o del mercado, se construirá la función de probabilidad acumulativa $F(X)$, asociada al monto de las reclamaciones individuales.

Se determinará el valor de la pérdida máxima probable como un monto X tal que, la probabilidad de que se presente una reclamación superior a dicho monto, sea menor al 2.5%, es decir:

$$PML = X \text{ tal que } 1 - F(X) \leq 0.025$$

En este caso, la Institución deberá mostrar que la estadística correspondiente a la experiencia utilizada es suficiente.

- 5.1.13. En el contenido de una nota técnica deberán aparecer asentados expresamente todos los procedimientos y parámetros utilizados. Sin perjuicio de lo anterior, para efectos de mostrar la confiabilidad de procedimientos propuestos, el actuario podrá dar referencias sobre las fuentes de información utilizadas. Asimismo, podrán hacerse referencias bibliográficas con la finalidad de respaldar y fundamentar algún procedimiento, teorema o teoría especial que pretenda aplicar en el producto de seguros que somete a registro, pudiendo anexar a la

nota técnica imágenes del fragmento de documento o libro al cual hace referencia.

- 5.1.14. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán registrar beneficios adicionales que se asocien a coberturas básicas registradas en otros productos de seguros, mediante solicitudes independientes remitidas en el mismo módulo de la Página Web de la Comisión, donde deberá indicarse dicha asociación. En este caso, la Institución o Sociedad Mutualista deberá adjuntar los mismos documentos señalados en la Disposición 5.1.4, que correspondan al beneficio adicional que se registra.

Podrán realizar, en un solo registro, la modificación de una nota técnica o de la documentación contractual, cuando dicha modificación sea resultado de la modificación a estas Disposiciones o de reglas de carácter general emitidas por la Secretaría, y que impliquen, de manera directa, el replanteamiento de métodos actuariales en notas técnicas o la adecuación de cláusulas de la documentación contractual. En este caso, el registro se hará mediante la sección “Registros especiales” que para tal efecto se encuentra en la Página Web de la Comisión, y deberá remitirse un análisis de congruencia entre la nota técnica y la documentación contractual de los productos de seguros que modifica, así como en su caso, el correspondiente dictamen jurídico.

- 5.1.15. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán elaborar, registrar y comercializar productos de seguros que consistan en agrupar e incluir en un solo contrato de seguro (producto paquete), la cobertura de riesgos que pueden corresponder a uno o más ramos u operaciones de seguro que tenga autorizada la Institución o Sociedad Mutualista. En tales casos, se deberá observar lo siguiente:

- I. El registro se podrá efectuar utilizando notas técnicas y documentación contractual de productos previamente registrados ante la Comisión, o sometiendo las notas técnicas correspondientes a cada una de las coberturas que incluye el

producto paquete y documentación contractual elaborada en forma exclusiva para el producto paquete de que se trate;

- II. Para el registro de productos paquete, integrados por productos que se encuentran previamente registrados, se observará lo siguiente:
- a) Se entenderá como productos previamente registrados, aquéllos respecto de los cuales hayan transcurrido los 30 días hábiles con que cuenta la Comisión para realizar la revisión, y no haya determinado la suspensión o no se ubiquen en el supuesto de revocación previsto en el tercer párrafo siguiente al inciso c) de la fracción II del artículo 36-D de la LGISMS;
 - b) En este tipo de productos, no será necesario presentar a registro las notas técnicas, en virtud de que las primas y demás elementos del producto paquete deben corresponder a las registradas en las notas técnicas de los productos previamente registrados. Por lo anterior, como parte del proceso de registro, la Institución o Sociedad Mutualista deberá indicar a través del mismo módulo de la Página Web de la Comisión, en el cual aparecerán los productos registrados de la Institución o Sociedad Mutualista, la relación de los productos que conformarán el producto paquete de que se trate;
 - c) Con independencia de lo anterior, se debe enviar a registro la documentación contractual consolidada que se utilizará en el producto paquete. Las diversas cláusulas de la documentación contractual consolidada deben corresponder a las establecidas en la documentación contractual de cada uno de los productos previamente registrados;

- d) La documentación contractual consolidada que se utilizará en el producto paquete, debe indicar en forma precisa las condiciones contractuales que serán de aplicación general a todas las coberturas y aquellas que serán de aplicación específica a cada una de las coberturas que forman la póliza paquete, en congruencia con las condiciones generales previamente registradas;
- e) Por lo que hace al dictamen jurídico, éste deberá indicar que las cláusulas de la documentación contractual consolidada, corresponden a las cláusulas de la documentación contractual de los productos previamente registrados, y
- f) En estos casos no se requerirá que se incluya análisis de congruencia;

III. Para el registro de productos paquete integrados por productos en los que no se quiera utilizar o que no se cuente con nota técnica y documentación contractual de productos de seguros que hayan sido previamente registrados, para todas las coberturas que constituyen el producto paquete, se observará lo siguiente:

- a) Deberá presentarse una nota técnica que comprenda cada una de las coberturas del producto paquete de que se trate;
- b) Se deberá presentar la documentación contractual consolidada del producto paquete, que comprenda cada una de las coberturas que constituyen el producto paquete;
- c) En la documentación contractual consolidada que se utilizará en el producto paquete, se deberá indicar en forma precisa las condiciones contractuales que serán de

aplicación general a todas las coberturas y aquellas que serán de aplicación específica a cada una de las coberturas del producto paquete;

- d) El análisis de congruencia y el dictamen jurídico deberán realizarse en los mismos términos que para el registro de productos no considerados como productos paquete, y se presentarán al momento del registro, y
- e) La nota técnica y el análisis de congruencia deberán ser firmados electrónicamente, por cada uno de los actuarios certificados o acreditados ante la Comisión, para la elaboración de notas técnicas de seguros de vida, daños o accidentes y enfermedades, en función de las operaciones de seguros a que correspondan los riesgos cubiertos en el producto paquete. Para la firma electrónica del producto paquete, por más de un actuario, se deberá proceder en los términos establecidos en el “Instructivo para el registro de productos de seguros a través de la Página Web de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas”;

IV. Tratándose de productos paquete integrados por productos de seguros que se encuentran previamente registrados, en caso de que alguna de las notas técnicas o documentación contractual previamente registradas en que se basaron, sean modificadas y sustituidas, la Institución o Sociedad Mutualista deberá proceder en forma inmediata a realizar la actualización y sustitución del registro del producto paquete respectivo. En caso de que la Institución o Sociedad Mutualista no haga la actualización mencionada, el producto paquete de que se trate se considerará revocado, y

V. Para el registro de productos paquete se deberá observar lo dispuesto en el documento “Instructivo para el registro de productos de seguros a través de la Página Web de la

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas”, señalado en la Disposición 5.1.3.

- 5.1.16. En el caso de las Instituciones especializadas en salud, se entenderá por contrato tipo, aquél que, elaborado por las Instituciones en términos generales, se suscriba en la misma forma y condiciones con sus prestadores de servicios, los cuales deberán indicar claramente sus alcances y efectos legales. Las Instituciones deberán conservar los contratos que celebren con terceros para la prestación de los servicios y deberán presentarlos o proporcionarlos a la Comisión cuando los solicite.
- 5.1.17. Conforme a lo establecido en el artículo 36-D de la LGISMS, no requerirán registro los siguientes productos de seguros que se formalicen a través de contratos de no adhesión:
- I. Los que por su naturaleza técnica o características especiales, impliquen que la Institución adopte las tarifas y condiciones de aseguramiento de los reaseguradores, y
 - II. Para el caso de seguros distintos a los colectivos, de grupo, o de venta masiva, aquellos que cumplan con lo siguiente en todo momento:
 - a) Tratándose de seguros de vida, aquéllos cuya prima directa anual pactada sea por un monto menor al 5% de la reserva de riesgos en curso del ramo al cierre del ejercicio inmediato anterior y cuya suma asegurada no se traduzca en un incremento en el requerimiento bruto de solvencia igual o mayor al 1%;
 - b) Tratándose de seguros de accidentes y enfermedades, aquéllos cuya prima directa anual pactada sea por un monto menor al 5% de las primas directas del ramo del ejercicio inmediato anterior y, para el caso de accidentes

personales, que no se traduzca en un incremento en el requerimiento bruto de solvencia igual o mayor al 1%, y

- c) Tratándose de seguros de daños, aquéllos cuya prima directa anual pactada sea por un monto menor al 5% de las primas directas del ramo del ejercicio inmediato anterior.

Con independencia de lo anterior, para efectos de inspección y vigilancia, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán mantener en sus archivos, las notas técnicas y documentación contractual correspondientes a los productos de seguros señalados en la presente Disposición.

5.1.18. La documentación contractual de los productos de seguros que se sometan a registro deberá comprender lo siguiente:

- I. Respecto a los modelos de los contratos de adhesión y las cláusulas adicionales independientes, se deberán presentar los documentos que formen parte de los mismos y que sean necesarios para su operación. Estos documentos comprenden: solicitudes, carátulas, certificados, consentimientos, cuestionarios, recibos de pago de primas y todos aquellos que deban ser firmados por el contratante o asegurado;
- II. En los seguros de Vida y de Accidentes y Enfermedades que contengan el rubro para hacer la designación de beneficiarios, se deberá incluir un texto de advertencia en los siguientes términos:

“Advertencia:

“En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

“Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

“La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”;

III. En los seguros de deudores, que se contratan a instancia de los acreditantes para que les sea cubierto el saldo insoluto del crédito al sobrevenir el fallecimiento o incapacidad total permanente de los acreditados asegurados, deberán observar lo siguiente:

a) En las pólizas se deberá indicar las formas en que el acreditado asegurado recibirá una copia de la póliza o certificado del seguro, así como la descripción y monto de cada una de las coberturas incluidas;

b) Insertar en las pólizas y certificados de seguros en los que la suma asegurada convenida se fije en una cantidad líquida, ajustable conforme a algún indicador o no, cláusulas en las cuales con claridad se establezca:

1) Que la designación de beneficiario en favor del acreditante le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo insoluto del crédito, pero sin exceder de la suma asegurada convenida, y

- 2) Que si la suma asegurada convenida excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al acreditado asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del acreditante, según corresponda, y
- c) Insertar, tanto en las pólizas y certificados a que se refiere el inciso b) precedente, como en los que se convenga que la suma asegurada será una cantidad equivalente al saldo insoluto sin fijar una cantidad líquida, cláusulas en las que con claridad se establezca:
- 1) Que el acreditado asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que el asegurador pague al acreditante beneficiario del seguro, el importe del saldo insoluto amparado por el seguro, más sus accesorios;
 - 2) Que el asegurador se obliga a notificar al acreditado asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que el asegurador pague al acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto, y
 - 3) Que el acreditado asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio al asegurador para que éste, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el inciso precedente;
- IV. En los seguros de gastos médicos mayores, se deberán incluir los criterios que a continuación se indican:

- a) Deberán señalar a los contratantes dentro del texto de las pólizas correspondientes, en todos los contratos individuales o colectivos de nueva emisión, la secuencia en la que se aplicarán el deducible y coaseguro, en combinación con la suma asegurada, al momento de pagar un siniestro;
- b) En los seguros colectivos con experiencia propia correspondientes a pólizas de nueva vigencia, las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán, en su caso, registrar ante la Comisión, para sus contratos de adhesión, un endoso en el que se establezca que en caso de que no se efectúe la renovación de la póliza con la misma aseguradora, se limitará la obligación de ésta al pago de las reclamaciones iniciales o complementarias correspondientes a erogaciones por concepto de gastos médicos cubiertos, efectuadas por el asegurado con anterioridad al término de la vigencia de la póliza, quedando únicamente en este caso excluidas las erogaciones realizadas con fecha posterior a dicha vigencia;

El apartado anterior, quedará condicionado al cumplimiento de los siguientes requisitos:

- 1) En el texto de la póliza se deberán manifestar las implicaciones económicas que puedan resultar para los asegurados, como consecuencia de la decisión del contratante de cambiar el seguro de una Institución a otra, y
- 2) El requisito mencionado en el inciso 1) anterior, se deberá hacer del conocimiento de los asegurados, por escrito, a través de los certificados individuales que se les otorguen, y

- c) La obligación de insertar las manifestaciones a que se refiere el punto b) anterior, se hará extensiva a aquellos contratos de libre negociación que, conforme a la ley, no requieren el registro de la Comisión;
- V. Toda vez que la obligación de pago de la indemnización no está sujeta a condición alguna, las Instituciones y Sociedades Mutualistas que proporcionen cobertura de Responsabilidad Civil a Vehículos, con aplicación de deducible, deberán responder por los daños que ocasionen los mismos, sin condicionar al pago previo de deducibles;
- VI. En las pólizas, endosos, cláusulas adicionales y demás documentación contractual en que se establezcan exclusiones, la tipografía a utilizar en las mismas no deberá ser inferior a 12 puntos en negritas;
- VII. Con el fin de aclarar al solicitante del seguro que el solo hecho de la suscripción de la solicitud y su entrega al agente de seguros o a la Institución o Sociedad Mutualista, no son garantía de que esta última acepte celebrar el contrato o los términos propuestos, salvo que garantice la aceptación de la solicitud, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán incluir en todos los formularios de solicitudes de seguro o de cobertura, el siguiente texto, el cual no deberá ser inferior a 12 puntos en negritas:
- “Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.”;*
- VIII. Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 41, fracción I, inciso a), de la LGISMS, en el caso de productos de

seguros con componentes de ahorro que generen una reserva en la que se contemple el acreditamiento de rendimientos producidos por la inversión, se deberá presentar para registro, como parte de la documentación contractual del producto de seguros, un programa de capacitación especializada que contemple el marco jurídico y regulatorio en la materia, así como las características y aspectos técnicos del producto, que se aplicará a los empleados y apoderados del intermediario financiero que participará en la promoción o venta del producto de seguro de que se trate, el cual podrá quedar excluido de la póliza que la Institución entregue al asegurado o contratante. Los programas de capacitación deberán contemplar un temario, en el cual se incluya el contenido por unidad, módulo y tema;

- IX. Todos los documentos señalados en la presente Disposición deberán presentarse en un solo archivo de formato PDF.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán solicitar el registro de cláusulas de carácter general o formatos, entendiendo como tales, aquellas que pretendan añadirse a toda una operación o ramo y cuya incorporación no tenga repercusiones en las notas técnicas correspondientes, a través de la opción “cláusulas generales” del módulo de registro de productos. En este caso, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán remitir, en adición a la cláusula o formato de carácter general, el dictamen jurídico y el análisis de congruencia a los que se refieren las fracciones III y IV de la Disposición 5.1.4, en formato PDF, respectivamente, y

- X. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán cuidar que la documentación que se presente, reúna los siguientes requisitos:
- a) Esté redactada en idioma español y con caracteres legibles a simple vista;

- b) No contenga estipulaciones que se opongan a lo previsto en las disposiciones legales que le son aplicables y que no establezca obligaciones o condiciones inequitativas o lesivas para los contratantes, asegurados o beneficiarios;
- c) Establezca el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles y los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios;
- d) Incluya los aspectos y cláusulas necesarias conforme a las presentes Disposiciones y las demás disposiciones legales aplicables, y
- e) Concuere plenamente con la nota técnica en los términos de la Disposición 5.1.21.

5.1.19. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán consignar en la carátula de la póliza, formato de solicitud, folleto explicativo, en su caso, en la última página de las condiciones generales, certificados y endosos, que el producto de seguros que ofrece al público se encuentra registrado ante la Comisión, mediante la inclusión de la siguiente leyenda, la cual deberá presentarse ante la Comisión para efectos de registro:

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número _____ de fecha _____".

Tratándose de registros bajo la opción "cláusulas generales" en los términos de la fracción I de la Disposición 5.1.18, la leyenda de que se trata deberá omitir la referencia a la nota técnica, sin menoscabo de

que ésta se incorpore en la impresión de las referidas cláusulas, únicamente cuando se haga del conocimiento del asegurado o contratante mediante endoso.

- 5.1.20. Quien suscriba el dictamen jurídico a que hace referencia el artículo 36-D, fracción I, inciso c), de la LGISMS, deberá contar con registro de dictaminador jurídico otorgado por la Comisión, para lo cual será necesario que proporcione todos los datos personales solicitados y suscriba con firma autógrafa el Formato Solicitud de Registro de Dictaminadores Jurídicos que aparece en la Página Web de la Comisión.

Posteriormente, en dicha Página Web, el solicitante deberá acceder al sistema de “Citas y Registro de Personas”, en la opción “Registro de Dictaminadores Jurídicos”, a efecto de incorporar la información que le será requerida para obtener una cita en la fecha y hora disponible que elija el profesionista interesado.

El solicitante deberá presentarse, en la fecha y hora que haya registrado el sistema de “Citas y Registro de Personas”, en la Dirección de Contratación de la Comisión, sita en avenida Insurgentes Sur 1971, Torre 1 Sur, Primer Piso, Colonia Guadalupe Inn, 01020 México, D.F., y entregar en original y copia simple para acuse de recibo, el Formato Solicitud referido ante el servidor público designado por la Dirección General Jurídica Consultiva y de Intermediarios de la Comisión, para recibir y verificar la documentación soporte de su solicitud, así como, en su caso, llevar a cabo la entrega del oficio de registro de dictaminador jurídico.

El oficio de registro, será entregado al solicitante, previo acuse de recibo, siempre y cuando dé cumplimiento a los requisitos y documentación a que se refiere la presente Disposición.

En caso de que el solicitante obtenga su registro como dictaminador jurídico, sus datos personales serán protegidos e incorporados en el

sistema de datos personales del registro de dictaminadores jurídicos de la Comisión y se tendrá por aceptado el uso de medios electrónicos, en el entendido de que las comunicaciones electrónicas que se generen entre la Comisión y el dictaminador jurídico, producirán los mismos efectos que las leyes le otorgan a esa clase de comunicaciones.

Para los efectos del párrafo anterior, el solicitante deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- I. Contar con título de licenciado en derecho o su equivalente, así como con la cédula profesional correspondiente, y enviar en un archivo en formato PDF, a través del referido sistema de “Citas y Registro de Personas”, en la opción de “Registro de Dictaminadores Jurídicos”, copia escaneada de esta última, a fin de que la Comisión lleve a cabo la verificación de sus datos en la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública;
- II. Contar por lo menos con 5 años de experiencia en la formulación de contratos de seguro o en la aplicación de la Ley sobre el Contrato de Seguro y demás disposiciones legales y administrativas relacionadas con las operaciones de seguros.

Para acreditar este requisito, el solicitante deberá agregar en el sistema de “Citas y Registro de Personas” su currículum vitae, en el que, entre otros aspectos, se precisen las actividades realizadas por cuenta propia, o bien, en su calidad de empleado de instituciones públicas o privadas, que avalen su experiencia, indicando las fechas en la realización de dichas actividades.

En el caso de las actividades realizadas por cuenta propia, y para efectos de acreditar lo asentado en el currículum vitae de referencia, el solicitante deberá exhibir ante el servidor público designado por la Comisión, copia certificada de

poderes notariales otorgados a su favor, de lo cual pueda inferirse la experiencia profesional requerida (con una copia simple para su cotejo y devolución al interesado).

Por lo que se refiere a las actividades realizadas como empleado de instituciones públicas o privadas, y para efectos de acreditar lo asentado en el currículum vitae de referencia, el solicitante deberá adjuntar en el mencionado sistema, en un archivo en formato PDF, copia de los nombramientos o cargos por él ocupados, o bien, constancias de servicios firmados por el área de recursos humanos de la institución correspondiente, los cuales sean indubitables para comprobar la experiencia profesional necesaria.

La Comisión tomará en cuenta todos aquellos documentos que el solicitante aporte y que permitan demostrar que cuenta con los conocimientos teóricos requeridos en materia de seguros, tales como: participación en cursos, conferencias, seminarios nacionales o internacionales, congresos, etc.; así como la documentación que avale la experiencia del solicitante, como cartas expedidas por instituciones u otro tipo de documentos. Esta información también deberá anexarse en un archivo en formato PDF en el multicitado sistema de “Citas y Registro de Personas”;

- III. Ser profesionista independiente de la Institución o Sociedad Mutualista de que se trate, o bien, desempeñar el cargo de Director Jurídico o su equivalente, o el cargo jerárquico inmediato inferior a éste en la Institución o Sociedad Mutualista para la que pretende dictaminar.

Si el solicitante expresa que actualmente se desempeña como empleado de una Institución o Sociedad Mutualista, o tal situación se desprende del currículum vitae presentado, podrá anexarse en un archivo en formato PDF copia del nombramiento o cargo, o bien, de la constancia de servicios

que acredite su nivel de Director Jurídico o equivalente o, en su caso, del cargo jerárquico inmediato inferior a éste. Si no existieren estos nombramientos o si de la constancia de servicios no pudiera desprenderse con toda claridad dichos niveles, podrá admitirse en un archivo en formato PDF copia de la constancia emitida por el área de recursos humanos de la Institución o Sociedad Mutualista correspondiente, y

- IV. Contar con su Clave Única de Registro Poblacional (CURP) y Registro Federal de Contribuyentes (RFC), de los cuales se deberá acompañar copia simple y anexarse en un archivo en formato PDF en el sistema de “Citas y Registro de Personas.”

Cuando no se acredite alguno o algunos de los requisitos antes señalados, la Comisión girará oficio de prevención al interesado por una sola vez, el cual será entregado en el domicilio que haya proporcionado en el sistema de “Citas y Registro de Personas”, dentro de los diez días hábiles siguientes a aquél en que se haya recibido la respectiva solicitud de cita, a fin de que el interesado remita, dentro del plazo de tres días hábiles siguientes al de la recepción del citado oficio, los documentos necesarios para subsanar la deficiencia de su solicitud y, en su caso, se emita el oficio de registro.

Si el interesado no remite los documentos requeridos en dicho plazo, la Comisión desechará su solicitud de registro, mediante oficio que se entregará en el domicilio que se haya proporcionado en el sistema de “Citas y Registro de Personas”.

El registro como dictaminador jurídico tendrá una vigencia de tres años y podrá refrendarse por períodos iguales mediante el Formato de Solicitud de Refrendo del interesado, siempre y cuando la misma sea recibida en la Comisión, cuando menos con treinta días hábiles de anticipación a la fecha en que concluya la vigencia del registro, a través del sistema de “Citas y Registro de Personas”, en la opción “Refrendo de Dictaminadores Jurídicos”. En el caso de que dicha solicitud se presente de manera extemporánea, la Comisión desechará

la petición, debiendo el interesado solicitar nuevamente su registro como dictaminador jurídico, y cumplir con los requisitos que al efecto se establecen en la presente Disposición.

Concluida la vigencia del registro como dictaminador jurídico, sin que se haya solicitado el refrendo correspondiente ante la Comisión dentro de un periodo máximo de seis meses, el interesado deberá acreditar nuevamente la actualización de sus conocimientos teóricos en materia de seguros, conforme a lo señalado en el último párrafo de la fracción II anterior.

Derivado de la solicitud de refrendo, y si el dictaminador jurídico no ha incurrido de manera grave o reiterada en infracciones a la LGISMS o a las disposiciones de carácter general que de ella deriven, la Comisión otorgará el refrendo respectivo, a través de oficio dirigido al correo electrónico que se haya proporcionado en el sistema de “Citas y Registro de Personas”.

Los dictaminadores jurídicos que no se hayan registrado u obtenido su refrendo, de registro de conformidad con lo señalado en esta Disposición, deberán presentar de manera personal, en el domicilio indicado en el tercer párrafo de la presente Disposición, en la fecha y hora de la cita que obtengan a través del referido Sistema de Citas y Registro de Personas, original y copia simple para acuse de recibo, del Formato Solicitud ubicado en la opción “Refrendo de Dictaminadores Jurídicos”, ante el servidor público designado por la Dirección General Jurídica Consultiva y de Intermediarios de la Comisión, para llevar a cabo la entrega del oficio de refrendo.

Las solicitudes de registro, refrendo, constancias, identificaciones oficiales y demás documentos presentados tanto en forma electrónica como físicamente, que contengan alteraciones, raspaduras o enmendaduras, no tendrán validez alguna.

- 5.1.21. Para efecto de la elaboración del análisis de congruencia al que se refiere el artículo 36-D de la LGISMS, el actuario y el abogado de la

Institución que suscriban dicho análisis, deberán verificar que las obligaciones asumidas en las condiciones contractuales del producto de seguros, se encuentren fielmente respaldadas mediante los | descritos en la nota técnica correspondiente.

Adicionalmente, el referido análisis deberá detallar los aspectos contractuales más relevantes, que a juicio del actuario y del abogado repercutan en el diseño técnico del producto, y viceversa.

- 5.1.22. En los casos que proceda la suspensión del producto de seguros, en términos de lo establecido por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la LGISMS, así como de las presentes Disposiciones, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, deberán dentro de un plazo máximo de cinco días hábiles a partir de aquél en el que fue notificada la suspensión de referencia, dejar de ofrecer y contratar el producto correspondiente, hasta en tanto se integre la nota técnica o la documentación contractual correspondiente conforme a los preceptos legales antes citados y estas Disposiciones.

Cuando un producto sea suspendido, la Institución contará con un plazo de 60 días hábiles a partir de la notificación del oficio de suspensión, para realizar la corrección de las irregularidades que dieron origen a la suspensión. Dicho plazo solamente se suspenderá a partir de la fecha en que las Instituciones y Sociedades Mutualistas restablezcan el registro del producto suspendido, por considerar que han integrado la nota técnica o la documentación contractual conforme a lo indicado por la Comisión y en consecuencia podrán ofrecer y contratar el producto de seguro correspondiente.

No obstante lo anterior, para los efectos de la revocación del producto de que se trate, en caso de que la Comisión determine que la Institución o Sociedad Mutualista no ha subsanado las observaciones que motivaron la suspensión del producto, ésta podrá suspenderlo nuevamente, y el cómputo del plazo de 60 días se reanudará a partir del día en que sea notificada la subsecuente suspensión.

En caso de que se suspenda un producto sometido a registro que sustituyó a otro previamente registrado, el producto sustituido se entenderá rehabilitado automáticamente y podrá ofrecerse al público en tanto la Institución o Sociedad Mutualista remita el producto suspendido con las correcciones pertinentes.

Para efectos de lo establecido en el párrafo anterior, se entenderá como productos previamente registrados, aquéllos respecto de los cuales hayan transcurrido los 30 días hábiles con que cuenta la Comisión para realizar la revisión, y no haya determinado la suspensión o no se ubiquen en el supuesto de revocación previsto en el tercer párrafo siguiente al inciso c) de la fracción II del artículo 36-D de la LGISMS.

5.1.23. Tratándose del registro de los microseguros a que se refiere la fracción IV de la Disposición 5.1.2, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán, además de cumplir con las Disposiciones establecidas en las presentes Disposiciones, observar lo siguiente:

- I. En la nota técnica y en la documentación contractual:
 - a) Para el caso de seguros de personas, cuando se trate del seguro individual, deberán considerar una suma asegurada que no podrá ser superior a 4 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, elevado al año, con independencia del período de pagos, y en el seguro de grupo o colectivo, una suma asegurada que corresponda a cada integrante del grupo o colectividad asegurada, que no podrá ser superior a 3 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, elevado al año, con independencia del período de pagos;
 - b) Para el caso de seguros de daños, deberán considerar una prima mensual correspondiente al riesgo asegurado, que no podrá ser superior a 1.5 días del salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, con independencia del período de pagos;

- c) Deberán formalizarse a través de contratos de adhesión, ya sean productos de seguros individuales, colectivos o de grupo;
 - d) No deberán establecer el pago de dividendos, y
 - e) No deberán establecer pagos de deducibles, copagos, franquicias o cualquier otra forma de participación del asegurado o sus beneficiarios en el costo del siniestro o servicio, y
- II. La documentación contractual deberá contener, además, lo siguiente:
- a) Una redacción clara, precisa y sencilla de la póliza, y en su caso, del certificado individual, evitando la utilización de términos especializados y estableciendo condiciones simplificadas;
 - b) Las cláusulas obligatorias previstas en las disposiciones legales y administrativas vigentes, transcribiendo además las que a continuación se indican:
 - 1) *“Competencia. En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la institución de seguros o en la CONDUSEF. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF”, y*
 - 2) *“Indemnización por Mora. En caso de mora, la institución de seguros deberá pagar al asegurado o beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley*

General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS)”;

- c) Lo previsto en la fracción II de la Disposición 5.1.18, para estos productos de seguros deberá establecerse en los siguientes términos: *“ADVERTENCIA: En el caso de que se nombre beneficiarios a menores de edad, NO SE DEBE señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización”;*
- d) Una cláusula que señale el plazo de prescripción que corresponda conforme al artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro;
- e) Las exclusiones que en su caso se establezcan, deberán ser generales y no guardar relación con el riesgo individualizado;
- f) En los seguros que amparen el riesgo de muerte, el consentimiento por escrito para ser asegurado y la designación de beneficiarios;
- g) Para los seguros de personas, la vigencia de la póliza será anual con renovación automática, y solamente se podrá cancelar por aviso del asegurado con treinta días naturales de anticipación o por falta de pago de la prima. La vigencia de la póliza podrá ser menor a un año, cuando se trate de:
 - 1) Seguros de deudores para cubrir el saldo insoluto de créditos;
 - 2) Seguros cuyo pago de prima esté ligado a los flujos de pago de créditos;

- 3) Seguros cuyo pago de prima se realice junto con pagos periódicos de servicios o de productos adquiridos a plazo, y
 - 4) Seguros cuyo pago de primas se efectúe con recursos provenientes de apoyos sociales de carácter gubernamental;
- h) Mecanismos simplificados para el cobro de la prima;
 - i) Período de gracia de treinta días naturales para el pago de la prima; en el caso de seguros con periodicidad menor a un año, dicho período de gracia podrá ajustarse proporcionalmente a la vigencia de la póliza;
 - j) Procedimiento simplificado para la reclamación y pago de la indemnización, la cual deberá efectuarse dentro de los cinco días hábiles siguientes a la presentación de la reclamación debidamente integrada;
 - k) El señalamiento de que el comprobante de pago de la prima servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato en los términos que se establezcan en el propio contrato, póliza o certificado;
 - l) La indicación de que en los casos de seguros individuales se entregará al asegurado un ejemplar de la póliza y de las condiciones generales, y para el caso de los seguros colectivos o de grupo, se entregarán certificados a cada uno de los asegurados, y
 - m) La póliza o certificado, contendrá los siguientes datos:
 - 1) Nombre, teléfono y domicilio de la Institución o Sociedad Mutualista;

- 2) Firma de funcionario autorizado de la Institución o Sociedad Mutualista;
 - 3) Operación y ramo del seguro, número de la póliza y/o del certificado;
 - 4) Nombre del contratante;
 - 5) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado, para el caso de seguros de personas;
 - 6) Fecha de inicio de vigencia de la póliza y/o del certificado;
 - 7) Detalle de las coberturas del producto de seguro y en su caso exclusiones generales;
 - 8) Forma, plazo y comprobación del pago de la prima;
 - 9) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
 - 10) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación, y
 - 11) Procedimiento de reclamación y pago de la indemnización, y
- n) El formulario de ofertas que suministre la Institución o Sociedad Mutualista deberá:
- 1) Indicar que se trata de un contrato de adhesión registrado como microseguro ante la Comisión;
 - 2) Señalar el número de registro del producto;

- 3) Contener un extracto de las principales condiciones generales, dentro de las cuales deberán incluirse las exclusiones del seguro;
 - 4) Señalar la forma en que el proponente podrá consultar las condiciones generales, y
 - 5) Indicar la manera en que la Institución o Sociedad Mutualista entregará las referidas condiciones generales de la póliza.
- 5.1.24. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán mantener un tanto impreso, filmado o grabado en medios magnéticos u ópticos, de las notas técnicas y documentación contractual de los planes en vigor que hayan sido registrados con anterioridad al 17 de julio de 2002.

Anexo 9: Capítulo 5.2 de la Circular Única de Seguros

CAPÍTULO 5.2.

DE LOS ESTÁNDARES DE PRÁCTICA ACTUARIAL QUE DEBERÁN APLICARSE PARA LA ELABORACIÓN DE NOTAS TÉCNICAS

Para efectos de lo dispuesto en el inciso b) de la fracción I del artículo 36-D de la LGISMS:

- 5.2.1. En la elaboración de las notas técnicas de productos de seguros, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, además de observar lo previsto en las disposiciones legales y administrativas aplicables, deberán apegarse a los siguientes estándares de práctica actuarial:
- I. Cálculo actuarial de la prima de tarifa para los seguros de corto plazo (vida y no-vida), que se presenta en el Anexo 5.2.1-a;
 - II. Cálculo actuarial de la reserva de riesgos en curso para los seguros de corto plazo (vida y no-vida), que se presenta en el Anexo 7.7.1;
 - III. Cálculo actuarial de la prima de tarifa para los seguros de largo plazo, que se presenta en el Anexo 5.2.1-b, y
 - IV. Valuación actuarial de la reserva de riesgos en curso de los seguros de largo plazo, que se presenta en el Anexo 7.7.1.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar Beltrán, Pedro

Técnicas para microseguros

México, Noviembre 2008

Aguilera Verduzco, Manuel

Microseguros: Experiencia Regulatoria en México

México, 2007

AGROASAMEX

Reglas de operación del programa para el desarrollo del microseguro de vida.

México, 2011

Asociación Mexicana de Actuarios (AMA)

<http://www.ama.org.mx>

México

Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C.

<http://www.amis.com.mx>

México

Colegio Nacional de Actuarios (CONAC)

Seminario: Las Operaciones de los Microseguros.

México, 14 de Noviembre, 2008

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)

<http://www.cnsf.gob.mx>

México

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)

Capítulo 5.1 de la Circular Única de Seguros

México

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)

Capítulo 5.2 de la Circular Única de Seguros

México

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)

<http://www.cnsf.gob.mx>,
Criterios Generales de Solvencia,
Constitución de Reservas Técnicas
México

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)

<http://www.cnsf.gob.mx>
ANEXO 5.2.1-a
México

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)

<http://www.cnsf.gob.mx>
ANEXO 7.7.1
México

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios
Financieros (CONDUSEF)

<http://www.condusef.gob.mx>
México

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios
Financieros (CONDUSEF)

Estudio sobre Microseguros, P.2 México, 2010.
México

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Estimaciones, con base en las ENIGH, 1992, 2000 y 2006 y ENOE,
tercer trimestre del 2008
<http://web.coneval.gob.mx>
México

Gudiño Zariñana, Octavio

Los microseguros y su efecto en las personas de escasos recursos
México, 2009

Huerta Rosas, Luis

Microseguros en la base de la pirámide de México
Convención AMIS, Seguros ARGOS
México, Junio 2008

Instituto de Investigaciones Jurídicas

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros,
artículo 36

<http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/170/default.htm?s=>

México, Junio 2011

Macías Liceaga, Sofía

Artículo: Lanzan microseguro de vida y funerario, El Economista

México, 3 de Mayo, 2007

Minzoni Consorti, Antonio

Crónica de dos siglos del Seguro en México

Págs. 145-146

México, 2010

Red Solidaria de Microseguros Rurales

<http://www.microseguros.org/>

México 2011

Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús,

La institución del Seguro en México

México, 2000

Secretaria de Hacienda y Crédito Público

<http://www.shcp.gob.mx>

México

Soriano Flores, José Fernando

Curso de Matemáticas Actuariales del Seguro de Personas II

Agosto 2011

Velázquez Guzmán Raúl, Lara di Laura Eduardo

Seminario: Notas Técnicas Seguros de Accidentes y Enfermedades

México, Noviembre 2008