

EL SEGURO DE VIDA

S.S. HUEBNER
KENNETH BLACK JR.

COLECCION TEMAS DE SEGUROS

EDITORIAL MAPFRE

El seguro de vida

E-2518
NI-1129
R-5800

Colección TEMAS DE SEGUROS

El seguro de vida

S. S. Huebner
Profesor Jubilado de Seguros de la Wharton School of Finance, de la Universidad de Pennsylvania

Kenneth Black, Jr.
Profesor de Seguros de la School of Business Administration de la Universidad del Estado de Georgia

MAPFRE
BIBLIOTECA
DE
SEGUROS

Editorial MAPFRE, S. A.
Oficina Principal: Avda. Baviera, 10
MADRID-28

Título original: **Life Insurance**
Traducción: **Diorki**
Revisión técnica: **Juan F. Layos**

© 1976. Edición original inglesa publicada por
PRENTICE-HALL INC.
Reservados todos los derechos
© En lengua castellana: Editorial **MAPFRE, S. A.**

Depósito legal: M-32309/79
I.S.B.N.: 84-7100-082-2

Impreso en España
Printed in Spain

EDITORIAL MAPFRE, S. A. - Oficina Principal: Avda. Baviera, 10 - MADRID-28

Impreso por Central de Artes Gráficas, S. A. - Carr. Ajalvir-Loeches, km. 8,800. Torrejón

SUMARIO

	Págs.
Introducción a la edición española	XIII
Prefacio	XV
Introducción	XIX
PARTE I.—Naturaleza y utilidad de los seguros de vida y de enfermedad	1
1. Naturaleza del seguro de vida y de enfermedad: Principios Fundamentales	3
2. Utilidad familiar y personal de los seguros de vida y de enfermedad	19
3. Utilidad del seguro de vida y enfermedad en el campo comercial	53
4. Otra utilidad del seguro de vida y enfermedad.	71
PARTE II.—El producto del seguro de vida: tipos de contratos	93
5. Seguro temporal	95
6. Seguro de vida entera	113

Págs.

7. Seguro mixto 141
8. Rentas vitalicias 155
9. Contratos especiales de vida y de renta 175

PARTE III.—El producto del seguro de vida: estudio del contrato 201

10. Conceptos jurídicos fundamentales: I 203
11. Conceptos jurídicos fundamentales: II 223
12. Cláusulas de la póliza: I. Condiciones generales. 247
13. Cláusulas de la póliza: II. Cláusula de declaración de beneficiarios 271
14. Cláusulas de la póliza: III. Derechos del acreedor y la cesión 283
15. Cláusulas de la póliza: IV. Opciones de liquidación 303

PARTE IV.—El producto del seguro de enfermedad 329

16. Planes para hacer frente a los costes de atención médica 331
17. Contratos individuales de seguro de enfermedad: I 367
18. Contratos individuales de seguro de enfermedad: II 385

PARTE V.—Matemáticas de seguro de vida 413

19. Medida del riesgo en el seguro de vida 415
20. Principios fundamentales para la elaboración de las tarifas 441
21. Primas netas únicas: I 455
22. Primas netas únicas: II 467
23. Primas netas uniformes 483
24. Las reservas en el seguro de vida 499
25. Primas brutas 523
26. Valores de rescate 553
27. El excedente y su distribución 575

Págs.

PARTE VI.—Las matemáticas del seguro de enfermedad. 601

28. Tarificación del seguro de enfermedad: I 603
29. Tarificación del seguro de enfermedad: II 621
30. Reservas en el seguro de enfermedad y distribución del excedente 639

PARTE VII.—Selección, clasificación y tratamiento de los riesgo del seguro de vida y de enfermedad 651

31. Selección y clasificación de los riesgos del seguro de vida: I 653
32. Selección y clasificación de los riesgos del seguro de vida: II 677
33. Selección y clasificación de los riesgos del seguro de enfermedad 701

PARTE VIII.—Formas especiales de los seguros de vida y de enfermedad 719

34. Seguro colectivo 721
35. Planes de seguro de pensiones 763
36. Seguros industriales de vida y enfermedad 803
37. Prestaciones de los seguros públicos 827
38. Otras formas del seguro de vida 873

PARTE IX.—Organización, gestión y regulación de las compañías de seguros de vida y de enfermedad 897

39. Clases de compañías 899
40. Organización de las compañías de seguros 927
41. Las inversiones de las compañías de seguros de vida 953
42. Cómo interpretar los estados financieros de una compañía de seguros de vida: I 983
43. Cómo interpretar los estados financieros de una compañía de seguros de vida: II 1028
44. Regulación pública y régimen fiscal de seguros de vida y de enfermedad 1051

	Págs.
APÉNDICES	1109
Apéndice A: Modelos de pólizas y formularios de seguros de vida y de enfermedad	1111
Apéndice B: Ley uniforme de condiciones de las pólizas individuales de accidentes y de enfermedad.	1149
Apéndice C: Matemáticas del seguro de vida	1171
Apéndice D: Funciones selectas de interés compuesto y de descuento	1195
Indice temático	1203

Introducción a la edición española

Es para mí un honor el poder realizar esta breve introducción a la edición en español del libro «Seguro de vida» de Huebner y Kenneth Black, igual que lo ha sido el llevar a cabo la revisión técnica de la traducción.

Faltaba en Editorial MAPFRE, que tantos y tan buenos libros sobre temas técnicos de seguros ha editado en los últimos años, un libro que tratara de una forma completa y rigurosa el seguro de vida; tema sobre el que, por otra parte, hay muy pocas buenas publicaciones en español. Para cubrir esta necesidad y analizando los libros que el mundo entero y en distintas lenguas existían sobre el seguro de vida se eligió éste, que consideramos quizás el mejor y más completo sobre el tema. Por supuesto que hay muchos libros escritos sobre el seguro de vida, algunos sobre su comercialización, otros sobre la forma de tener éxito en la venta, otros sobre la técnica o sobre las matemáticas del seguro de vida; pero es difícil condensar en un solo libro, como lo han sabido hacer Huebner y Kenneth, todos estos temas y muchos más, haciendo un verdadero tratado sobre el seguro de vida que, en lugar de ser un libro pesado, farragoso y difícil de entender, está al alcance no solamente de los técnicos, sino de cualquier persona que desee iniciarse en el tema o tenga afición al mismo. El libro yo diría que es casi una novela sobre el seguro

de vida por el agrado con que se lee y se sigue, y por la lógica con que va llevándonos a una comprensión completa de todo lo relacionado con el seguro de la vida humana.

Naturalmente el libro trata fundamentalmente del seguro de vida, enfermedad y pensiones en los Estados Unidos, pero, dado el desarrollo que esta institución ha alzanzado en aquél país, es absolutamente universal y no deja de considerar ninguna particularidad, ni ninguna modalidad de seguro de vida que se esté desarrollando en estos momentos en cualquier país.

Los autores son sobradamente conocidos y verdaderas autoridades en el seguro en Estados Unidos y en el mundo entero, y tanto el Profesor S. S. Huebner, de la Wharton School de Finanzas de la Universidad de Pensilvania como Kenneth Black Profesor de la Escuela de Administración Empresarial de la Universidad de Georgia, avalan suficientemente el trabajo.

Esperamos que esta publicación, que Editorial MAPFRE ha hecho con gran esfuerzo, sirva para la mayor difusión y conocimiento del seguro de vida.

Juan F. Layos

Director General MAPFRE VIDA, S. A.

Prefacio

El presente texto es una revisión de su antecesor, que fue publicado en 1972. Otras ediciones anteriores aparecieron en 1915, 1923, 1935, 1950, 1958, 1964 y 1969. Estos últimos años han supuesto cambios profundos en la industria del seguro de vida; por ejemplo, el método del seguro de grupo para prestaciones de seguro de vida y enfermedad y de beneficios de pensión ha crecido a un ritmo sorprendente. Durante este período la industria del seguro de vida ha tenido un papel dominante en el campo del seguro individual de enfermedad. Con objeto de tener en cuenta estos cambios dinámicos, el presente volumen pretende ofrecer un tratamiento integral y profundo de los seguros de vida y enfermedad; los dos encuentran su justificación económica en la capacidad de ganancias de la vida humana (lo que se denomina valor de la vida humana) y juegan un papel esencial en el sujeto creador y consciente de esta sociedad libre e industrializada. Es de esperar que este texto dedicado al seguro de vida y enfermedad llegue a satisfacer las necesidades del estudiante, del agente de seguros y del profano en la materia.

En el texto se ha intentado un desarrollo lógico de asimilación fácil; pretende reunir de manera organizada los hechos, principios y prácticas que permitan al estudiante, al agente y al profano un entendimiento comprensivo del seguro de vida y enfermedad, y el

conocimiento de sus legítimos modos de empleo en interés del bienestar de la persona, de la familia y de la vida comercial. Se ha dedicado una atención especial a la presentación sencilla y compacta.

El libro se divide en nueve partes, que se ocupan, respectivamente de: Naturaleza y utilidad de los seguros de vida y de enfermedad; El producto del seguro de vida: tipos de contrato; El producto del seguro de vida: estudio del contrato; El producto del seguro de enfermedad; Matemáticas del seguro de vida; Las matemáticas del seguro de enfermedad; Selección, clasificación y tratamiento de los riesgos del seguro de vida y de enfermedad; Formas especiales de los seguros de vida y enfermedad; y Organización, gestión y regulación de las compañías de seguros de vida y de enfermedad.

El autor quiere expresar su agredecimiento a muchas personas del campo de la actividad aseguradora, que han revisado algunos capítulos o secciones de este volumen. Nos referimos a: Dr. Barnie E. Abelle, American College of Life Underwriters; Mr. George A. Bishop, Mr. Daniel F. Case, Mr. Manuel M. Gorman, Mr. Robert W. Hamilton, y Mr. William B. Harman, American Life Insurance Association; Mr. Charles E. Farr y Mr. Neil A. Parmenter, Bankers Life Company; Mr. Dean G. Grogan, Blue Cross and Blue Shield; Mr. Peter Z. Ingerman, Equitable Life Assurance Society of the United States; Mr. James E. Roberts, Culverhouse, Tomlinson, Mills, DeCarion y Anderson; Mr. Gerald S. Parker, Guardian Life Insurance Company of America; Jeroy Miller y James R. Miller, Health Insurance Institute; Mr. Jason B. Guilliland, Life Insurance Company of Georgia; Dr. Paul W. Thayer, Life Insurance Marketing y Research Association; Mr. James W. Krause, Lutheran Brotherhood; Neil M. Day, William B. Swarts, III, y Joseph C. Wilberding, Medical Information Bureau; Mr. T. W. Cheney, Modern Woodmen of America; Mr. Fred Hoffman y Mr. Tom K. Mura, Mr. C. Carney Smith, National Association of Life Underwriters; Mr. Robins H. Ledyard, National Life and Accident Insurance Company; Mr. Edward D. Hesse, Mr. G. Randolph Keith, Mr. John H. Stimpson, y Mr. Edward H. Sweetser, New York Life Insurance Company; Mr. Christopher J. Cox y Mr. Gerald A. Levy, North American Reassurance Company; Mr. Gerald B. Farlow, Pensurdata, Inc.; Mr. Gabriel G. Cillie, Mr. John A. Farley, Mr. John E. Galm, Mr. Jack T. Kvernland, Mr. James J. Olsen, Mr. Paul. E. Sarnoff, y Mr. Julius Vogel, The Prudential Insurance Company of America; Mr. Charles G. Katibian y Mr. Anthony J. Nicoletti, The Savings Bank Life Insurance Company; Mr. Allen S. Beale, Savings Bank Life Insurance Council; Mr. Gilbert H. Forst y Mr. Theodore Fuller, The Savings Bank Life Insurance Fund; Mr. Albert Rettig y Mr. Richard Telling, Social Security Administration; Dr. Jack C. Keir, Temple University; Mr. Joseph W. Satterthwaite, Towers, Perrin, Forster y Crosby, Inc.; Mr. Vincent P. Blake, USLIFE Corporation; y Mr. S. W. Melidosian, Veterans Administration Center.

Se ha de expresar un reconocimiento especial a Mr. B. Franklin Blair, de la Provident Mutual Life Insurance Company, por su colaboración en los capítulos sobre informes financieros. Gran parte del material recogido en estos capítulos ha sido tomado del escrito de Mr. Blair, *Interpreting Life Insurance Company Annual Reports*.

El autor queda también agradecido al Professor Robert W. Batten, al Dr. Gail M. Beckman, al Dr. Walter F. Berdal, al Dr. W. Rogers Hammond, al Dr. Donald O. Jewell, al Dr. G. Hugh Russell, al Dr. Stuart Schwarzschild, al Dr. Fred A. Tillman, y al Dr. Steven N. Weisbart, todos ellos componentes de la School of Business Administration, de la Universidad del Estado de Georgia, que han leído diversos capítulos, y en ocasiones alguna parte completa, y que generosamente han emitido sus críticas y opiniones.

Finalmente, el autor ha de hacer constar su agradecimiento a la Sra. Mary Smith y a Eileen O'Neill por sus esfuerzos e interés personal durante la escritura a máquina y las correcciones del manuscrito.

No es preciso añadir que ninguno de los que en su día recibieron el manuscrito tiene responsabilidad alguna por las deficiencias que tal vez siga aquejando a esta obra.

K. B., Jr.

Introducción

La seguridad es una meta universal entre los seres humanos. Ciertamente, la seguridad puede entenderse de modos distintos, pero en todos los casos descubriremos un cuadro común de referencias. Todas las acepciones de la seguridad hacen referencia a las necesidades.

La seguridad económica solamente puede ser evaluada en un momento concreto del individuo, de la familia, del negocio o del país (1). *En un plano nacional, la distribución de la riqueza del país es un elemento fundamental de su evaluación. En general, la seguridad puede ser concebida como paz mental y liberación de la incertidumbre; la inseguridad se acompaña de sentimientos de duda, de temor y de aprensión. La seguridad puede medirse por la probabilidad de satisfacción de las necesidades de la persona; la afirmación personal «me siento seguro» es la manifestación de una confianza relativa en que se pueda hacer frente a unas necesidades conscientemente sentidas.*

Son innumerables las pruebas que demuestran la preferencia que los seres humanos dan a la seguridad. Las costumbres, los hábitos, incluso la misma civilización, se apoyan en el sentido de

(1) Véase DAVIS W. GREGG: «Economic Security: Patterns and Philosophy», en *Life and Health Insurance Handbook* (Homewood, Ill., Dow Jones-Irwin, 1973), capítulo 1.

la estabilidad. Los dos instintos de FOURNIER, *o sea: 1) el instinto de aventura, de movimiento, de descubrimiento, de riesgo y de progreso; y 2) el instinto de reposo, de repetición, de seguridad y estabilidad* (2), *han de estar equilibradas, y este equilibrio constituye la esencia de la situación del ser humano. El equilibrio optimal dependerá de cada individuo y dentro de cada uno variará con el transcurso del tiempo, porque cada sujeto cuenta con una herencia genética única y se halla nutrido por un ambiente en continuo cambio.*

EL INDIVIDUO Y LA SEGURIDAD

Por regla general, se admite que la seguridad personal está referida a la falta de confianza o a la incertidumbre de los individuos ante una o varias de sus necesidades. Los científicos sociales están de acuerdo en que las necesidades tienen un número casi infinito y en que varían con el tiempo. Tan pronto como una necesidad se satisface, hay una nueva que la sustituye. De todos modos, dan a entender que, en su conjunto, existe una prioridad de niveles de necesidades *aplicable a casi todos los individuos* (3).

Las necesidades y la seguridad

Las necesidades más básicas cuando aparecen, exigen una prioridad, por lo que han de posponerse los esfuerzos dirigidos a la satisfacción de otras necesidades más elevadas. A. H. MASLOW, *uno de los primeros investigadores de este campo, desarrolló el concepto de prioridad de necesidades a cinco niveles:*

1. *Necesidades fisiológicas básicas.*
2. *Seguridad ante el peligro externo.*

(2) PAUL FOURNIER: *The Adventure of Living* (Nueva York, Harper & Row, 1965), pág. 156, cit. por GREGG en pág. 3. La teoría corriente acepta la idea de que los seres humanos no tienen instintos, esto es, no existen comportamientos específicos que pudiéramos denominar instintivos. El término instinto, en el sentido aquí usado, pretende admitir que entre los seres humanos hay necesidades muy generales y casi universales.

(3) KEITH DAVIS: *Human Relations in Business* (Nueva York, McGraw-Hill, 1957), págs. 24-29.

3. *Amor, afectividad y actividad social.*
4. *Estimación y auto-respeto.*
5. *Auto-realización y perfeccionamiento* (4).

A los efectos de nuestra argumentación, hay que subrayar el aspecto de que los niveles de necesidades tienen una clara secuencia de dominación. *Cuando se satisfacen las necesidades fisiológicas, tienden a dominar las de seguridad; en la situación típica presente de la sociedad norteamericana, se puede afirmar que las necesidades fisiológicas básicas se hallan suficientemente satisfechas; sin embargo, en otras partes del mundo, en las que la productividad es baja, o que padecen hambre o catástrofes, es obvia la prioridad de las necesidades de supervivencia.*

Por su propia naturaleza, las necesidades fisiológicas tienen un límite; la persona puede conseguir alimento o calor suficientes. En la realidad, al dar satisfacción a las necesidades fisiológicas y de seguridad se puede contar con medios excesivos; por ejemplo, el sujeto se puede sentir tan seguro que termina haciéndose descuidado e indefenso. Mientras las necesidades fisiológicas y de seguridad son esencialmente limitadas, las de los niveles tercero a quinto son más difíciles de satisfacer completamente; en efecto, a medida que parece que se satisfacen las necesidades de amor, de estimación, y de auto-realización, éstas tienden a hacerse más apremiantes. Un cierto *éxito a menudo estimula la necesidad de* mayores *éxitos.*

Las necesidades de los niveles superiores tienden a ser las dominantes en las civilizaciones adelantadas; las de los órdenes inferiores se satisfacen sobre todo a través del comportamiento económico. El sujeto necesita unos ingresos dinerarios para comprar la satisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad económica. De otra parte, las necesidades personales de orden superior se satisfacen principalmente a través del comportamiento simbólico, con un contenido psíquico y social. El sujeto capta el significado de las experiencias, y se satisface; el comportamiento es de un orden totalmente diferente al del comportamiento económico. De esta forma, los individuos persiguen la

(4) A. H. MASLOW: «A Theory of Human Motivation», en *Psychological Review*, vol. I (1943), págs. 370-96; y MASLOW: *Motivation and Personality* (Nueva York, Harper & Row, 1954).

satisfacción de sus necesidades (conforme las perciben dentro del cuadro de referencias que se ha elaborado a lo largo de la vida gracias a las influencias individuales, familiares y demás ambientales), y cada uno queda dominado por el nivel de necesidades que sea reflejo de sus circunstancias económicas, psicológicas y sociales.

El riesgo y la incertidumbre (5)

El riesgo *puede definirse como la variación en los posibles resultados que por naturaleza existan en una situación dada. Para medir esta variación habrá que conocer la distribución subyacente de las probabilidades y saber cómo se evalúa la variación inherente a esa distribución. Así puede, por ejemplo, preverse la probabilidad del fallecimiento durante un período determinado; la variación qu presente ante los resultados reales constituirá el riesgo asumido. La* incertidumbre, *por el contrario, es la duda que asalta al sujeto en cuanto a su capacidad de predecir cuál de entre varios resultados se producirá. La incertidumbre es la conciencia que la persona tiene del riesgo en una situación concreta; depende de la estimación que dé al riesgo —de la creencia que se tenga sobre la situación del mundo— y de la confianza que tenga en su propia creencia. Una persona puede sentirse enormemente incierta sobre el futuro en una situación en la que, en realidad, el riesgo es pequeño; contrariamente, otra persona puede sentir una gran confianza en sí misma en cuanto a su capacidad de predicción del futuro, cuando en realidad este futuro es incierto en alto grado.*

La reacción del individuo ante el riesgo es la manera como responde o se comporta ante una situación incierta. En igualdad de circunstancias, en pura lógica sería de esperar que la reacción fuera más fuerte, positiva o negativamente, cuanto mayor fuera la incertidumbre. Hay otros factores que ejercen una influencia similar o incluso mayor que el de la incertidumbre, como pueden ser las potenciales ganancias o pérdidas y su efecto sobre la situación económica de la persona. Así, por ejemplo, el sujeto

(5) C. ARTHUR WILLIAMS y RICHARD M. HEINS: *Risk Management and Insurance*, 2.ª ed. (Nueva York, McGraw Hill, 1971), págs. 8-10.

puede reaccionar más fuertemente ante una situación que, igualada en incertidumbre con otra, comportase ganancias o pérdidas potenciales de más o menos $ 1.000, cuando en la segunda situación eran de más o menos $ 10. Además, el individuo también depende en sus reacciones de si es rico o pobre; el rico puede sentirse más incierto en cuanto a su futuro que el pobre, pero le teme menos porque se siente capacitado para aguantar la adversidad.

Aunque todos estos condicionamientos (incertidumbre, ganancias y pérdidas potenciales y situación económica) se presenten en plano de igualdad, la gente reacciona de forma diversa en razón de su distinta personalidad, determinada por la herencia genética y por el ambiente. Lo cierto es que incluso una misma persona puede sentir una afinidad o una aversión diferentes al riesgo, a edades o en situaciones distintas.

En las experiencias realizadas se han estudiado los factores que son causa de que las personas tomen decisiones diferentes ante la incertidumbre. ¿Cuáles son los rasgos de la personalidad o las condiciones ambientales que normalmente se asocian a la inclinación a asumir un riesgo? Por ejemplo, son muchos los psicólogos que sostienen que los individuos no persiguen necesariamente la consecución del resultado óptimo; el objetivo inmediato puede ser un resultado «satisfactorio» y, si se consigue, el objetivo próximo podría ser otro resultado más satisfactorio (6). *En consecuencia, afirman que en los experimentos no es siempre razonable la presunción de un comportamiento óptimo ante la aceptación del riesgo.*

De otro lado, también hay diferencias en cuanto al nivel de las aspiraciones, lo cual afecta a la suma de esfuerzos que la persona dedique a una toma de decisión y a su voluntariedad a la aceptación del riesgo. Hay individuos que se fijan unos niveles ligeramente superiores a su probable nivel de rendimiento; otros se marcan objetivos de imposible logro, o bien muy por debajo de sus posibilidades porque temen al fracaso (7).

¿Cuál es el grado de seguridad que conviene? ¿En qué grado

(6) H. A. SIMON: «Theories of Decision-Making in Economics», en *American Economic Review*, XLIX, núm. 3 (junio 1959), págs. 253-83.

(7) C. T. MORGAN y R. A. KING: *Introduction to Psychology*, 3.ª ed. (Nueva York, McGraw-Hill, 1966), pág. 234.

es perjudicial? ¿Qué relación existe entre riesgo e incertidumbre, tomados cualitativa y cuantitativamente, y la seguridad económica del ciclo de la vida familiar o de la vida humana? Como ya se ha dicho, la respuesta ante el riesgo presenta profundas variaciones en base a factores como la experiencia educacional, el sexo, la madurez, los lazos de amor y amistad y la edad.

El carácter se forma mediante la aceptación y el enfrentamiento con la incertidumbre, siempre que no exceda de una cierta magnitud; si excede, la carga puede hacerse negativa. En estos últimos años, la incertidumbre se ha hecho cada vez mayor, a causa de la complejidad de la vida y del ritmo de cambio. La gente ve más difícil la predicción del futuro y, por tanto, las consecuencias y beneficios de sus propios actos; en el pasado, la mayor estabilidad del ambiente hacía posible la predicción, y en cierto grado el control, del destino y del futuro del individuo; algo que hoy es más difícil y en ocasiones prácticamente imposible. En consecuencia, el valor de la gratificación aplazada, esto es, la idea de que hay que trabajar hoy, que hay que ahorrar y sacrificarse en aras a un mañana más feliz, no parece igual de práctico y de razonable. Puesto que los individuos ya no pueden predecir ni controlar su futuro, tienden a vivir cada vez más en el presente; esta tendencia se refleja en hábitos de consumo y, en general, en la negativa a esperar un tiempo para lograr los resultados apetecidos. Ahora no hay tantos jóvenes dispuestos a adiestrarse durante muchos años a fin de llegar al punto deseado; tienden a exigir los resultados ahora mismo, y son muy pocos los que se orientan hacia objetivos a largo plazo. Es obvio que el problema se centra en la incertidumbre y en el control; si no podemos controlar el futuro, si es enormemente incierto, dejaremos de preocuparnos por él y nos dedicaremos a las cosas que podamos controlar, a las inmediatas. Los seguros de vida y enfermedad, orientados hacia el futuro y con una función eliminadora de la incertidumbre, fomentan la planificación y el control del futuro y permiten el desarrollo de una mayor certidumbre. Como veremos más adelante, el proceso planificador y la utilización del seguro para la instrumentación de las metas y objetivos seleccionados permiten un grado de certidumbre en el futuro que resulta inestimable para la identidad del individuo.

EL INDIVIDUO Y LA IDENTIDAD

«Todos los hombres fueron creados iguales». Esta afirmación histórica ha creado más problemas que ninguna otra, y se ha quedado bastante lejos de la realidad. El tema se halla en el núcleo de muchos de los problemas sociales y económicos de nuestro país; nuestra sociedad postula que los seres humanos, hombres y mujeres, son iguales en el sentido moral de que tienen el mismo derecho a la oportunidad y al trato por parte de la ley; son iguales «ante los ojos de Dios» (8). *Al mismo tiempo, los miles de millones de posibles combinaciones de genes entre la población del mundo dan origen a niños diferentes y desiguales, que luego se distancian aún más a causa de sus experiencias únicas en la vida.*

Esta desigualdad natural, unida al postulado de la igualdad moral, se encuentra en el centro de una idea un tanto confusa sobre la responsabilidad de la sociedad ante sus miembros. En su sátira Animal Farm, GEORGE ORWELL *creó una sociedad animal en que todos eran iguales, pero los cerdos eran «más iguales» que los demás animales; de este modo reconocía la irrealidad de una sociedad igualitaria* (9).

Según ARDREY, *para que el individuo sobreviva en una sociedad, ésta ha de asumir ante sus miembros tres funciones que, por orden de prioridad, son:*

1. *La protección del individuo frente a los enemigos exteriores.*
2. *La protección, a través de la educación, del derecho de cada uno a la igualdad de oportunidades para el desarrollo de sus capacidades.*
3. *La protección de los miembros de uno frente al otro, cuan-*

(8) Véase FRED J. BORCH: *The Universal Demand for Equality*, informe a la Conferencia de Formación de Ingeniería, General Electric Company, Crotonville, Nueva York, 25 de julio de 1972.

(9) Véase una serie de artículos sobre el igualitarismo en *Business Week* (1, 8 y 15 de diciembre de 1975).

do intentan competitivamente la satisfacción psicológica de sus necesidades innatas (10).

Las demandas de la defensa frente al ataque exterior y la necesidad de un orden interno son aspectos universalmente admitidos. En estos últimos años de mayor progreso tecnológico se ha admitido también la necesidad de la educación; las sociedades más fuertes y duraderas se basarán en el desarrollo máximo de sus miembros (11). *Sin embargo, todavía no se admite completamente el hecho de que una mayor seguridad aumenta simultáneamente el aburrimiento y el anonimato. El éxito logrado por nuestro sistema económico, que alienta la esperanza de reducir la preocupación humana ante la necesidad económica, ha tendido a ignorar o a reprimir otras necesidades innatas de la persona.*

Una hipótesis de necesidades innatas

En su obra The Territorial Imperative, ROBERT ARDREY *presentó una hipótesis de necesidades innatas, partiendo de la base de que en todos los animales superiores, con inclusión de los seres humanos, existe la necesidad básica e innata de tres satisfacciones: la identidad, la estimulación y la seguridad* (12). *Las descubrió haciendo referencia a sus opuestos: anonimato, aburrimiento y ansiedad. Las relaciones de prioridad entre aquéllas dependen de cada individuo, aunque en una proporción sorprendente de casos se puede comprobar que la seguridad es la de menor prioridad una vez que se han satisfecho las necesidades fisiológicas. Además, cuanto mayor sea la consecución de la seguridad más dispuesto está el individuo a sacrificarla. Cuando se vive en la pobreza, la seguridad económica constituye la meta suprema pero para los que gozan de bienestar la seguridad puede conducir al hastío. De otro lado, en una civilización avanzada,*

(10) ROBERT ARDREY: *The Social Contract* (Nueva York, Dell Publishing Company, Inc. 1970).
(11) Véase MARK BLAUG: *Economics of Education, a Selected Annotated Bibliography*, 2.ª ed. (Nueva York: Pergamon Press, 1970).
(12) ROBERT ARDREY: *The Territorial Imperative* (Nueva York: Artheneum, 1966).

como es la nuestra, la necesidad de identidad ocupa un rango muy elevado. Se desea:

1. *Saber quién soy.*
2. *Lograr una identificación a los ojos de los otros miembros de la sociedad.*
3. *Tener un sentimiento de satisfacción.*

La búsqueda de la identidad

La necesidad de la identidad no exige lo imposible. Son muy pocos los que aspiran desesperadamente a convertirse en presidente de los Estados Unidos; la mayoría, donde nos situamos los de rango ordinario, mira con admiración y con tranquilidad los esfuerzos de aquellos ciudadanos que aspiran a tal cargo supremo. Tal vez mantengamos la esperanza personal de que el líder elegido genere en nosotros un sentimiento de compromiso, al identificar con él nuestros propios valores y necesidades. Aquí precisamente encontramos otro ingrediente poderoso de la identidad, otra manera de contestar a la pregunta «¿quién soy yo?»: con el privilegio de poder señalar orgullosamente a una persona afirmando «aquel es mi cónyuge» o «ahí va mi jefe».

La identidad también puede lograrse de otros modos. El orden entre los diversos rangos implica un medio significativo de identificación, y tal vez sea éste el motivo por el que el rango ha tenido tanto éxito. No es preciso llegar a presidente para saber quién es «el número uno»; cada peldaño de la escala organizativa tiene su propia identificación y se encuentra en un grado superior a otros.

Perseguimos la auto-suficiencia; dentro de las limitaciones y líneas directrices de nuestras dotes genéticas individuales, buscamos un estado de satisfacción en que podamos saber por qué hemos nacido. La identidad, a la que MASLOW *llama auto-realización, se convierte en el reto más audaz que se hace a la mente humana. ¿Quién soy? ¿Dónde estoy? ¿Me he realizado, me he individualizado como mis propósitos genéticos potenciales? Todos tendemos a buscar caminos para identificarnos a nuestros propios ojos y a los de los demás.*

LA IDENTIDAD Y EL SEGURO DE VIDA DEL INDIVIDUO

Gracias a su contribución sustancial a la estabilidad financiera, a la continuidad y a la supervivencia en general de las industrias pequeñas y medianas y de las organizaciones profesionales, el seguro de vida y enfermedad procura mantener abiertas las puertas al logro personal y a situaciones de clase. La iniciativa individual, el espíritu emprendedor y el logro son elementos esenciales de la consecución de la identidad individual; pocos son los que niegan esta verdad. Pero es que, además, conviene sugerir que el seguro de vida individual *juega un papel importante en la satisfacción de la necesidad innata de identidad, necesidad que es fundamental para la supervivencia de nuestra sociedad. Este es el papel con el que juega el agente de vida al conectar el proceso de planificación individual con el familiar, proceso que supone una parte importante del desarrollo de la identidad individual.*

Los sistemas individuales de valores

Se admite en general que el ser humano demuestra su propia naturaleza en la forma que hace una elección o toma una decisión. La facultad de elegir conscientemente, en base a la comprensión de los hechos pasados *y a la* predicción de las consecuencias futuras, *es precisamente lo que distingue con mayor claridad a los humanos de los demás animales porque puede visualizar las consecuencias a largo plazo de las vías alternativas de comportamiento. La facultad y la libertad en cuanto a la toma de decisiones y a la elección y en cuanto a la influencia sobre los resultados permiten que el sujeto conserve su identidad individual, desarrollando una imagen de sí mismo basada en una matriz de valores totalmente propios, esto es, en un sistema individual de valores. La reacción del individuo ante los diversos grados de incertidumbre vital influye en sus elecciones y decisiones y da forma a su propia identidad individualizada.*

El sujeto con una seguridad económica razonable (que haya satisfecho razonablemente sus necesidades fisiológicas y de seguridad) es el que se siente motivado y basa sus decisiones en otros niveles más elevados de necesidades como son la autorrealización y la comprensión. Está claro que un nivel razonable de seguridad económica puede proporcionar al individuo la oportunidad de ser más humano, de encontrar un mayor significado a la vida, de establecer más relaciones con sus semejantes. La persona tiende a pertenecer y a relacionarse, pero no al sometimiento. A tal situación solamente puede llegarse desde una sitación de razonable seguridad económica.

Las instituciones americanas de seguridad

En los Estados Unidos, la seguridad económica, o sea, la disposición del dinero suficiente para lograr la satisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad, se consigue a través de un entramado complejo formado por el gobierno y la empresa privada. La base primaria de la seguridad económica resultante de los esfuerzos del individuo, del grupo (o empresa) y de la sociedad (o gobierno), se refleja en el incremento y desarrollo del seguro.

El seguro del individuo representa el sistema más antiguo de seguridad económica. Su incremento y desarrollo se deben en esencia a las decisiones voluntarias de los individuos *basadas en la consciencia de las necesidades de seguridad y en la capacidad del pago de las primas. El seguro de grupo* (13) *se ha desarrollado en las empresas, en los sindicatos y en otros grupos de acción, generalmente en nombre de sus empleados o miembros. El seguro social ha partido de la actuación gubernamental y tiende a satisfacer las necesidades de seguridad económica de amplios sectores de la población.*

GREGG *ha sugerido que nuestro sistema de seguridad económica se asemeja a una plataforma sustentada por un trípode* (14). *A principios de siglo era el seguro individual el único digno de mención en nuestro país; el segundo apoyo, el de las pensiones*

(13) El concepto en sentido amplio incluye las pensiones, sean o no por razón de seguro, los seguros colectivos de vida y enfermedad y otros componentes de los planes para la protección de los empleados.

(14) DAVIS W. GREEG: «Economic Security: Patterns and Philosophies», en *Life and Health Insurance Handbook*, 3.ª ed. (Homewood, Ill., Dow Jones-Irwin, 1974), págs. 12-16.

privadas y seguro de grupo, es de los comienzos del siglo; el tercer apoyo, el del seguro social, se ha establecido con la intervención sustancial del gobierno federal en el ámbito de la seguridad económica, con la promulgación de la Ley de Seguridad Social de 1935.

Las tres patas del trípode han tenido un notable crecimiento, pero su ritmo ha guardado una relación proporcionalmente inversa al orden de antigüedad. En 1971 el sistema de seguridad económica reflejaba, en cuanto al seguro individual, una participación del 20 por 100; un 40 por 100 el de grupo y otro tanto el de la Seguridad Social. En los últimos treinta años estos porcentajes han variado considerablemente; las cifras iniciales eran de un 65 por 100 para el individual, un 25 por 100 para el grupo y un 10 por 100 para el social (15).

Hemos de partir de la base de que es signo de madurez el que el sujeto esté dispuesto a posponer una satisfacción presente; por eso el rápido aumento de nuestro entramado de seguridad es un motivo de orgullo, porque implica la madurez del individuo y del cuerpo social. De otro lado, refleja el éxito de una satisfacción de necesidades de nivel más alto. La institucionalización *de la seguridad a través del crecimiento notable de los mecanismos sociales y de grupo (del 35 al 80 por 100), así como el creciente papel del gobierno, como lo prueba una mayor proporción en las sumas globales de la seguridad (del 10 al 40 por 100), posiblemente no favorezcan en toda su extensión la identidad del individuo. El equilibrio optimal de las vías para el logro de una suma optimal de seguridad económica es un tema que merecería un estudio profundo* (16).

El programa de seguridad económica individualizada

La libertad de decidir en razón de los valores del individuo

(15) *Ibíd.*, pág. 10.

(16) *Ibídem. The Future Outlook Study*, publicado por el Instituto del Seguro de Vida, pretendió valorar las actitudes del público ante el producto del seguro de vida y enfermedad, ante las compañías aseguradoras y ante los agentes que venden las pólizas. Véase la declaración de FLORENCE SKELLY de la firma Daniel Yankelovich, Inc., ante la Conferencia de Directores y Agentes Generales, en *The National Underwriter* (Life ed.) 9 de noviembre de 1968, pág. 1.

se convierte en el criterio final y más acertado de la autodeterminación. También la libertad de elección es la esencia de la identidad personal en una situación en que los sistemas de valores del individuo están sometidos a presión y moldeados por las interacciones del ser humano con su entorno, con su familia, la oportunidad de una respuesta creadora se encuentra en función de una seguridad económica razonable.

El seguro social y el de grupo facilitan los cimientos sobre los que la persona responsable puede proyectar un programa de seguridad individualizada *a través de un ambiente de vida y de existencia creadoras. El seguro individual, tanto de vida como de enfermedad, significa la oportunidad de procurar al individuo y a su familia un nivel adecuado de seguridad económica que permita la libertad de decidir dónde vivir, dónde trabajar, dónde jubilarse, cuándo casarse y cómo vivir. Con independencia de la muerte o de la invalidez, el seguro de vida y enfermedad permite a la familia seguir viviendo de acuerdo con su propio plan de vida. En resumen, la necesidad económica no les va a obligar a seguir un estilo de vida que no desean. Las decisiones que acompañan a la determinación de un programa de seguridad individualizada son consecuencia del estudio de los objetivos y de las necesidades del individuo, así como de la garantía de que estas metas van a alcanzarse con independencia de los riesgos de muerte, de invalidez o de vejez. El auto-respeto y la confianza que derivan de una decisiones conscientes e individualizadas sobre la elaboración de un programa de seguridad contribuyen sustancialmente a la aceptación creadora del riesgo que es esencial al perfeccionamiento del individuo.*

Si se admite que el desarrollo del ser humano implica una toma inteligente de decisiones y que la identidad del individuo es de enorme importancia para el desarrollo y perfeccionamiento de la persona, habrá que prestar gran atención al mantenimiento de un ambiente en el que el individuo conserve un sentimiento de responsabilidad personal ante su propio bienestar y el de su familia (17). *La oportunidad de la identificación de los propios objetivos y necesidades, del desenvolvimiento de una matriz in-*

(17) Véase DAVIS W. GREGG: «Family Life Cycle: A Conceptual Legacy», en *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, vol. XIV (otoño de 1960), pág. 308.

dividual de valores y de su instrumentación a través de decisiones individuales relativas al programa de seguridad económica escogido a gusto propio, constituyen elementos fundamentales para la conservación de una sociedad viril y creadora. En los Estados Unidos, el capitalismo presente es un sistema político, económico y social que quiere respetar ante todo al individuo y a su responsabilidad; presume *que la compensación financiera está relacionada normalmente con la contribución de cada uno. Además entiende que los sujetos libres que tengan una razonable seguridad económica pueden controlar sus propios destinos mediante la asunción de los riesgos, al mismo tiempo que protegen a sus familiares con un programa «ad hoc» adecuado a sus fines y objetivos individuales* (18).

La institución del seguro de vida es el vehículo por el que se puede transmitir el valor de la vida humana (el patrimonio potencial) logrando la identidad y la satisfacción al proyectarse hacia otros objetivos queridos y más lejanos, sabiendo que sus familiares no van a quedar perjudicados en el supuesto de que la muerte o la invalidez prematura eliminen de la escena sus destrezas y sus talentos. El seguro de vida, además, juega un papel principal en el mantenimiento de un ambiente vital para la empresa individual con su función de acumulación de capitales. Los ahorros de millones de asegurados en manos de las aseguradoras de vida se destinan a inversiones que en el juego de oferta y demanda de fondos en los diversos sectores de nuestra economía, contribuyen a la financiación de la industria americana.

Esta obra pretende explicar las utilidades específicas que el seguro proporciona a los individuos y a las personas jurídicas, al tiempo que hace un estudio apropiado y comprensivo de la institución del seguro de vida y enfermedad. El conocimiento completo del seguro y sus formas de empleo resultan de gran importancia para el individuo inmerso en una sociedad libre e industrializada.

El consumidor bien informado puede maximizar la eficacia de los servicios del seguro de vida y enfermedad, y puede exigir

(18) Véase ROBERT J. MYERS: *Government and Pensions* (Washington, D. C., American Entreprise Institute, 1969), pág. 17.

las atenciones de un agente profesionalizado al elaborar el programa de seguridad económica que instrumente su matriz de valores. Un conocimiento profundo de ambos aspectos implica mejores resultados para todos.

parte I

NATURALEZA Y UTILIDAD DE LOS SEGUROS DE VIDA Y DE ENFERMEDAD

1

Naturaleza del seguro de vida y de enfermedad. Principios fundamentales

DEFINICION DEL SEGURO

Participación en las pérdidas

La humanidad está expuesta a numerosos riesgos de importancia, como son las pérdidas materiales debidas al incendio y al huracán y las pérdidas personales por incapacidad y muerte prematura. Al individuo le resulta imposible la previsión o la prevención total del peligro, pero ciertamente puede protegerse frente a sus consecuencias económicas, esto es, frente a la pérdida material y/o de beneficios. El seguro, en sus diversas modalidades, tiende a la protección frente a tales desgracias mediante el pago de las pérdidas de unos pocos con la contribución de muchos individuos expuestos al mismo riesgo. Esta es la esencia del seguro: la participación en las pérdidas y la sustitución de la incertidumbre por la certeza. Cuando el riesgo considerado es el de la muerte prematura, la pérdida financiera se compensa por medio del seguro de vida; cuando es la incapacidad, la pérdida se compensa a través del seguro de enfermedad. En un plano comunitario, el seguro de vida o de enfermedad lo podemos definir como el instrumento social por el que se acumulan sumas que puedan hacer frente a pérdidas inciertas derivadas de un fallecimiento prematuro o de una invalidez, mediante

la transferencia de los riesgos de muchos individuos a una persona o grupo de personas (1). Bajo un punto de vista individualista, por otro lado, este seguro puede ser definido como un contrato por el que, contra una remuneración estipulada, denominada prima, una parte (el asegurador) se compromete a pagar a la otra (el asegurado) o a un beneficiario, una suma determinada al producirse el fallecimiento, la invalidez o cualquier otro acontecimiento concreto.

Toda organización aseguradora no es más que un mecanismo para la distribución de las pérdidas. El principio es cierto, tanto si se trata de un grupo en el que cada componente está mutuamente asegurado (compañía de seguros mutuos), como de un contratante independiente que mediante el pago de una prima desplaza el riesgo a la aseguradora, la cual abona las pérdidas resultantes (compañía por acciones).

La ley de los grandes números

Con objeto de eliminar el elemento especulativo y de reducir las fluctuaciones profundas de las pérdidas imputadas en cada año, se admite la necesidad de aplicar a las operaciones aseguradoras la ley de los grandes números; cuanto más elevado sea el número de los riesgos separados y análogos, combinados en un mismo grupo, menor será la incertidumbre en cuanto al total de las posibles pérdidas en que se incurra dentro de un período determinado.

Un único seguro anual para caso de fallecimiento se convierte, lógicamente, en un juego de azar, pero si el número de las personas aseguradas se aumenta hasta el centenar, la posibilidad de al menos un fallecimiento se hace mucho mayor, aunque el factor de la incertidumbre siga presente en gran medida. Si en el grupo combinamos 500.000 vidas en un estado físico similar, o si cada aseguradora cubre un número de vidas aún mayor, las fluctuaciones en el índice de fallecimientos de cada año quedarán por debajo del uno por ciento. De este modo, la aseguradora puede determinar anticipadamente la suma aproximada de siniestros y el negocio pierde su base de especulación. En efecto, cuando en una compañía el número de vidas aseguradas permite una aplicación prácticamente perfecta de la ley de los promedios, la incertidumbre sobre las pérdidas en un período determinado tiende a desaparecer.

(1) ALLEN H. WILLETT: *The Economic Theory of Risk and Insurance* (Filadelfia, University of Pennsylvania Press, 1951), pág. 72.

> Cuando la cobertura la facilita una compañía con un capital o unas reservas que impliquen una cierta garantía de estabilidad, la especulación da paso a una actividad comercial, con la diferencia de que si es una persona la que asume un único riesgo, terminará perdiendo o ganando toda la suma, mientras que si se trata de una compañía con muchos riesgos asumidos, gracias a la acumulación reduce las desviaciones posibles a límites estrechos, con lo que el negocio del seguro se convierte en uno de los menos arriesgados... En el transcurso de un año determinado, el individuo puede fallecer o sobrevivir; los resultados pueden ser una pérdida del 100 por 100 o una ganancia del 100 por 100 cuando se trata de una vida solamente. Pero si en lugar de una apuesta hacemos cien mil, para unas personas de la misma edad y en estado de salud similar, la variación en cuanto a los resultados oscilará normalmente por debajo del 2 por 100. Si, de un lado, la vida es de lo más incierto, del otro, el seguro de vida se acompaña de un máximo de certidumbre (2).

Naturaleza de los riesgos

Todos los tipos de seguros guardan una similitud, ya que para su debido funcionamiento exigen la combinación, en un solo grupo, de un número elevado de riesgos; sin embargo, se diferencian profundamente en cuanto a la naturaleza de los riesgos cubiertos. Bajo este aspecto, la diferencia principal entre el seguro de vida y las demás formas de seguro la hallamos en el hecho de que en los segundos el siniestro puede o no producirse, y en la mayoría de los casos no se produce. En cambio, en el seguro de vida, el acontecimiento contra el que se busca la protección, esto es, el fallecimiento, constituye una incertidumbre en un año determinado, pero cada año que transcurre aumenta la probabilidad del siniestro hasta convertirse en certidumbre, pues la muerte les llega a todos. Por consiguiente, si la póliza de seguro de vida va a proteger al asegurado a lo largo de toda su existencia,

(2) MILES M. DAWSON: *The Business of Life Insurance* (Nueva York, A. S. Barnes & Co., 1911), pág. 4.

se hará preciso no sólo proveer cada año al riesgo del fallecimiento, sino también acumular un fondo adecuado para hacer frente a un siniestro absolutamente cierto, que ha de producirse en un día futuro. DAWSON escribe:

> El olvido de la necesidad de hacer provisión frente a un riesgo creciente, que se convertirá en un hecho cierto, ha llevado a errores graves en los proyectos básicos de algunas organizaciones dedicadas al seguro de vida; el factor que distingue un plan asegurador sólido de otro defectuoso lo podemos encontrar en el respeto escrupuloso de este principio, que ha de guiar a la compañía al determinar sus tarifas de primas y la gestión y disposición de sus fondos (3).

En el caso del seguro de enfermedad, la invalidez no va a afectar a todos, por lo que este riesgo no sigue un patrón tan consistente como el del fallecimiento. En todo caso, cuando se trata de seguros de enfermedad con primas repartidas en un plazo largo, el riesgo asegurado aumenta cada año, por lo que hay que acumular un fondo apropiado para hacer frente a una elevada siniestralidad que tendrá que producirse conforme avanza la edad de los asegurados.

Necesidad de un fondo científicamente acumulado

Al efectuar la acumulación mencionada en el apartado anterior, las compañías de seguros deben tener en cuenta otras notas que diferencian al seguro de vida de cualquier otro tipo de seguro. En primer lugar, las personas que se aseguran no son de la misma edad. Por regla general, los que se aseguren a una edad más temprana vivirán más, antes de que se produzca el siniestro, que los que se aseguren a una edad más avanzada. La equidad exige, por tanto, que las primas se escalonen a un ritmo creciente, conforme la edad del sujeto sea mayor respecto al momento de la emisión de la póliza. La norma es también válida en el seguro de enfermedad, ya que el riesgo de invalidez aumenta con la edad. En el mercado hay muchos tipos de pólizas, y mientras unas cubren la muerte o la invalidez durante un número limitado de años, otras cubren la vida entera; unas requieren el pago de la

(3) *Ibidem*, pág. 7.

prima solamente durante un número determinado de años, y otras durante toda la duración del contrato; unas pagan el valor de la cobertura de una sola vez, y otras lo hacen en diversos plazos, etc. De nuevo la equidad reclama que la tarifa aplicable a cada tipo de póliza esté determinada, no sólo en relación con la edad del asegurado, sino también de acuerdo con la naturaleza de los beneficios reconocidos.

La complejidad de estas condiciones no permite dar una solución justa si la compañía no sigue unos principios científicos para el cómputo de sus tarifas. Las pólizas de seguro de vida prometen un pago estipulado en el supuesto del fallecimiento y, en otros casos, en el supuesto de la supervivencia a una edad fijada. Las pólizas de seguro de enfermedad prometen un beneficio en el supuesto de la invalidez, pero también pueden prometer prestaciones en función de los gastos médicos causados por una concreta incapacidad. Por tanto, hay que llegar a una exacta determinación de las responsabilidades aceptadas y de la prima adecuada, que trate con justicia a todas las edades y a todos los tipos de seguro. Esto es fundamental, sobre todo, porque los contratos de seguros de vida y algunos de enfermedad, a diferencia de los demás seguros, se extienden a toda la existencia humana o a un período extenso de la misma, sin probabilidad de anulación por parte de la compañía aseguradora. En otros capítulos explicaremos los principios básicos para el cálculo de las tarifas, por lo que no nos detendremos ahora en el tema. Las razones expuestas subrayan la importancia del cálculo de las primas en base a las tablas de mortalidad y de enfermedad deducidas de la experiencia, que reflejan la probabilidad, a cada edad, del fallecimiento o de la invalidez.

Además, el seguro de vida plantea un nuevo problema en relación con la necesidad de la acumulación de los fondos para la liquidación de los siniestros. La práctica ha demostrado la conveniencia de una prima anual nivelada. En un plano matemático, es posible el tratamiento de una póliza de seguro de vida como si estuviera compuesto de una serie de seguros renovables de un año, con lo que la prima de cada anualidad cubrirá el coste de la protección en vigor; pero como el índice de mortalidad aumenta con la edad, la prima tendrá que hacerse cada vez más gravosa, hasta convertirse en prohibitiva, y, en consecuencia, los compo-

nentes más sanos del grupo terminarían dándose de baja en lugar de seguir pagando unas primas cada vez mayores. Por tanto, en un plano práctico, es aconsejable cargar en la mayoría de los casos una prima anual uniforme. Bajo el aspecto matemático, los dos planes resultan indiferentes, puesto que el cálculo se efectúa sobre la base de unas presunciones idénticas de interés, de mortalidad y de gastos, pero la prima anual uniforme tiene la enorme ventaja de la moderación y de la uniformidad, con lo que los asegurados se muestran satisfechos y pronto se habitúan al desembolso. Lo mismo podemos afirmar en cuanto al seguro de enfermedad, cuando se trata de pólizas de larga vigencia.

Una prima uniforme, igual cada año, y no incrementada por razón de la edad, implica el cobro en los primeros años de una suma superior a la exigida para el pago del coste corriente del seguro. El recargo se acumula para ser utilizado en los últimos años, en los que la prima uniforme resulta insuficiente para hacer frente al coste de la mortalidad corriente. El recargo, o prima no devengada, se denomina reserva de la póliza (4). Cuando se combina con las reservas de otras muchas pólizas, representa una suma que, unida a las primas futuras que pagarán los asegurados, permitirá a la compañía la liquidación de los siniestros de todas las vidas aseguradas en el grupo, partiendo de la base de que los fallecimientos o la invalidez se producen de acuerdo con las tablas utilizadas. Este método para la acumulación de un fondo de reserva es algo fundamental para un plan saneado de aseguramiento permanente de vida o de enfermedad.

METODOS PARA LA COBERTURA DEL SEGURO DE VIDA Y DE ENFERMEDAD

Seguro temporal renovable anualmente

La forma más simple del seguro de vida es la del *plan de prima natural,* usualmente conocido por *plan de seguro temporal,* renovable anualmente. Para dar una idea de sus principios fundamentales nos detendremos un instante en este plan y en el de la prima uniforme.

(4) Como la forma en que el fondo tiene que ser acumulado e invertido está regulada por la ley, la reserva de la póliza es conocida a menudo como la reserva legal. Constituye un concepto del pasivo y está integrada por la acumulación de las cantidades pagadas en exceso de la prima correspondiente al riesgo corriente.

El seguro renovable por años da cobertura únicamente durante un año, pero permite al asegurado la renovación de una póliza sin tener que facilitar nueva prueba de asegurabilidad (5). Si el asegurado fallece durante la vigencia de la póliza, el beneficiario percibirá la suma asegurada; pero si el asegurado no fallece dentro de este plazo, no tendrá derecho a la devolución de primas, ya que la tarificación tuvo en cuenta el hecho de que no todos los asegurados iban a morir durante la vigencia del seguro. Cada asegurado tiene las mismas probabilidades de muerte, por lo que recibe el mismo «beneficio»; las contribuciones de todos los asegurados se destinan a pagar las pérdidas de los que mueran dentro del plazo de la cobertura (6). Puesto que cada prima solamente abarca un año de protección, la prima de este seguro de renovación anual se basa en el índice de mortalidad de la edad alcanzada por cada sujeto asegurado. Estos han de ser clasificados en grupos en razón de su edad, a fin de que cada uno pague en justa proporción con el total de las pérdidas previstas, sabiendo que el índice de mortalidad aumenta con la edad y varía según el sexo.

En la tabla 1.1. se recoge el incremento en la probabilidad del fallecimiento en los índices anuales de mortalidad por mil, a las diversas edades, de la *Commissioners 1958 Standard Ordinary Table of Mortality* (varones), actualmente utilizada para la evaluación de sus responsabilidades por muchas compañías americanas dedicadas al seguro de vida (7).

En dicha tabla 1.1 se puede comprobar que el índice de fallecimientos aumenta con la edad a un ritmo creciente, hasta llegar en último término a la certidumbre. Es lógica, por tanto, la necesidad de clasificar a los asegurados por edades, para que cada uno contribuya con una proporción justa a las pérdidas.

(5) Véase en el capítulo 12 lo relativo a la vuelta en vigor.

(6) En realidad, una parte de las primas abonadas constituyen una provisión para los gastos inherentes a la operación del plan de seguros, además de ser un margen de seguridad.

(7) Véase el capítulo 24.

TABLA 1.1

Indices de mortalidad. *Tabla 1958 CSO* * (Varones)

Edad del varón	*Indice de mortalidad (por mil)*
20	$ 1,79
30	2,13
40	3,53
50	8,32
60	20,34
70	49,79
80	109,98
90	228,14
99	1.000,00

* Esta tabla es obligatoria a los efectos de la reserva mínima para las transacciones ordinarias cerradas a partir del 1 de enero de 1966.

Según la *Tabla 1958 CSO,* el índice de mortalidad de un varón con 30 años es de 2,13 por mil. Si se aseguran 100.000 hombres con 30 años de edad por una suma de mil dólares cada uno, la compañía debe esperar 213 reclamaciones por muerte, por una suma total de $ 213.000; con cien mil asegurados, la compañía tendrá que cobrar a cada uno $ 2,13, para acumular un fondo suficiente para la liquidación de 213 siniestros. Se puede observar que la prima cargada coincide con el índice de mortalidad (8) y este hecho ha servido para conocer a este seguro como *plan de prima natural.*

Como el índice de mortalidad aumenta a un ritmo creciente, hasta llegar a la certidumbre, la prima que hay que pagar cada año ha de incrementarse al mismo ritmo. Al renovar el seguro, los miembros supervivientes del grupo de asegurados dudarán sobre la conveniencia de seguir con el seguro, puesto que la prima es mayor cada año. Una prima cada vez más alta provocará la tendencia, por parte de los que se encuentren en buen estado de salud, a no seguir con el seguro, mientras que los enfermos se esforzarán por renovar la póliza sin importarles el precio. A esta tendencia se la denomina *antiselección,* y desemboca en la persistencia de un grupo de asegurados cuya mortalidad es superior

(8) La afirmación se refiere únicamente al cargo por el «seguro», ignorando la provisión para gastos y demás incidencias.

a los índices normales o previstos. Además, las primas resultarían prohibitivas, incluso para los que se encuentren en estado delicado de salud. Puesto que la antiselección determina unos índices de mortalidad anormalmente elevados y una prima que termina siendo insoportable, el proceso asegurador quiebra y, en consecuencia, las compañías que ofrecen el seguro anualmente renovable ponen un límite al período, durante el cual se admite la renovación. Como la mayoría de los sujetos buscan la protección del seguro de vida sobre una base permanente, sin tener en cuenta la edad a que se produzca el fallecimiento, lo más lógico es que las aseguradoras se inclinen por el plan de prima uniforme.

Plan de prima uniforme

Las dificultades prácticas derivadas del hecho de que el índice de mortalidad aumenta con la edad se solucionan mediante el empleo del *plan de prima uniforme.* La idea fundamental es que la compañía se aviene a aceptar una prima idéntica en cada anualidad, a condición de que esta prima equilibrada sea matemáticamente equivalente a las primas crecientes del plan de renovaciones anuales para el mismo período de tiempo. En consecuencia, las primas uniformes pagadas en los primeros años del contrato serán más que suficientes para abonar los siniestros corrientes, pero en los últimos años no lo serán para hacer frente a la siniestralidad. Se puede afirmar que el seguro de vida fue uno de los primeros productos comercializados con el sistema de ventas a plazos.

Esto lleva a la creación de un fondo con las primas anuales uniformes, pagadas en los primeros años, en los que el índice de mortalidad es bajo. Si a este fondo añadimos los intereses y las primas futuras, llegará a ser suficiente para hacer frente a todas las reclamaciones formuladas durante el período del seguro.

En el gráfico 1.1 se muestra el efecto de la sustitución de una serie de primas crecientes por unas primas uniformes. Puede comprobarse cómo una prima constante de $ 10,40 al año genera un fondo de reservas en los primeros años de la póliza que, *aun*

sin intereses, compensará exactamente el déficit de las primas de los últimos años.

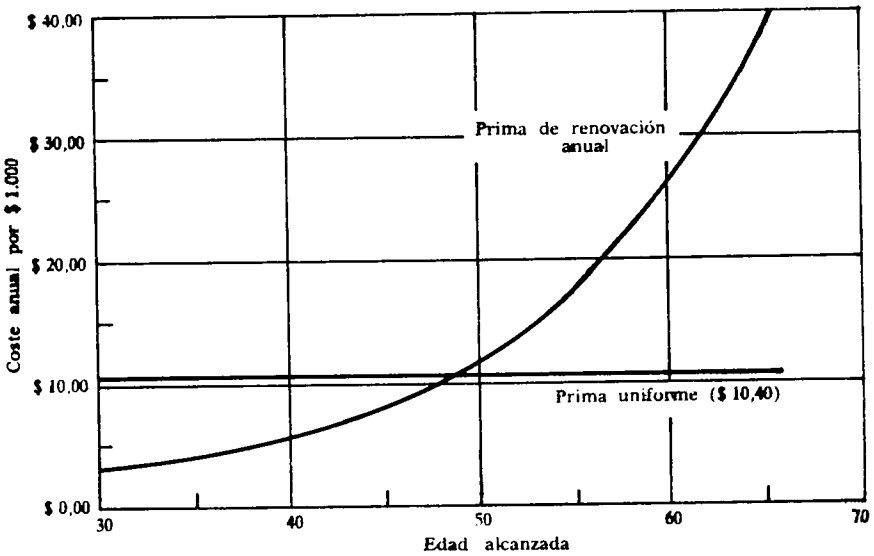


GRAFICO 1.1.—Compración entre la prima renovable anualmente y la prima uniforme, contratada a la edad de 30 años, hasta los 65 años de edad.

El principio del plan de la prima uniforme puede aplicarse a toda la existencia del ser humano, de suerte que al asegurado se le pueda dar una protección permanente, con una prima invariable.

Cuando la póliza asegura una vida entera, el exceso de prima sobre el coste real de la cobertura tendrá que ser suficiente para que a un interés compuesto llegue a compensar los déficits de los últimos años y, al mismo tiempo, acumule un fondo que al final del período cubierto sea equivalente al importe cubierto. La *Tabla 1958 CSO* parte del supuesto de que los varones que llegan a los 99 años de edad fallecen en ese mismo año, por lo que para cada póliza de los que lleguen a esa edad habrán de acumular una suma equivalente a la cobertura, al final del período asegurado, ya que todos van a morir, o se presume que van a morir, durante el año, y ya no quedarán supervivientes que puedan contribuir a las pérdidas. De acuerdo con el plan anualmente renovable, si la póliza fuera emitida a esa edad, cada sujeto tendría que abonar una prima equivalente a la suma asegurada (9), pues se presume que todos van a fallecer y la participación proporcional en las pérdidas equivaldría a tal suma.

De acuerdo con el tipo de póliza de prima uniforme, el fondo acumulado pasa a formar parte de la suma asegurada pagadera a la muerte del asegurado y, en consecuencia, la aseguradora asume un riesgo que es inferior al importe de la suma asegurada. Por tanto, en cualquier instante, la cifra real de la estricta protección del seguro de vida resulta ser la diferencia entre el fondo acumulado a la fecha y el importe de la cobertura contractual; a esta diferencia se le denomina *importe neto del riesgo.* Es menor cuando aumenta el fondo acumulado y, consecuentemente, la tarifa unitaria para la protección a una edad avanzada se aplica a un número muy inferior de asegurados con lo que se logra reducir el coste de la *protección puramente aseguradora.*

Es fácil deducir, después de hacer estos comentarios, que con el plan de prima uniforme, una póliza de $ 1.000 no ofrece $ 1.000 de seguro estrictamente temporal, sino que más bien facilita una suma decreciente de seguro temporal y unos ahorros crecientes, elemento inversor, que al combinarse constituyen una suma equivalente a la asegurada. En todos los planes de prima uniforme encontraremos esta combinación de protección e inversión; las diferencias entre los diversos tipos de contratos residirán en la proporción entre uno y otro de dichos elementos.

Esta dicotomía ha servido para presentar el seguro de vida como una forma de ahorro, pero la visión no es correcta desde un punto de vista técnico. La póliza de vida entera es un contrato de protección, un convenio por el que a un asegurado que paga regularmente una prima uniforme se le garantiza que a su fallecimiento un tercero llamado beneficiario recibirá una suma fija. El objetivo central del contrato es la protección del seguro, aunque se reconozcan unos derechos accesorios al asegurado durante su vida, *para el caso en que no desee continuar con el acuerdo primitivo.* No es más que el resultado del plan de prima uniforme (sistema de compra a plazos), por el que al asegurado se le cobra

(9) Técnicamente la prima debería ser inferior a la suma asegurada, si se tiene en cuenta el interés que vaya a devengar durante el año.

en los primeros años una suma superior al coste del riesgo en sí, a fin de acumular una reserva frente al riesgo creciente de los últimos años, en los que la prima uniforme de cada año no es suficiente para garantizar la suma contractualmente cubierta. Aunque la combinación entre una inversión creciente y una protección decreciente haya contribuido a la comercialización del seguro de vida, siendo empleada en ciertos procedimientos técnicos de las operaciones del proceso asegurador (10), hemos de recordar que este planteamiento ha llevado a la confusión del consumidor ante el contrato de vida entera (11).

El gráfico 1.2 recoge una póliza de vida de $ 1.000, que se pagará al fallecimiento del asegurado, con una prima anual uniforme de $ 14,80, pagadera hasta el fallecimiento. El elemento creciente de inversión y la cifra decreciente de pura protección son esenciales en un plano técnico para cubrir este riesgo durante un plazo determinado de años.

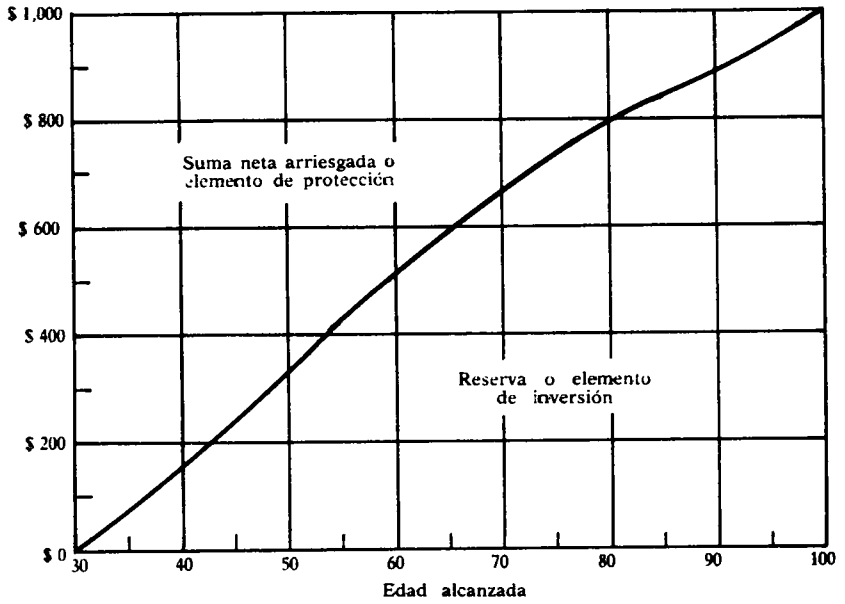


GRAFICO 1.2.—Proporción entre protección e inversión en un seguro ordinario de vida emitido a un varon de 30 años, Tabla 1958 CSO y un interés del 2,5 por 100.

(10) Véase, por ejemplo, la fórmula de los tres factores empleada para la distribución de los excedentes, de que nos ocupamos en el capítulo 27.

(11) Para una visión detallada de este problema, véase *The Nature of the Whole Life Contract* (Nueva York, Institute of Life Insurance, junio 1974).

La protección del seguro de enfermedad también puede facilitarse con un plan anualmente renovable o con un plan de prima uniforme. Las diferencias aparentes en su aplicación práctica son un reflejo de la diferente incidencia del riesgo asegurado y de la multiplicidad de beneficios que estas pólizas reconocen.

LOS SEGUROS DE VIDA Y DE ENFERMEDAD SON LOS POLOS OPUESTOS DEL JUEGO DE AZAR

Aunque los seguros de vida y de enfermedad contribuyan directamente a una mayor productividad de la comunidad, al eliminar preocupaciones y al multiplicar las iniciativas, su función económica inmediata se reduce a la conversión de la incertidumbre en certidumbre, permitiendo al asegurado el traspaso a una aseguradora del riesgo de una muerte prematura, o dé una invalidez, mediante un precio lo más bajo posible. Un número mayor de riesgos separados y combinados en un grupo determina una mayor fluctuación en el índice de pérdidas y, por tanto, una mayor certidumbre de que las primas cobradas vayan a poder hacer frente a los siniestros y a constituir las reservas exigidas. Siempre que no haya certidumbre en cuanto a las pérdidas, la aseguradora cobra un cierto margen de contingencia o juega con él en la confianza de que su siniestralidad no fluctúe adversamente. Por tanto, a mayor número de asegurados, menor será la prima anual que la compañía tenga que cobrarles.

La función aseguradora puede ser compensada con más facilidad en el supuesto del seguro de incendios. Partamos de la hipótesis de 5.000 individuos propietarios cada uno de una casa valorada en $ 10.000, siendo todas las casas iguales; supongamos que las pérdidas aunales por incendio, con ligeras variaciones, implican una media del 0,5 por 100 del valor, esto es, $ 50. A falta de un sistema de seguro que permita la aplicación de la ley de los promedios, es obvio que ninguno de estos propietarios podría disponer de un instrumento que le pusiera en una situación de

absoluta seguridad. En el mejor de los casos, solamente podrían prever una pérdida incierta mediante el auto-seguro, esto es, aumentando las rentas en un importe muy superior al de la pérdida media anual de $ 50; pero incluso aunque aumentaran las rentas de alquiler en una cifra cuatro o cinco veces superior a la suma realmente exigida por un sistema de seguro, siempre quedarían expuestos a una pérdida aleatoria considerable. Al terminar el año, y puesto que la gran mayoría de los propietarios no han sufrido pérdida, la suma adicional cobrada de los inquilinos constituiría una ganancia neta; pero unos pocos habrían sufrido la pérdida total, y la suma adicional cobrada sería totalmente inadecuada para indemnizarse. Supongamos ahora que estos 5.000 propietarios combinan sus riesgos en un solo grupo; de este modo, en lugar de la profunda *incertidumbre* de una pérdida, que les afecta individualmente, tienen la *certeza* de una pérdida anual conocida, de $ 250.000 para todo el grupo, o sea, de $ 50 por cada casa. Esta suma, incrementada adecuadamente por razón de gastos, imprevistos y razonables beneficios, es la que una aseguradora va a cobrar a fin de dar garantía contra el riesgo de incendio a todos los propietarios interesados. «El riesgo que una aseguradora asume es muy inferior a la suma de los riesgos de los asgurados, y mientras mayor sea la compañía, mayor será esta desproporción» (12).

Así como cada propietario pudo utilizar el seguro de incendios para convertir la incertidumbre en certidumbre con un coste mínimo, así también se puede atender a la incertidumbre de la vida con otro seguro que establece el pago al fallecimiento de una suma determinada de dinero, a fin de compensar la pérdida del individuo por un valor económico. Bajo un aspecto familiar y comercial, casi todas las vidas tienen un valor económico que puede desaparecer con la muerte, o perderse temporal o permanentemente con la invalidez. El seguro para protegerse contra esta pérdida de valor es tan razonable como el seguro frente a la pérdida de un bien material. A falta del seguro, como vimos, los propietarios solamente pudieron practicar un tipo de auto-seguro, que no les ofrecía una certidumbre absoluta; de forma similar, a falta de un sistema de seguro de vida y de enfermedad que

(12) WILLETT: *Economic Theory*, pág. 108.

posibilite la aplicación de la ley de los promedios, no se podría contar con un instrumento de indemnización cierto del valor económico de una vida humana, perdida por razón de muerte o de invalidez. La práctica del ahorro de una suma, anticipando una muerte o una invalidez probables, no puede ocupar el lugar del seguro como agente que convierte la incertidumbre en certidumbre, ya que el ahorro requiere tiempo y el fallecimiento o la invalidez pueden sobrevenir antes de que dichos ahorros alcancen una cuantía considerable. A diferencia del seguro, la póliza de vida o de invalidez significa una certidumbre, ya que garantiza un beneficio determinado desde el instante en que se paga la prima inicial. Admás, este elemento de certidumbre se ofrece al público al menor coste posible, ya que, gracias a la combinación de muchos riesgos, las compañías pueden determinar con bastante exactitud el coste medio de la protección del grupo en su conjunto.

Desde la perspectiva de la compañía, ya hemos visto que el seguro es algo totalmente ajeno a cualquier tipo de especulación; en realidad, probablemente no haya otra actividad comercial que opere con mayor margen de certidumbre. Bajo el punto de vista del asegurado, este seguro es la síntesis de un juego de azar. Si no hay nada más incierto que la existencia, el seguro de vida constituye el único método seguro para convertir la incertidumbre en certeza. La falta de un seguro en favor de un cabeza de familia que pudiera proteger a ésta frente a una repentina pérdida de su valor económico a causa de la muerte o de la invalidez de aquél, significa jugar con uno de los mayores valores de la vida, y este juego de azar es especialmente mezquino porque, en caso de pérdida, es la familia y no el jugador quien sufre las consecuencias.

2

Utilidad familiar y personal de los seguros de vida y de enfermedad

BASES ECONOMICAS

El concepto del capital humano

Los economistas saben desde hace mucho tiempo que la población es un elemento importante de la riqueza de las naciones, pero no han insistido en el hecho obvio de que los individuos invierten en sí mismos cuantiosas cifras. Los economistas son reacios al análisis abstracto y se han enfrentado con todo tipo de cautelas ante esta forma de inversión (1). Despues de todo, es a los seres libres a los que ha de servir, primordial y principalmente, la actividad económica; ciertamente no son objeto de propiedad ni activos comercializables. Los individuos se han convertido en capitalistas gracias a la adquisición de conocimientos y destrezas que tienen un valor económico. En gran medida, los conocimientos y las destrezas son producto de una inversión, y al combinarse con otras inversiones humanas explican la superioridad productiva de los países técnicamente adelantados (2).

Es obvio que el rasgo más peculiar de nuestro sistema econó-

(1) THEODORE W. SCHULTZ: «Investment in Human Capital», en *The American Economic Review*, vol. LI, núm. 1 (marzo 1961), pág. 2.

(2) *Ibidem*, pág. 3.

mico es el crecimiento del capital humano (3). La productividad creciente derivada de nuestras inversiones en capital humano es de tal significación que la administración de los recursos de mano de obra se ha convertido en una de las máximas responsabilidades de cualquier organismo de nuestra sociedad actual. En consecuencia, sería conveniente el establecimiento de un marco conceptual para la estimación del valor de los elementos del activo que adoptan la forma de capital humano. Una atención particular ha de dedicarse tanto a la estimación de los valores corrientes del capital humano como a la forma en que estos valores puedan ser modificados por ciertos programas (como puedan ser la sanidad y la enseñanza) (4).

Concepto del valor de la vida humana

El concepto del valor de la vida humana es una parte de la teoría general del capital humano. Este campo de investigación ha sido objeto de interminables discusiones durante los últimos cuatro siglos, pero solamente en los años recientes se ha podido aceptar un sistema de interrelaciones entre el capital humano y el seguro de vida (5). En el derecho anglosajón existía una idea algo semejante, al determinar la compensación atribuida a los parientes de un individuo muerto por la acción de terceros. Ulti-

(3) La importancia de este particular ha llevado a un autor a calificar a los Estados Unidos como una «sociedad de conocimientos». Véase PETER F. DRUCKER: *The Age of Discontinuity* (Nueva York, Harper & Row, 1969), Parte IV.

(4) BURTON A. WEISBROD: «The Valuation of Human Capital», en *The American Economic Review*, vol. LXIX, núm. 5 (octubre 1961), págs. 425-26. Véase GARY S. BECKER: *Human Capital* (Nueva York, Columbia University Press, 1964), y MARK BLAUG: *Economics of Education, A Selected Annotated Bibliography*, 2.ª edición (Nueva York, Pergamon Press, 1970).

(5) Sir WILLIAM PETTY (1623-1687) fue el primer economista al que podemos atribuir el empleo del concepto del valor económico del ser humano. Tuvieron que transcurrir otros cincuenta años para que otro economista, RICHARD CANTILLON (1680-1734) hiciera nuevas contribuciones a la idea del capital humano. Les siguen ADAM SMITH (1723-1790), JOHANN H. VON THÜNEN (1783-1850), JOHN STUART MILL (1806-1873) y otros. En 1853, Sir WILLIAM FARR, economista y estadístico, formuló la primera serie de ecuaciones para describir el valor de la vida humana; con ello puso los cimientos teóricos que hoy utilizamos. Véase ALFRED E. HOFFLANDER: «The Human Life Value: An Historical Perspective», en *The Journal of Risk and Insurance*, vol. XXXIII, núm. 3 (septiembre 1966), págs. 381-91.

mamente se da gran importancia a la valoración de la vida humana en relación con las acciones legales tendentes a obtener compensación por una muerte culposa o dolosa. Estos temas han dado origen a mucha literatura, que ha contribuido a un enfoque más científico del cálculo de los daños y perjuicios (con inclusión de las valoraciones de la vida humana) en los casos de muerte por acción antijurídica (6).

Según parece, la idea se aplicó por vez primera al seguro de vida alrededor de 1880, gracias a los esfuerzos de JACOB L. GREEN, presidente que fue de la Connecticut Mutual Life Insurance Company, pero hasta los años veinte no se aceptó el valor de la vida humana como fundamento económico del seguro de vida.

Significado del concepto del valor de la vida humana.—En 1924 el Dr. S. S. HUEBNER propuso el concepto del valor de la vida humana como marco filosófico para el análisis de los riesgos económicos básicos que pesan sobre los individuos. El concepto tuvo una aceptación amplia entre los interesados por la figura del seguro de vida, pues tiende a modificar profundamente la opinión de que este seguro es en esencia una proposición de muerte física, sin ningún tipo de ventajas para el que paga la prima, y de que la venta del seguro de vida no requiere asesoramiento profesional. En la tesis del Dr. HUEBNER, el concepto implica mucho más que la simple afirmación de que la vida humana tiene un valor económico, sino que más bien encierra cinco ideas fundamentales:

1. *El valor de la vida humana, expresado en dólares, ha de ser estimado y capitalizado con todo cuidado.* El valor de la vida humana se funda en el hecho de que toda persona que gane más de lo que necesita para su propio mantenimiento, tiene un valor monetario para los que de ella dependen. Puede así definirse como el valor capitalizado de aquella parte de sus ganancias que el individuo destina al mantenimiento de sus familiares, de sus socios mercantiles y de los demás que se beneficien de su capacidad de ganancia económica.

(6) Véase, por ejemplo, STUART M. SPEISER: *Recovery for Wrongful Death - Economic Handbook* (Rochester, N. Y., The Lawyers Co-operative Publishing Company, 1970); asimismo, PHILIP EDEN: *Estimating Human Life Values* (Berkeley, California, Techpress International, 1975).

La protección de la familia constituye el objetivo primordial del seguro de vida y de enfermedad. Toda familia depende, para su subsistencia, de unos ingresos cuya cuantía depende de las circunstancias concretas de cada caso. En algunos supuestos, los ingresos derivan de las rentas de fondos invertidos que han sido acumulados o heredados, pero, en la mayoría, la subsistencia de la familia depende de las *ganancias corrientes* del que trabaja para ganar el sustento, que es el responsable de su mantenimiento y, al mismo tiempo, obligado a facilitarlo. Su vida tiene un valor económico (y lo mismo se podría decir de los demás componentes de la familia) a los ojos de los miembros dependientes; el valor de esta vida en relación con otras justifica la existencia de los seguros de vida y de enfermedad. Este tipo de relaciones pueden existir entre los socios mercantiles que hayan aportado a una empresa su capital y sus destrezas. En efecto, existe una base económica para los seguros de vida y de enfermedad siempre que la continuación de una vida sea financieramente valiosa para otros.

Es cierto que en la estimación detallada del valor de la vida de un individuo pueden entrar otros muchos aspectos sofisticados, pero ello no obsta a la lógica de la evaluación y capitalización de los valores inherentes a la vida humana, con referencia a los seguros de vida y de enfermedad.

2. *El valor de la vida humana debe ser aceptado como el creador de casi todos los valores materiales.* El valor de la vida humana es el concepto clave para *la conversión de los bienes materiales en fuerzas productivas* (7). En otras palabras, el valor de la vida humana es la causa de la que son efecto los valores materiales.

3. *La familia es una unidad económica, organizada alrededor de los valores de las vidas humanas de sus componentes.* La familia necesita una organización original, una administración, y

(7) Nuevas estimaciones llegan a la conclusión de que los ingresos han crecido a un ritmo más rápido que el conjunto del sueldo, horas trabajadas y existencias de capital reproducible. Esto da a entender un rendimiento a las inversiones hechas en el capital humano. Es una prueba más del papel cardinal del capital humano dentro del conjunto de nuestro sistema económico.

sus valores económicos son objeto de una liquidación, al igual que las demás empresas son organizadas, dirigidas y liquidadas.

4. *El valor de la vida humana y su protección han de ser consideradas como constitutivos del principal nexo económico entre la generación presente y las sucesivas.* La realidad de las ganancias netas potenciales del que gana el sustento constituye el fundamento económico para la adecuada educación y desarrollo de los hijos frente a la muerte prematura o incapacidad del cabeza de familia, y la protección de la prole en cuanto a la carga del sustento financiero dado por los padres.

5. *A la vista de la significación de los valores de la vida humana en relación con los valores materiales, los principios científicos empleados con respecto a éstos han de ser también aplicados a los valores de la vida.* Principios como la estimación, la conservación, la indemnización y la depreciación deben ser aplicados a la organización, administración y liquidación de los valores de la vida humana. Estos principios fueron aplicados desde hace mucho tiempo a los valores materiales.

Características cualitativas del valor de la vida humana individual.—La persona tiene dos patrimonios, un *patrimonio adquirido* y un *patrimonio potencial.* El primero se refiere a lo que la persona ha conseguido, a la propiedad de cada uno. El segundo hace referencia a su valor monetario en cuanto fuerza económica existente en potencia, en otras palabras, a la capacidad de ganar para otros, por encima de los límites del propio mantenimiento y, con el paso del tiempo, a la capacidad para acumular un exceso de ganancias para convertirlo en patrimonio adquirido. El valor asegurable de las posibilidades económicas del individuo puede ser definido como el valor monetario de las fuerzas económicas incorporadas a la persona, o sea: 1) una buena disposición; 2) una buena salud; 3) la laboriosidad o la voluntad de trabajar; 4) la voluntad de realizar una adecuada inversión mental en educación, aprendizaje y experiencia; 5) capacidad creadora y juicio; y 6) la paciencia y la ambición para traducir los sueños económicos de la mente en realidades tangibles para beneficio propio, de la familia y de la humanidad en general.

Casi todos estarán de acuerdo en que la buena disposición es la base principal de la que dependerá en esencia toda la carrera económica. Nadie pretende ser un holgazán en ninguna de las líneas del quehacer económico. La salud es algo vital, y los directivos dan cada día mayor importancia al valor del esfuerzo para conservar la vida, al igual que se han habituado a la conservación de sus propiedades mediante actividades que eliminan la posibilidad de pérdidas. La inversión mental, como la educación y el aprendizaje, también es algo vital; hace unos 175 años, BENJAMIN FRANKLIN la denominó «inversión por encima de las orejas». A medida que nuestro sistema económico se ha hecho más complejo y técnicamente adelantado, el aumento en el campo del conocimiento y de la destreza se ha convertido en un requisito «sine qua non» de la capacidad de ganancia (8). La capacidad creadora y el juicio también influyen en las ganancias, ya que la facultad de tomar decisones acertadas constituye la esencia de la función del director. El último factor, la paciencia y la ambición, también tiene su importancia en el logro de una categoría elevada del éxito económico. Estas características cualitativas forman la base de la capacidad de ganancias del individuo; son la base de la vida económica.

Características cuantitativas del valor de la vida humana.— El valor de la vida humana, en un plano cuantitativo, puede definirse como el valor capitalizado de las ganancias netas del sujeto. Los mismos principios económicos y estadísticos pueden aplicarse tanto a la estimación del valor del patrimonio material como a la capacidad de ganancias del ser humano. Los elementos generales de la estimación de las ganancias potenciales del individuo exigen una proyección sobre sus expectativas de vida de ciertos conceptos como son las *ganancias básicas*, las *ganancias por incentivo* y los *beneficios marginales*. Por regla general, es de esperar que estos elementos sufran alteraciones en función de otros criterios como son la ocupación y la actividad profesional, la edad, el sexo, la raza, el domicilio, la educación, la movilidad, el estado civil y el número de familiares a su cargo. Este proceso se complica más aún a causa de la necesidad de proyectar el cambio sobre cada uno de estos conceptos. Vamos a emplear

(8) Véase DRUCKER: *Age of Discontinuity*.

un modelo simplificado en nuestra argumentación, pero se debe observar que la gran cantidad de investigación y desarrollo que en el momento presente se lleva a cabo va a conducir probablemente a unos enfoques cada vez más refinados de la estimación de los valores de la vida humana (9).

Riesgo de pérdida en el valor de la vida humana. — El valor de la vida humana está expuesto a la pérdida a causa de varios riesgos graves, entre los que podemos citar: 1) la muerte prematura; 2) la incapacidad temporal; 3) la incapacidad total y permanente; 4) la jubilación; 5) el desempleo. Hemos de partir de la base de que cualquier acontecimiento que afecte a la capacidad de ganancia del individuo repercute en el valor de su vida humana (patrimonio potencial), pero ahora nos vamos a referir brevemente a la probabilidad de la pérdida del patrimonio potencial a causa de la muerte o la incapacidad.

De por sí, el propio margen de probabilidad de la pérdida del patrimonio potencial debería ser suficiente para tomar las medidas convenientes, hecha abstracción de la lógica de la situación en lo referente a los deberes religiosos, cívicos y económicos. Según la *Tabla de Mortalidad 1958 CSO*, si partimos de los varones que llegan a los 30 años de edad, más del 28 por 100 fallece antes de cumplir los 65 años. Dentro de este período de eficacia máxima de la vida laboral, siguiendo intervalos de cinco años, veremos que, según la tabla, el 1,1 por 100 de los varones de 30 años va a morir dentro del primer quinquenio; el 2,5 por 100, dentro de los primeros diez años; el 7,6 por 100, dentro de quince años; el 12,1 por 100, dentro de veinte años; y el 18,8 por 100, esto es, cerca de uno de cada cinco, dentro de los primeros veinticinco años. Aunque el índice de mortalidad de la tabla pueda calificarse como conservador, sería bastante exacta la afirmación de que uno de cada tres varones que comiencen su vida laboral, jamás llegará a la edad normal de jubilación (65 años). La

(9) Departamento del Censo de los Estados Unidos: «Present Value of Estimated Lifetime Earnings», Documento Técnico núm. 16 (Washington, U.S. Government Printing Office, 1967). Véase JOHN E. BROWN: *A Study of the Economic Variables Affecting the Valuation of a Human Life in Legal Decisions* (Tesis Facultad de Ciencias Políticas, Departamento de Economía, Universidad del Estado de Carolina del Norte, 1971); también, EDEN: *ob. cit.*

mortalidad femenina es algo menos desfavorable que la masculina, pero a pesar de ello podemos llegar a la conclusión de que, aproximadamente, todos o casi todos los patrimonios potenciales que se pierden pertenecen a un tercio de la población laboral masculina. Nadie debiera estar dispuesto a asumir los riesgos de unas probabilidades tan graves de pérdidas cuando el coste del seguro es tan reducido, y las consecuencias futuras de una pérdida sin asegurar, tan temibles para la familia afectada.

El patrimonio potencial está asimismo expuesto a disminución a causa de la pérdida de la capacidad personal de ganancia, debida a la incapacidad. La práctica ha demostrado que una incapacidad total prolongada constituye un riesgo de enorme gravedad. Según los últimos estudios, cuatro de cada cinco personas quedan incapacitadas cada año por enfermedad, durante un día al menos; si es por accidente, la proporción es de una por cada dieciocho. La probabilidad de una invalidez prolongada entre personas aseguradas oscila entre 7-1/2 veces la probabilidad de muerte a la edad de 22 años y el doble a la edad de 62 años (10).

La probabilidad de pérdida a causa de muerte o de invalidez es bastante superior a la de otros riesgos normalmente asegurados. Solamente un edificio de cada cien sufre a lo largo de su existencia un siniestro por incendio, mientras que un tercio de toda la población laboral fallece antes de cumplir los 65 años, y los otros dos tercios, aunque más tarde, también han de morir. Además, el promedio de las pérdidas por incendio en las ciudades que cuentan con servicios adecuados no sobrepasa el 10 ó el 15 por 100 de la propiedad siniestrada; constituyen pérdidas parciales. En tales ciudades se calcula que solamente uno de cada treinta incendios produce una pérdida total. Por el contrario, el riesgo de muerte se produce con una efectividad del 100 por 100, y la pérdida del patrimonio potencial siempre es total; probablemente, lo mismo podría decirse de casi todos los casos de invalidez total. En esta línea de ideas, el riesgo de muerte es para el patrimonio potencial por lo menos cien veces más grave que el del incendio de las propiedades adquiridas. De modo semejante, la incapacidad también constituye un peligro mucho más grave que el incendio de la propiedad. Y, sin embargo, el seguro

(10) Véase O. D. DICKERSON: *Health Insurance*, 3.ª edición (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1968), págs. 15-16.

de incendio es algo casi universal, algo lógico, incluso a los ojos de los más ignorantes, mientras que los de vida e invalidez son eludidos normalmente y debe darse a conocer su importancia a fin de vender al menos un porcentaje limitado de la cobertura de los valores de la vida humana que hoy se reconocen. Era de esperar que los entierros solemnes y las fugaces ambulancias fueran, en la actividad aseguradora, unos acicates tan eficaces como las sirenas y demás ruidos que acompañan a los equipos de extinción de incendios.

Las necesidades de seguro no deben quedar minimizadas por el hecho de que el patrimonio familiar cuente con propiedades apreciables. Como ya se ha indicado, la propiedad material es muy engañosa si se la compara con la enorme permanencia del valor de la vida humana. Un sujeto con un patrimonio ha de fijarse un fuerte factor de seguridad; son muchos los que, durante la última depresión económica, llegaron a la conclusión de que, al valorar la adecuación de su programa de seguro de vida, debían haber ignorado el nivel de su patrimonio y de sus inversiones. Además, no hay motivo que lleve a la confusión lógica entre el seguro de un patrimonio potencial y la posesión de un patrimonio material; son conceptos totalmente independientes y distintos. El patrimonio material ha de asegurarse frente a la merma y a las demás pérdidas, pero también el patrimonio potencial tiene que ser asegurado. ¿Por qué va a perderse antes que el material? No sería buena economía la protección contra las pérdidas de las propiedades materiales, si al mismo tiempo se entiende que el patrimonio potencial puede perderse impunemente, precisamente porque el sujeto posea bienes materiales. Los dos patrimonios son valiosos y piden ser asegurados; si uno de ellos tuviera que ser excluido, tendría que serlo el material. El patrimonio potencial es el de mayor significación de los dos, bajo todos los puntos de vista; por encima de cualquier otro tipo de inversión, es el suelo firme sobre el que se asienta el individuo y su familia.

ADMINISTRACION DE LOS VALORES DE LA VIDA

Ante el hecho de que el valor de la vida humana es el elemento predominante de la riqueza económica de nuestro país, hemos

de aplicarle a este capital humano los mismos principios y prácticas comerciales que de modo ordinario aplicamos a nuestros valores materiales. Los principios son idénticos en cuanto a su valoración económica, a pesar de las diferencias lógicas existentes entre la persona y, por ejemplo, una máquina. Las expectativas de vida productiva de un hombre o de una mujer constituyen un elemento equivalente a la vida productiva de un activo material. Las ganancias programadas de la persona son equivalentes al rendimiento futuro esperado de la utilización de un activo material. Los gastos personales previstos del individuo equivalen a las previsiones de depreciación y costes de mantenimiento del objeto físico. Si descontamos correctamente los costes y los ingresos podremos hacer una comparación de valor entre la persona y la máquina.

Capitalización e indemnización del valor de la vida humana

Una vez aceptado el valor económico de una vida humana, bajo el aspecto familiar o comercial, el seguro de vida y de enfermedad permite la capitalización de dicho valor. Al garantizar este valor capitalizado frente a los casos de muerte o de invalidez, puede decirse que este seguro perpetúa la capacidad de ganancia en beneficio de las personas a cargo del asegurado. El valor de una vida humana se incrementa normalmente con el transcurso del tiempo, gracias a la experiencia y al esfuerzo, y, simultáneamente, la familia que de ella depende se acostumbra a un nivel de vida cada vez más alto. Todo el valor puede perderse de pronto a causa de la muerte o de la invalidez. Si no contamos con algún tipo de sustitutivo, con alguna defensa, nada podrá reemplazar el valor económico del difunto. Esta defensa la podemos hallar en el seguro. Todos los que hayan asumido las responsabilidades de una familia deberían tomar una cobertura tal de seguro (haber capitalizado sus ganancias potenciales en tal medida) que sus productos y beneficios pudieran suponer unos ingresos equivalentes, como mínimo, a una cantidad entre la tercera parte y la mitad de su capacidad de ganancia durante el resto de su vida de trabajo.

Desde hace años se viene desarrollando una ciencia financiera de la empresa, que se ocupa de la capitalización y administración del valor del suelo, de los edificios, del equipo y del fondo de comercio; sólo muy recientemente estas ideas se han aplicado a los valores de la vida humana. Como se ha dicho, el seguro de vida y el de enfermedad ofrecen el único método conocido para la capitalización del valor económico de la vida humana y para la compensación de su pérdida por muerte o incapacidad prematuras.

La empresa que posee una máquina de valor hace una estimación del mismo, carga la depreciación a las ganancias conforme la máquina se desgasta, acumula un fondo de amortización en previsión de su sustitución, y se procura la protección contra los daños o la destrucción. Los mismos principios pueden aplicarse, gracias al seguro, a la gestión financiera de los asuntos personales y familiares del individuo.

Mediante la determinación del valor del patrimonio potencial y la capitalización de su valor a través de la estipulación de un seguro de vida y enfermedad, se puede contar con un mecanismo apto para la depreciación del valor de activo de la vida, para la acumulación de un fondo de amortización al sobrevenir la muerte económica y para la indemnización por la pérdida del patrimonio potencial en caso de invalidez o de fallecimiento prematuro. Existe una analogía correcta entre el seguro de vida y el de enfermedad, y la administración empresarial; el seguro es la aplicación de sus principios a los valores humanos.

Principios contables

Una vez estimado el valor de una vida humana, podrá ser capitalizada y administrada mediante un contrato permanente de seguro de vida. El método de financiación de prima uniforme implica que en los años iniciales de la póliza, la prima excede de los costes estimados. De esta suerte, en la medida en que la prima (neta) uniforme, abonada durante toda la vigencia del contrato o durante el período de pago de primas, supere la cifra estimada adecuada para el pago de los siniestros corrientes que se produzcan en estos años iniciales, se va constituyendo un fondo creciente de ahorros en favor del asegurado. Esta inversión creciente la podemos apreciar claramente en un seguro mixto a 65 años, cuya cobertura sea poco más o menos equivalente al valor

de la vida del asegurado; la idea puede aplicarse a cualquier seguro permanente de vida. El elemento de «inversión» del contrato, que va aumentando con la vida del contrato hasta llegar en su madurez (65 años) a la suma asegurada, se ha comparado con el fondo de amortización. Así como el fondo de amortización de una empresa mercantil se va aumentando con pagos periódicos para que al vencimiento de una deuda existan los medios para su cancelación, así también se acumula el valor líquido de la póliza para que a la edad de jubilación el fondo pueda atender al mantenimiento del asegurado.

A los valores de la vida humana también puede aplicarse el principio mercantil básico de cargar la depreciación a las ganancias anuales de la empresa. El valor de la vida de la persona normalmente decrece con el transcurso de los años; conforme se aproxima la edad de jubilación, se reducen los años que le quedan de vida productiva. Al igual que la propiedad comercial objeto de depreciación, el valor económico de la vida de la persona sufre una reducción gradual a lo largo de su existencia. Lo que la empresa hace con su propiedad depreciable, también debe hacerlo el individuo atendiendo con sus ingresos corrientes al declive del valor de la vida humana. En la póliza del seguro permanente de vida, la porción de la prima anual que se destina a aumentar el valor líquido representa, en un sentido económico, un cargo anual contra las ganancias del asegurado hacia la depreciación del valor de su propia vida. Así el asegurado hace provisión para el valor decreciente de su vida y constituye un fondo que haga frente a sus obligaciones futuras, incluso a su propio mantenimiento, mediante el instrumento de la pensión, bien directamente a modo de jubilación, bien a través de las opciones de liquidación después del fallecimiento.

El seguro de vida como un testamento de la vida

En casi todos los casos, el valor de la vida de un individuo supone aproximadamente el 90 por 100 de todo lo que posee, mientras que el valor de sus propiedades materiales tan sólo significa el 10 por 100 restante. Poco a poco, se va aceptando la idea de que la persona debería tener dos testamentos, uno sobre su *vida* y el otro sobre sus *propiedades*. La forma tradicional de la

«última voluntad», por la que el sujeto transmite su patrimonio material, debería ir acompañada de un testamento de su vida por el que transmite el valor monetario de la existencia propia, el valor potencial. Cuando el beneficiario no coincide con el patrimonio del asegurado, éste se convierte en testador y los beneficiarios en herederos, con una cláusula beneficiaria que es la causa de esta figura jurídica. La selección adecuada de las opciones de liquidación y/o de las cláusulas fideicomisarias, junto con una elección consciente de los beneficiarios, garantiza al titular del seguro que su testamento sobre su vida va a operar eficazmente al distribuir su valor una vez fallecido, bajo la gestión de una compañía aseguradora que actúa como albacea. Esta forma de testamento, comparada con la usual, presenta muchas ventajas: el valor de la vida distribuido de esta forma no precisa de la intervención judicial, no causa gastos de administración ni su atribución sufre demoras, ni tampoco exige la intervención de los registros públicos, como sucede con las testamentarías. Se eliminan los motivos de litigio entre los herederos y otros muchos detalles enojosos que generalmente acompañan a la liquidación y adjudicación de la masa hereditaria. Finalmente, el sistema fiscal resulta bastante favorable, según nuestros ordenamientos federal y estatales, en lo relativo a los impuestos sobre la renta, sobre el patrimonio y sobre las sucesiones (11).

SUMA ASEGURADA EN LAS POLIZAS DE VIDA Y ENFERMEDAD

Al decidir la cobertura de los seguros de vida y de enfermedad, hay que tener en cuenta dos puntos de vista: 1) el del valor de la vida humana; 2) el de las necesidades.

---

(11) Para un excelente resumen del tratamiento fiscal del seguro de vida, véase STUART A. MCCARTHY: *Tax Treatment of Life Insurance*, en DAN M. MCGILL: *Life Insurance*, edición revisada (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1967); también *The R & R Tax Handbook* (Indianápolis: The Research and Review Service of America, Inc.), de publicación anual, y que contiene cuestionarios y respuestas sobre la fiscalidad del seguro, las pensiones y otras materias sobre el tema.

Enfoque del valor de la vida humana

Este enfoque implica la capitalización a través del seguro de aquella parte de la capacidad de ganancias del individuo que está dedicada al mantenimiento de sus familiares. Lógicamente, la suma a contratar para el seguro de vida y de enfermedad depende de la medida en que el individuo quiera capitalizar el valor de su vida y proteger su capacidad de ganancia potencial.

Bajo el punto de vista de la compensación por la pérdida de la facultad de ganar, compensación que beneficiará a los familiares, hay que tener en cuenta la suma de los ingresos derivados de su actividad personal, que la familia dejería de percibir en caso de muerte o de incapacidad.

El método para el cálculo técnicamente exacto del valor monetario de un individuo es bastante complicado y no tiene que ser de conocimiento general (12), pero la idea en sí es de gran facilidad. Implica el valor presente de los ingresos netos futuros, haciendo provisión para las tendencias de las ganancias, para ciertas deducciones (el mantenimiento propio, las primas del seguro de vida y los impuestos sobre la renta de la persona) y para el descuento del interés.

Una forma relativamente sencilla, pero bastante exacta, para estimar el valor económico del individuo a los ojos de su familia, y, en consecuencia, el grado en que hay que capitalizar las ganancias a efectos del seguro de vida y de enfermedad, es la que vamos a describir:

1. Se determina la *suma de los ingresos percibidos que estén destinados a la familia.*
   - — Se hace una estimación de las ganancias anuales *medias* del individuo debidas a su actividad personal futura.
   - — Se deducen los impuestos generales sobre la renta, las primas de los seguros de vida y de enfermedad y el coste del mantenimiento.
2. Se determina la *expectativa de vida laboral* del sujeto, esto es, el período probable de trabajo productivo.
   - — Se determina el número de años desde la edad presente hasta la edad *prevista* para la jubilación.
3. Se determina el *valor económico* de la vida del individuo.
   - — Se selecciona un tipo razonable de interés, al que vayan a descontarse las ganancias futuras. El tipo elegido debe ser parecido al que generalmente devenguen las sumas entregadas a la compañía de seguros (13).
   - — Se multiplica la «suma de los ingresos percibidos que estén destinados a la familia» por el valor presente de un dólar pagadero anualmente por la «expectativa de vida laboral», usando el tipo de interés elegido.

De esta forma, si el individuo dispone de una «suma de ingresos percibidos que estén destinados a la familia» de $ 10.000, y unas «expectativas de vida laboral» de 30 años, su valor actual para su propia familia será de $ 173.000, partiendo de un tipo de descuento del 4 por 100 (14). En lo posible, este flujo de ingresos debe ser capitalizado a través de una póliza de seguro de vida sobre la persona que genere tales ingresos.

Al fijar la cifra apropiada del seguro de enfermedad requerido por la compensación de las ganancias perdidas, no es preciso capitalizar la «suma de ingresos destinados a la familia»; es suficiente una póliza de invalidez con unas prestaciones equivalentes a $ 10.000, más el coste del mantenimiento del propio sujeto, pagaderas durante el tiempo de «expectativa de vida laboral». De este modo, gracias a unas sumas aseguradas adecuadas, el asegurado queda garantizado de que el flujo de ingresos no será interrumpido en caso de muerte o de invalidez.

(12) Véase LOUIS J. DUBLIN y ALFRED J. LOTKA: *The Money Value of a Man*, edición revisada (Nueva York, Ronald Press, 1946), para un tratamiento omnicomprensivo del asunto; también, SPEISER: *Recovery for Wrongful Death;* JUAN B. APONTE y HERBERT S. DENENBERG: «A new Concept of the Economics of Life Value and Human Life Value», en *The Journal of Risk and Insurance*, vol. XXXV, núm. 3 (septiembre 1968), páginas 337-56. Para una simplificación de la problemática técnica, véase EDEN: *ob. cit.*

(13) Para la discusión de los factores que intervienen en la selección de un tipo de interés al objeto de valorar la vida humana, véase SPEISER: *Recovery for Wrongful Death*, págs. 23-35.

(14) El cálculo puede hacerse por medio de una tabla de descuento compuesto.

La tabla 2.1 recoge una serie de valores de la vida humana, con el nivel de ingresos y la edad presente como variables. En el modelo empleado cerece de ralismo la presunción de constancia de los ingresos futuros y de los costes del mantenimiento del interesado, pero la proyección de las ganancias netas futuras con una finalidad específica exige la realización de un complicado análisis económico. El ejemplo simplificado pretende dar a conocer: 1) el concepto del valor de la vida humana; 2) la cuantía considerable de los valores resultantes.

TABLA 2.1

Valores de la vida humana, presuponiendo una jubilación a los 65 años, variando la media de los ingresos netos futuros y la edad de la valoración, con un interés anual del 4 por 100

	Media de los ingresos netos futuros			
Edad	*$ 10.000*	*$ 15.000*	*$ 20.000*	*$ 40.000*
25	$ 197.927,74	$ 296.891,61	$ 395.855,48	$ 791.710,96
30	186.646,13	279.969,20	373.292,26	746.584,52
35	172.920,33	259.380,50	345.840,66	691.681,32
40	156.220,80	234.331,20	312.441,60	624.883,20
45	135.903,26	203.854,89	271.806,52	543.613,04
50	111.183,87	166.775,81	222.367,74	444.735,48

Enfoque de las necesidades

El otro enfoque del problema de la determinación de la suma a asegurar utiliza el análisis de las diversas necesidades que la familia vaya a experimentar en el supuesto del fallecimiento o de la invalidez del responsable de su manteniminto. A esta técnica se la conoce como el enfoque *de las necesidades*, y bajo un punto de vista estrictamente comercial ha sido considerada como más práctica que el enfoque *del valor de la vida humana.*

Para la determinación de la suma a asegurar por medio de este enfoque de las necesidades, en primer término hay que fijar los objetivos financieros de la familia en el supuesto de la muerte o la invalidez del individuo.

Es lógico que estos objetivos financieros difieran de una familia a otra, y que dentro de un mismo grupo familiar se modifiquen con el paso de los años. Sin embargo, siempre pueden

establecerse ciertas categorías generales que sean aplicables a la familia típica. Normalmente, entre estas necesidades podríamos citar: 1) el fondo para los gastos incidentales de última enfermedad, enterramiento, deudas pendientes, impuestos sucesorios y sobre la propiedad, gastos de las operaciones testamentarias, etcétera; 2) unos ingresos reajustados (unos ingresos suficientes que permitan el reajuste necesario en el nivel de vida); 3) los ingresos familiares hasta que los hijos se hagan autosuficientes; 4) ingresos vitalicios para el cónyuge supérstite hasta que los hijos sean autosuficientes; 5) otras necesidades especiales, como la amortización de las hipotecas, el fondo para casos de emergencia, el fondo educacional y otras necesidades que dependen de cada caso familiar; 6) las necesidades de jubilación.

La necesidad de ingresos en caso de invalidez es tan esencial como la provocada por el fallecimiento, ya que en ambos supuestos se produce una pérdida de ingresos. Por tanto, todas las necesidades relacionadas (a excepción de la de gastos incidentales mencionada en primer lugar) se aplican tanto al seguro de vida como al de enfermedad, ya que el hecho de la muerte y el de la invalidez causan una misma interrupción en el flujo de ingresos. En ambos casos, el que gana el sustento deja de ser un elemento del activo, e incluso en el supuesto de la invalidez se convierte en un pasivo económico, pues exige ser mantenido, además de los costes adicionales de gastos médicos tendentes a su rehabilitación. Por estas razones, la suma de los ingresos exigidos por una necesidad concreta tiende a ser mayor en el caso de la invalidez que en el del fallecimiento. Después del enterramiento y de la liquidación de la masa hereditaria, el cabeza de familia no supone ningún tipo de responsabilidad económica adicional.

Aunque las necesidades de ingresos tengan una importancia vital, el seguro de enfermedad ofrece además, una cobertura de reembolso de gastos médicos de todos los miembros de la familia; de aquí que haya que tener una consideración separada para las necesidades de seguro de Gastos Médicos de toda la familia. Estas pólizas se emiten teniendo en cuenta estas necesidades, como parte integrante del contrato. Por ejemplo, si nos detenemos en una póliza de hospitalización con cobertura de cirugía, solamente recibirá las prestaciones el miembro de la familia asegurada que sufra una operación quirúrgica. La necesidad demanda

unos beneficios condicionados a las limitaciones contractuales; la prestación no procede cuando nadie necesita ser operado. Por el contrario, en el contrato de seguro de vida o de enfermedad estipulado con la idea de cancelar una hipoteca, los beneficios se reciben en caso de fallecimiento o de invalidez, aunque la deuda hipotecaria se haya liquidado antes del siniestro.

En el plano de la cobertura de los gastos médicos se presta una atención primordial a la determinación de: 1) los tipos de beneficios que se desean obtener; 2) las limitaciones razonables (y las exclusiones) de los diversos tipos de beneficios; 3) una franquicia adecuada y/o una participación proporcional (coaseguro), en relación con los ingresos de la familia (15).

En lo relativo a la determinación de las necesidades de ingresos, a los efectos del seguro de vida y de enfermedad y de la cobertura adecuada de los gastos médicos, todas las decisiones en cuanto a objetivos y necesidades financieras han de ser tomadas por la familia *con el asesoramiento de un agente de seguros de vida.* Es la familia la que tiene que decidir el orden de prioridades de las diversas necesidades, ya que la capacidad económica para el pago de las primas puede impedir la obtención inmediata del programa deseado de seguros.

Una vez fijados los objetivos y las necesidades financieras de la familia, así como el orden de prioridades, se hace preciso averiguar si hay otros ingresos o beneficios que puedan atender a estas necesidades y que procedan de otras fuentes. Habrá que estudiar las prestaciones a que la familia tenga derecho y que provengan de la Seguridad Social, de las inversiones, de las mutualidades, de otros seguros de vida y de enfermedad, de herencias esperadas, etc.

La diferencia entre los fondos exigidos para atender a los objetivos financieros de la familia, y aquellos otros facilitados por las demás fuentes, constituye la suma requerida para el seguro de vida y de enfermedad (16). No obstante, siempre se

(15) Los capítulos 16, 17 y 18 se dedican a estudiar a fondo la multiplicidad de pólizas de seguro de enfermedad y sus diferentes condicionados.

(16) Como es lógico, la suma de ingresos que sea necesaria cubrir con un nuevo seguro de vida ha de ser convertida en una suma *de principal,* ya que el seguro de vida generalmente se estipula con pago a un tipo determinado sobre cada $ 1.000 de la suma asegurada. Esto no es válido para el seguro de enfermedad.

debe tener en cuenta la posibilidad de pagar las primas requeridas, pudiendo suceder que solamente se deba estipular aquella parte del programa asegurador que el sujeto sea capaz de pagar de inmediato, en la presunción de que el resto sería contratado tan pronto como haya disponibilidades.

Es natural que las necesidades de la familia sean modificadas por el nacimiento de nuevos hijos, por los cambios en las fuentes de ingresos, o por otras razones, por lo que se hace imprescindible la revisión periódica del programa de seguros, a fin de proveer a estos cambios.

El valor de la vida humana frente al enfoque de las necesidades

En teoría, el cabeza de familia generador de los ingresos debería asegurarse por una suma igual al total del valor económico que supone para el grupo familiar. En un plano práctico, resulta muy difícil la consecución de este ideal. El obstáculo principal es que cuando es mayor el valor económico de un individuo (en los años jóvenes), entonces sus ingresos (y, por tanto, los fondos con que atender el pago de las primas) son, por regla general, más bajos.

En gran medida el enfoque de las necesidades se emplea para la protección de la necesidad más perentoria del momento. El enfoque del valor de la vida humana abarca a todo el grupo de necesidades de toda la vida; incluye el concepto de la capitalización, para que en caso de invalidez o de muerte prematura se pueda hacer frente a todas las necesidades de la familia. Incluye, además, una previsión de la necesidad de protegerse contra la muerte económica, o *muerte por jubilación,* que en el momento presente constituye, bajo muchos aspectos, un problema tan grave como el de la muerte prematura. A la jubilación, o muerte económica, el valor de la vida asegurada (patrimonio potencial) se ha convertido en propiedad adquirida gracias a la actividad económica del asegurado durante su ciclo productivo. El valor depreciado de su vida está ahora representado por el elemento de ahorro de su programa de seguro, y puede liquidarse de un modo científico mediante una pensión que beneficia al asegurado

y a sus hijos, que no se ven obligados a mantener a sus progenitores.

Para establecer una adecuada relación entre los ingresos y la suma a asegurar, se han ideado diversas fórmulas prácticas; tal vez la más popular sea la de que entre el 10 y el 15 por 100 de los ingresos se destine a las primas de seguros de vida y de enfermedad, pero como sucede con las soluciones pragmáticas, la norma no resulta aceptable a cualquier nivel. Probablemente no es realista para ingresos por debajo de $ 5.000, ni para los que exceden de $ 20.000. En 1974 la familia media americana era titular de seguros de vida que, en su conjunto, cubrían no más de 24 meses de sus ingresos disponibles, una vez deducido el impuesto federal sobre la renta (17).

Planificación de los seguros de vida y de enfermedad

La planificación saneada de los seguros de vida y de enfermedad exige el análisis del impacto económico a nivel familiar y empresarial, de la muerte, de la invalidez, y de la jubilación, sobre la vida familiar y sobre los intereses comerciales. Los seguros de vida y de enfermedad son unos instrumentos valiosos y altamente creativos para hallar soluciones justas a los problemas y reajustes planteados por la muerte, la invalidez o la jubilación. El representante del seguro de vida es normalmente el que inicia el proceso de planificación financiera, y cuando se trata de un patrimonio extenso y de una planificación complicada, se hace acompañar de expertos en contabilidad, en derecho, en impuestos o en fideicomisos, para llevar el proceso a un buen fin.

La programación es el proceso del análisis de las necesidades que sigue el agente de seguros para ayudar al cliente a calcular las metas y aspiraciones financieras deseadas, puestas en consonancia con su activo presente, hecha inclusión del seguro de vida y de las restantes inversiones. Mediante la aplicación profesional de unas técnicas de programación, el agente logra evaluar el impacto económico de la muerte, la invalidez o la jubilación, y elabora en unión con el cliente un plan para el individuo y para

(17) Se han propuesto otras argumentaciones para la determinación de la suma a asegurar. Véase STUART SCHWARZSCHILD: «The Sensuous Insured», en *Inspection News* (verano 1974), págs. 10-13.

su familia que esté de acuerdo con la idea que el propio cliente tenga de sus necesidades y prioridades.

La programación y el análisis de las necesidades pueden ponerse en relación con tres funciones fundamentales. La función principal, en opinión casi universal, es la *creación de patrimonios;* casi todos los asegurados solamente cubren una parte relativamente pequeña del valor de su vida humana y, en consecuencia, la muerte prematura provoca generalmente graves problemas financieros que pesan sobre el cónyuge supérstite y sobre los hijos. Sin embargo, las funciones de la *conservación del patrimonio* y de la *distribución del patrimonio* son tan importantes, si no más, que la primera.

La distribución del patrimonio es una función importante, incluso cuando se trate de uno relativamente pequeño. En efecto, si admitimos un margen para el error, cuando menor sea el patrimonio, mayor será la necesidad de asegurarse de que los ingresos del seguro y de los demás activos se dividen entre los beneficiarios pretendidos en la forma más conveniente.

La correlación entre la programación y la *planificación del patrimonio* no es más que un problema de graduación. La segunda incluye en su aplicación todos los elementos de la programación, añadiendo además la conservación y la distribución. La planificación incluye, asimismo, la disposición de los intereses comerciales y el empleo de las pensiones, de los planes de participación en los beneficios y de otros medios establecidos para que el individuo aumente su patrimonio con fondos exentos de impuestos.

La planificación del patrimonio, en el estricto sentido de la protección de uno ya existente, persigue tres objetivos fundamentales: 1) la reducción del coste de la transmisión; 2) la estructuración del método más económico para el pago de los gastos de transmisión que no puedan ser eliminados; y 3) la realización de cambios en la índole de propiedad del patrimonio, para una mejor utilización de sus componentes. Para el logro de estos objetivos se han desarrollado diversas técnicas. El seguro de vida juega un papel primordial en muchas de ellas. El agente de seguros de vida, el abogado que coordina las actividades y prepara los documentos legales necesarios, el contable que recoge la información requerida y el agente fideicomisario forman

parte del equipo de la planificación patrimonial; cada uno de ellos ofrecen los servicios de su práctica profesional.

El deber de asegurar

Bajo el aspecto familiar, el seguro de vida y de enfermedad constituye una operación comercial necesaria, lógica para toda persona a cargo de otras que de ella dependan; es una obligación comercial, al igual que cualquier otra exigible en el desenvolvimiento ordinario de las actividades del individuo. El negocio primero y más importante es el cuidado de la propia familia, que ha de fundarse y ser administrada sobre una sólida base comercial; debe quedar protegida frente a una bancarrota innecesaria, y la muerte o la invalidez del cabeza de familia no debe significar su descalabro o su disolución, como tampoco puede suceder cuando fallece un directivo del banco o de cualquier otra empresa. Toda compañía o empresa cuenta con capacidad de ganancias capitalizadas y con un fondo de comercio. ¿Por qué, entonces, cuando el hombre y la mujer van a fundar una empresa que se llama familia no van a buscar la protección de la póliza de seguro en favor del valor real y del fondo de comercio de este negocio? ¿Por qué el acompañamiento al acta del casamiento de unas pólizas de seguro de vida y de enfermedad van a ser menos lógico que la exhibición de un certificado de seguro de transportes, que siempre acompaña al conocimiento de embarque? En el primer caso la travesía es mucho más larga y arriesgada, y si se produce el siniestro la pérdida acarrea consecuencias mucho mayores.

El crecimiento experimentado por los seguros de vida y de enfermedad da a entender un creciente desarrollo del sentido de la responsabilidad. La idea de atender solamente al momento presente debe dejar paso al reconocimiento del hecho de que la responsabilidad de la persona frente a su propia familia no queda limitada a los años de su existencia. Hay que insistir cada día más en el *delito de no asegurar*, y el desprecio debe caer sobre aquellos que, después de proveer bien a sus familias mientras vivían, no supieron atender a un futuro incierto sin ellos. Como se ha explicado, el seguro de vida y de enfermedad es el medio seguro para cambiar la incertidumbre en certidumbre, y es lo

más lejano que cabe del juego de azar. El sujeto que no se asegura es el que pone en juego el mayor de los valores y, cuando pierde, hace pagar las consecuencias a los seres más queridos; lo arriesgado de este juego se puede comprobar en las tablas de mortalidad. Incluso aunque el sujeto llegue en su día a la dad de 60 ó 65 años, no debe olvidarse que no llega a un 10 por 100 la parte de la población que logra acumular una suficiencia razonable, y que los reveses de la fortuna hacen que una gran parte de este porcentaje la haya perdido al llegar a la edad citada.

Cuando la mujer acepta el papel de ama de casa y de madre, tiene un *derecho*, además de un deber, digno de ser subrayado, en lo relativo al seguro de vida y de enfermedad. Ha de saber que el marido no es el único obligado a prestar la protección adecuada a la familia, sino que también es *deber de ella*, siempre que sea necesario, el insistir para que se consiga una protección suficiente. Tiene derecho no sólo a su protección personal, sino que incluso sus intereses se extienden a la protección de los hijos que están a su cuidado.

VENTAJAS DEL ASEGURADO

Aparte de la ventaja de la capitalización de los ingresos potenciales y de la protección directa de la familia, el seguro de vida y de enfermedad proporciona otros muchos beneficios al titular del seguro (18); éste es un «beneficiario» de su propia póliza, y por ello el término no se aplica exclusivamente a los familiares del asegurado. Las ventajas son muchas y todas ellas benefician a la familia del asegurado, porque le permiten cumplir con sus obligaciones y garantizarse su propia comodidad y felicidad.

Elimina las preocupaciones y aumenta la inciativa

Los autores han afirmado con frecuencia que el seguro de vida y el de enfermedad no deben ser considerados como generadores de riqueza, ya que su función queda limitada a la dis-

(18) Véase S. S. HUEBNER: *Economics of Life Insurance*, 3.ª edición (Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1959), págs. 143-240.

tribución de los fondos de los afortunados entre los desgraciados. No obstante, en la realidad, el seguro está considerado como una fuerza poderosa de producción de riqueza, ya que aligera las preocupaciones del asegurado al tiempo que incrementa su eficiencia. La preocupación constante es una de las mayores maldiciones que pueden caer sobre el ser humano, y el seguro de vida y de enfermedad, si fuera universalmente aceptado, quitaría este peso de innumerables hombros. La seguridad de un patrimonio asegurado, que se tiene desde el momento en que se paga la prima, hará que el sujeto se sienta más libre para tomar iniciativas.

Supongamos que el cabeza de familia tiene $ 10.000 y se le presenta la oportunidad de invertir este capital en una empresa mercantil. De no ser por el seguro, el individuo no podría invertir tranquilamente esta suma ni asumir los riesgos que acompañan a casi todas las empresas; quedaría con el temor de perder su capital y de que, si se produjera la invalidez o la muerte prematura, su familia quedaría desprotegida. El seguro de vida y de enfermedad protege contra esta eventualidad y garantiza, en el presente caso, al posible inversor, que en caso de pérdida de la inversión por muerte o por invalidez, la aseguradora hará un reembolso de por lo menos $ 10.000. La misma ventaja la podemos hallar en el caso de los que carecen de un capital, cuyos esfuerzos económicos quedan ahogados en gran parte por el temor; si aligeramos el peso de la mente, el seguro fomentará la eficacia y hará que la gente se sienta más feliz. Por esta razón, el seguro ha de ser visto como una de las posesiones más preciadas, y el pago de las primas no puede ser considerado simplemente como un gasto que hay que soportar de mala gana. Puede afirmarse sin temor a error que la posesión de un seguro de vida y de enfermedad suficiente, es causa de que el asegurado medio coma mejor, se sienta mejor y, como consecuencia de todo ello, trabaje mejor.

Posibilita el ahorro

Constantemente nos encontramos con quienes afirman que se oponen al seguro de vida y de enfermedad porque prefieren ahorrar. Ciertamente, hay que fomentar el hábito del ahorro,

pero no conviene olvidar que un ahorro suficiente requiere tiempo, mientras que los seguros de vida y de enfermedad son los únicos métodos seguros que protegen contra la posibilidad de que el período de ahorro quede truncado por la muerte o por la invalidez. La política del ahorro sólo puede dar al principio un escaso rendimiento, mientras que la póliza de seguro garantiza la cobertura íntegra o sus prestaciones desde la entrada en vigor, protegiendo al asegurado de la eventualidad de que por una temprana muerte o por una invalidez quede interrumpida su fase de ahorro. De esta suerte, si el sujeto puede ahorrar $ 1.000 al año, precisaría de casi dieciséis años para llegar a un fondo acumulado de $ 25.000, en el supuesto de que los haya invertido a un interés compuesto del 6 por 100. Esta decisión de ahorrar para proteger a la familia queda supeditada a la supervivencia del individuo, que puede fallecer o quedar incapacitado antes de que la suma ahorrada alcance un nivel apreciable; el programa de ahorros para atender al futuro de la familia queda sumido en la incertidumbre. El primer requisito para el mantenimiento futuro de los familiares es la certidumbre, que sólo puede lograrse a través del seguro de vida y de enfermedad. Puede asegurarse, por ejemplo, una suma de $ 10.000, y en caso de fallecimiento la aseguradora paga la suma cubierta, mientras que en caso de supervivencia el asegurado ha contado con tiempo suficiente para acumular sus ahorros; si durante este tiempo quedara inutilizado a causa de invalidez, el seguro de enfermedad garantizaría la acumulación de los ahorros.

De otro lado, las previsiones optimistas que muchas personas guardan en cuanto a su decisión y capacidad de ahorro deben ser contrastadas con la realidad de los hechos. El 85 por 100 de los adultos de nuestro país no deja, al fallecer, fortuna alguna. Ciertamente, conviene fomentar el ahorro, pero la experiencia indica que no es aconsejable su práctica con olvido del seguro de vida y de enfermedad. Son los dos que deben fomentarse, y cuando la estrechez de los medios obligara a elegir uno de ellos, habría que decidirse por el seguro, gracias a su certidumbre.

La gran mayoría de los que tienen familia a su cargo deberían estipular antes que nada el seguro de vida y de enfermedad. Cuando está en juego la familia, es una locura encauzar las primeras inversiones por un camino distinto, y carecen de sentido

todas las explicaciones sobre los méritos relativos de las acciones, las obligaciones o de cualquier otro tipo de inversión. El objetivo primordial del seguro es la protección, y como el ahorro exige tiempo y hay que proteger a la propia familia, solamente el seguro de vida y el de enfermedad garantiza la creación de una suficiencia económica frente a la eventualidad de que un fallecimiento prematuro o la incapacidad abrevien el período ahorrativo. La gente, en general, vive solamente dentro de las posibilidades del seguro de vida y de enfermedad, y no llega a disponer de los medios que le permitan hacer otras inversiones directas. Incluso si se trata de la compra de una casa, nadie con una familia a su cargo debe decir «primero compraré y pagaré mi casa, y luego tomaré una póliza de vida y enfermedad»; el patrimonio potencial es algo fundamental cuando se trata de proteger a la familia, y por ello el seguro debe ser lo primero. Nadie debería poner dinero en otro tipo de inversión si antes no ha protegido adecuadamente su patrimonio potencial a través del seguro, que es el único medio para lograr dicho objetivo.

Supone una inversión segura y rentable

Además de la garantía inmediata del patrimonio, el seguro de vida se acompaña de un elemento de acumulación de inversiones de total seguridad y que, en los últimos años de la póliza, alcanza proporciones considerables. Si exceptuamos determinados tipos de pólizas, el seguro de vida en general, gracias a la acumulación de ahorros, es muy adecuado para destinar pequeñas sumas de dinero a un fin rentable de inmediato; bajo este punto de vista, el seguro ha sido definido como «un interés compuesto en forma de complemento». Como se dirá en su lugar, casi todos los tipos de pólizas de vida acumulan gradualmente un valor que se denomina de rescate (elemento de ahorro) que el asegurado puede cobrar si decidiera cancelar la póliza y que se abona al interesado en caso de supervivencia del asegurado; este valor, como se dirá, representa una acumulación de una parte de las primas que la compañía invierte. En las compañías de base mutualista las ganancias por intereses que excedan del tipo tomado para el cálculo de las primas se devuelven al asegurado en forma de dividendos; por esta razón sus tarifas son inferiores

a las de las compañías de base comercial (19). En otras palabras, este valor de la póliza representa los ahorros que se depositan en la compañía para su inversión.

El elemento inversor del seguro de vida tiene tal significado para el asegurado y para su familia que justifica un tratamiento separado y una explicación más detallada (20). Nos basta ahora con la afirmación de que el seguro de vida no sólo implica una inversión segura y rentable, sino que incluso las pólizas más recientes permiten al asegurado disponer el mejor modo de salvaguardar las ganancias de la póliza, en favor de los beneficiarios a su fallecimiento. Con bastante frecuencia, las reservas que el asegurado ha acumulado por medio del ahorro o del seguro, se pierden en manos del heredero o beneficiario a causa de la especulación, la inversión descabellada, o los dispendios excesivos en cosas innecesarias. El asegurado debe prevenir esta eventualidad de formas diferentes, en especial acudiendo a planes concretos de desembolso, como los que establecen que el beneficiario, a la muerte del asegurado, recibirá durante su vida o durante un cierto número de años unos ingresos fijos de periodicidad anual, trimestral o mensual; o bien, en lugar de pagar la suma cubierta por la póliza en un pago único, la retención de dicha suma que será liquidada en un número determinado de plazos. De este modo, la suma continúa en poder de la compañía, rentando un interés durante la vida del beneficiario o durante un cierto número de años (21).

Es causa y motivo del espíritu ahorrativo

El seguro de vida no sólo garantiza un buen fin a los esfuerzos del asegurado por acumular un fondo de ahorros que le proteja contra un fallecimiento prematuro, sino que también supone, en muchos casos, un medio excelente para el fomento o para el deber del ahorro. Son pocas las entidades que hayan propiciado esta forma de pensar. Ciertamente, las cajas de ahorros y los bancos han tenido una parcipitación en el desarrollo del instinto ahorrativo, y lo mismo se puede afirmar de las demás asocia-

(19) Véase el capítulo **20.**
(20) Véase el capítulo **4.**
(21) Véase el capítulo **15.**

ciones de ahorro y de crédito; pero, por regla general, estas instituciones tienen la desventaja de permitir al depositante el reembolso de todos o parte de sus fondos, con notificación previa, con la consecuencia de que la decisión de ahorrar durante un largo período de tiempo pueda quedar incumplida cuando, por un motivo u otro, se procede a retirar la suma depositada.

En el seguro de vida, casi todos los tipos de pólizas contienen un elemento de ahorro que es esencial en los seguros llamados de vida entera y mixtos que, como se dirá en su lugar, prevé el pago de la suma estipulada no solamente al fallecimiento del asegurado dentro de un plazo establecido, sino también en caso de supervivencia al finalizar dicho plazo. Lógicamente, a fin de recibir, por ejemplo, $ 10.000 al terminar dicho plazo, el asegurado tendrá que pagar a la compañía una prima anual, semestral, trimestral o mensual, suficiente para que aquélla, gracias al interés compuesto, pueda acumular un fondo al finalizar el plazo que sea igual a la suma asegurada. Además, el pago regular de la prima se convierte a los ojos del asegurado en un pago parecido al del interés de una hipoteca. En consecuencia, a fin de conseguir los fondos precisos para el pago de las primas, el individuo se hace más activo, aumentando sus esfuerzos para ahorrar el importe de las primas. Efectivamente, son innumerables los asegurados que después de quince, veinte o veinticinco años, caen en la cuenta de que poseen una suma considerable que jamás habrían reunido de otro modo, o que, en caso de haberlo logrado, la habrían perdido o malgastado. O sea, el seguro de vida tiende a imponer un ahorro obligado, representando la acumulación de pequeños importes (que con toda probabilidad jamás se habrían acumulado) a lo largo de un cierto número de años. El seguro de vida, en general, tiene con el espíritu ahorrativo la misma relación que el empleo moderno de los productos marginales (antes echados a perder en su mayor parte) tiene con muchas de las más importantes empresas manufactureras de nuestros días.

Protege frente a las pretensiones de los acreedores del asegurado

Es totalmente lógico el deseo de protegerse contra los acreedores, sobre todo ante el grave riesgo de la quiebra. El asegurado

debe conocer bien esta faceta, en razón de las muchas modificaciones introducidas en las leyes de exención de los estados y por las diversas resoluciones judiciales de una u otra jurisdicción. Todas las casas deberían escribir «Bienvenido» en la puerta, pero no puede ser así cuando se trata de los acreedores en caso de bancarrota del año. La mayoría de los estados han promulgado leyes de exención a favor del seguro de vida suscrito después de la puesta en vigor de la norma, siempre que los beneficiarios sean familiares a cargo del asegurado. En muchos supuestos, la suma declarada libre de las reclamaciones de los acreedores ha quedado limitada a una cuantía y sin tener en cuenta que, como se estipula, «el asegurado se reserva el derecho a cambiar el beneficiario o la compañía permite dicho cambio» (22).

Facilita unos ingresos garantizados a modo de pensión

El seguro de vida es de gran interés para muchos que, como resultado de una vida de trabajo, han logrado ahorrar un capital reducido, y no cuentan con una persona a la que tengan que nombrar beneficiario en caso de muerte. Supongamos que se trata de una persona de 60 años que ha reunido $ 25.000, y que esta suma representa todo su patrimonio a ser destinado a su mantenimiento en los años de jubilación. Como la fortuna no es considerable, su titular se verá obligado a invertirla de forma cuidadosa, sabiendo que las rentas de esta inversión no excederán de un 5 ó 6 por 100. Los ingresos de este sujeto van a oscilar entre $ 1.750 y $ 1.500 al año, suma que no es suficiente. No puede dedicar parte del principal a sufragar sus gastos corrientes, porque de esta forma va a reducir el volumen de sus rentas. El individuo se enfrenta con un riesgo que es exactamente el opuesto del que desea asegurar su vida; pretende un seguro porque no sabe cuánto va a vivir; se enfrenta con el peligro de vivir demasiado tiempo, esto es, de sobrevivir a sus ingresos.

Al igual que un sujeto quiere protegerse contra el riesgo de que la muerte o la invalidez se produzcan demasiado pronto, así también el propietario del fondo de $ 25.000, que estima que sus ingresos son muy reducidos o que teme vivir más que su capital,

(22) Véase el capítulo 14.

se protege contra estos riesgos mediante la compra de una *pensión*. Por el contrato de renta vitalicia la compañía aseguradora se compromete a pagar anualmente la suma contratada mientras viva el asegurado; los pagos cesan al fallecimiento o, si se trata de pensión con reembolso, al terminar un plazo determinado, a contar desde la muerte del asegurado. Para mayor claridad, veamos el caso de una mujer de 60 años que ha ahorrado $ 25.000 que invertidos al 5 por 100 solamente le darían $ 1.250; de acuerdo con las tarifas de una compañía, por cada $ 1.105,22 depositados recibiría una renta vitalicia de $ 100. Con $ 25.000 puede obtener unos ingresos anuales de $ 2.262, suma que supone un 9,05 por 100, muy superior al tipo usual del 5 por 100 (23). A mayor edad de la pensionista cuando contrata el seguro, mayor será el rendimiento que la aseguradora le garantiza. Por consiguiente, cuando el titular de un patrimonio pequeño no tenga un interés especial en transferir sus bienes a un heredero o a una institución, el seguro de vida permite el pago de una suma a la compañía, que en contrapartida paga una renta determinada, liberando al asegurado de las preocupaciones en cuanto a la continuidad futura de sus ingresos. Las aseguradoras pueden dar este elevado rendimiento porque el índice de mortalidad a los 60 años o más es bastante elevado; como el pago de la pensión cesa con el fallecimiento del asegurado (24), el saldo restante del dinero depositado queda en beneficio de la compañía, que ha de seguir pagando a otros pensionistas supervivientes.

Relación entre estas ventajas y la sociedad en su conjunto

Como puede comprenderse, las ventajas a que nos hemos referido hasta aquí suponen un gran beneficio para la comunidad, sobre todo si el seguro estuviera más generalizado. HOLCOMBE ha escrito:

> «Es obvio que una actividad que mejore los atributos mentales o morales, o las condiciones materiales de los ciudadanos, eleva el nivel de la comunidad de la que son miembros y, por tanto, beneficia al Estado. Las entidades de ahorro fomentan el espíritu ahorrativo y generan unas acumulaciones que podrían quedar desperdiciadas, por lo que significan un beneficio claro y tangible para la sociedad pública. El seguro de vida promueve el sentido de responsabilidad, refuerza los lazos familiares y mejora el nivel de la población. Aminora las discordias hogareñas que llevan al divorcio, supone un límite a la intemperancia y hace realidad los beneficios de una vida adecuada... No cabe duda, además, de que el seguro de vida restringe los gastos del tesoro público, de las casas de beneficencia y de la policía, de los tribunales penales y de las prisiones, así como de otros departamentos necesarios de servicio público que se ocupan de la prevención y del castigo de los delitos, de la ayuda a los desgraciados y desasistidos... En ciertos casos, como sabemos, la prestación del seguro de vida es lo único que queda al fallecimiento del responsable del mantenimiento de sus parientes, y en muchas ocasiones, si no fuera por tales prestaciones, quedarían obligados a refugiarse en la caridad pública» (25).

(23) El «rendimiento más elevado» se debe, naturalmente, al hecho de que el principal se va liquidando al ir pagando la pensión.

(24) Bajo la condición de ciertos beneficios mínimos, contractualmente acordados. Véase el capítulo 8.

El valor del seguro de vida y de enfermedad, en cuanto causa de un mayor sentido de responsabilidad en el individuo, y del ahorro a la comunidad de muchos gastos dedicados a la ayuda a las familias necesitadas, ha sido un hecho reconocido desde hace mucho tiempo por los gobiernos de todos los países civilizados. Sin embargo, conviene añadir otros tres beneficios de carácter general que afectan enormemente a toda la comunidad. Estos beneficios son:

1. Gracias a sus inversiones, que exceden en la actualidad de $ 252.436 millones, las compañías de seguros de vida ejercen una gran influencia en el desarrollo industrial del país. Son millones de asegurados los que han acumulado por medio de sus pagos periódicos una ingente suma de ahorros, y la industria del seguro de vida ha servido de agente en la acumulación de cantidades pequeñas, que conjuntamente se han destinado a la promoción de los intereses comerciales más importantes del país, así como a la edificación de casas y al desarrollo de la agricultura. La industria del seguro de vida ha dedicado, además, $ 2.000 millones a los préstamos de su Programa de Inversiones Urbanas, con el objeto de mejorar las viviendas, crear puestos de trabajo y promover servicios comunitarios en las zonas más pobladas del país. El programa se completó a finales de 1972, después de ha-

(25) *Yale Insurance Lecturers*, I, págs. 39-41.

ber invertido $ 1.345.381.000 en vivendas, y $ 689.597.700 en proyectos creadores de puestos de trabajo y de equipamiento de servicios, con un total de $ 2.034.978.700. Este acertado programa constituyó uno de los primeros intentos de la industria americana hacia la solución de problemas sociales urgentes (26). En 1973 las compañías de seguros de vida faciltaron el 7 por 100 del capital financiero del total de las fuentes de inversión de los Estados Unidos (27).

2. Al restringir la admisión al seguro y al pedir respuesta a muchas preguntas de sus cuestionarios, relativas a los vicios del eventual asegurado, las compañías obligan al solicitante a fijar su atención en la relación directa existente entre la longevidad y una vida de templanza. De otro lado, como consecuencia del examen médico que las compañías exigen, se descubren muchas enfermedades que los futuros asegurados ignoraban padecer.

3. La conservación de la salud, o sea, del «patrimonio del valor de la vida potencial» es ahora objeto de una atención cada vez mayor. A ello han contribuido en gran parte muchas compañías aseguradoras. Toda la discusión sobre el patrimonio potencial carecería de significado si no se pretendiera su conservación gracias a esfuerzos tendentes a evitar la pérdida, al igual que se realizan esfuerzos paralelos para la conservación de la propiedad material productiva. El que gana el sustento, bien sea por sueldo o salario, bien como industrial, no puede permitirse el lujo de caer enfermo ni de fallecer prematuramente. En otros tipos de seguro, como son los de incendios, transportes, explosión de calderas, indemnización y de fidelidad, se reconoce la valía del trabajo empleado en la prevención de las pérdidas, trabajo que está considerado como un servicio al comercio y a la sociedad. Hay que partir de la base de que la prevención de las pérdidas, es, en principio, el seguro de mayor importancia. La conservación de un valor potencial es siempre mucho mejor que un pago prematuro hecho para indemnizar una pérdida.

(26) *A Report on the $2 Billion Urban Investment Program of the Life Insurance Business: 1967-1972* (Nueva York, Clearinghouse on Corporate Responsability, septiembre 1973), pág. 13.
(27) *Life Insurance Fact Book*, 1974, pág. 67.

En 1970 la industria del seguro, a través de un equipo de trabajo, hizo una serie de recomendaciones para resolver las graves deficiencias de nuestro sistema nacional de atención pública. Las propuestas se conocen con el nombre de Programa de Atención Médica, e incluían innovaciones, además de un mayor desenvolvimiento del sistema. Estas recomendaciones, unidas a las propuestas legislativas formuladas por la industria, la *National Healthcare Act* de 1975, forman parte de las preocupaciones y debates relativos al estado de la atención sanitaria en los Estados Unidos (28).

(28) Capítulo 37, tabla 37.1.

3

Utilidad del seguro de vida y enfermedad en el campo comercial

EL SEGURO DE VIDA Y ENFERMEDAD EN EL CAMPO DE LA FAMILIA Y EN EL DEL COMERCIO

Distinción

En principio, esta distinción entre el seguro para la familia y para la actividad comercial no es más que una distinción de conveniencia. Todo seguro de vida y enfermedad es en realidad un seguro comercial, pero se sigue la costumbre de calificar como seguro familiar al que se relaciona más directamente con la familia, y como seguro comercial cuando la protección afecta más directamente a la profesión o negocio del asegurado. Dentro de la gran mayoría de la clase media, la familia y la actividad comercial o la profesión del que gana el sustento se encuentran inseparablemente inter-relacionadas; a fin de cuentas, la protección del activo familiar es el objeto del seguro comercial de vida y enfermedad, pero, como veremos, esta protección afecta de modo muy vital al bienestar de la familia del asegurado.

El así denominado seguro comercial de vida y enfermedad se ha desarrollado considerablemente en los últimos cuarenta años. Aunque la finalidad primaria del seguro sea la protección de la familia ante la pérdida de la capacidad de ganancias del cabeza de familia, es cierto que también las empresas necesitan

protegerse frente a la pérdida de vidas valiosas que significan actividad y éxito. En estos últimos años, la vida comercial se ha ido dando cuenta cada vez más claramente de estos hechos y, como consecuencia de ello, se han encontrado muchos seguros sobre las vidas de industriales para conseguir, ante todo, la estabilización de sus negocios mediante la apertura de mejores relaciones de crédito, mediante la protección frente a la muerte o la invalidez de las personas claves para obtener el éxito y mediante la introducción de un plan práctico para atender a la pérdida de los intereses asegurados a causa del fallecimiento o de la invalidez permanente. El volumen del seguro comercial ha crecido tan rápidamente que podemos afirmar que llegará el momento en que la póliza de vida o de enfermedad forme parte integrante de la estructura de la sociedad mercantil, al igual que sus estatutos, los bonos y obligaciones, las acciones y el contrato de sociedad. La utilidad comercial del seguro de vida y enfermedad abre un extenso campo a nuestros estudios, ya que son pocos los individuos que en algún momento de su existencia no llegan a enfrentarse con una situación comercial cuya solución sería más simple y menos arriesgada gracias al empleo del seguro de vida o enfermedad. El seguro significa una solución ideal en cualquier situación comercial en la que la muerte o la invalidez provocan la necesidad de dinero. El acontecimiento que provoca la necesidad de fondos puede producirlos de modo automático; ningún otro medio de financiación puede garantizar los mismos resultados.

Las relaciones estrechas existentes entre el hogar y el negocio

El seguro de vida y enfermedad resulta particularmente atractivo para el hombre de negocios cuando cae en la cuenta de que en casi todos los casos existen unas relaciones muy estrechas entre el hogar y el negocio que le ocupa, hasta el extremo de que la póliza emitida específicamente para la continuación de la industria puede resultar de mayor utilidad que la tomada para la protección directa de la familia. Esta última lo más que puede hacer es aliviar en cierta medida los perjuicios económicos provocados por la muerte o la invalidez del cabeza de familia, mientras que la primera puede ser el medio para continuar con éxito las operaciones comerciales del difunto, que podrían venir a menos o fracasar si no se hubiera emitido la póliza. Generalmente, la póliza familiar asegura la continuación de una parte de los ingresos del asegurado fallecido o inválido, mientras que la comercial mantiene la eficiencia del negocio del asegurado y puede convertirse en instrumento de unos ingresos más elevados obtenidos de la continuación de un negocio floreciente.

Además, el propietario de un negocio, en su acepción más general, se comporta ante todo con la idea de mantener su hogar, demostrando que el bienestar de su casa y la buena marcha del negocio están íntimamente relacionados hasta hacerse inseparables. De otro lado, las ventajas del seguro familiar, como se vio en el capítulo anterior, tales como la eliminación de las preocupaciones, el aumento de la iniciativa, etc., también repercuten muy favorablemente en la marcha del negocio. El éxito profesional, por regla general, significa felicidad y satisfacción familiares; por el contrario, la adversidad en los negocios casi siempre repercute en la familia, razón por la cual el seguro que proteja al negocio frente al desastre es, en realidad, un seguro para la familia, pues protege sus intereses en los ingresos derivados de la actividad mercantil.

El seguro de vida y enfermedad es de gran utilidad para la actividad comercial, a la que sirve bajo formas muy diversas; pero sus servicios más importantes están relacionados con: 1) el seguro de los hombres clave; 2) la protección del crédito; 3) las medidas para la continuación del negocio; y 4) los planes de protección de los empleados.

EL SEGURO DE LOS HOMBRES CLAVE

La finalidad del seguro de la persona clave es la compensación a una firma comercial por la pérdida de ganancias provocada por la muerte o la invalidez de un cargo importante o de un empleado valioso. Son muchas las empresas que se han levantado gracias a una persona cuyo capital, energías, conocimientos técnicos, experiencia o capacidad de planificación y ejecución la convierten en el activo más valioso, imprescindible para

llegar al éxito. Podemos citar numerosos ejemplos que confirman la dependencia personal de muchas empresas afortunadas. Una compañía o firma puede tener un interés vital en uno de sus directivos que por su capacidad ejecutiva o conocimientos financieros sea la causa del crédito que la empresa puede obtener; una empresa manufacturera o minera puede depender de una persona que sea la única que en el establecimiento posea los conocimientos químicos o de ingeniería precisos para las operaciones; una editorial puede haber contratado con un autor que sea el único que pueda terminar una obra; el director de ventas de una firma importante puede hacerse indispensable por su capacidad de organización de un grupo eficiente de vendedores, por su utilización de los métodos más eficaces de venta o por el desarrollo de los mercados más rentables. Algún otro cargo, aunque no se dedique activamente a las operaciones diarias, puede también resultar imprescindible por ser uno de los dueños principales o por su experiencia o relaciones comerciales.

Hemos dado algunos ejemplos entre muchos, para hacer ver la importancia de una vida humana como activo en las operaciones comerciales. ¿Por qué, entonces, no vamos a asegurar el negocio frente a la pérdida de esa vida, de ese elemento del activo, por muerte o invalidez? No cabe duda de que la terminación o la incapacitación de estas vidas valiosas significan en muchos casos una pérdida más grave que la sufrida por un incendio o por cualquier otro riesgo asegurable. La pérdida de quien es la base, por su colaboración o capacidad de ejecución, del crédito de la empresa, puede llevar a que los acreedores rehusen la renovación de los créditos o se nieguen a abrir otros nuevos, poniendo en peligro el negocio por falta de capital; si esta persona estuviera asegurada en beneficio de la empresa, ésta percibiría el valor asegurado en caso de fallecimiento, o en caso de invalidez recibiría los beneficios que en la póliza se hayan estipulado; el cobro no sólo ayudaría al negocio a hacer frente a las obligaciones vencidas en la fase de reajuste, sino que también el simple hecho de que la empresa fuera beneficiaria de estos fondos se convertiría en un factor que disiparía las dudas y mantendría la confianza de los acreedores. De modo semejante, la muerte o la invalidez de la persona que poseyera los conocimientos químicos o de ingeniería disminuiría la calidad o el volumen

de la producción, con los consecuentes perjuicios y posible pérdida de negocio, y la muerte o invalidez del director de ventas puede implicar la desintegración de las fuerzas vendedoras, con pérdida de mercados rentables. De otro lado, la muerte o la invalidez puede dejar sin terminar alguna pieza concreta de trabajo, con las pérdidas lógicas del empresario que ha hecho los adelantos, cuando se haga imposible encontrar a alguien que pueda completar el proyecto. La protección del seguro de vida y enfermedad puede hacerse equivalente a la suma de gastos realizados, y si se sabe que el trabajo va a exigir varios años, la póliza debe estar en vigor durante todo el período. Estas pólizas a corto plazo son también aconsejables cuando se trata de proteger un negocio nuevo contra la muerte o la invalidez de su dueño o director dentro de los primeros cinco o diez años, esto es, dentro del plazo requerido para que la empresa se sienta sólidamente establecida.

Todas estas pérdidas pueden cubrirse si al negocio se le hace beneficiario de las pólizas adecuadas sobre las vidas que interesen. En el supuesto del fallecimiento o la invalidez, el negocio será compensado sin pérdida de tiempo por la pérdida de su empleado, y la suma recibida permitirá cubrir el período necesario para encontrar un sucesor o sustituto adecuado. Como dijo un cierto autor:

> Para la protecc6n del negocio se emplean otros muchos tipos de seguros, de gran utilidad por ser muy necesarios, como son los de incendios, accidentes, afianzamiento, responsabilidad del empresario, cristales, etc., pero ninguno de ellos, tal vez con la excepción del de accidentes, protege contra la pérdida o destrucción causada por el fallecimiento de la persona que sea el cerebro, la fortuna y la vida misma de la empresa. Es una omisión curiosa, un olvido peligroso; contra el incendio, el seguro; contra la malversación, el seguro; contra el accidente laboral, el seguro; contra la rotura de cristales, el seguro; pero nada de seguro contra la pérdida o la ruina desastrosa de la muerte de un hombre sobre el que se apoye toda la estructura del negocio; esta pérdida se produce en muchos casos con la misma rapidez con que se rompe un cristal. La actividad comercial precisa del seguro de vida más que de cualquier otro, porque es la única forma de completar el cerco con una protección firme frente a la destrucción causada por la muerte (1).

(1) STEWART ANDERSON: *Commercial Life Insurance,* en H. P. DUNHAM: *The Business of Insurance* (Nueva York, Ronald Press, 1912), I, pág. 387.

De todos modos, la determinación exacta de la pérdida económica que la empresa vaya a sufrir como consecuencia de la muerte o de la invalidez de una persona clave es una tarea bastante difícil.

El problema de la estimación de esta pérdida puede ser enfocado bajo el aspecto de las ganancias perdidas, o bien bajo el punto de vista de la compensación adicional necesarias para conseguir un sustituto experimentado. Tanto en uno como en otro supuesto, hay que prestar la atención al problema de si la pérdida es temporal o definitiva. El grado de exactitud con que pueda determinarse el valor de la pérdida económica producida por la muerte o invalidez de una persona clave depende del tipo de negocio, de la función concreta de la persona y de otras circunstancias. En todo caso, la posibilidad de la pérdida es algo que siempre se puede fijar sin dificultad, pero la medida para capitalizar el valor de la persona clave es más bien una decisión de la dirección.

En el plano procedimental, el seguro se estipula sobre la vida de la persona clave, va a cargo del negocio y éste se hace figurar como beneficiario. Es normal que se tome un tipo de seguro de vida permanente de prima reducida, y el valor líquido acumulado (elemento de ahorro) se hace aparecer en el balance como un elemento del activo de la empresa. Lógicamente, cuando la necesidad es temporal (por ejemplo, cuando se trata de un proyecto específico de investigación a ser terminado en cinco años), lo más apropiado es que se emita un seguro de vida temporal o a plazo. La cobertura de los ingresos en caso de invalidez puede concertarse conjuntamente con el seguro de vida, o bien asegurarse independientemente.

PROTECCION DEL CREDITO

El crédito en general

Cualquier elemento de estabilidad de la situación financiera de la firma supone una mejora del crédito que merezca. El seguro de vida y enfermedad puede mejorar el crédito de una empresa porque compensa por la pérdida de una persona clave y/o

asegura la continuación de las operaciones en el caso de fallecimiento o invalidez del propietario. El seguro de vida de las personas clave da confianza a los bancos y a las instituciones de crédito, así como a los proveedores, en el sentido de que la empresa está protegida frente a la desaparición de tales personas. Además, cuando se contrata un tipo permanente de seguro de vida, la liquidez de la empresa es mayor gracias a la acumulación de los valores o elementos de ahorro de que se puede disponer en todo momento, valores que se hacen figurar en el activo del balance. Cuando los prestamistas o los demás acreedores se sienten garantizados en cuanto a la continuación de las operaciones de la empresa aunque muera o se incapacite uno de sus dueños, resulta más fácil obtener una mayor línea de crédito e, incluso, conseguirla en condiciones más favorables.

El seguro de vida como garantía

Además de mejorar el crédito de la empresa, el contrato de seguro puede también ser ofrecido en garantía. El valor de rescate o elemento de ahorro de un seguro de vida permanente puede ofrecerse en garantía de un préstamo mediante la cesión de la póliza al acreedor. La garantía la presta el elemento de ahorro o inversión del contrato, y la suma prestada estará siempre cubierta por el valor líquido de la póliza; si el deudor fallece antes del reembolso del préstamo, el acreedor deduce de la suma a cobrar de la aseguradora el importe de lo debido, y el resto se entrega a la herencia o al beneficiario. Si el deudor no puede o no quiere liquidar la deuda a su vencimiento, el acreedor puede recobrar sus fondos bien sea rescatando la póliza, bien ejercitando el privilegio de anticipo que la póliza reconoce. En caso normal, la deuda se liquida a su vencimiento y la póliza se cede al prestatario; como se dirá más adelante, el asegurado también puede tomar un préstamo de la propia aseguradora, en razón del privilegio de anticipo. La idea es la misma, con la diferencia de que la póliza se cede a la compañía de seguros, en lugar de al banco o al prestamista.

La póliza puede asimismo ser pignorada con otros fines. Su objeto puede ser la protección del acreedor frente a la pérdida causada por la muerte o la invalidez de una persona clave en

la empresa del deudor; el seguro puede servir en aquellos casos en que el industrial necesita más créditos para su desenvolvimiento, cuando el banquero estima que por sí solo no cabe abrirle otras operaciones crediticias. Desde el punto de vista del banco, la persona que dirige la empresa es un activo importante y, aunque estime que no puede prestarle más, sin embargo la unión de empresa y empresario puede justificar la ampliación del crédito; como los nuevos préstamos quedan desprovistos de garantía, la póliza de vida y/o enfermedad en favor del acreedor es una protección frente a la posibilidad de la pérdida de una vida de la que depende el reembolso del préstamo.

Debe subrayarse que en este caso el préstamo no se hace contra el valor de liquidez de la póliza, sino que es una póliza nueva de vida estipulada a los efectos del préstamo, por lo que todavía no tiene un valor de préstamo; la garantía no es más que la capacidad comercial del prestatario. La situación puede compararse con el uso que pueda hacerse de una póliza de seguro de incendio, como base del crédito. Las pólizas de seguros de incendios no tienen un valor líquido a los efectos del préstamo; lo que sirve de garantía es la propiedad del inmueble, en cuanto asegurada contra incendios en beneficio del acreedor. La garantía, en realidad, es en nuestro caso la capacidad de la persona asegurada de vida o de invalidez en beneficio del acreedor.

Aparte de las situaciones de crédito a corto plazo, el seguro de vida puede ser empleado como garantía en la emisión de obligaciones. Supongamos que una empresa emite obligaciones por valor de $ 50.000 a ser reembolsadas a los veinte años, y que la naturaleza y la organización de la firma la hacen muy dependiente, en cuanto al crédito y a su operatividad, de la existencia de un individuo. En estas circunstancias, el fallecimiento inesperado de este individuo puede perjudicar a la empresa, hasta el extremo de que la liquidación de su activo se muestre insuficiente para redimir las obligaciones. Si a los acreedores no se les ofrecen medios que garanticen el reembolso al vencimiento, el préstamo no se obtendrá, y si se obtiene lo será bajo condiciones estrictas o a un elevado tipo de interés.

La garantía a los acreedores se puede conseguir, en este caso, a través de un seguro mixto; el dueño del negocio puede asegurar su vida en $ 50.000 con una póliza a veinte años. Si sobrevive, lo más probable es que la empresa siga prosperando, con el resultado de que las obligaciones quedan doblemente garantizadas; la póliza, en este supuesto, sirve para crear un fondo de amortización que aumenta cada año, hasta que a los veinte años asciende a $ 50.000, que es la suma precisa para amortizar la deuda a su vencimiento. Por el contrario, si el asegurado fallece antes del transcurso de los veinte años, y éste es el riesgo que los acreedores persiguen cubrir, el negocio cobrará la suma asegurada, esto es, dispondrá de fondos suficientes para pagar las obligaciones; si se demuestra que la empresa puede seguir funcionando rentablemente, se podrá destinar una parte de los $ 50.000 a un fondo de amortización para que, con intereses, se convierta al final de los veinte años en $ 50.000, y el resto puede destinarse a mejorar la empresa, con lo que se da mayor seguridad a los acreedores. Para protegerse contra la posibilidad de la invalidez del hombre de negocios se puede añadir una cláusula de liberación del pago de primas que asegure la disponibilidad de los fondos al final del período de veinte años para el caso en que el asegurado siga incapacitado.

El seguro de vida como fondo de emergencia

Como se ha dicho, el valor de rescate o de anticipo de una póliza es un activo real que aumenta el crédito de la empresa, ya que puede disponerse de él de inmediato o a los pocos días, con independencia de la situación financiera del momento. Lo normal es un interés del 5 ó del 6 por 100.

Los bancos y demás acreedores tienen en cuenta las pólizas de vida al estimar el activo, justificando así cualquier ampliación de la línea de crédito. Supongamos que el deudor precisa de más dinero en un momento en que el mercado financiero imposibilita o desaconseja un mayor endeudamiento; en este caso el privilegio de anticipo recogido en los contratos permite una solución excelente. En períodos de pánico en el mercado del dinero no puede atender a peticiones de préstamo, ni aun siquiera con las mejores garantías; en estas circunstancias se toman prestados millones de dólares sobre las pólizas de vida, y son muchos los industriales, las empresas y las compañías que acuden

al contrato de seguro para conseguir fondos que paguen la nómina o hagan frente a obligaciones ineludibles.

Aquí no se pretende fomentar el hábito bastante extendido de anticipar el valor de la póliza; muchas veces el privilegio se ejercita innecesariamente, por satisfacer un lujo, porque el mercado bursátil está en baja, o porque no haya a la vista otro método rápido para hacer dinero. Aunque éstas no sean las razones, lo cierto es que el asegurado acude a este medio por su gran facilidad, sin tener en cuenta la relación que este activo guarda con el beneficiario de la póliza y olvidando a menudo otros activos disponibles que debieran usarse con preferencia a la póliza.

Este servicio que el seguro de vida presta a la comunidad mercantil y el espíritu con que debe acudirse a él están reflejados en las líneas de uno de los principales empresarios de primeros de siglo:

> Unicamente como recurso último se debe utilizar la póliza de seguros como razón de un préstamo. Hay que procurar por todos los medios que esta inversión sagrada permanezca libre de cargas. A pesar de las ventajas que sus operaciones financieras presenten en comparación con las demás inversiones, los importes depositados en el seguro deben ser considerados como de categoría diferente y no deben ser tocados. Ciertamente, conviene saber que el valor cada vez mayor de liquidación significa un recurso a mano que no puede fallar; es un sólido apoyo que protege frente a cualquier dificultad familiar o comercial. En otoño de 1907 hubo un período de pánico, durante el que se suspendieron los pagos en metálico y la concesión de créditos; los tipos de interés subieron a cotas prohibitivas, y a pesar de ello resultaba prácticamente imposible conseguir un préstamo. Varios años antes, uno de mis socios y yo habíamos contratado seguros de vida por sumas bastante elevadas, con los que pudimos obtener de la aseguradora préstamos al 5 por 100 de interés; de este modo pudimos poner el crédito a disposición de la sociedad, y logramos aproximadamente $ 120.000 que nos sirvieron de mucho en aquellos días de escasez. Lógicamente, los préstamos fueron reembolsados tan pronto volvimos a una situación normal; el privilegio del préstamo puede, en ocasiones, salvar de un desastre real (2).

(2) ALBA B. JOHNSON: *A Business Man's Views Upon Life Insurance*, conferencia ante la Asociación de Filadelfia de Agentes de Seguros de Vida, 4 de diciembre de 1913.

CONTINUACION DEL NEGOCIO

En los casos de un dueño único, de una sociedad regular colectiva o de tipo familiar (3) los problemas de la estabilidad y continuación del negocio después de la muerte o la invalidez de uno de los propietarios tienen gran importancia tanto para la familia del difunto como para los demás propietarios y empleados. Conviene detenernos un poco en los efectos de la muerte o de la invalidez a fin de comprender el papel vital que en este plano juega el seguro de vida y enfermedad.

La sociedad regular colectiva

Este tipo de compañía cuenta con muchas ventajas, pero está sometida a la norma legal general que establece su disolución siempre que se produzca algún cambio en cuanto a los socios; la norma jurídica establece que a la muerte del socio la sociedad se disuelve y los socios supervivientes se convierten en fideicomisarios de la liquidación y al pago a la herencia de la cuota sobre el valor liquidado del negocio. La liquidación implica la «venta obligada» del activo, y esto significa siempre un precio muy disminuido; en esta situación, los deudores a corto plazo se liquidarán por una parte de su valor normal, las existencias y la planta se enajenan a precios de saldo y el fondo de comercio se pierde. En cuanto a los supervivientes, la liquidación les supone pérdidas al reducir los valores de activo, pero sobre todo conlleva la desaparición de su medio de vida. La gravedad de estas consecuencias hace que los socios supervivientes intenten la continuación de la sociedad colectiva. Esta solución, sin embargo, no puede llevarse a la práctica usual por dos motivos: en la mayoría de los casos resulta imposible disponer del metálico preciso, pero incluso cuando los socios supervivientes puedan hacerlo, han de demostrar que pagan un precio equitativo por la participación del difunto; su calidad de fiduciarios supone un obstáculo, y en muchos estados la ley no les permite comprar su

(3) La compañía de tipo familiar puede definirse como aquella que es propiedad de un grupo pequeño de personas, unidas por lazos familiares o personales, que son socios accionistas, administradores y gestores.

interés, puesto que en realidad significa la compra de propiedad fiduciaria por un fiduciario. En la generalidad de los casos no resulta factible que el heredero se haga socio de una compañía reorganizada, ni mucho menos que compre los intereses de los socios supervivientes. La experiencia de los pleitos que se suscitan da claramente a entender que si no existe un acuerdo entre los socios, *previo al fallecimiento*, cualquier intento de continuar con el negocio tropieza con complicaciones de índole jurídica y práctica (4).

A fin de evitar las consecuencias de un acuerdo previo al fallecimiento, es bastante común que los componentes de una sociedad regular colectiva concierten unos convenios de compra y venta que obliguen a los supervivientes a comprar el interés del primero que fallezca, a un precio prefijado en el convenio, y a los herederos del difunto a vender su interés. El valor de las participaciones en la sociedad se determina al firmar el convenio, y se revalúa periódicamente a partir de ese momento; en otras ocasiones, el convenio incluye una fórmula para la valoración. Cada socio se asegura por una suma equivalente al valor de su interés, y las pólizas son propiedad de los demás cosocios o de la sociedad. La operación es simple cuando se produce el primer fallecimiento: la cobertura del seguro de vida sirve a la sociedad o a los socios supervivientes para comprar el interés del difunto; la sociedad se reorganiza en base a los demás socios y prosigue sus operaciones, mientras que los herederos reciben en metálico el valor de su interés en un negocio «en marcha». Las dos partes se benefician del convenio y se obvian los problemas de una eventual liquidación; los socios supervivientes pueden establecer un nuevo convenio de compra y venta, o bien modificar el primitivo para tener en cuenta los cambios experimentados en el valor de sus participaciones.

La sociedad para la prestación de servicios personales (como las formadas por abogados o por médicos) generalmente estipula un convenio para la continuación de los ingresos, en lugar de la compra/venta. Generalmente se establece que durante un cierto

(4) Para un tratamiento excelente y profundo de los problemas de la continuación del negocio y del empleo del seguro de vida y enfermedad, véase EDWIN H. WHITE y HERBERT CHASMAN: *Business Insurance*, 4.ª edición (Englewoods Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1974).

número de años a partir del fallecimiento de un socio, la firma destinará una parte proporcional de sus beneficios a los herederos o pagará una suma fija; en otros casos se estipulan dos convenios: uno para la compra y venta de los activos corporales y otro para abonar a la herencia la cuota del difunto sobre las ganancias futuras. Para ambos tipos de acuerdo el seguro de vida es el instrumento ideal.

Cuando uno de los socios queda totalmente incapacitado, la sociedad deja de aprovecharse de su talento, de sus conocimientos y de su capacidad; el inválido es una carga financiera y los demás socios han de asumir sus responsabilidades y obligaciones sin compensación; éstos han de enfrentarse con el problema de ganar el dinero preciso para las ganancias propias y las del incapacitado. Si contratan un sustituto resulta más difícil aún mantener el sueldo del incapacitado; si no lo hacen, la carga se puede hacer insoportable, sobre todo cuando la incapacidad es duradera.

Al igual que sucede en caso de fallecimiento, la alternativa de aceptar a miembros de la familia presenta peligros y problemas, y tampoco la liquidación es solución aceptable; además de las pérdidas posibles debidas a la venta forzada del negocio, los socios capaces han de comenzar de nuevo a rehacer su carrera. Igual que sucede con el fallecimiento, la solución ideal sería un convenio de compra y venta que obligue a los socios a comprar el interés del incapacitado a un precio prefijado en el convenio, y al incapacitado a vendérselo. El convenio puede ser respaldado por unas pólizas de seguro de enfermedad.

Aunque el principio sea idéntico en caso de invalidez y en caso de fallecimiento, en el primero se plantean problemas específicos. En primer lugar habrá que determinar lo que se entiende por incapacidad, para no hacerla depender de criterios subjetivos; el acuerdo, además, debe indicar la duración de los pagos al incapacitado hasta que se haga obligatoria la venta a los socios; finalmente, se ha de proveer a los fondos precisos para efectuar la compra. El acuerdo, por tanto, ha de estar respaldado por pólizas con coberturas suficientes.

La compañía de tipo familiar

Por ley, la compañía por acciones no se disuelve a la muerte de un socio, pero la naturaleza de una compañía de tipo familiar o de amigos plantea problemas prácticos que obligan a la enajenación del interés del difunto. Las dificultades prácticas que se oponen a la continuación del negocio se deben a hechos como los que siguen: 1) los accionistas son también administradores; 2) las ganancias se distribuyen fundamentalmente en forma de salarios; 3) las acciones no tienen mercado. Estas sociedades de tipo familiar son tan parecidas en sus operaciones básicas a las sociedades regulares que han sido descritas como *sociedades regulares colectivas en forma de anónima.* De aquí que sea tan importante para sus componentes el acuerdo para la retirada del interés de un socio.

A la muerte del accionista principal los demás tienen cuatro alternativas: 1) aceptar a un heredero adulto en la dirección de la firma; 2) pagar unos dividendos, equivalentes aproximadamente al salario del difunto, a sus herederos, sin que participen en la gestión; 3) admitir en la gestión de la firma unos intereses extraños a los que se pueda vender la cuota del difunto; 4) comprar las acciones al caudal relicto.

Todas estas soluciones pueden resultar inconvenientes o impracticables. En el primer caso, el heredero contribuiría normalmente poco a la gestión del negocio, y puede convertirse en una fuente constante de obstáculos a las operaciones. La segunda alternativa no es aceptable bajo el punto de vista de los socios supervivientes, ya que soportarían todas las cargas de la administración, pero tendrían que compartir sus ganancias con un tercero o terceros que solamente contribuyen a la empresa con su capital. Si los socios supervivientes deciden pagar unos dividendos inferiores a los salarios del difunto, los herederos quedarían insatisfechos o podrían crear complicaciones. La admisión de terceros a la gestión del negocio puede dar malos resultados; los socios en estos tipos de compañías unen sus esfuerzos porque trabajan bien en conjunto, y cada uno contribuye a formar una combinación sólida y provechosa. En muchos casos los extraños pueden no ser aceptables, llevando a dificultades o, en última instancia, a la liquidación del negocio. Más aún, cuando la cuota

social del extraño va a suponer un interés mayoritario, los socios supervivientes van a quedar a merced de los nuevos propietarios, que controlarían las escalas salariales y la política de dividendos. La última alternativa tropieza en la práctica con las dificultades de que los supervivientes no cuenten con la liquidez precisa, de que el precio posible no resulte justo o de que los herederos se nieguen a la venta.

Bajo el punto de vista de los herederos, éstos se hallan ante la posibilidad de que tengan que enajenar sus valores a un precio reducido, bien sea a los otros socios, bien a terceros, pues nadie se siente inclinado a ofrecer un precio razonable; en caso contrario, se ponen en peligro de no recibir dividendos si deciden conservar las acciones.

Estas dificultades, y otras muchas, pueden evitarse mediante un acuerdo de compra y venta financiado por una póliza de vida; el convenio obliga a los socios supervivientes o a la compañía a comprar las acciones del difunto a un precio prefijado, y obliga asimismo a la herencia yacente a vender su cuota social. Al igual que en el caso de la sociedad regular, el interés de cada accionista se valora al concertar el acuerdo y se revalúa periódicamente.

Cada socio se asegura por la suma de su interés social, y la póliza pasa a propiedad de la compañía o de los otros socios. Al producirse el primer fallecimiento, la suma del seguro se destina a comprar las acciones del difunto, con lo que el futuro comercial de los supervivientes queda garantizado al tiempo que los herederos reciben un pago al contado en lugar de unos derechos de naturaleza especulativa.

Los accionistas de estas compañías de tipo familiar que llevan activamente la gestión del negocio se encuentran en una postura semejante a la de los socios colectivos; en consecuencia, la incapacidad prolongada constituye un riesgo grave al que puede atenderse con las mismas soluciones; la mejor es la emisión de una póliza con cobertura suficiente para hacer realidad el convenio de compra y venta (5).

(5) Para la discusión completa de los problemas derivados de la invalidez de las personas clave, del propietario único, de los socios colectivos y de los socios gestores en las compañías de tipo familiar, así como de las soluciones de alternativa, véase WILLIAM HARMELIN y ROBERT W. OSLER: *Business Uses of Health Insurance*, edición revisada (Bryn Mawr, Pa., American College of Life Underwriters, 1967).

Convenios parecidos se pueden establecer entre un propietario único y los empleados clave, a fin de garantizar la continuación del negocio, al tiempo que se protege el valor de la titularidad en beneficio de los herederos del dueño.

Seguros de vida y enfermedad como medios más adecuados para financiar el convenio para la continuación del negocio

Como se ha dicho, el convenio para la continuación del negocio depende necesariamente de la acumulación de un fondo de amortización. Una consideración detallada nos demuestra que, fuera del seguro de vida y enfermedad, todos los demás acuerdos para la financiación pueden resultar aleatorios, inadecuados y desventajosos. Para que tengan garantía, el plan ha de obtener la suma de dinero establecida al tiempo de la muerte o de la invalidez, pero ¿cómo se va a conseguir a través de la acumulación de un fondo de amortización que matemáticamente requiere tiempo para llegar a la suma establecida? La cantidad puede ser ridícula si se produce un fallecimiento prematuro del socio. El fondo de amortización, además, exige la gestión de la inversión, y existe siempre el riesgo de una pérdida de principal o de ingresos. Por el contrario, el plan de seguro de vida facilita *en cualquier momento* la suma exacta requerida, incluso si el fallecimiento se produce una semana después del convenio; en otras palabras, el seguro de vida garantiza la acumulación íntegra del fondo, que queda protegido por un seguro temporal decreciente a ritmo igual al crecimiento del fondo de amortización. La gestión de la aseguradora significa, de otro lado, la solvencia absoluta del fondo en todo momento, garantiza una razonable y constante rentabilidad a los fondos acumulados y libera a los interesados de todos los problemas relativos a la administración de la inversión. Lo mismo se puede decir del seguro de invalidez como medio de financiación del convenio para la continuación del negocio.

Los métodos de financiación, a través del seguro, del convenio para la continuación del negocio son los más apropiados, ya que están matemáticamente calculados, son efectivos en el cumplimiento de lo prometido, están bien administrados, evitan

los problemas y riesgos de su gestión y su coste es tan razonable como el de cualquier otro plan. Si se decide estipular el convenio, el seguro de vida o enfermedad es el método más aconsejable para su financiación; el interés del difunto encuentra un mercado seguro, cualquiera que sea el momento o la situación económica, libera a los herederos del riesgo especulativo de su asociación a un negocio y les facilita de inmediato la suma en metálico que se ha estipulado. Protege, además, a los herederos frente a las eventuales actuaciones de los socios supervivientes, y a éstos frente a las de los herederos; mantiene el negocio intacto y refuerza la confianza de los empleados valiosos y de los terceros relacionados con la empresa; contribuye a la firmeza de la herencia del socio fallecido al facilitar fondos que puedan satisfacer las necesidades de liquidez de la herencia yacente.

Son muchas las intertidumbres que plantea una muerte o una invalidez eventuales dentro de una sociedad regular colectiva o de una anónima de tipo familiar; son problemas graves, origen de constantes preocupaciones, y, sin embargo, de un golpe toda la incertidumbre se puede convertir en certidumbre si el convenio de continuación está financiado por el seguro. No cabe alegar que el problema de la continuidad del negocio es algo que debe estar previsto y solucionado en vida de los socios; cada uno de éstos, en interés de su propia familia, debe tener presente que no se puede prever lo que vaya a suceder en caso de fallecimiento, ni mucho menos conocer anticipadamente la suerte del negocio dentro de varios años. Es lógico que los socios se pongan de acuerdo en un plan que garantice la liquidación de su interés comercial en caso de muerte, de un modo que sea compatible con los intereses de los socios supervivientes, además de suficiente para compensar en metálico a la familia del difunto.

PLANES DE PROTECCION DE EMPLEADOS

Estos planes comprenden tres formas de cobertura: 1) seguro de vida; 2) seguro de enfermedad; 3) pensiones. Estas coberturas se conceden generalmente por medio de contratos de grupo, aunque puedan también emitirse contratos individuales. Dedicaremos más adelante otros capítulos en concreto a estos temas,

a causa de la creciente importancia de los programas de pensiones y del seguro colectivo como medio de comercialización del seguro de vida y enfermedad.

OTROS USOS

Sobre todo a efectos fiscales, el seguro de vida y enfermedad puede financiar otros tipos de compensación en favor de los altos ejecutivos de la empresa (6). Por ejemplo, se han hecho muy populares los acuerdos de compensación diferida, por lo que al empleado clave se le prometen unos ingresos fijos (por ejemplo, de $ 5.000 dólares) durante un plazo después de la jubilación (por ejemplo, diez años). La ventaja es que el empleado, una vez jubilado, se acoge en el impuesto sobre la renta a un tipo impositivo inferior a los de su vida activa. Otros convenios establecen pagos al empleado en caso de incapacidad, o bien a su cónyuge (o beneficiario) si fallece antes de la jubilación. Es natural que el seguro de vida y enfermedad sea el instrumento ideal para la financiación de estas obligaciones de la empresa, que busca estos beneficios a fin de hacer el puesto más atractivo a su empleado clave, ya que es lo más normal que estas compensaciones diferidas estén condicionadas a la continuación en el puesto de trabajo.

En todo caso, siempre que haya que pagar algo a un empleado (o a un beneficiario) por razón de incapacidad o de jubilación, el seguro es el medio más aconsejable para su financiación; y podríamos añadir que es medio excelente para los pagos en razón de fallecimiento.

(6) Véase WHITE y CHASMAN: *Business Insurance*, págs. 421-507.

4

Otra utilidad del seguro de vida y enfermedad

EL SEGURO DE VIDA COMO INVERSION

La idea de inversión en el seguro de vida

Al pretender acumular una inversión considerable gracias al ahorro a lo largo de la vida laboral del individuo, éste se expone a varios peligros: 1) el peligro de que no viva lo suficiente para completar su fondo de ahorro e inversión; 2) el peligro de la invalidez, que le impida seguir depositando sus ahorros; 3) la posible falta de trabajo o de iniciativa que le impida las ganancias; 4) la posible falta de voluntad de seguir un programa de ahorros a largo plazo; 5) la imposibilidad de conservar los ahorros, con pérdida total o parcial de la inversión. El capítulo anterior presentó al seguro de vida y enfermedad como un medio de protección frente a estos peligros, pero merece ciertamente consideración especial el riesgo mencionado en último lugar.

La vida diaria nos demuestra la importancia de este peligro; son pocos, relativamente, los que logran mantener intactos sus ahorros a causa de las pérdidas en la inversión, sobre todo si recordamos la ruina ocasionada a muchos por las recesiones económicas que con mayor o menor frecuencia se producen. Durante la última depresión grave, una quinta parte de los inversores americanos vieron desaparecer su fortuna, y poco más o menos el 50 por 100 de las que quedaron se vieron reducidas a la mitad. El in-

dividuo desea proteger el mantenimiento de sus ahorros gracias a un plan saneado de inversiones, al igual que desea protegerse frente a la eventualidad del fallecimiento o de la invalidez; ésta es una función importante de la reserva legal del seguro de vida. La función básica del seguro de vida es la garantía de un patrimonio, tanto en caso de vida como en caso de muerte; la protección se da en ambos casos, y el asegurado está protegido frente al riesgo de la muerte prematura y también en el caso en que sobreviva al terminar la póliza. Los fondos ahorrados pueden ser tan necesarios en un momento como en otro.

Por suerte, el público va conociendo cada vez mejor la doble naturaleza de la póliza de vida, que es una combinación de un seguro decreciente con un elemento acumulativo de inversión; el primero disminuye al mismo ritmo que el segundo aumenta hasta que, a la maduración del contrato, el elemento decreciente de seguro (la protección del valor potencial de la vida) se convierte en cero, mientras que el elemento de inversión o ahorro en las pólizas permanentes de vida constituye la base de los «valores vivos» del contrato. La gente tiende cada vez más al seguro de vida en razón de su aspecto de ahorro e inversión.

Características fundamentales

La industria del seguro de vida cuenta con una cartera de inversiones de más de $ 263.000 millones, que pertenecen a millones de asegurados. Si valoramos el seguro de vida por su cuantía inversora podríamos llegar a una serie de conclusiones, que terminarían en la afirmación de que este seguro es el tipo de inversión ideal.

La seguridad.—La seguridad es la característica principal de la inversión ideal, es su primer fundamento, como aprendieron muchos durante la última depresión económica.

El seguro de vida, a pesar de los miles de quiebras que se produjeron en las instituciones de crédito americanas, jamás fue motivo de preocupación para los asegurados. La minuciosa investigación realizada por el Dr. McCahan relativa a un período de 23 años, hasta 1932, demuestra que «la pérdida media anual de los asegurados durante estos veintitrés años no ha pasado de 29 centavos por cada $ 1.000 de reserva neta» (1). Incluso en relación con las compañías que suspendieron sus operaciones durante los años de la depresión 1930-32, llega a afirmar que:

> Si el período de depresión (1930-32) se considera por sí sólo, las pérdidas medias anuales en razón de las compañías en quiebra en estos tres años no pasaron de 91 centavos por cada $ 1.000 de reserva neta media correspondiente a la totalidad de las aseguradoras del país. Se puede decir que el seguro estuvo totalmente garantizado en un 99,9 por 100 en un período de extraordinarias dificultades financieras (2).

Conviene explicar, aunque sea brevemente, las razones de un nivel tan alto de solvencia en una cartera tan extensa. La razón principal de su firmeza es el principio de la diversificación aplicado a siete planos distintos. El individuo no puede aplicar este principio a una cartera muy limitada; las entidades de inversión pueden aplicarlo solamente en dos o tres planos como máximo, mientras que una aseguradora mediana lo puede aplicar en todos sus sentidos. Describimos a continuación las siete aplicaciones del principio de diversificación:

1. *Distribución de la cartera entre las empresas del país.*— A finales de 1974 la cartera de seguros de vida de $263.349 millones estaba distribuida como sigue 32,8 por 100 en préstamos hipotecarios; 34,7 por 100 en obligaciones de compañías americanas; 2 por 100 en obligaciones de compañías extranjeras; 1,7 por 100 en bonos del gobierno americano; 1,4 por 100 en bonos municipales, provinciales y de los estados federados; 1,5 por 100 en bonos de gobiernos extranjeros; 5,7 por 100 en acciones ordinarias; 2,6 por 100 en acciones preferentes; 3,2 por 100 en propiedades inmobiliarias; 8,7 por 100 en préstamos o anticipos sobre las pólizas y un 5,8 por 100 en metálico y otros activos. La administración de las inversiones del seguro de vida evita jugar todas sus inversiones a una sola carta, y persigue una política de

(1) S. S. HUEBNER y DAVID MCCAHAN: *Life Insurance as an Investment* (Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1953), Capítulo VII: «The Solvency Record of Life Insurance».
(2) *Ibidem.*

distribución del riesgo entre todas las actividades económicas del país, con lo que se asegura una estabilidad que coincide con la de la nación.

2. *Distribución territorial.*—La distribución entre las industrias de una región o estado, o de varios, puede suponer cierto peligro. La distribución territorial la podemos reflejar si damos algunos datos de la distribución de las hipotecas; en fecha reciente el 13 por 100 se situaba en la región nordoriental, el 25,1 por 100 en el Centro-Norte, el 36,6 por 100 en el Sur, el 22,5 por 100 en el Oeste, y un 2,8 en el extranjero.

3. *Diversificación numérica.* — En este plano, las compañías de seguros de vida aventajan a todas las demás entidades. Muchas compañías tienen entre 5.000 y 10.000 unidades diferentes de inversión; no tiene nada de extraño que un asegurado con una póliza de $ 20.000 tenga participación en 100.000 ó 200.000 unidades diferentes de inversión, lo que supone una inversión de entre diez y veinte centavos en cada inversión importante. El individuo no puede alcanzar este grado de diversificación, y éste es otro de los servicios del seguro de vida ofrecido a un coste reducidísimo. Lo importante no es el número de las inversiones solamente, sino también la distribución de este número entre los diversos tipos de industria y entre las diversas zonas geográficas.

4. *Diversificación en razón de la maduración.* — Para evitar problemas de liquidez, hay que asegurarse la regularidad y el volumen de las maduraciones corrientes; este factor está presente en las aseguradoras en un grado elevadísimo. Durante la última depresión económica, casi todas las compañías pudieron hacer frente a aproximadamente el 80 por 100 de sus exigencias financieras de préstamos, rescates y pago de beneficios gracias al «cash flow» de las hipotecas y los bonos en fase de maduración; contaban además con el metálico percibido de las inversiones y del cobro de las primas. Fueron relativamente muy pocas las compañías que tuvieron que vender valores para reunir el metálico requerido por los rescates y anticipos. Hemos de subrayar, además, que con las actuales restricciones de crédito, la liquidez es hoy motivo de mayores preocupaciones que en los años treinta.

5. *Diversificación por el momento de la compra.* — La cartera de una compañía de seguros de vida se forma a lo largo de muchos años, realizando adquisiciones cada año. El precio medio de compra se reparte entre muchos años, sean buenos o malos económicamente. Las inversiones hechas permanecen en la cartera, y los resultados finales no pueden ser enjuiciados por un descenso en un cierto año, ni por la baja de cotizaciones en relación con el nivel alcanzado en una fecha determinada.

6. *Diversificación de la clientela.* — Los bancos y las instituciones de ahorro y crédito, así como cualquier otra entidad en esta línea de actividades, son en su mayor parte esencialmente localistas, están limitadas a estrechos límites geográficos en cuanto a su clientela; por tanto, están expuestas a veces a situaciones de crisis financiera que rara vez se producen a nivel estatal o nacional; las aseguradoras de vida tienen la ventaja de una clientela muy extendida por el país o por gran parte del mismo. Cuando se produce un movimiento general de rescates o anticipos, el proceso es gradual y puede ser descontado sin graves problemas, ya que puede ser financiado fácilmente con el dinero de las maduraciones y con los ingresos de las primas y de las rentas de las inversiones.

7. *Selección.* — Si todos los títulos valor fueran de baja calidad, la distribución del riesgo en base a los seis criterios hasta aquí mencionados resultaría de poca utilidad. La administración de las inversiones del seguro de vida reconoce este hecho y examina cuidadosamente todas sus inversiones a fin de lograr una media aceptable de calidad; en todas sus decisiones tienen en cuenta su cualidad de depositarios, y operan en una línea altamente conservadora. Cuando se trata de préstamos hipotecarios o de emisión de obligaciones, se atienen siempre al principio del privilegio del primer acreedor preferente. Las acciones ordinarias significan una porción muy pequeña de la cartera (3); tampoco abundan las inversiones en el extranjero (excepción hecha de los bonos del gobierno canadiense). Se persigue un programa en el que priva la estabilidad de los ingresos, prestando poca atención a la revalorización.

(3) A finales de 1974 las acciones suponían el 5,7 por 100 del total del activo. Véase *Life Insurance Fact Book*, 1975, pág. 73.

Aparte de la decisión propia de aplicar estos principios, hay que añadir que probablemente no existe otra actividad que esté sometida a una vigilancia oficial más estricta. Las compañías americanas de seguros de vida están de tal modo fiscalizadas por los organismos gubernamentales competentes, que resulta enormemente difícil que la dirección de la compañía ponga en peligro los fondos del asegurado mediante prácticas inversoras dudosas o mediante métodos administrativos fraudulentos (4).

En cuanto a la información facilitada sobre las operaciones de la aseguradora (inversiones y demás, el seguro de vida se ajusta a los criterios más escrupulosos del mundo de las inversiones. En casi todos los estados se publican informes anuales para conocimiento del público, y son muchos los órganos especializados, además de la prensa dedicada a los seguros, los que ofrecen estos mismos servicios. No importa dónde vive el asegurado; éste será informado si su compañía aseguradora opera en el Estado en que reside.

El rendimiento.—Como ya se ha explicado, la cartera del seguro de vida representa la acumulación de las adquisiciones hechas durante un largo período de tiempo; contiene muchas obligaciones a largo plazo de alta rentabilidad, adquiridas en el momento más ventajoso, que contribuyen a mantener el rendimiento medio de la cartera. Entre 1912 y 1932, el interés medio obtenido por las compañías americanas fue del 5,22%. Incluso en los años 1932-33, de grave depresión, el rendimiento medio anual fue del 4,91 % (5,08 % en 1932 y 4,75 % en 1933). Si los tipos de interés descendieran durante un largo período, la cartera de seguros sería afectada de una forma más suave que otros tipos de cartera de valores. De un lado, las aseguradoras pueden buscar la compensación de inversiones en otras regiones que ofrezcan mayor rentabilidad; de otro lado, una gran parte de la cartera se compone de obligaciones suscritas a lo largo de muchos años, amortizables a largo plazo. Si tomamos el ejemplo de una aseguradora mediana, con una cartera de renta fija de aproximadamente $ 150 millones, veríamos que el 77 por 100 de su contenido madura a once o más años y que el rendimiento medio de

(4) Véase el capítulo 44.

la inversión originaria es del 4,92 por 100; que el 63 por 100 madura a dieciséis o más años, con un rendimiento medio del 5,25 por 100; el 44 por 100 a veintiuno o más años y con el 5,09 por 100; y el 27 por 100 a veintiséis o más años, con el 4,96 por 100 de rendimiento medio. Esta cartera puede resistir muy bien los efectos de un período prolongado de descenso en el tipo de interés.

Conviene observar que al considerar el rendimiento del elemento de inversión de un seguro de vida, hay que tomar en cuenta el hecho de que una parte de la prima se destina a pagar la protección corriente, la suma decreciente arriesgada; de no ser así, el valor líquido o valor de maduración de la póliza sería comparado con el *total* de las primas pagadas, con lo que el rendimiento aparente sería muy inferior a la rentabilidad real.

En la práctica, no es necesario efectuar unos cálculos especiales para determinar el tipo *aproximado* de interés obtenido por el elemento de inversión de una póliza en concreto (5). Como la cartera es conjunta, sin separación entre unas pólizas y otras, la rentabilidad neta obtenida por la cartera reflejará razonablemente el rendimiento que a fin de cuentas se va a acreditar a cada póliza en particular.

El elevado grado de seguridad de las inversiones del seguro de vida explica el tipo alto de interés que las compañías obtienen; en el momento presente, las compañías ganan un 6,25 por 100, que es tan alto o más que el de cualquier otra inversión de *parecida seguridad.*

Otro hecho significativo es que el interés devengado por las inversiones de la aseguradora es excepcionalmente estable, sujeto a cambios muy lentos; ello se debe a que el negocio del seguro es por naturaleza a largo plazo, por lo que los ingresos corrientes siempre son superiores a los pagos. Las compañías pueden invertir en valores a largo plazo, que producen una mayor rentabilidad y exigen menores reinversiones.

(5) Sin embargo, véase STUART SCHWARZSCHILD: «A Model for Determining the Rate of Return on Investment in Life Insurance Policies», en *Journal of Risk and Insurance*, septiembre 1967, págs. 435-44; véase también JOSEPH M. BELTH: «The Rate of Return on the Savings Element in Cash-Value Life Insurance», en *Journal of Risk and Insurance*, volumen XXXV, núm. 4 (diciembre 1968), págs. 569-81.

La liquidez

1. *Un valor sin fluctuaciones.*—Los inversores quieren normalmente la estabilidad en el precio de marcado de sus inversiones y la posibilidad de su renta en cualquier momento. Podemos comparar el seguro de vida con los demás tipos de inversión para verificar las ventajas del primero; la inversión en el seguro de vida como se puede apreciar en la tabla del valor de liquidación del contrato de seguro, jamás presenta fluctuaciones, y el asegurado no tiene que acudir a otras averiguaciones para comprabar el valor de su inversión. El seguro de vida es una figura basada en la ley de los promedios relacionada con la inversión, y la acumulación de la inversión permanece constante.

2. *Comercialización a la par.*—Siempre que lo desee, el asegurado puede rescatar (vender) a la aseguradora la parte que le corresponde de la cartera de inversiones, al precio estipulado contractualmente en la tabla de valor de liquidación (cotización). Como se ha dicho, este valor no sufre fluctuaciones (6).

3. *Posibilidad de un préstamo inmediato.*—Como se explicó en el capítulo 2, la acumulación inversora puede ser recibida en préstamo o anticipo, sin demora ni publicidad, a un tipo de interés garantizado (normalmente, el 5 ó 6 por 100); el anticipo puede llegar al valor íntegro (una vez transcurrido un período inicial en el que se cargan los gastos), con la deducción de los intereses de un año. El préstamo se hace con los fondos que se corresponden con la propiedad que el asegurado tiene sobre una parte de la cartera.

Conveniencias del plan de seguro

Se evitan los problemas de la administración.—La seguridad del principal y un tipo razonable de interés son los primeros factores a considerar en una inversión; el factor que le sigue en importancia es el hecho de que se evitan las preocupaciones de su administración. El éxito de la inversión depende de una administración eficaz, algo que hallamos en las compañías de

(6) Véase el capítulo 26.

seguros, que liberan al asegurado de todos sus problemas. La compañía ofrece la ventaja de su experiencia y habilidad en el campo de la inversión: sus estudios, sus análisis, sus estimaciones, el juicio sobre las tendencias, su explicación y la aplicación práctica de los principios fundamentales de la inversión, así como la realización de todos los trabajos de rutina. El asegurado ni siquiera tiene que cortar los cupones, y sólo ha de preocuparse de efectuar los depósitos exigidos (primas).

Valores nominales favorables.—Casi todas las inversiones de naturaleza no especulativa, como las obligaciones y los títulos hipotecarios, se emiten con valores nominales de $ 1.000. El seguro de vida elude esta dificultad; casi todas las aseguradoras emiten pólizas por suma de $ 1.000 o múltiplo de $ 500, y las primas anuales, semestrales, trimestrales o mensuales son muy módicas y están al alcance de cualquiera.

Una duración conveniente.—La póliza temporal puede ser de corta o de larga duración, según desee el asegurado. Generalmente, los inversores prefieren que su inversión sea a largo plazo, y el seguro de vida ofrece esta oportunidad. Las pólizas de capitalización se pueden estipular para el plazo que se quiera, usualmente entre diez y cuarenta años; el período de inversión se puede hacer coincidir con la vida laboral activa prevista, pero el plazo puede ampliarse si se solicita. El período de inversión puede abarcar hasta cualquier fecha de maduración, siempre que no se exceda de la edad de cien años, y en el intervalo se puede disponer del valor de liquidación contractualmente fijado, permitiendo al asegurado la terminación del período de inversión antes de la fecha de maduración en su día estipulada.

Compra a plazos.—Aunque el plan de inversiones de un seguro de vida no pueda ser considerado como una compra a plazos, sin embargo, ofrece todas las ventajas del sistema. El objeto financiero se puede lograr a lo largo de una serie de años; una póliza de capitalización de $ 20.000 con 40 primas anuales, se obtiene mediante el pago de 40 plazos.

Plena titularidad. — Con la compra a plazos, el adquirente no obtiene la titularidad indiscutible de la cosa mientras no la

pague totalmente; éste no es el caso del seguro de vida, en el que cada pago compra una cosa sobre la que se posee la titularidad plena. Esta es la razón por la que el seguro de vida no es, en realidad, una compra a plazos, sino que se compone de una serie de partes separadas que se compran separadamente con cada prima.

Otros aspectos

Trato fiscal favorable. — Las aseguradoras de vida están gravadas por impuestos especiales, pero bajo el punto de vista del asegurado esta desventaja queda más que compensada por los beneficios aplicables a los seguros de vida y enfermedad. Las ventajas fiscales son cuatro:

1. Exención, en general, del impuesto sobre la renta de las prestaciones pagadas por el seguro de vida en caso de fallecimiento, aunque se cobre un cantidad muy superior al coste del seguro.
2. Exención, total o parcial, del impuesto sucesorio de los pagos recibidos por los beneficios del seguro de vida.
3. Exención del impuesto sobre la renta en cuanto a lo percibido por el asegurado (devolución de primas, dividendos, valor de liquidación, capital madurado) hasta la suma que equivalga al coste de la prima del contrato.
4. Suposición de un impuesto federal moderado sobre la renta al cobrar la renta vitalicia, ya que se gravan las ganancias de interés de la suma principal que se liquida (7).

Protección contra los acreedores.—En casi todos los Estados, las pólizas de seguro de vida pagaderas a los familiares que estaban a cargo del asegurado no pueden ser objeto de reclamación por parte de los acreedores del mismo; en ciertos casos, la suma exenta por este concepto queda limitada a un importe razonable, pero son muchos los Estados que no imponen ninguna limitación ni tienen en cuenta el hecho de que «el asegurado se reserva el derecho a cambiar de beneficiario», o «este cambio está autorizado por el asegurador» (8).

(7) Véase *The R & R Tax Handbook - 1975* (Indianápolis, The Research & Review Service of America, Inc.).

(8) Véase *The R & R Advanced Underwriting and Estate Planning Service* (Indianápolis, The Research and Review Service of America, Inc.), Sección 10.

Eficacia en la satisfacción de los objetivos esenciales de la inversión

La acumulación de un patrimonio de inversiones está motivada por objetivos atrayentes; se pretende atender a obligaciones y necesidades futuras, pues de lo contrario no tendría objeto el sacrificio y las molestias que implica. Para la gente, en su mayoría, los objetivos de un programa de inversiones pueden ser:

1. La protección frente a contingencias financieras derivadas de una muerte prematura.
2. La protección frente a contingencias financieras derivadas de la incapacidad laboral en la vida activa de la persona.
3. Atender a las necesidades de la jubilacón o complementar los beneficios de la seguridad social.
4. Hacer frente al desempleo y a otras desgracias graves de índole comercial o familiar.
5. Hacer frente a obligaciones financieras básicas a vencimiento fijo, que han de liquidarse mediante la acumulación de un fondo de amortización científicamente administrado.

Los seguros de vida y enfermedad ofrecen un programa completo para hacer realidad los cinco objetivos relacionados.

Un auténtico fondo de emergencia debe contar con cinco atributos vitales: 1) la solvencia fiable del fondo; 2) un crecimiento razonablemente rápido a interés compuesto, al tipo más alto que permita la solvencia absoluta; 3) liberación de las preocupaciones de su administración; 4) estabilidad absoluta en cuanto a su valoración en dólares, con independencia de las fluctuaciones de la economía; 5) una disponibilidad inmediata para cuando surja una situación de emergencia. Por lo dicho hasta aquí se puede llegar a la conclusión de que la inversión del seguro de vida, vista como fondo de emergencia, posee todos estos atributos en grado máximo.

SEGURO DE VIDA E INVERSIONES EN ACCIONES

Como hemos dicho, el elemento de ahorro en los contratos permanentes de seguro de vida ha sido considerado como inversión en valores de renta fija. La seguridad del principal y de un

rendimiento relativamente alto, reflejo de las características básicas del seguro de vida, lo han convertido en medio excelente de ahorro del pueblo americano. Sin embargo, en la década de los sesenta y primeros años del setenta disminuyó la proporción del total de ingresos canalizados hacia la industria del seguro de vida, como consecuencia de la fuerte competencia de los bancos comerciales, de las entidades de ahorro, de los planes fiduciarios de pensiones y de los fondos de inversión, apoyados todos ellos por unas nuevas condiciones económicas.

La tendencia inflacionaria ha aumentado el interés del público por las acciones como medio de inversión, tanto como defensa frente a la inflación, como para participar en el constante crecimiento económico del país. En 1967, un trabajo de Lionel D. Edi and Company diseñó el crecimiento a largo plazo de la economía americana, estudiando las fuerzas que lo mantenían y ponderando las implicaciones de las tendencias futuras sobre el ahorro y la inversión individuales y, en especial, sobre el seguro de vida (9).

Se preveía una fuerte expansión de las inversiones privadas, lo que implicaba un alto índice de ahorro personal y empresarial en los años setenta, para eludir una pronunciada tensión inflacionaria. Si a esta tendencia añadimos el hecho de que en ese mismo período los tipos de intereses no tendían a disminuir, llegaremos a la conclusión de que el público se inclinaría hacia las inversiones de renta fija, como las que componen el elemento de ahorro de un seguro permanente de vida.

Sin embargo, en el citado estudio se subrayaban los atractivos que para el público tienen las inversiones en títulos de renta variable. Se anunciaba un incremento de las ganancias de las empresas y se hacía ver que los aumentos en el coste de vida iban a inclinar a los inversores hacia la compra de acciones para protegerse de la inflación. Cabe discutir si la inversión en acciones es o no una protección contra la inflación, pero en todo caso el informe reconocía que el público no iba a encontrar una solución mejor.

¿Cuáles fueron las consecuencias de esta conclusión para el

(9) Véase JAMES J. O'LEARY: «Economic Forces Influencing Personal Investing in the Future», en *1967 Forum Report* (Bryn Mawr, Pa., American Society of Chartered Life Underwriters, 1967), págs. 3-17.

seguro de vida? En la década precedente, la industria del seguro se había dedicado a estudiar sus productos bajo el punto de vista de sus atractivos a la luz de las tendencias y previsiones de la economía, y gracias a esta autocrítica se introdujeron cambios en el diseño del producto, a fin de adaptar el seguro de vida a la economía moderna; los más importantes fueron los que respondían a la mayor inclinación del público hacia los valores de renta variable. En opinión de muchos, la reacción de las aseguradoras ante las nuevas tendencias económicas fue insuficiente y demasiado tardía. Era inevitable que una actitud como la del seguro, tan reglamentada por el ordenamiento jurídico y tan consciente de la confianza del público, introdujera sus cambios de una forma evolutiva y no revolucionaria; al menos, estaba demostrando que el negocio asegurador se movía lenta y eficazmente para adaptar sus productos a las nuevas tendencias de nuestra economía. El seguro de vida aceptaba el reto en el campo de las pensiones de grupo mediante el desarollo de la financiación de cuentas separadas y de las rentas vitalicias variables sobre una base colectiva. De otro lado, las aseguradoras comenzaron a formar sus propios fondos de inversión, y se hacía inevitable el desenvolvimiento ulterior hacia la comercialización de las rentas vitalicias variables y del seguro de vida variable, sobre base individual, a pesar de los problemas que planteaba la legislación y la comercialización (10).

Cuando estas tendencias iban ganando impulso se tropezó con los problemas de una inflación superior al 10 por 100 y de una economía estancada, lo cual creó un ambiente completamente distinto para el seguro de vida y de enfermedad; el seguro de vida variable comenzó a decaer, y la pérdida del entusiasmo del público por los títulos de renta variable (el índice DOW JONES pasó de 809,20 a principios de 1970, a 603,25 en diciembre de

(10) En una encuesta reciente (julio de 1974), de un total de 253 compañías, 89 manifestaron mantener conexiones a nivel de sociedad con firmas gestoras de fondos de inversión o con agentes de bolsa, 59 ofrecían rentas vitalicias variables a nivel individual, 46 a nivel de grupo y 73 con cuentas separadas o segregadas. Solamente 46 estaban envueltas en fondos de inversión, 43 tenían sus propios fondos de inversión y rentas vitalicias variables y 17 solamente tenían las rentas variables. Véase *News and Trends*, Boletín núm. 102 (Hartford, Conn., Life Insurance Marketing and Research Association, 15 de julio de 1974).

1974) hizo que muchas aseguradoras abandonaran sus planes de incluir los fondos de inversión en su gama de productos a vender. Era obvio, una vez más, que la inversión en acciones no constituía protección frente a la inflación, por lo que se volvía a confirmar el acierto de una cartera equilibrada de inversiones con una liquidez razonable.

Al tratar de resolver los problemas legales relativos a la comercialización de los títulos de renta variable, parecía que el contrato de seguro de vida podía ser más atractivo aún que en el pasado, en cuanto medio de ahorro y de inversión. La disponibilidad de una gama de productos de renta fija y de renta variable debía aumentar la utilidad del seguro a los ojos del público americano. Gracias a los equipos electrónicos de ordenadores, la demanda de inversiones en acciones podía llevar a desarrollar una póliza que pudiéramos denominar de ciclo vital, en la que se incluiría en una cuenta maestra un contrato básico y una multiplicidad de opciones con la suficiente flexibilidad como para atender a todas las necesidades individuales de inversión y de protección (11).

EL SEGURO DE VIDA Y ENFERMEDAD COMO PROTECCION DEL PATRIMONIO

Rapidez en la liquidación del patrimonio del asegurado

Son muchos los patrimonios que tropiezan con problemas graves de administración o de reclamaciones. Estos problemas pueden ser solventados con el seguro. Ya se ha hablado de la forma en que el seguro de vida liquida la hipoteca del asegurado en caso de fallecimiento prematuro; el mismo principio puede aplicarse a otras obligaciones que el difunto deje pendientes. El seguro sirve para llevar a cabo una liquidación rápida del patrimonio, pagando los préstamos que graven los títulos o cualquier otra propiedad, las facturas pendientes al fallecimiento o derivadas del mismo, así como los gastos de administración o los impuestos y los gastos de última enfermedad y de enterramiento. Además, un seguro de vida pagadero a los herederos permite la manutención de la familia durante la tramitación del testamento; así, el albacea o administrador puede atender a la liquidación de la herencia en la forma deseada, sin tener que buscar otros fondos para atender a la familia.

(11) Véase Instituto del Seguro de Vida: *Highlights of the Future Outlook Study* (Nueva York, 1967), págs. 14-15.

Cuando el negocio familiar está organizado de modo que no sea aconsejable su división, el seguro de vida puede ser la fuente del dinero líquido requerido por los diversos miembros de la familia, sin tener que dividir la empresa; y si no se ha hecho la atribución a cada miembro, el pago del seguro de vida puede ayudar a la venta del negocio en favor de uno o varios de los herederos testamentarios, ya que facilitará los fondos precisos para la operación.

Protección frente a la liquidación obligada del patrimonio

El seguro de vida sirve también como garantía frente a la desaparición del patrimonio. Los impuestos son una de las obligaciones más graves, sobre todo cuando el patrimonio es grande. Además de los gastos de última enfermedad, del enterramiento y de administración, los herederos tendrán que pagar en metálico: 1) impuestos sucesorios y sobre el patrimonio; 2) contribuciones y otros impuestos locales que hayan sido devengados desde la última liquidación; 3) impuestos sobre la renta del año corriente hasta la fecha del fallecimiento. Finalmente, los herederos siguen siendo responsables de cualquier otro impuesto que no se hubiera pagado en su momento.

Dentro de los Estados Unidos, además de los impuestos federales, cada Estado cuenta con su propio sistema fiscal, que no podemos detallar aquí; hay grandes diferencias en cuanto a tipos impositivos, clasificación de herederos, exenciones, etc. Baste decir que la combinación de impuestos federales y estatales provocan generalmente bajas cuantiosas en la herencia, sobre todo si es de gran entidad, que pueden dificultar gravemente su liquidación y atribución.

El seguro de vida es el medio ideal para la liquidez en un caudal relicto; puede facilitar el metálico necesario para el pago de los impuestos y de otros gastos a consecuencia del fallecimien-

to, con lo que se evita la venta de una parte de la herencia, que probablemente tendría lugar en el momento más inoportuno. Los impuestos a cargo de la herencia han de satisfacerse en metálico, sin tener para nada en cuenta la situación económica prevalente al tiempo de su exacción; de aquí que, cuando no se dispone del seguro de vida, el metálico requerido ha de conseguirse mediante la venta, si es preciso, incluso de bienes inmuebles en un momento en que la demanda no es nada favorable; y cuando la herencia se compone de valores, el impuesto puede exigirse en una fase de depresión bursátil, en que los títulos se coticen a un precio muy bajo. Con estos ejemplos pretendemos hacer ver que una venta forzada a precios ruinosos a fin de allegar fondos para pagar los impuestos puede disminuir la herencia hasta extremos insospechados; la situación puede evitarse con un seguro de vida adecuado, cuya suma cubierta queda inmediatamente disponible al fallecimiento y puede destinarse al pago de los impuestos, sin tener que tocar las demás inversiones del patrimonio hereditario. La única solución de alternativa sería la disposición en todo momento del metálico preciso para las obligaciones futuras, pero esta solución resulta imposible en la mayoría de los casos, además de muy poco comercial. La disponibilidad inmediata facilitada por el seguro de vida para el pago de los impuestos tiene, además, la ventaja adicional de un descuento que generalmente se concede al que paga el impuesto sucesorio antes de su vencimiento.

Protección del prestigio comercial y del activo inmaterial

En muchos supuestos, el valor estimado de un patrimonio se compone en gran parte del prestigio comercial o crédito comercial que depende de la continuación de la vida del titular. Al morir o quedar incapacitado, el valor monetario del crédito comercial tiende a desaparecer totalmente o en parte; así sucede con los profesionales libres y en otros muchos casos. Para proteger el prestigio comercial contra esta eventualidad podemos acudir al seguro de vida y enfermedad, pues la garantía del seguro puede reembolsar por la pérdida del valor monetario del crédito comercial, con lo que el patrimonio queda intacto.

De modo semejante hay quienes se ven obligados a efectuar inversiones inmateriales, como, por ejemplo, en publicidad, en formación profesional del personal, etc. La inversión es real, pero intangible y no comercializable; el árbol tiene que plantarse y hay que dejar que crezca hasta que produzca frutos, y estos activos inmateriales representan la siembra y la fase de crecimiento. El fruto vendrá en su día, si el árbol sigue en su lugar. La muerte del titular del negocio en los años de formación significa generalmente la pérdida de estas inversiones inmateriales; ¿por qué no protegerse con un seguro de vida? Si el titular sobrevive, la inversión probablemente dará sus frutos, pero si fallece y la inversión se pierde, el seguro de vida reembolsará el valor estimado de los gastos habidos con las inversiones. Podríamos afirmar que, con toda probabilidad, una tercera parte de todas las empresas necesitan un seguro de vida que les proteja contra esta eventualidad.

Protección contra pérdidas graves

Incluso en tiempos normales, pero en especial durante las fases de depresión económica, los patrimonios industriales están expuestos a profundas disminuciones de su valor monetario. El comentario ante estas pérdidas puede ser como sigue: «Mi negocio ha recibido un rudo golpe; mis pérdidas son cuantiosas y la empresa está por los suelos. Si sigo con vida, estoy seguro de que me recuperaré y tendré más cuidado la próxima vez, pero si desaparezco, mi hacienda se va a ver en dificultades; me convendría un seguro de vida que complementara mi patrimonio en el caso de mi fallecimiento en esta situación».

Este sujeto necesita tiempo, y el seguro de vida se lo ofrece. Al asegurar su vida se protege frente a la posibilidad de una muerte prematura, o de una invalidez, que le impida recuperarse de las pérdidas sufridas. Esta es la única manera de hacer un *seguro de tiempo.*

OTROS ASPECTOS

El seguro de vida como medio para hacer legados en favor de instituciones filantrópicas y de enseñanza.

La filantropía, en sus variadas manifestaciones, constituye uno uno de los principales esfuerzos financieros de nuestra sociedad. Son muchas las instituciones educativas, religiosas, sanitarias, científicas, caritativas, etc., que dependen de vidas (de donantes) que se aseguran designándolas beneficiarios. Este tipo de seguro no ha sido todavía muy utilizado, pero tiene un futuro prometedor.

En el pasado, muchas de las donaciones filantrópicas procedían de personas afortunadas que entregaban parte de su capital acumulado; pero el número de los ricos disminuye cada año a causa de fuertes impuestos sobre la renta, sobre el patrimonio y sobre las herencias, y las instituciones filantrópicas dependen cada vez más de la beneficiencia de muchos que no se encuentran en condiciones de sacrificar parte de su capital; el seguro de vida para donación constituye un medio excelente para la financiación de estas entidades

Las donaciones de seguro de vida se forman a partir de los ingresos corrientes del individuo, que periódicamente aparta entre el 1 por 100 y el 5 por 100 para caridad o para cualquier otro fin comunitario; el capital del asegurado no sufre merma, ya que la donación o el legado se constituyen con las ganancias que se destinan al seguro. Lo más probable es que sin el seguro la donación no se produciría jamás, o se quedaría convertida en una suma insignificante, si se la compara con la cuantía del patrimonio del donante.

El seguro de vida como medio de comercialización de intereses contingentes

Una función de segundo plano del seguro de vida es su utilización para la comercialización de intereses contingentes. Podemos recordar el uso de las pólizas denominadas contingentes o de supervivencia, por las que se paga la suma asegurada al fallecimiento del asegurado, solamente si en este momento sigue

con vida una tercera persona; en otras palabras, la póliza asegura una vida contra la otra. La función de este contrato es obvia si caemos en la cuenta de que a menudo los titulares de un patrimonio entregan sus ingresos a un individuo mientras viva, y la propiedad se distribuye al fallecimiento entre los herederos que entonces sobrevivan. Está claro que estos herederos tienen un derecho en base al testamento, pero es un derecho contingente que puede perderse si fallece en vida del beneficiario. Es casi imposible que estos herederos puedan dar a su interés contingente un valor de mercado a efectos de una renta o de un préstamo, si no se acude a un medio que proteja al adquirente o al prestamista frente a la pérdida del interés si el heredero muere antes que el beneficiario. Esta protección puede obtenerse muy económicamente mediante una póliza contingente o de supervivencia.

Supongamos que A tiene derecho a una propiedad contingente si sobrevive a B, que es usufructuario del patrimonio. El valor de este derecho no puede realizarse si no es bajo una operación especulativa que depende en gran parte del estado de salud de B. Pero el interés contingente puede ser comercializado gracias a un seguro de vida pagadero a la muerte de A en vida de B. Estas pólizas pueden estar garantizadas con el pago de una prima única o, si se prefiere, mediante el pago de primas anuales durante la vida de los dos individuos en conjunto.

El seguro de vida como regalo a los hijos

El seguro de un hijo es un regalo ideal. Es común que tenga ventajas fiscales, pero aparte de ello la póliza sobre la vida de un niño es un regalo que: 1) no exige supervisión ni administración de la inversión; 2) protege la asegurabilidad del niño; 3) puede adquirirse ahora a un precio inmejorable, de suerte que el niño no volverá a tener otra ocasión igual. Desde el punto de vista del procedimiento, el donante se limita a estipular una póliza sobre la vida del niño, con los pagos de primas directamente a la compañía aseguradora; estos pagos constituyen los regalos.

BIBLIOGRAFIA de la PARTE I

Advanced Underwriting Service, vol. 2. Indianapolis: The Research and Review Service of America, Inc., 1975.

BECKER, GARY S.: *Human Capital*, Nueva York: Columbia University Press, 1964.

BELTH, JOSEPH M.: «The Rate of Return on the Savings Element in Cash-Value Life Insurance», *Journal of Risk and Insurance*, volumen XXXV, núm. 4 (diciembre 1968).

BLAUG, MARK, *Economics of Education, A Selected Annotated Bibliography*, 2.ª ed., Nueva York: Pergamon Press, 1970.

BROWN, ROBERT A.: JR., y JACK O'NEILL: «Appraising the Human Asset for Business Life Insurance Requirements», *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, vol. XI, núm. 4 (otoño 1957).

BYRD, RICHARD E.: *A Guide to Personal Risk Taking*, Nueva York: AMACOM, 1974.

COOPER, ROBERT W.: *An Historical Analysis of the Tontine Principle*, Filadelfia: University of Pennsylvania, 1972.

DREWRY, JAMES S.: «Life Insurance Is Good Property», *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, vol. II, núm. 2 (marzo 1948).

— *Why Life Insurance?* Cincinnati, Ohio: National Underwriter Company, 1952.

DRUCKER, PETER F.: *The Age of Discontinuity*, Nueva York: Harper & Row, 1969.

EDEN PHILIP: *Estimating Human Life Values*, Berkeley, Calif.: Techpress International, 1975.

FERRARI, J. ROBERT, «Investment Life Insurance versus Term Insurance versus Term Insurance and Separate Investment», *Journal of Risk and Insurance*, vol. XXXV, núm. 2, (junio 1968).

GREGG, DAVIS W., y VANE B. LUCAS: directores de ed., *Life and Health Insurance Handbook*, 3.ª ed., Homewood, Illinois: Dow Jones-Irwin, 1973.

GREIDER, JANICE E., y WILLIAM T. BEADLES: *Principles of Life Insurance*, vol. 1, ed. rev., Nueva York: Life Office Management Association, 1972.

HARMERLIN, W., y R. W. OSLER: *Business Uses of Health Insurance*, ed. rev. Bryn Mawr, Pennsylvania, American College of Life Underwriters, 1967.

HOFFLANDER, ALFRED E.: «The Human Life Value: An Historical Perspective», *Journal of Risk and Insurance*, vol. XXXIII, núm. 3 (septiembre 1966).

HUEBNER, S. S.: *Economics of Life Insurance*, 3.ª ed., Nueva York: Appleton-Century-Crofts, 1959.

Institute of Life Insurance, *Highlights of the Future Outlook Study*, Nueva York, 1967.

— *The Nature of the Whole-Life Contract*, Nueva York, junio 1974.

LINTON, M. ALBERT: *Life Insurance Speaks for Itself*, Nueva York: Harper & Row, 1962.

MCGILL, DAN M.: «Life Insurance: How Much to Buy, the Kind to Get», *U.S. New & World Report*, 28 abril 1975, págs. 49-52.

RUSSELL, G. HUGH, y KENNETH BLACK, JR.: *Human Behavior in Business*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1972.

SCHULTZ, THEODORE W.: «Investment in Human Capital», *The American Economic Review*, vol. LI, núm. 1 (marzo 1961).

SCHWARZSCHILD, STUART: «A Model for Determining the Rate of Return on Investment in Life Insurance Policies», *Journal of Risk and Insurance*, vol. XXXIV, núm. 3 (septiembre 1967).

— «The Sensuous Insured», *Inspection News*, verano 1974.

SMITH, J. CARLTON: «Key Man Protection», *Life and Health Insurance Handbook*, 3.ª ed., cap. 42. Homewood, Illinois: Dow Jones-Irwin, 1973.

SPEISER, STUART M.: *Recovery for Wrong ful Death - Economic Handbook*, Rochester, N.Y.: The Lawyers Co-operative Publishing Company, 1970.

U.S. Bureau of the Census: «Present Value of Estimated Lifetime Earnings», Technical Paper, núm. 16. Washington, D. C.: U.S. Government Printing Office, 1967.

WAGGONER, LELAND T.: «Concepts of Programming», *Life and Health Insurance Handbook*, 3.ª ed., cap. 52. Homewood, Illinois: Dow Jones-Irwin, 1973.

WEISBROD, BURTON, A.: «The Valuation of Human Capital», *American Economic Review*, vol. LXIX, núm. 5 (octubre 1961).

WHITE, EDWIN H., y HERBERT CHASMAN: *Business Insurance*, 4.ª ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1974.

parte II

EL PRODUCTO DEL SEGURO DE VIDA: TIPOS DE CONTRATOS

5

Seguro temporal

Existen cuatro tipos básicos de contrato de seguros de vida otorgados por las compañías de seguros: 1) temporales, 2) de vida entera, 3) mixtos, y 4) de renta. Existen otras clasificaciones posibles, en base al método de pago de la prima, al período de cobertura, al método de distribución de los resultados, y a combinaciones de esos contratos básicos, pero la clasificación facilitada parece suficiente como base para el conocimiento de los diversos contratos de seguros de vida disponibles en la actualidad.

No obstante, parece necesario hacer otras dos advertencias. En primer lugar, que aún cuando las pólizas de seguros de vida difieren bastante en cuanto a su forma, es importante advertir que las primas estipuladas para todas las pólizas, como más adelante se verá, se computan sobre la base de presunciones actuariales que garantizan que el coste de toda póliza es el importe efectivamente necesario para proporcionar los beneficios garantizados por ella. De aquí se desprende que, básicamente, todas las pólizas emitidas por una compañía determinada son aproximadamente equivalentes unas a otras desde el punto de vista de dólares y centavos, por lo que respecta a su valor intrínseco.

En segundo lugar, en un examen de los diversos tipos de pólizas de seguros de vida, hemos de tener en cuenta que la función fundamental de todas estas pólizas es la creación de un fondo determinado, bien a través del funcionamiento del seguro

temporal, bien a través del funcionamiento de la cuenta acumulada de inversiones. En otras palabras, todos los tipos de pólizas de seguro de vida tienen como propósito fundamental la *creación* de un fondo. Las rentas por el contrario, tienen como función básica la *liquidación*, esto es, la utilización de un fondo creado a través del seguro de vida, o por otros métodos.

El presente capítulo se ocupa del *seguro temporal*, tal como dicha expresión se emplea actualmente en la actividad aseguradora.

NATURALEZA DEL SEGURO TEMPORAL

Una póliza temporal en el seguro de vida puede definirse como un contrato que proporciona la cobertura del seguro de vida durante un número limitado de años, pagándose sólo el capital de la póliza si la muerte se produce durante el plazo estipulado, pero sin que se abone nada en caso de supervivencia.

Tales pólizas pueden emitirse por períodos tan cortos como un año (1), o proporcionar cobertura hasta 65 ó 70 años. Normalmente, las pólizas de seguros temporales se suscriben por períodos de cinco, diez, quince o veinte años. Estas pólizas pueden cubrir únicamente el período de años acordado, o bien renovarse por períodos sucesivos, a elección del asegurado, y sin prueba de asegurabilidad. Las propuestas de los seguros temporales se suscriben con mucho cuidado, y muchas compañías imponen ciertas restricciones a la emisión de estos contratos, tales como las de limitar el valor de la póliza a una determinada cantidad, o hasta una edad a partir de la cual ya no puede ser renovada.

El seguro temporal, en principio, se aproxima más a un seguro de cosas y de responsabilidad, que a cualquier otro tipo de seguros de vida en uso. Si un edificio valorado en $ 10.000 se asegura por ese importe en una póliza a plazo fijo de cinco años, la compañía abonará ese seguro en caso de destrucción del

(1) El llamado seguro temporal «preliminar» o «inicial» se concede por períodos tan cortos como un mes. Este tipo de seguro se limita normalmente a situaciones en las que se desea que la cobertura se inicie inmediatamente, teniendo la póliza una fecha de entrada en vigor formal unos meses más adelante.

edificio durante dicho plazo, pero si al término de dicho plazo de cinco años el propietario se olvida de asegurar de nuevo el edificio renovando la póliza, y se produce entonces un incendio, la compañía es liberada de cualquier responsabilidad, debido a la expiración del contrato. De modo similar, si una persona asegura su vida en $ 10.000 con arreglo a una póliza temporal de cinco años, y mantiene la póliza en vigor, bien pagando una prima única por adelantado, o pagando, como es lo más normal, primas anuales de año en año, la compañía pagará $ 10.000 en caso de muerte del asegurado en cualquier momento antes de la expiración del plazo de cinco años; pero no pagará nada si la muerte se produce después de la expiración del plazo contractual, ya que la póliza temporal, igual que la póliza de incendios, habrá expirado en ese momento. Al terminar la póliza temporal, todas las primas abonadas se consideran devengadas en su totalidad, se haya o no producido una pérdida, y la póliza deja de tener valor.

La prima por la cobertura del seguro temporal es relativamente baja, pese al hecho de que los gastos constituyen una gran proporción del desembolso, y a que su valor se eleva en previsión de la antiselección. Ello se debe a que la cobertura de este seguro es por un plazo fijo, sin que sea necesario un recargo para cubrir las elevadas tasas de mortalidad de las edades avanzadas. El seguro temporal asegura únicamente frente a una contingencia, mientras que los contratos de vida entera aseguran frente a una incertidumbre.

CARACTERISTICAS ESPECIALES DE LAS POLIZAS

La renovabilidad

Muchas pólizas temporales a cinco y diez años contienen una opción de renovación por un número limitado de períodos adicionales de cobertura. Tal opción permite al asegurado, a la expiración del primer período o al final de cualquier período subsiguiente, renovar la póliza sin necesidad de examen médico y cualquiera que sea la salud del asegurado en el momento de la renovación. La renovación de la póliza, en otras palabras, puede ser

efectuada por el asegurado mediante el pago de la prima correspondiente a la edad entonces alcanzada, sin necesidad de proporcionar prueba de asegurabilidad. Sin embargo, las compañías limitan normalmente la edad (generalmente 60 ó, como mucho, 65 años) hasta la que pueden emitirse estas pólizas temporales renovables y, en algunos casos, se limita el número de renovaciones permitido.

Cuando la póliza temporal no contiene el privilegio de renovación, el asegurado puede encontrarse en la desfavorable situación de que, al finalizar el plazo, no está asegurado y tampoco tiene posibilidad, debido a una precaria condición física, a un puesto de trabajo peligroso, o a cualquier otra razón, de obtener una renovación del contrato o cualquier otra forma de cobertura de seguro de vida. En muchos casos, también, el riesgo concreto que la póliza temporal estaba destinada a cubrir puede continuar existiendo a la expiración del plazo, haciendo entonces altamente deseable el privilegio de renovación del contrato por uno o más plazos, a elección del asegurado, y sin posibilidad de denegación por parte de la compañía. La mayoría de las pólizas temporales poseen una característica convertible, descrita más adelante, que permite al asegurado hacerse otro seguro a la terminación del contrato si necesita continuar con la cobertura.

Ha de advertirse que la prima, aunque constante para un período determinado, aumenta con cada renovación y se basa en la edad alcanzada por el asegurado en el momento de la renovación. Así, aunque la escala de tarifas esté garantizada, el tipo aumenta con cada renovación a causa de la mayor edad alcanzada por el asegurado.

El seguro temporal renovable satisface una necesidad válida al garantizar la asegurabilidad del tomador del seguro. No obstante, el precio es alto desde el punto de vista del coste neto. A medida que aumenta el tipo de la prima con cada renovación, la antiselección contra la compañía se desarrolla a un ritmo cada vez mayor. Naturalmente, la resistencia a primas más elevadas determinará que muchos tomadores de seguro con buena salud rechacen la renovación, mientras que la gran mayoría de los que gozan de poca salud renovarán, aún a costa de una prima más elevada. En consecuencia, la experiencia de mortalidad entre los asegurados supervivientes resultará cada vez más desfavorable.

Las compañías reconocen este problema, y el coste de esta antiselección revierte en los asegurados, bien a través de una prima «recargada» o mediante unos dividendos reducidos. La limitación de la cobertura a los 55, 60 ó 65 años, y el número limitado de renovaciones permitidas, constituyen un reconocimiento adicional de una antiselección cada vez mayor que se refleja en unas primas cada vez más elevadas, precisas para continuar la cobertura a edades avanzadas. De hecho, el seguro temporal, cualquiera que sea su tipo, sólo resulta satisfactorio para coberturas limitadas a un período de tiempo.

Convertibilidad

La mayoría de las pólizas de seguro temporal incluyen también una clásula de convertibilidad, esto es, el privilegio por parte del asegurado de convertir la póliza en un tipo de contrato permanente, previo ajuste correspondiente de la prima, *sin probar la asegurabilidad*. En el pasado, la mayoría de las compañías extendían este privilegio sólo para un número limitado de años, como los cuatro o siete primeros años del plazo (para pólizas de cinco y diez años) o, en pólizas temporales a largo plazo, a una fecha varios años anterior a la expiración del plazo. Eso se hacía para minimizar la antiselección. El empleo de una restricción de este tipo para evitar la antiselección parece tener cada vez menor significación. Una proporción cada vez mayor de aseguradores permite la conversión en cualquier momento hasta la terminación de la póliza. La conversión en un seguro regular de vida entera o en un seguro mixto se autoriza de modo usual. El cambio se permite normalmente en cualquier momento del plazo de convertibilidad, y puede efectuarse en base a la «edad alcanzada» o a la «edad inicial» (2).

El método de conversión en base a *la edad alcanzada*, implica la formalización de una póliza permanente del tipo normalmente

(2) Un estudio efectuado sobre más de 20.000 pólizas temporales formalizadas por cinco compañías de seguros de vida, demostraba que más del 50 por 100 habían sido convertidas, y que más del 95 por 100 se efectuaron con arreglo al método de la edad alcanzada. Véase ARTHUR L. WILLIAMS: «Some Empirical Observations on Term Life Insurance», *Journal of Risk and Insurance*, vol. XXXI (1964), pág. 445.

emitido a la fecha de la conversión, y la tarifa de la nueva póliza es la establecida para la edad alcanzada por el asegurado (3).

El *método de la edad inicial* implica una conversión retroactiva, llevando la póliza permanente a la fecha y el tipo de prima que se hubiera pagado si se hubiera tomado inicialmente, y tomando la *forma* del contrato permanente que se empleara en la fecha inicial. Debe quedar de manifiesto que esta forma de contrato puede ser más o menos liberal que el modelo que se estuviera empleando en la fecha de la conversión, y que el tipo de prima podrá ser más bajo, dada la edad inferior del efecto del seguro. La mayoría de las empresas exigen que las conversiones retroactivas se lleven a cabo dentro de los cinco años siguientes a la fecha de entrada en vigor del contrato temporal.

En el caso de una conversión en base a la edad inicial, casi todas las compañías exigen que el asegurado pague la diferencia entre las primas que hubieran debido abonarse sobre la nueva póliza si ésta hubiera sido formalizada al mismo tiempo que la póliza inicial, y las primas pagadas contra ésta para el mismo tipo de seguro, con intereses sobre tal diferencia a un tipo estipulado (5 ó 6 por 100, normalmente). Algunas compañías, después de cinco o más años, exigen que el asegurado pague solamente la diferencia en reservas (en algunas compañías, los valores de rescate) entre las dos pólizas, con o sin interés, más un pequeño recargo para pagar los impuestos, comisiones y otros costes. En cualquier caso, el propósito de ese ajuste es el de colocar a la compañía aseguradora en la misma posición financiera que hubiera tenido si la póliza permanente se hubiera formalizado desde el primer momento.

Al elegir entre los dos métodos de conversión, el asegurado puede verse motivado por la prima más baja a pagar en el método de edad inicial, o por la posibilidad de un contrato más liberal en la fecha inicial, pero existen otros factores que pueden influir en la decisión. Por ejemplo, si el asegurado está mal de salud, sería una tontería hacer la conversión retroactiva y pagar una suma sustancial de dinero a la compañía aseguradora. Tal

(3) La mayoría de las pólizas temporales posee sólo una pequeña reserva (elemento de inversión), pero, en caso de conversión, las compañías asignan normalmente un llamado valor de conversión, basado en dicha reserva frente a la prima.

acción reduciría el elemento de cobertura (importe neto arriesgado), ya que el dinero pagado se convierte en reserva de la póliza, reduciendo de modo inmediato el importe efectivo de la protección del seguro. No es necesario señalar que la disponibilidad de la suma necesaria para la conversión retroactiva es un factor importante de la decisión. También puede argumentarse que, en vez de una conversión retroactiva, el asegurado debería tomar los fondos excedentes y adquirir un seguro adicional, o pagar por anticipado primas de seguros ya existentes, incluida la póliza ahora convertida. Con sujeción a determinadas limitaciones, muchas compañías permitirán al asegurado pagar por anticipado las primas, bien en forma de «depósitos de primas», o como «primas a descontar» (4). Estas primas se acreditan con interés a un tipo garantizado, que actualmente oscila entre 5 y 5,25 por 100. Las condiciones para la retirada de los fondos difieren entre las distintas compañías, pero en el caso de muerte del asegurado, el saldo de estos depósitos se abona al beneficiario designado, además del capital de la póliza.

La conveniencia de la adquisición de un seguro adicional depende de las necesidades del asegurado y de su vigente programa de seguros. En último término, la decisión, como en la mayoría de los aspectos de un programa de seguros, depende de la importancia a los ojos del asegurado de los elementos de inversión y cobertura del contrato.

Algunas compañías emiten pólizas temporales que disponen la conversión automática a un plan permanente específico, pero la continuación del seguro sigue siendo opcional para el asegurado. Ello puede implicar algunas ventajas administrativas en el campo de las ventas; pero resulta bastante dudoso que una disposición de ese tipo sea eficaz para reducir la antiselección.

Las ventajas del privilegio de conversión se hacen evidentes si tomamos en consideración las desventajas normalmente unidas al seguro temporal. En el momento de tomar el seguro, el asegurado puede no haber seleccionado definitivamente el tipo de póliza que mejor se adapte a sus necesidades. Después de la formalización de la póliza, pueden producirse circunstancias que

(4) Ambos procedimientos son similares, diferenciándose en que, bajo el método de descuento, se acredita por adelantado el interés a devengar en los fondos depositados.

permitan al individuo asegurado tomar un seguro permanente adecuado. O quizás pueda desear utilizar el seguro como medio de acumulación de bienes, en vez de utilizarlo enteramente como protección frente a la muerte. Tan pronto, por tanto, como el individuo llega a la conclusión de que el seguro temporal no satisface sus necesidades presentes o futuras, puede poner en práctica tal conclusión cambiando el contrato temporal por un plan de seguro de vida entera o mixto, en cualquiera de las dos formas antes sugeridas. Más aún, otro gran mérito del privilegio de conversión resulta también evidente (en el caso de que la póliza no contenga un privilegio de renovación) cuando se recuerda que durante los primeros cinco o siete años siguientes a la formalización del contrato, un porcentaje considerable de las vidas aseguradas se deterioran físicamente hasta el punto de hacer imposible la obtención de ningún otro plan de seguro de vida, en una compañía solvente y a precios normales. En tales circunstancias, una póliza temporal no renovable puede fracasar totalmente en la protección del asegurado debido a su expiración antes de la muerte. Si, en cambio, la póliza contiene el privilegio de la conversión, y si el tiempo límite para efectuar el cambio no ha expirado todavía, el utilizar tal privilegio y protegerse así contra la posibilidad de que el seguro expire antes de que se produzca la muerte será beneficio del asegurado.

CONTRATOS TEMPORALES DE LARGA DURACION

La mayoría de los contratos temporales proporcionan cobertura para un período de tiempo relativamente corto, pero también existen contratos a plazo fijo que se suscriben para cubrir toda la vida útil usual de un individuo. Existen dos tipos de contratos que proporcionan esencialmente la misma cobertura: 1) de expectativa de vida, y 2) temporal hasta 60 ó 65 años.

El temporal de expectativa de vida proporciona cobertura para la expectativa de vida del asegurado, permaneciendo nivelada la prima para todo ese período. El número exacto de años durante los que regirá el contrato depende de la edad y sexo del asegurado en la fecha de aplicación y de la hipótesis de mortalidad empleada. Por ejemplo, la *Tabla CSO 1958* (5) señala una ex-

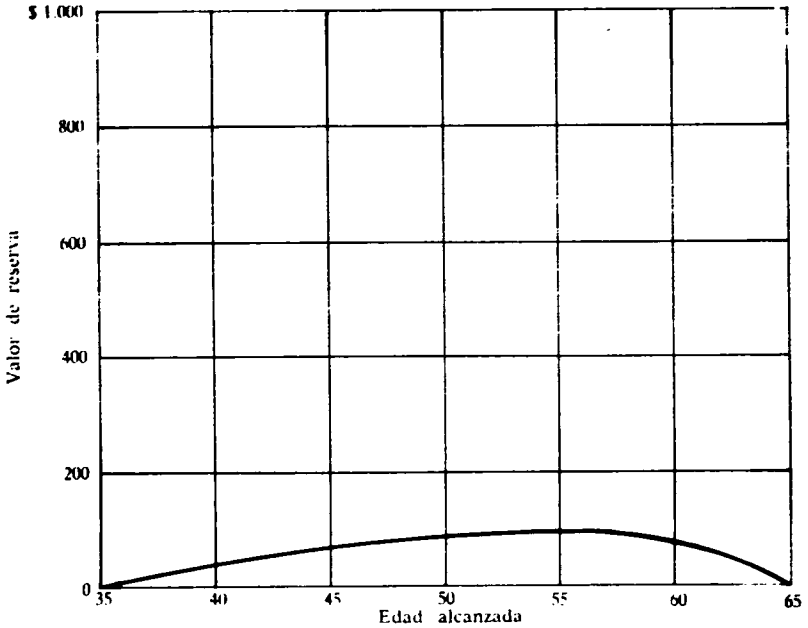


GRAFICO 5.1.—Contenido del elemento de reservas en contrato a plazo fijo hasta 65 años, formalizado a la edad de 35 años (para varones), *Tabla CSO 1958* e interés de 2,5 por ciento.

pectativa de vida de 47 años para la edad masculina de 24 años, pero para la edad masculina de 55 años, tal expectativa sería de 20 años (6). Aunque este contrato es estrictamente un contrato de cobertura, la nivelación de la prima durante un largo período de años produce un valor en efectivo (elemento de ahorro), que se incrementa hasta un determinado punto y luego declina hasta cero a la expiración de la póliza. Ello se muestra en el gráfico 5.1.

El contrato contiene una cláusula de conversión convencional que puede ejercitarse antes de la fecha de su expiración. Además, se dispone la conversión automática del contrato en un modelo

(5) Véase capítulo 19, tabla 19-5.

(6) En un sentido técnico, el término «expectativa de vida» carece totalmente de sentido en relación con un sólo individuo. Sólo tiene significación referido a grandes números de individuos de una edad determinada. En otras palabras, las tablas de mortalidad no muestran la expectativa de vida de ningún individuo concreto. (Véase capítulo 19: «Derivación de las tasas de mortalidad»).

de seguro de vida entera al final del período de cobertura. Normalmente, el asegurado tiene opción para tomar una cuantía reducida de seguro permanente sin incremento en la prima, o para continuar con la cuantía original del seguro con un aumento en la prima (7).

El contrato a plazo fijo de 60 ó 65 años proporciona normalmente cobertura para un período en cierto modo más corto que el de la póliza de expectativa de vida y, consecuentemente, tiene una prima ligeramente más baja. La razón de este tipo de póliza es que proporciona cobertura durante el período de esfuerzos productivos del individuo, al ser los 65 años la edad que normalmente se considera de jubilación, o hasta que cualquier hijo haya crecido y la necesidad decrezca. Como en el caso del contrato de expectativa de vida, existe un valor en efectivo durante el plazo de vigencia de la póliza. El contrato también dispone normalmente un privilegio de conversión convencional, pero que debe ejercitarse en algún momento antes de la expiración de la póliza.

SEGURO TEMPORAL CRECIENTE Y DECRECIENTE

Otra forma de seguro temporal, la de capital decreciente, se emplea mucho como cláusula adicional en los contratos permanentes, y como póliza independiente para proporcionar la llamada cobertura hipotecaria. La póliza o cláusula adicional, partiendo de una determinada cuantía inicial del seguro, va decreciendo año a año en su capital, convirtiéndose en cero al final del plazo del contrato. La prima es muy baja, debido a que: 1) el importe de la cobertura del seguro decrece, y 2) el capital decrece a medida que la tasa por unidad de seguro aumenta. La mayoría de las compañías ofrecen esta cobertura (no siempre como contrato independiente) sobre una base de diez, quince o veinte años, incluyéndose normalmente un privilegio de conversión. Las primas niveladas se limitan en ocasiones a un período algo más corto

(7) Algunas compañías otorgan un tipo de contrato conocido como de «expectativa a plazo fijo», que es virtualmente idéntico al contrato de expectativa de vida, pero no contiene privilegio de conversión. Naturalmente, las primas son algo más bajas, al eliminar el privilegio de conversión.

que el de duración de la póliza, para evitar que los tomadores del seguro se desprendan de la cobertura durante los últimos años, cuando la cuantía de la cobertura es bastante baja.

El seguro temporal creciente no se formaliza prácticamente nunca como contrato independiente. Su empleo fundamental es en relación con pólizas combinadas o conjuntas, en las que se incluye como parte del contrato para proporcionar un beneficio que se incrementa con el tiempo y que se paga cuando se produce la muerte (8).

EVALUACION DEL SEGURO DE VIDA TEMPORAL

El seguro de vida temporal ha sido objeto de controversias desde hace mucho tiempo. Hay quienes abogan por el uso del seguro a plazo fijo con práctica exclusión del seguro de vida permanente. Algunos «asesores en seguros» llegan tan lejos como a aconsejar a sus clientes el rescate del seguro permanente a cambio de efectivo, sustituyéndolo por un seguro temporal. Las propias compañías de seguros de vida tienden a desaconsejar el uso indiscriminado del seguro temporal. La realidad es que existen usos apropiados e inapropiados a los que aplicar estos seguros. Las secciones siguientes tratan de ilustrar el uso adecuado del seguro temporal, y a señalar las desventajas de su inadecuada aplicación en la planificación de los asuntos financieros de un individuo. Por último, se analizan brevemente algunos de los falaces argumentos empleados a favor del seguro temporal.

Usos del seguro temporal

Las pólizas temporales están especialmente diseñadas para proporcionar cobertura frente a contingencias que o bien requieren la utilización del seguro mixto o bien exigen la obtención de la máxima cobertura de seguro momentánea con el mínimo desembolso de fondos. Su propósito es el de dar un servicio en la

(8) La cláusula de devolución de prima que aparece en algunos contratos es un ejemplo de la utilización del seguro temporal creciente. (Véase capítulo 9: «Otros contratos especiales»).

misma forma que lo hacen los contratos de seguro de cosas, esto es, proteger mediante indemnización contra la pérdida de un activo con valor pecuniario. En los seguros de vida, tal seguro a plazo fijo está destinado a indemnizar la pérdida del valor capitalizado y devengado de la vida asegurada. Brevemente enumerados, los siguientes ocho conjuntos de circunstancias parecen justificar el seguro puro temporal.

1. Para personas con ingresos bajos en la actualidad, con obligaciones familiares, pero con perspectivas favorables para el desarrollo de su carrera. Ha de advertirse que tiene gran importancia el desarrollo de su carrera profesional. El trabajador medio, por regla general, tiene pocas perspectivas o inclinaciones hacia una carrera profesional brillante. La acumulación de un fondo de inversión debe asegurarse de la mejor forma posible durante los años de trabajo de una persona. Para un individuo así, el seguro de vida corriente o algún tipo de contrato de pago reducido, que más adelante se explicará, probablemente dará mejor resultado que el seguro temporal. Pero aquellos que tienen una carrera profesional por delante y tienen temporalmente unos ingresos reducidos, deben emplear todos sus recursos en labrarse un futuro y una reputación. No deben olvidar la importancia de invertir sus excedentes en sí mismos durante los primeros años, para su propia educación y formación en el trabajo especializado que van a realizar, en vez de colocar sus excedentes en la porción inversora del seguro de vida. La inversión en la persona para su propio perfeccionamiento durante los primeros años, será con mucho la mejor inversión posible. Producirá fuertes dividendos en dinero y en satisfacciones y constituirá un activo que no podrá ser barrido por un hundimiento en las cotizaciones de los precios. Puede uno preguntarse sí tales personas tienen derecho alguno a volverse hacia las inversiones materiales y tangibles, antes de haber hecho un esfuerzo razonable en beneficio de su propio perfeccionamiento. Pero resulta esencial que, mientras se efectúa esa inversión en la persona, deben también tomarse las medidas necesarias, cuando una familia está en juego, para conseguir un *patrimonio potencial* decente, como salvaguardia frente a la ocurrencia de una muerte temprana. El seguro temporal garantiza ese patrimonio potencial.

2. Para las personas que han colocado una gran parte de sus recursos materiales de un nuevo negocio que está todavía en su período inicial, y a las que la muerte prematura del factor humano en tal negocio pueda significar una fuerte pérdida, si no la desaparición del capital invertido. Las nuevas empresas son particularmente especulativas y se convierten en más estables sólo con el transcurso del tiempo. El seguro temporal presta un servicio muy útil, debido a su bajo desembolso en las fases iniciales de esas empresas. Sirve como dique de contención frente a la posible pérdida del activo de la empresa, en caso de una temprana muerte de la persona que estaba tras la empresa.

3. Para proteger la propia asegurabilidad. Muchos hombres y mujeres jóvenes reconocen la necesidad de un seguro de vida adicional. A medida que aumentan sus ingresos y su familia, se hace mayor su necesidad de seguro de vida pero, en el momento en que la necesidad es mayor, puede resultar imposible obtener un seguro adicional a causa de un deterioro en la salud. El seguro temporal a través de su convertibilidad, puede servir como protección frente a esa eventualidad. Esto resultaba particularmente importante con anterioridad al desarrollo de la«cobertura garantizada de la asegurabilidad» (9).

4. Como complemento al seguro de inversión, para personas con ingresos medios, durante el período de educación de los hijos. La llamada cláusula adicional de ingresos familiares (10), que no es más que un puro seguro a plazo fijo añadida en la planificación de ingresos al seguro de vida ordinario por un período igual a la diferencia entre la edad del hijo más pequeño y la edad de auto-suficiencia para dicho hijo, ha gozado de una amplia aceptación, indicando con ello claramente un sincero reconocimiento hacia el valor del seguro temporal como solución a un problema urgente.

5. Como una protección frente a una pérdida ya sufrida sobre el patrimonio, cuando el propietario no tiene medios en ese momento, cuando hay poco tiempo disponible para reparar los daños, y cuando existen esperanzas de que una recuperación eco-

(9) Véase capítulo 32.
(10) Véase capítulo 9.

nómica elevará nuevamente el valor monetario del activo depreciado. Tales propietarios no disponen de los fondos necesarios para adquirir un seguro de primas elevadas. Por tanto, ciertamente atendido por el seguro temporal, son personas que muy probablemente apreciarán en el futuro el valor del seguro de vida, y tendrán la sagacidad de convertir el seguro temporal al menos en un seguro de vida ordinario, cuando lleguen tiempos mejores.

6. Como protección adicional para préstamos. También aquí el seguro temporal ha sido una bendición durante los años de depresión para muchos que necesitaban préstamos y cuyos ingresos corrientes eran miserablemente bajos. Muchos acreedores, después de haber quedado satisfechos con el carácter y la capacidad potencial del prestatario, se muestran dispuestos a aceptar el seguro temporal por diez años como garantía adicional. Importa también advertir de la suprema importancia de unos pocos dólares en un período de depresión económica y, en consecuencia, de la importancia del pequeño desembolso en términos absolutos que representa el seguro temporal, en comparación con otros tipos de contratos. Muchos estudiantes piden prestado dinero para su educación, especialmente en el campo médico, en el que los costes y los rendimientos son elevados. El seguro temporal se convierte en una cobertura esencial en tales casos, para proteger al prestamista, porque el estudiante puede y pagará las deudas si él —o ella— vive.

7. Como medio de protección de obligaciones hipotecarias. Uno de los usos más frecuentes del seguro temporal es el de proporcionar ingresos con los que poder cancelar una hipoteca o redimirla o retirarla a la muerte del cabeza de familia.

8. Como medio para protegerse frente a contingencias conocidas con detalle. Muchos ejemplos de ese tipo se nos pueden presentar fácilmente. Protección para un período limitado de espera antes de que se ponga en marcha un plan de pensión de jubilación para un individuo, protección para las relaciones contractuales pendientes durante unos pocos años solamente, y protección para un interés creado en pagos que se extienden durante un número fijo de años, son algunos de los ejemplos que pueden aducirse a este respecto.

Desventajas del seguro temporal

Aunque los anteriores ejemplos sirven para ilustrar sobre los útiles resultados que pueden frecuentemente derivarse del seguro temporal, es importante advertir que este tipo de contrato presenta diversos peligros que con frecuencia se olvidan y que siempre deben tenerse presentes por la persona que contempla la posibilidad de hacerse una póliza de este tipo. Si bien el desembolso es, en términos absolutos, muy bajo durante los primeros años, la única finalidad de tales pólizas es la de proporcionar una cobertura temporal. La prima en su totalidad representa el pago por tal protección sin que se abone nada al asegurado en caso de supervivencia a la expiración de la póliza. Una afirmación muy frecuente es la de considerar como objeción principal a esta forma de seguro la de que el asegurado puede sentirse insatisfecho a la expiración del contrato, resultando muy difícil convencer al tomador medio de una póliza de esta clase, después que haya pagado diez o veinte primas, que en realidad ya ha recibido todo su valor en forma de protección por las primas abonadas y que, por tanto, no tiene derecho a ningún reembolso.

Aún cuando el asegurado pueda creer que más adelante se encontrará en una situación económica que le permita considerar innecesaria la tenencia del seguro, o que le permita sustituir el seguro temporal por pólizas de prima más elevada pero que otorguen una cobertura permanente, casi siempre existe el peligro de que el asegurado individual pueda calcular mal su futuro o descuidar la ejecución de sus propósitos iniciales. En tales casos, si la póliza a plazo fijo no se complementa con otras formas de seguro, tales como el seguro de vida entera o a muy largo plazo, podrá llegar un día en que el tomador del seguro, a la expiración del plazo del contrato, se encuentre sin seguro alguno cuando más lo necesite. Suponiendo que el individuo tenga posibilidad de obtener otro tipo de seguro en tal momento, pasando el necesario examen médico, su edad avanzada puede hacer aumentar considerablemente la prima y, si su inicial esperanza de unos mayores ingresos no se ha cumplido, tal aumento en el coste puede resultar una carga demasiado pesada. Más aún, existen otros tipos de pólizas que, de modo general, resultan mucho

más favorables que los contratos temporales, en cuanto que inculcan en el tomador, en mucha mayor medida, un obligatorio espíritu de ahorro, haciendo de esa forma que la gran mayoría acredite a su favor una suma sustancial, acumulada a base de pequeños pagos rápidamente invertidos, que de otra forma no hubieran acumulado, o hubieran perdido o gastado. El seguro temporal, como ya se ha afirmado, representa exclusivamente un coste a cambio de protección frente a la muerte, y la pequeñez de la prima sólo resultará atractiva cuando se necesita de forma absoluta una gran cobertura y cuando los recursos disponibles para el pago de las primas hacen imposible una forma más permanente de cobertura.

Por último, debe hacerse notar que, «por unidad de cobertura», el seguro temporal es la más costosa forma de seguro de vida disponible; esto es, que la tasa por dólar de plazo de cobertura en una póliza temporal, es más elevada que la tasa por dólar de plazo de cobertura en los seguros mixtos o de vida entera. La razón de ello reside en que la experiencia de mortalidad en el seguro temporal es claramente superior a la de otros tipos de seguro, debido esencialmente a la antiselección. Una persona que sepa que su salud es relativamente mala, aunque todavía asegurable, elegirá normalmente un plan de seguro cuyo desembolso en primas sea el más bajo. Igualmente, las personas de poca salud estarán más inclinadas a convertir su póliza en un seguro permanente, en vez de dejar que sus contratos de seguro temporal expiren, pues tendrán posibilidad de hacerlo a «precio de ganga».

El seguro temporal resulta también costoso a causa de la relación entre la sobreprima y la baja tasa media de la prima. La sobreprima para los gastos fijos o generales tiene una mayor proporción en la baja tasa de la prima; eso significa que el seguro es más costoso que en el caso de los contratos permanentes, en los que la tasa media de la prima es más elevada. Así, aunque las pólizas a plazo fijo representan el *más bajo desembolso en primas*, resultan la forma *más costosa* de cobertura de seguro de vida.

Argumentos falaces en favor del seguro temporal

La mayoría de los argumentos falaces adelantados en favor del seguro de vida temporal provienen intrínsecamente de las críticas infundadas al sistema de prima nivelada para proporcionar la protección del seguro de vida. Un determinado autor resume tales argumentos en dos alegaciones (11): 1) la prima nivelada en el seguro de vida sobrecarga al tomador, y 2) los elementos de inversión y cobertura deben ser separados en el seguro permanente.

La primera alegación es, por supuesto, sencillamente falsa. Cuando las necesidades de protección de seguro de vida son a largo plazo o permanentes, no existe otra forma de proporcionar tal cobertura permanente que mediante la nivelación de la prima. La prima elevada, a la vista de la probabilidad creciente de morir, resulta reconocidamente mayor en cargas que las primas del seguro temporal durante los primeros años, pero tal «sobrecarga» se compensa con las inadecuadas primas niveladas de los últimos años, en los que las primas serían prohibitivas y llevarían a una interrupción del proceso asegurador. Si se desea una cobertura a largo plazo o permanente, resulta obligatorio un plan de primas niveladas. Obviamente, si uno supiera el día en que iba a morir, podría elegir el sistema más favorable, y sabría entonces si contratar el seguro de vida temporal o permanente. Pero la experiencia ha demostrado que son relativamente pocos los capaces de predecir la fecha de su muerte.

El argumento de que un importe igual al de la reserva pertenece al tomador y debe serle abonado además del capital de la póliza, es evidentemente inválido. Tal argumento no reconoce la verdadera naturaleza del plan permanente de prima nivelada, que da lugar a un decrecimiento constante de la cuantía de la cobertura pura del seguro, a medida que aumenta la reserva. Es precisamente esa reducción en el elemento de cobertura lo que permite que funcione el plan de prima nivelada.

La segunda alegación, la de que deben separarse los elementos de cobertura y de inversión en el contrato, se basa en la premisa de que un individuo tiene posibilidad de invertir sus fondos con mayor sagacidad y con mejores resultados que la compañía

(11) Véase DAN M. MCGILL: *Life Insurance*, edición revisada (Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, 1967), págs. 54-57.

de seguros de vida. De forma coloquial, tal afirmación se expresa en la frase «compre el seguro temporal e invierta la diferencia», siendo la diferencia la existente entre la prima del temporal y la prima que debería pagarse por un seguro permanente de prima nivelada. Este argumento es, por supuesto, algo que debe quedar a criterio de cada individuo. El capítulo 4 muestra claramente el notable historial de la rama de seguros de vida en términos de seguridad, rendimiento, liquidez y demás criterios de un programa de inversiones acertado. El actual movimiento de esta rama de seguros hacia las acciones de interés variable hace aún menos apropiado ese argumento, desde el punto de vista del adquirente individual de seguros de vida.

Los anteriores comentarios no deben ser considerados como una crítica a otras formas de inversión. Todas tienen un puesto en el programa financiero de un individuo. No obstante, el seguro de vida con prima nivelada debe ser el fundamento de toda **planificación financiera.**

6

Seguro de vida entera

En contraste con el seguro temporal, que paga beneficios sólo si la muerte se produce durante un número específico de años, el seguro de vida entera dispone el pago del capital a la muerte del asegurado, cualquiera que sea el momento en que ésta se produzca. La cobertura de vida entera puede adquirirse mediante dos tipos principales de contratos, que se diferencian principalmente en el método de pago de la prima. Uno se conoce como *seguro de vida a primas vitalicias;* el otro, como *seguro de vida a primas temporales.*

TIPOS PRINCIPALES DE SEGUROS DE VIDA ENTERA

Seguro de vida a primas vitalicias

La póliza de seguro de vida a primas vitalicias se basa en la suposición de que las primas serán abonadas durante toda la vida del asegurado. En muchos casos, sin embargo, el asegurado contrata la póliza sin el propósito de pagar las primas durante todo el tiempo que viva. Su intención puede ser la de utilizar los reembolsos por dividendo (en caso de póliza de participación), para pagar íntegramente la póliza de vida entera en un período más corto, para rescatar la póliza a cambio de una póliza de vida

entera abonada íntegramente de capital más reducido, o para rescatar la póliza en el momento de su jubilación, a cambio de una renta. Lo importante es que la póliza de seguro de vida a primas vitalicias es un contrato muy flexible, en la que resulta esencial reconocer que el asegurado no está comprometido irrevocablemente a pagar primas durante todo el tiempo que viva. Durante los primeros años de la vida del asegurado, este tipo de seguro otorga *cobertura permanente* a los miembros dependientes del asegurado por un desembolso de primas lo más bajo posible. En los últimos años de vida, cuando pueda sentirse la necesidad de cambiar ese programa de seguro, debido a que los hijos ya hayan crecido o a que las circunstancias y las necesidades hayan cambiado, este tipo de póliza permite el *mayor grado posible de flexibilidad* para hacer frente a tales situaciones. Este tipo de póliza debe ser el fundamento de cualquier programa de seguro de vida, y es el contrato que goza de mayor popularidad entre los ofrecidos por las compañías comerciales de seguros de vida. Debido a su importancia, se ofrece a continuación un examen más detallado del mismo.

Proporciona una cobertura permanente.—La póliza de seguro de vida a primas vitalicias proporciona una cobertura permanente, en el sentido de que nunca ha de ser renovada o convertida. Esta cobertura *permanente* se la ofrece al asegurado a un costo moderado, lo que es de enorme importancia para el individuo medio, de sueldo moderado o salario diario que necesita una cobertura familiar considerable, y cuyos ingresos limitados no le permiten a la vez pagar primas y acumular un gran fondo de ahorros. El seguro temporal está esencialmente diseñado para conceder cobertura frente a un riesgo familiar o comercial temporal, y puede ser recomendado con plena seguridad cuando se sabe con certeza que el riesgo en consideración es de carácter temporal. Pero tales contratos, como ya hemos indicado, contienen unos elementos de peligro que son inseparables de todo seguro temporal. El principal peligro ligado a tal tipo de seguro es el de que el asegurado puede haber calculado mal la duración del riesgo con el que se enfrenta y su futura necesidad de cobertura, o el de que pueda descuidar la ejecución de su propósito inicial de convertir el seguro temporal

TABLA 6.1

Tarifas anuales de primas sin participación por cada $ 1.000, para pólizas de $ 10.000 en los seguros más usuales

		A primas temporales		*Seguro mixto*	
Edad	*A primas vitalicias*	*Con pago hasta 65 años*	*Con pago durante 20 años*	*A los 65 años*	*Durante 20 años*
25	$ 13,45	$ 14,89	$ 22,29	$ 18,25	$ 43,81
30	15,83	17,99	25,12	22,13	44,04
35	18,99	22,40	28,61	27,79	44,66
40	22,97	28,35	32,65	35,64	45,76
45	27,94	37,47	37,47	47,47	47,47
50	34,06	51.99	42,88	65,08	49,90
55	41,93	80,92	49,46	101,60	53,67
60	52,83	—	58,46	—	60,09
65	67,46	—	70,79	—	—

o sustituirlo con pólizas que otorguen protección para toda la vida. Con el seguro de vida a primas vitalicias se evita todo peligro en cuanto a malos cálculos sobre futuras necesidades, o a descuido en la ejecución de los propósitos iniciales. Tal seguro es cierto en sus resultados, al proporcionar una cobertura que es *permanente*, al ser pagadero en caso de muerte, suceda ésta pronto o tarde, y al poder adquirirse a una prima moderada que permanece uniforme durante toda la vida.

Proporciona cobertura permanente con un mínimo desembolso inicial.—La póliza a primas vitalicias proporciona un máximo de cobertura permanente por un mínimo de costo anual. Ello puede verse en la tabla 6.1 que compara las primas brutas sin participación (1) cargadas por una compañía por un seguro a primas vitalicias, con las exigidas en los seguros a primas temporales y seguros en caso de vida. Así, suponiendo que la cuantía de la póliza es de $ 10.000 (2), la prima anual para edad masculina de treinta y cinco años, cargada por cada $ 1.000 de seguro de vida

(1) Las compañías de seguros en participación que cubren la mayor parte del mercado nacional de seguros de vida, cargan una prima bruta algo más elevada, pero otorgan un reembolso por dividendos al tomador del seguro a final de año. (Véase capítulo 27).

(2) Es necesario hacerlo así, porque las primas se gradúan según el tamaño de la póliza. (Véase capítulo 25).

a primas vitalicias, es $ 18,99; en el seguro a primas temporales durante veinte años, $ 28,61; y en una póliza para caso de vida con vencimiento a veinte años, la prima es $ 44,66. Se demuestra, por tanto, que la póliza a primas vitalicias proporciona cobertura permanente con el mínimo desembolso inicial, aunque, como más adelante se verá, las pólizas a primas vitalicias y para caso de vida producirán, si el asegurado continúa viviendo, un mayor fondo de ahorros al final, compensando así la prima más elevada. Pero en caso de muerte temprana, el asegurado obtendrá el mismo capital en cada una de las citadas pólizas, pero su desembolso habrá sido considerablemente mayor con las pólizas a primas temporales o mixtas, que en la póliza a primas vitalicias.

Debido a su moderado costo anual, la póliza a primas vitalicias tiende a proporcionar una cobertura adecuada que está al alcance de casi todo el mundo. Está particularmente bien adaptada para aquellos que tienen unos ingresos bajos y que consideran conveniente poseer una considerable cobertura permanente. Para los prósperos hombres de negocios, por otro lado, la póliza les concede una amplia cobertura y les permite utilizar los excedentes de dinero en sus negocios. La póliza está también perfectamente adaptada para aquellas personas que, aún habiendo sobrepasado la mediana edad, puedan seguir deseando la mayor cantidad posible de cobertura permanente al más bajo costo. Incluso en edades masculinas de cuarenta y cinco y cincuenta años, las primas anuales cargadas por la antes mencionada compañía son, respectivamente, de sólo $ 27,94 y $ 34,06 por cada $ 1.000 de seguro, mientras que una póliza a primas temporales durante veinte años cuesta anualmente $ 37,47 y $ 42,88, y una póliza para caso de vida con vencimiento a veinte años, $ 47,47 y $ 49,90.

Combina el ahorro con el seguro.—Aparte de su coste moderado y del carácter permanente de la cobertura concedida, el seguro de vida a primas vitalicias presenta la ventaja adicional de combinar el ahorro con el seguro. En el seguro a plazo fijo, como ya se ha explicado, prácticamente toda la prima representa el pago por la cobertura vigente, de forma que no existe elemento de ahorro. Más aún, en el seguro temporal nada se paga al asegurado en caso de que sobreviva a la expiración del plazo, y es este hecho el que constituye una de las

principales objeciones psicológicas a este tipo de seguro, ya que resulta extremadamente difícil, como ya se indicó anteriormente, convencer al tomador medio de ese tipo de póliza, después de que haya pagado diez o veinte primas, de que ha recibido todo el valor de las primas abonadas en forma de cobertura durante esos años, y que, por tanto, no tiene derecho alguno a recibir ningún reembolso.

En contraste con esa deficiencia de tipo psicológico, el seguro de vida a primas vitalicias presenta una situación enteramente diferente. En los primeros años de esa póliza, la prima anual nivelada excede con mucho el importe necesario para pagar el coste de la cobertura del seguro, reteniendo la compañía la diferencia en calidad de reserva (denominada reserva legal), que se va aumentando a una tasa convenida de interés compuesto, con objeto de compensar la insuficiencia de la prima durante los últimos años de vida, en los que la prima anual nivelada ya no es suficiente para pagar el coste real del seguro. Los recargos en las primas de los primeros años resultan en provecho del asegurado y, en la gran mayoría de los casos, representan un ahorro, esto es, una acumulación de pequeños importes inmediatamente invertidos por la compañía, que de otra forma no se hubieran obtenido o, en caso afirmativo, se hubieran perdido o gastado innecesariamente. El fondo acumulado así gracias a los recargos de las primas de los primeros años, se conserva en depósito para el tomador de la póliza.

Ese es el elemento de ahorro o inversión de la póliza. Por tanto, el seguro de vida a primas vitalicias, como todos los planes de seguro permanente, es una combinación de cobertura y ahorro. Dado que las primas son las más bajas, el elemento de ahorro, cualquiera que sea la duración de la póliza, es inferior al de los demás tipos de seguro permanente. En este contrato, el énfasis se pone en el elemento de cobertura, pero la nivelación de la prima produce un elemento de ahorro que resulta significativo y que puede ser utilizado de muchas formas. El «valor en efectivo» de la póliza representa ese elemento de ahorro. La tabla 6.2 muestra los valores en efectivo que se acumulan en una póliza de seguro de vida a primas vitalicias formalizada a la edad masculina de treinta y cinco años. Los valores en efectivo no pueden obtenerse normalmente durante el primer año

TABLA 6.2

Valores de rescate para póliza a primas vitalicias de $ 10.000, formalizada a la edad masculina de 35 años (*Tabla CSO 1958* e interés del 2,5 por 100)

Núm. de años que la póliza lleva en vigor	*Valor efectivo o en préstamo*	*Seguro con primas pagadas*	*Seguro de plazo ampliado (Tabla CET)*	
			Años	*Días*
1	—	—	0	0
2	—	$ 10	0	25
3	$ 170	380	4	38
4	340	740	6	363
5	510	1.100	9	47
6	690	1.440	10	268
7	870	1.780	11	354
8	1.040	2.100	12	338
9	1.230	2.420	13	245
10	1.410	2.720	14	91
11	1.600	3.020	14	252
12	1.780	3.310	15	8
13	1.970	3.590	15	93
14	2.160	3.860	15	150
15	2.350	4.120	15	183
16	2.540	4.380	15	194
17	2.740	4.620	15	186
18	2.930	4.860	15	162
19	3.120	5.090	15	124
20	3.320	5.310	15	72
60 años edad	4.280	6.300	14	60
65 años edad	5.210	7.130	12	310

(a veces tampoco en el segundo y tercer año, según la edad en que se formalizó), debido a los gastos de adquisición incurridos al suscribir el contrato (3).

La tabla 6.2 muestra que el valor en efectivo de la póliza de $ 10.000 se ha acumulado hasta $ 4.280 durante los primeros veinticinco años, y esa acumulación prosigue hasta que llegue a $ 10.000, el capital de la póliza, a la edad de cien años, último año de la tabla de mortalidad utilizada en las pólizas de seguros de vida actuales.

Como el capital de la póliza de vida entera vence a los cien años de edad, se desprende de ello que tal contrato, si se formaliza a la edad masculina de treinta y cinco años, puede considerarse realmente como una póliza a plazo fijo de sesenta y cinco años, esto es, por un plazo igual a la totalidad de la vida, o como un seguro para caso de vida de sesenta y cinco años, cuyo capital vence a la edad de cien años. Todo ello son equivalentes matemáticos.

(3) Véase capítulos 25 y 26 para una explicación de la interdependencia entre gastos y valores en efectivo.

Flexibilidad.—Como antes se ha dicho, el seguro a primas vitalicias presenta un elevado grado de flexibilidad. Ciertas cláusulas de la póliza establecen tal flexibilidad tanto antes como después del vencimiento de la póliza. Después del vencimiento, el contrato establece diversas formas alternativas para el abono de los resultados a los beneficiarios designados. Estas opciones de «liquidación» se examinarán en el capítulo 15.

Antes del vencimiento, una serie de clásulas contractuales permite efectuar ajustes para hacer frente a circunstancias cambiantes. Por ejemplo, las opciones de no caducidad permiten al asegurado rescatar la póliza por su valor en efectivo en ese momento, o dejar de pagar primas y aceptar el equivalente en forma de póliza de vida entera ya pagada por un capital inferior, o como seguro a plazo fijo por todo su capital, durante un período limitado de tiempo. Las pólizas en participación establecen opciones de dividendo, que proporcionan al asegurado la opción de obtener dividendos en efectivo, aplicándolos para reducir las primas, o para adquirir un seguro de vida entera ya pagado, o para acumularlos con un interés. Además, la mayoría de las pólizas permiten al asegurado, bajo determinadas condiciones, cambiar la póliza a primas vitalicias por otro tipo de seguro de vida. También se establece la posibilidad de que el asegurado asigne su póliza a la compañía como garantía colateral y pida en préstamo el importe de su valor efectivo, si así lo desea. Los valores de rescate pueden utilizarse también para obtener una renta o unos ingresos de jubilación. Los contratos actuales de muchas compañías conceden específicamente al asegurado el derecho a obtener el valor en efectivo de su póliza, en forma de una renta vitalicia adquirida a precios netos. Otras compañías conceden ese privilegio a solicitud del interesado. Mucha gente adquiere el seguro a primas vitalicias para proteger a su familia durante el período de educación de sus hijos, con el objetivo concreto de utilizar su

valor en efectivo en el momento de la jubilación. Estas y otras disposiciones contractuales hacen que este tipo de seguro sea lo suficientemente flexible para hacer frente a circunstacias y necesidades cambiantes.

Desventajas de pasar las primas durante toda la vida.— La principal objeción que usualmente se plantea contra el seguro de vida a primas vitalicias es la del pago continuado de la prima durante toda la vida. Sin embargo, a la vista de la flexibilidad de este seguro a primas vitalicias, tal objeción es más aparente que real. Así, cuando se conceden reembolsos por dividendo, esta objeción puede ser obviada, a elección del asegurado, permitiendo que los dividendos anuales se acumulen en la compañía con vistas a reducir el período de pago de primas, o para adelantar el vencimiento del contrato. En la primera opción, el contrato se convierte en una póliza ya pagada por el capital íntegro al cabo de un período de años, con lo que ya no hay que seguir pagando más primas; el seguro, no obstante, sólo es pagadero a la muerte del asegurado.

El valor de rescate en efectivo y otras opciones permitidas en una póliza a primas vitalicias también puede, bajo determinadas circunstancias, hacer conveniente la cesación del pago de las primas. Un cambio en sus circunstancias puede determinar que el asegurado desee utilizar cualquiera de las tres opciones fundamentales normalmente permitidas por las compañías. Si la póliza ya ha cumplido su misión protectora, y el cambio en sus circunstancias hace que ya no necesite la cobertura del seguro, y ya no desea el capital íntegro de la póliza para herencia o legados, el asegurado puede rescatar la póliza a la compañía por su valor efectivo. O, en vez de tomar el valor en efectivo, el asegurado puede elegir la opción de cesar en el pago de las primas y tomar una póliza ya pagada por un capital más reducido, pagadero a su muerte a sus herederos o beneficiarios designados. La cuantía del seguro ya pagado que las compañías conceden después que la póliza haya estado en vigor durante un número concreto de años, se indica en la tercera columna de la tabla 6.2 y representa la cantidad de seguro que puede adquirirse a la edad entonces alcanzada, con una prima neta única igual al valor de rescate. Se puede observar que las cantidades son muy considerables en los últimos años; el capital del seguro ya pagado que se concede en una póliza de $ 10.000, después de haber estado en vigor durante veinticinco años, es de $ 6.300.

Finalmente, puede suceder que el tomador del seguro contraiga alguna enfermedad mortal, o sufra algún accidente que le incapacite para el pago de futuras primas. En tales circunstancias, la necesidad del seguro es mayor que nunca y al tomador del seguro se le permite beneficiarse de la opción de transformación en «seguro temporal», que consiste en poder disfrutar, sin más pagos de primas, de todos los beneficios de la póliza original durante un número concreto de años y días. Esta opción puede elegirse también, aún cuando continúe existiendo capacidad para pagar las primas, cuando el asegurado esté convencido de que sus condiciones físicas no le permitirán superar la expiración del plazo durante el que se concede la opción de transformación (4). La duración del plazo de esta opción, tal como se concede por las compañías, dependerá también del valor en efectivo de la póliza, que se emplea como prima única para adquirir el seguro temporal a la edad entonces alcanzada. Los respectivos períodos de tiempo en la póliza de $ 10.000, que se utilizan a efectos de ilustración, se muestran en la cuarta columna de la tabla 6.2. Así, puede observarse, por ejemplo, que cuando la póliza haya estado en vigor durante diecinueve años, puede ser ampliada por su capital íntegro, sin tener que pagar nuevas primas, por un plazo de quince años con ciento veinticuatro días.

Pólizas a primas temporales

Con arreglo a las pólizas a primas temporales, el capital de la póliza no es pagadero hasta la muerte, pero las primas se cobran sólo durante un número limitado de años, pasados los cuales la póliza se considera ya pagada en toda su cuantía. La limitación puede expresarse en términos del *número* de primas anuales, o de la *edad* hasta la que deben pagarse las primas.

Así, en vez de continuar hasta la muerte, el pago de las pri-

(4) Ha de advertirse que el beneficio de renuncia a la prima por causa de incapacidad puede determinar que esta opción resulte inapropiada bajo ciertas circunstancias. (Véase capítulo 12: «La cláusula de la incapacidad»).

mas puede quedar fijado prácticamente en cualquier número de años. Esto es, desde uno hasta treinta años, e incluso más. Usualmente, los pagos cesan al cabo de diez, quince o veinte años, pero no son infrecuentes las pólizas de seguro de vida que establecen veinticinco o treinta primas. Cuanto mayor sea el número de primas anuales, más se aproximará el contrato al seguro de primas vitalicias. Si las primas se limitan a veinte años, por ejemplo, la póliza se conoce como póliza de seguro de vida de veinte pagos. Las compañías también ofrecen contratos que limitan las primas en base a una edad terminal, tal como 60, 65, 70 e incluso más años. El objetivo es el de atraer al comprador con la idea de que pagará totalmente la póliza durante su vida activa. Así, una póliza que requiere el pago de primas hasta los sesenta y cinco años de edad, se conocerá como una prima de seguro de vida pagada a los sesenta y cinco años. Debe advertirse que una póliza de treinta pagos y una póliza pagada a los sesenta y cinco años, ambas formalizadas a los treinta y cinco años de edad, tendrán la misma prima, ya que en la actualidad ambos tipos de seguro de vida entera tienen sus pagos limitados a treinta años.

Dado que las pólizas a primas temporales requieren el pago de las primas durante un plazo que es inferior al de la duración del contrato, de ello se desprende que la prima anual nivelada bajo este plan debe ser más grande que la necesaria cuando los pagos de primas continúan durante toda la vida de la póliza. El propósito de este plan es el de hacer que el tomador del seguro pague un importe adicional anualmente durante el período fijo de pago de primas, de forma que a la terminación de ese período, la póliza pueda seguir en vigor sin más obligaciones económicas por parte del asegurado. Así, en el caso de una póliza a primas temporales, las diez, quince o veinte primas exigidas por el contrato representan una suma que es lo suficientemente más grande que el importe acumulado exigido durante el mismo período en una póliza a primas vitalicias, como para permitir a la compañía, junto con los devengos a interés compuesto a una tasa determinada, llevar la póliza hasta su vencimiento sin nuevos pagos por parte del asegurado. Aunque los cálculos matemáticos necesarios para computar las primas netas de las pólizas a primas temporales se tratan en el capítulo 23, la forma de aplicación del

sistema en la práctica puede quedar ilustrada en las siguientes tarifas sin participación (tabla 6.3), tomadas del libro de tarifas de la compañía que ya se ha empleado a efectos de ilustración en los dos capítulos precedentes. Las tarifas mostradas son las cargadas por la compañía a diversas edades seleccionadas para una póliza de vida entera de diez, quince y veinte pagos. Las tarifas para un plan con primas pagaderas durante toda la vida (a primas vitalicias) también se dan, en la segunda columna, de forma que puedan hacerse comparaciones (5).

TABLA 6.3

Tarifas de primas anuales sin participación por cada $ 1.000 de póliza de vida entera, para una póliza de $ 10.000 con diversos períodos de pago de primas

Edad	*A primas vitalicias*	*20 años*	*Pagada a los 65 años*
25	$ 13,45	$ 22.29	$ 14,89
30	15,83	25,12	17,99
35	18,99	28,61	22,40
40	22,97	32,65	28,35
45	27,94	37,47	37,47
50	34,06	42,88	51,99
55	41,93	49,46	80,92
60	52,83	58,46	—
65	67,46	70,79	—

Un examen de la tabla 6.3 nos muestra que cuanto menor sea el número de primas a pagar, mayor será cada pago. Así, a la edad masculina de veinticinco años, una póliza de vida entera con primas pagaderas hasta que la póliza se convierta en siniestro, costará $ 13,45 en esta compañía. Si, en cambio, el asegurado prefiere pagar la póliza en plazos hasta la edad de sesenta y cinco años, cada prima costará $ 14,89; y si ha de pagarse en veinte plazos, la prima será $ 22,29. Si las primas se extienden hasta diez y quince años, las primas anuales serían aún más elevadas.

(5) Estas tarifas se emplean simplemente a efectos ilustrativos. Ha de advertirse que pueden variar algo las primas brutas cargadas por diferentes compañías. Además, en las compañías de seguros con participación, las primas brutas son considerablemente más altas, reduciéndose a final de año gracias al reembolso de dividendos.

Debido a sus primas más elevadas, la póliza a primas temporales no se adapta muy bien a las personas de ingresos bajos y cuya necesidad de cobertura de seguros es tan grande que ponen mayor énfasis en la cuantía de la cobertura que en la acumulación de un fondo en la compañía, especialmente cuando hay razones para creer que los ingresos con los que deben abonarse las primas serán mucho más elevados en el futuro que en la actualidad. Además, muchos tomadores de seguros con amplia capacidad para pagar las primas, pueden considerar que una póliza que exige pagos durante toda la vida puede hacer frente mejor a sus necesidades que un seguro a primas temporales, ya que les permite utilizar la diferencia entre ambas primas con mayores beneficios que si tuvieran que acumularla en una compañía de seguros.

Por otro lado ,la desventaja que representan unas primas más elevadas se ve compensada por la disponibilidad de un mayor elemento de ahorro o inversión. Las primas más elevadas producen valores en efectivo mayores, que pueden utilizarse en una emergencia o al llegar la jubilación. No existe ninguna ventaja financiera presunta de un tipo sobre el otro. Todas las pólizas a primas temporales poseen las mismas opciones de no caducidad, de dividendo, de liquidación, y demás características de la póliza de seguro de vida a primas vitalicias que proporcionan una flexibilidad al asegurado. Es importante recordar que todos los tipos de seguro de vida permanente poseen los elementos de cobertura y de ahorro, y que la principal distinción entre los distintos planes reside en la importancia relativa otorgada a cada uno de esos elementos.

La póliza de vida entera de un sólo pago o de prima única es una forma extrema del seguro de vida a primas temporales. Naturalmente, en este sistema el elemento de ahorro es la característica predominante, y el elemento de cobertura es sustancialmente menor al capital de la póliza. En consecuencia, tales contratos se adquieren fundamentalmente con finalidades inversoras. El otro extremo está representado por la póliza de seguro de vida a primas vitalicias, en el que las primas son pagaderas hasta el vencimiento del contrato. Los contratos normales a primas temporales varían entre esos dos extremos. Las pólizas de cinco y diez pagos están muy cerca de las de prima única, mientras que una póliza totalmente pagada a los ochenta y cinco años es, a efectos prácticos, equivalente a una póliza a primas vitalicias. A medida que aumenta el número de pagos de primas, la prima anual y, en consecuencia, el valor en efectivo o elemento de ahoro resulta proporcionalmente más pequeño. La elección entre estos tipos depende de las circunstancias y de las preferencias personales.

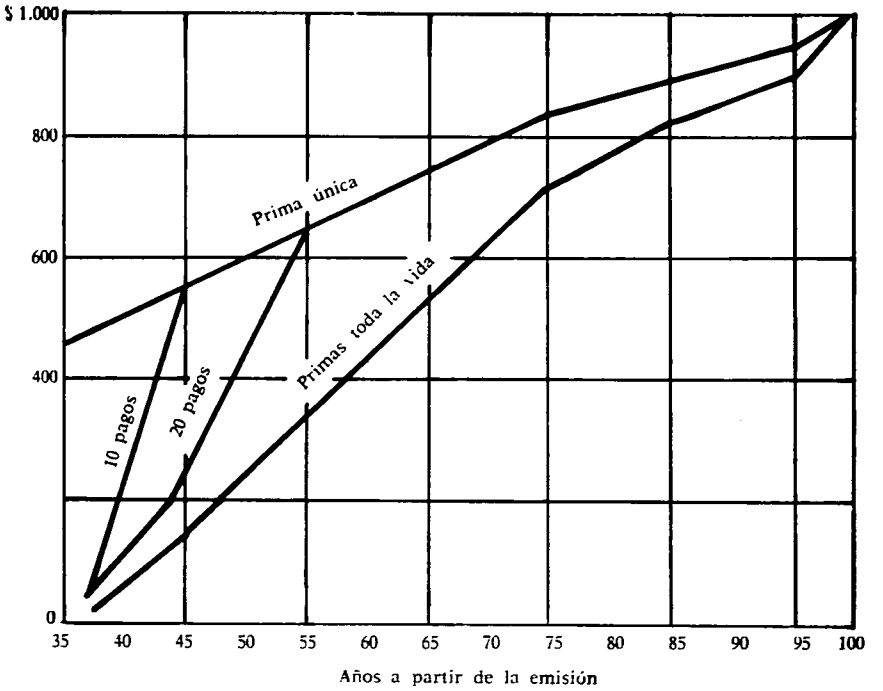


GRAFICO 6.1.—Valores de reserva terminales por cada $ 1.000, edad masculina de 35 años, seguro de vida entera, *Tabla CSO 1958* e interés del 2,5 por 100.

El gráfico 6.1 muestra los valores terminales de reserva cuando el seguro de vida entera, contratado a la edad masculina de treinta y cinco años, se paga mediante prima única, primas anuales durante diez años, primas anuales durante veinte años y primas anuales pagaderas durante toda la vida. Cuando una compañía vende una póliza de vida entera a la edad masculina de

treinta y cinco años, a pagar con arreglo a alguno de los planes citados, la ley exige que se mantengan los valores de reserva apropiados. Tales valores representan el exceso en pagos de primas sobre el coste de la cobertura, de donde pueden ser considerados como ahorros pertenecientes al asegurado. El gráfico ilustra lo que antes se ha explicado, esto es, que el valor del fondo de ahorros representado por el valor de reserva varía inversamente con la longitud del período de pago de primas. Así, el seguro de vida a primas vitalicias, con pagos durante toda la vida, tiene el más pequeño fondo de ahorro, y el plan de prima única, que implica un sólo pago, tiene el mayor de todos. Ha de advertirse, no obstante, que una vez finalizados los pagos de primas en los dos planes a primas temporales, los ahorros en cada caso equivalen a los del plan de prima única. Así debe ser, ya que una vez expirado cualquier período a primas temporales, la compañía ya no recibirá más fondos del asegurado para ayudarle a llevar la póliza hasta que la muerte la convierta en siniestro.

OTRAS FORMAS DE SEGURO DE VIDA ENTERA

Póliza de vida modificada

Una póliza de *vida modificada* es un contrato a primas vitalicias en el que las primas han sido redistribuidas de forma que sean inferiores a lo normal durante los primeros tres o cinco años, y superiores a las normales a partir de entonces. Así, en una póliza «modificada a cinco», la compañía puede establecer una prima concreta durante los cinco primeros años, que se duplicará pasado ese período. Las redistribuciones de la prima pueden ser variadas. Durante el período preliminar, la prima siempre es algo mayor que la prima normal del temporal para ese período, pero menor que la de la póliza a primas vitalicias en la fecha de emisión. Lógicamente, pasado el período preliminar, la prima es siempre algo mayor que la de la póliza a primas vitalicias en la fecha de emisión, pero menor que la de la póliza a primas vitalicias a la edad alcanzada por el asegurado al final de período preliminar. Cualquiera que sea el tipo de redistribución utilizado, la compañía recibe el equivalente actuarial de la póliza normal a primas vitalicias.

Una variante de la póliza de vida modificada es la *póliza a primas vitalicias graduadas*. En tal tipo de contrato, la prima se eleva *cada año* durante el período preliminar (normalmente cinco años) y luego permanece nivelada. Esta es, por supuesto, sencillamente otra redistribución que es el equivalente actuarial de la póliza normal a primas vitalicias.

Las pólizas de seguro de vida modificadas están proyectadas para superar la resistencia de los posibles clientes del seguro de vida ante el desembolso en primas necesario para adquirir un seguro de vida permanente (6). Son adecuadas para familias jóvenes o para las personas que están completando su educación, cuya necesidad de cobertura es grande pero cuyos ingresos son insuficientes para permitirse un seguro normal a primas vitalicias. Este tipo de pólizas evita alguna de las desventajas del seguro puro temporal y permite al joven adulto embarcarse en un programa de seguro de vida permanente en el que se reconoce el hecho de que sus ingresos y, consiguientemente, su capacidad de pago, se incrementarán normalmente cada año.

En este punto conviene advertir que el seguro temporal nivelado con una cláusula de conversión automática, puede ser considerado como un caso extremo de redistribución de primas. Mediante este sistema, ninguna parte de la prima va destinada al elemento ahorro y, en consecuencia, al final del período preliminar la prima será sencillamente la de la póliza a primas vitalicias a la edad alcanzada por el asegurado. Ese pago será, por supuesto, superior al de la prima correspondiente en el plan de póliza de vida modificada después del período preliminar.

En todos los planes de seguro de vida modificado, los valores en efectivo son inferiores en los primeros años a los que

(6) En realidad, una de las primeras pólizas de seguro de vida modificadas, la «Modificada 3», introducida en 1928 por La Prudential, tenía por objeto hacer frente a la competencia de los contratos sin participación, que tenían primas iniciales más bajas que las de la póliza corriente de seguro de vida con participación. (Véase E. C. MAY y W. C. OURSLER: *The Prudential* (Nueva York, Doubleday, 1950), págs. 191-92.

tendrían normalmente, y no son pagaderos en esas fechas iniciales, pero en todos los demás aspectos, el contrato es normalmente idéntico al de la póliza a primas vitalicias.

Seguro de vida conjunto o sobre varias cabezas

Aunque la gran mayoría de los seguros de vida se suscriben sobre la vida de una sola persona (seguro de vida individual), teóricamente es posible suscribir un seguro de vida para cualquier número de vidas. Cuando un contrato se suscribe sobre dos o más vidas, se conoce como póliza de seguro de vida conjunto. El término *póliza de seguro de vida conjunto* significa que la compañía ha de pagar el capital en el caso de la *primera* muerte entre las dos o más vidas cubiertas en la póliza. Si el capital es pagadero a la muerte de la *última* de las dos o más vidas, se denomina póliza *de último superviviente.* Ninguna de estas pólizas alcanza un gran volumen de suscripción, pero la póliza de seguro conjunto ha sido utilizada en cierta medida.

La póliza de seguro conjunto puede suscribirse con arreglo a cualquier plan de vida entera, para caso de vida o a plazo fijo. La prima por un capital determinado de seguro será inferior al total de las primas separadas aplicadas a pólizas individuales con el mismo capital. Pero ha de tenerse presente que a la muerte de una de las vidas aseguradas cesa el contrato, y los supervivientes ya no gozarán de más cobertura bajo la póliza de seguro conjunto.

Ha de advertirse, no obstante, que, en anuncios recientes de las compañías sobre nuevos productos, se han incluido, con cierta regularidad, pólizas de seguro de vida conjunto. Dos nuevos sistemas han contribuido a ello: un beneficio de asegurabilidad garantizado y un beneficio de seguro temporal para el superviviente. Estas pólizas (la mayoría de vida entera, pero también temporal decreciente y, en alguna medida, de otras formas) establecen una cobertura temporal de seguro a plazo fijo durante el período de aceptación proporcionado al superviviente para elegir la opción de asegurabilidad.

POLIZAS DE VIDA ENTERA «ESPECIALES» Y DE RIESGO PREFERENTE

Desde hace muchos años, algunas compañías han emitido las llamadas pólizas de riesgo preferente, con primas reducidas, con arreglo a unos criterios de selección que estaban destinados a producir una experiencia de mortalidad mejor a la normal. En años recientes se ha estado produciendo una actividad creciente en este área, en la que además se están tomando en consideración otros factores para determinar la reducción de las primas. Debido al hecho de que en la actualidad hay muchos más factores implicados que la simple selección de riesgos superiores, la práctica ha impuesto que tales pólizas se denominen «especiales».

Normalmente, en el plan a primas vitalicias, las pólizas especiales se ofrecen solamente: 1) por un capital mínimo (normalmente $ 5.000 a $ 25.000), 2) para riesgos preferentes, o 3) para ambos a la vez. Tales factores son los que proporcionan la principal justificación en la reducción de las primas, que en algunos casos es sustancial.

El propósito de fijar un capital mínimo es el de reducir la tasa de gastos por cada $ 1.000 de seguro. Muchas partidas de gastos no varían directamente con la prima, tales como algunos gastos de administración, los derechos por examen médico, derechos del informe de inspección, gastos de servicio de la póliza, gestiones de cobro de la prima y demás. Por tanto, si el valor medio de la póliza puede incrementarse. la tasa de gastos por cada $ 1.000 será inferior y, en consecuencia. al menos una parte de ese ahorro se pasará al comprador que desea adquirir una póliza mayor.

Incluso aquellos gastos que sí varían con la prima, como los impuestos de la prima y las comisiones, producen un ahorro adicional cuando se aplican a una prima bruta más baja.

Otros factores que afectan al ahorro en los gastos de las pólizas especiales de algunas compañías son: 1) una reducción real en la tarifa de comisión del agente para tales pólizas; 2) la *exigencia* del pago anual de la prima, para reducir los gastos

de cobro; 3) la inclusión en el contrato de opciones de liquidación menos favorables, y 4) la posibilidad de un inferior ratio de caducidad.

La teoría de los «riesgos preferentes», con tarifas más bajas para contratos altos, era de amplia utilización hace varios años, pero está en vías de desaparición con el advenimiento de las pólizas especiales basadas casi exclusivamente en su tamaño. Los ahorros conseguidos a través de superiores criterios de selección dependen de la naturaleza del criterio impuesto. Una póliza importante siempre tendrá examen médico, mientras que un contrato más pequeño quizá no; por consiguiente, los contratos más elevados producen normalmente un mejor índice de mortalidad durante los primeros años. Los ahorros potenciales pueden ser sustanciales, pero el único test verdadero es el de la experiencia de mortalidad real. Unos ahorros anticipados por mortalidad pueden no darse, dependiendo de una serie de factores. Algunas fuentes consideran que la extremadamente competitiva situación no permitirá a las compañías mantener su postura, desde el punto de vista de la suscripción. Es difícil convencer a un agente, una vez que ha vendido un contrato importante en base a una póliza «especial» a un solicitante que hubiera sido considerado normal para otro tipo de plan, de que el contrato de riesgo preferente no puede ser formalizado a causa de unos pocos puntos adicionales de mortalidad, evaluados desde el punto de vista de la suscripción.

Aquellos que apoyan la emisión de pólizas especiales arguyen que es una simple razón de justicia el conceder un beneficio en forma de primas reducidas al tomador del seguro que hace una póliza de tal importancia que su tasa de gastos es inferior a la media.

Por otro lado, no hay nada mágico en la fijación de un capital mínimo de $ 5.000, $ 10.000 o $ 25.000 y, lógicamente, puede sostenerse que todas las primas de seguros de vida deben graduarse con arreglo a la importancia real del riesgo (por cada $ 1.000), a partir de un determinado mínimo. Si existe un ahorro de gastos en las pólizas alrededor de $ 5.000, ¿por qué una póliza de $ 10.000 ó $ 50.000 no se merece un descuento aún mayor? Si el principio de conceder tarifas reducidas en base al ahorro en gastos o al ahorro por mortalidad es válido, éste debe extenderse a todo tipo de pólizas.

Como consecuencia de esto, un número cada vez mayor de compañías está adoptando el principio de graduar las primas con arreglo a la importancia de la póliza como una de las características de las pólizas especiales, y una serie de compañías han aplicado este principio de forma generalizada a todos los planes y a todas las edades.

Las razones económicas, debido a la cada vez mayor complejidad en el funcionamiento de la actividad de seguros, limitan naturalmente el grado en que pueda llegar a alcanzarse una plena justicia. Salvo que este principio se extienda a todas las formas de pólizas y se gradúe por la importancia del riesgo a partir de un determinado mínimo, el resultado es simplemente sustituir una forma de discriminación por otra.

Dejando a un lado el fundamento de las razones adelantadas en pro y en contra, lo cierto es que la extremadamente competitiva situación existente en la actualidad ha conducido a un enorme incremento en el número de compañías que ofrecen pólizas especiales. Además, se prevé que un número cada vez mayor de compañías aceptará el principio de graduación de la prima en base al tamaño de la póliza, aplicándolo de forma generalizada a todos los contratos y a todas las edades.

Es necesario recordar que el total de gastos incurridos es el mismo, suponiendo un mismo volumen de negocio y un mismo tamaño medio de las pólizas, y que de lo que aquí se trata es de *distribuir* los gastos entre varias clases de tomadores de seguros. Al redistribuirse los gastos en clasificaciones teóricamente más perfeccionadas, el coste de las pólizas más pequeñas debe subir si el coste de las pólizas más grandes desciende. Ha de advertirse, no obstante, que si tal redistribución conduce a un valor medio mayor de las pólizas, o a un volumen de negocio significativamente mayor, los costes unitarios ligados a los gastos fijos deberán descender para todas las pólizas.

SEGURO DE VIDA VARIABLE

La inflación en nuestra economía se ha convertido en un hecho tan corriente en la mente de la mayoría de las personas, que parece estar convirtiéndose en el factor predominante a la hora de organizar sus asuntos financieros. En respuesta a esta necesidad evidente, la rama de seguros de vida está desarrollando una figura de seguro que establece un mínimo garantizado en caso de muerte y la posibilidad de un incremento en los beneficios del seguro sin exigir necesariamente un gasto mayor para primas. Al escoger esta póliza de beneficio variable, en vez de la póliza tradicional de beneficio fijo, el tomador del seguro obtendrá el contrato apropiado para conseguir un rendimiento neto de la inversión que exceda del interés técnico previsto aplicado para aumentar los beneficios de su póliza. En compensación, quizá se deba renunciar a la garantía de los valores en efectivo y a los elementos de una póliza de beneficio fijo que dependen de valores en efectivo garantizados, concretamente a los beneficios mínimos de no caducidad y al tradicional préstamo sobre póliza. El advenimiento del seguro de vida variable tiene el potencial suficiente como para producir modificaciones de largo alcance en la rama de los seguros de vida.

Modelos de este seguro

El seguro de vida variable comprende tanto un modelo *ligado a un índice* como un modelo *ligado a acciones*. El modelo ligado a un índice es un contrato en el que el capital varía con arreglo a algún índice publicado, como el Indice de Precios al Consumo. En los contratos ligados a acciones, el capital fluctúa con el rendimiento de la reserva invertida, esencialmente en acciones ordinarias. Los seguros de vida variables basados en acciones pueden clasificarse a su vez en seguros de *prima variable* o de *prima fija*. Desde hace más de quince años existe en el mercado holandés el modelo de prima variable. El modelo de prima fija apareció en Gran Bretaña hace unos nueve años y, más recientemente, en Canadá. El interés por el seguro de vida basado en acciones se despertó en Estados Unidos con la

publicación, en noviembre de 1969, de un trabajo por tres actuarios de la *New York Life* (7). Este trabajo examinaba el seguro de vida variable en el que 1) las primas quedaban fijas al emitir la póliza; 2) el activo que respaldaba la póliza se invertía en acciones ordinarias, y 3) los beneficios variaban con arreglo a los resultados inversores de la cartera de valores.

Examen del modelo holandés (8).—En este modelo, la totalidad de la reserva de la póliza de seguro de vida variable se lleva en una cuenta separada, cuyo activo se invertirá esencialmente en acciones de renta variable. El capital varía a intervalos específicos (por ejemplo, diaria, mensual o anualmente). El capital para cualquier período concreto es igual al capital del período anterior, multiplicado por un factor corrector de inversión. El factor corrector de inversión refleja la relación entre 1) el rendimiento neto real de inversión de la cuenta separada (ajustada en su caso con los impuestos y demás cargos efectuados por la compañía de seguros), y 2) la tasa de interés asumida para el cálculo de las primas netas y reservas.

Al objeto de mantener un equilibrio actuarial en este modelo, es necesario que las primas sean variables, lo mismo que los beneficios. La cuantía real de la prima se determina utilizando los mismos factores correctores de inversión que se emplean para determinar el capital. En otras palabras, los capitales y las primas varían exactamente en la misma proporción; si el capital se ha convertido en el doble del capital inicial, debido a un rendimiento favorable de la inversión, la prima a pagar entonces es también doble de la prima inicial, y así sucesivamente. La teoría actuarial básica para el modelo holandés de prima variable, en la que todas las primas y beneficios se expresan en términos de unidades en vez de en dólares, es, por supuesto, exactamente igual a la teoría actuarial básica para las

(7) Véase ROBERT A. BECK: «Variable Life Insurance: A Perspective on Issues and Current Developments», *Proceedings of the National Conference on Variable Life Insurance* (Filadelfia: Departamento de Seguros, Universidad de Pensilvania, marzo de 1971), pág. 3.

(8) Véase CHARLES M. STERNHELL: «The New York Life Benefit Design and Its Practical Implementation», *Proceedings of the National Conference on Variable Life Insurance* (Filadelfia: Departamento de Seguros, Universidad de Pensilvania, marzo de 1971), págs. 70-74.

equivalentes pólizas de seguro de vida de capital fijo en dólares.

A pesar de la atractiva simplicidad básica del modelo holandés de prima variable, existe una extendida opinión entre los actuarios y demás profesionales de seguros de los Estados Unidos, de que el sistema de prima variable puede constituir una desventaja decisiva desde el punto de vista del marketing. De conformidad con esto, la mayoría de los modelos de seguro de vida variable que se han examinado recientemente en los Estados Unidos, contienen primas fijas en vez de variables.

TABLA 6.4

Capitales ilustrativos para pólizas de vida entera de beneficios variables, con un capital inicial de $ 1.000, emitidas a la edad masculina de 55 años, en las que el rendimiento neto anual de inversión de la cuenta separada es 0, 3, 6 ó 9 por 100.

(Primas niveladas netas y reservas basadas en la *Tabla CSO 1958*, 3 por ciento de interés y funciones tradicionales)

Al final del año de la póliza	*Prima variable (modelo holandés) Porcentaje*				*Prima fija (modelo New York Life) Porcentaje*			
	0	*3*	*6*	*9*	*0*	*3*	*6*	*9*
1	$ 971	$ 1.000	$ 1.029	$ 1.058	$ 971	$ 1.000	$ 1.029	$ 1.058
2	943	1.000	1.059	1.120	959	1.000	1.041	1.084
3	915	1.000	1.090	1.185	948	1.000	1.054	1.110
4	888	1.000	1.122	1.254	937	1.000	1.067	1.137
5	863	1.000	1.154	1.327	926	1.000	1.080	1.165
6	837	1.000	1.188	1.405	915	1.000	1.093	1.194
7	813	1.000	1.223	1.486	904	1.000	1.106	1.224
8	789	1.000	1.258	1.573	893	1.000	1.120	1.255
9	766	1.000	1.295	1.665	883	1.000	1.134	1.287
10	744	1.000	1.333	1.762	873	1.000	1.148	1.320
11	722	1.000	1.371	1.864	863	1.000	1.162	1.355
12	701	1.000	1.411	1.973	853	1.000	1.177	1.391
13	681	1.000	1.452	2.088	843	1.000	1.192	1.428
14	661	1.000	1.495	2.209	834	1.000	1.207	1.466
15	642	1.000	1.538	2.338	825	1.000	1.222	1.505
16	623	1.000	1.583	2.474	816	1.000	1.237	1.545
17	605	1.000	1.629	2.618	807	1.000	1.252	1.586
18	587	1.000	1.677	2.771	799	1.000	1.268	1.628
19	570	1.000	1.725	2.932	791	1.000	1.284	1.672
20	554	1.000	1.776	3.103	783	1.000	1.300	1.717

TABLA 6.4 (*continuación*)

Al final del año de la póliza	*Prima variable (modelo holandés) Porcentaje*				*Prima fija (modelo New York Life) Porcentaje*			
	0	*3*	*6*	*9*	*0*	*3*	*6*	*9*
21	538	1.000	1.827	3.284	775	1.000	1.316	1.763
22	522	1.000	1.881	3.475	767	1.000	1.332	1.811
23	507	1.000	1.935	3.678	760	1.000	1.348	1.860
24	492	1.000	1.992	3.892	753	1.000	1.364	1.911
25	478	1.000	2.050	4.118	746	1.000	1.381	1.963
26	464	1.000	2.110	4.358	739	1.000	1.398	2.016
27	450	1.000	2.171	4.612	732	1.000	1.415	2.071
28	437	1.000	2.234	4.881	725	1.000	1.432	2.128
29	424	1.000	2.299	5.165	719	1.000	1.449	2.186
30	412	1.000	2.366	5.466	713	1.000	1.466	2.245
31	400	1.000	2.435	5.785	707	1.000	1.483	2.306
32	388	1.000	2.506	6.121	701	1.000	1.500	2.369
33	377	1.000	2.579	6.478	695	1.000	1.517	2.433
34	366	1.000	2.654	6.855	690	1.000	1.535	2.499
35	355	1.000	2.732	7.255	685	1.000	1.553	2.567
36	345	1.000	2.811	7.677	680	1.000	1.571	2,637
37	335	1.000	2.893	8.125	675	1.000	1.589	2.709
38	325	1.000	2.977	8.598	670	1.000	1.607	2.783
39	316	1.000	3.064	9.099	665	1.000	1.625	2.859
40	307	1.000	3.153	9.629	660	1.000	1.643	2.937
41	298	1.000	3.245	10.190	655	1.000	1.662	3.018
42	289	1.000	3.340	10.783	650	1.000	1.681	3.102
43	281	1.000	3.437	11,411	645	1.000	1.700	3.189
44	272	1.000	3.537	12.076	640	1.000	1.720	3.279
45	264	1.000	3.640	12.780	635	1.000	1.740	3.373

Primas netas para ciertos años de la póliza

Al final del año de la póliza	*Prima variable (modelo holandés) Porcentaje*				*Prima fija (modelo New York Life) Porcentaje*			
	0	*3*	*6*	*9*	*0*	*3*	*6*	*9*
1	$ 39,09	$ 39,09	$ 39,09	$ 39,09	$ 39,09	$ 39,09	$ 39,09	$ 39,09
5	34,71	39,09	43,86	49,02	39,09	39,09	39,09	39,09
10	29,94	39,09	50,62	65,08	39,09	39,09	39,09	39,09
15	25,84	39,09	58,44	86,35	39,09	39,09	39,09	39,09
20	22,28	39,09	67,43	114,61	39,09	39,09	39,09	39,09
25	19,23	39,09	77,87	152,14	39,09	39,09	39,09	39,09
30	16,57	39,09	89,87	201,90	39,09	39,09	39,09	39,09
35	14,31	39,09	103,74	267,96	39,09	39,09	39,09	39,09
40	12,35	39,09	119,77	355,68	39,09	39,09	39,09	39,09
45	10,63	39,09	138,26	472,05	39,09	39,09	39,09	39,09

Modelo New York Life de prima fija (9).—El modelo *New York Life* de prima fija fue propuesto inicialmente en un trabajo redactado por JOHN C. FRASER, WALTER N. MILLER y CHARLES M. STERNHELL, presentado en el Congreso anual de la Sociedad de Actuarios, en noviembre de 1969. Una característica básica, común al modelo *New York Life* y al modelo holandés, es el hecho de que la totalidad de la reserva se lleva en una cuenta aparte cuyo activo se invertirá esencialmente en acciones de renta variable.

Una diferencia básica entre el modelo *New York Life* y el modelo holandés es el hecho de que, en el primero, el capital para cualquier período concreto es igual al capital del período anterior, multiplicado por dos factores en vez de por uno, como en el modelo holandés. Los dos factores involucrados en el modelo *New York Life* son: 1) un factor corrector de inversiones que es el mismo utilizado en el modelo holandés, y 2) un factor corrector de primas que refleja el hecho de que son primas fijas o niveladas las que se pagan, y no primas variables.

En el modelo *New York Life*, las reservas por cada $ 1.000 de capital real para una póliza de seguro de vida variable son exactamente iguales a las reservas por cada $ 1.000 de capital en una póliza equivalente de capital fijo. Esta importante característica también está presente en el modelo holandés de prima variable, pero no en ningún otro modelo de prima fija distinto del modelo *New York Life*. Esta característica es de gran significación, ya que hace posible que la póliza de seguro de vida variable se asemeje lo más posible a la póliza tradicional de capital fijo que los agentes están acostumbrados a vender.

Resultados ilustrativos para los modelos holandés y New York Life.—La tabla 6.4 muestra los capitales y primas netas para una póliza variable de vida entera con un capital inicial de $ 1.000, emitida a la edad masculina de cincuenta y cinco años. Se incluyen las cifras para cuatro niveles distintos de supuesto rendimiento neto anual de inversión de la cuenta separada (después del ajuste por los cargos efectuados por la compañía en el activo de la cuenta separada), esto es, del 0, del 3, del 6 y del 9 por 100. Las primas netas y las reservas se calculan en base a la *Tabla de Mortalidad CSO 1958* y a un tipo de interés asumido del 3 por 100.

(9) *Ibidem.*

Las cuatro primeras columnas muestran los resultados ilustrativos de una póliza del modelo holandés. La segunda columna muestra que los capitales y las primas netas permanecerán nivelados si el rendimiento neto efectivo de inversión de la cuenta separada es siempre igual al tipo de interés asumido del 3 por 100. La primera columna muestra cómo los capitales y las primas irían descendiendo si el rendimiento neto efectivo de la inversión fuera del 0 por 100, y la tercera y cuarta columnas muestran cómo los capitales y primas irían aumentando si el rendimiento neto efectivo de la inversión fuera del 6 ó del 9 por 100.

Con cualquier modelo de prima fija ha de producirse obviamente un efecto de moderación en las cuantías de los seguros que pueden proporcionarse, en comparación con los proporcionados en el modelo holandés de prima variable. Las cuatro últimas columnas de la tabla 6.4 muestran que, en todos los casos, los capitales para el modelo *New York Life* de prima fija están más próximos al capital inicial que en el caso del modelo holandés de prima variable. Si el rendimiento neto de la inversión es menos favorable que el tipo de interés asumido del 3 por 100, el modelo *New York Life* produce capitales superiores a los del modelo holandés. Y a la inversa, si el rendimiento neto de la inversión es más favorable que el tipo de interés asumido del 3 por 100, el modelo *New York Life* produce capitales más bajos que los del modelo holandés.

Existen, por supuesto, otras posibilidades en modelos de prima fija. Los actuarios de la *New York Life* creen que el seguro de vida variable se venderá fundamentalmente en su aspecto de seguro y no como vehículo inversor, y por ello consideran que tiene unas características favorables, en cuanto que pone un énfasis relativamente mayor en la cuestión de la prestación en caso de muerte, que el que ofrecen otros modelos de prima fija.

Aplicación práctica

Al aplicar un planteamiento concreto al seguro de vida variable, es necesario tomar una serie de decisiones específicas. Por ejemplo, existen complejas cuestiones en relación con la frecuencia de las correcciones en el capital, con los valores de rescate en efectivo, con los beneficios de no caducidad, con la cláusula de préstamos sobre la póliza, con las opciones de dividendo y de liquidación, con la compensación a los agentes, y con la política de fijación de precios.

Una de las cuestiones básicas de las que depende la tasa de crecimiento de este tipo de seguro de vida, es la de si, a efectos de regulación legal, ha de ser considerado como un «valor» o como un «seguro». Las rentas variables han sido consideradas legalmente como «valores». En el caso del seguro de vida variable, el planteamiento de la industria ante la SEC ha sido el de delimitarlo como un tipo de póliza sobre el que la comisión no pudiera declararse competente con arreglo a las leyes federales sobre valores (10).

En 1973, la SEC adoptó una serie de decisiones que hubieran otorgado a las pólizas de seguro de vida variable y a sus emisores amplias exenciones en relación con las leyes federales sobre valores. Estaba entonces en curso de desarrollo un Proyecto-Patrón de la NAIC, y parecía que la SEC y la NAIC habían llegado a un compromiso en cuanto al papel relativo de las regulaciones federales y estatales sobre este nuevo tipo de seguro de vida. Pero recientemente la SEC propuso la revocación de las decisiones adoptadas hace dos años. La SEC declaró que, si se adoptaba su propuesta, recomendaría que las cuentas separadas de los seguros de vida variables no deberían estar obligadas a registrarse con arreglo a la Ley de Compañías Inversoras de 1940. Esta drástica propuesta suprimiría también exenciones relativas a la definición del «asesor de inversiones», otorgadas simultáneamente a las compañías de seguros de vida y a sus afiliados al prestar servicios de asesoría complementarios

(10) Véase RALPH L. GUSTIN, Jr.: «Federal Regulatory Aspects of Variable Life Insurance», *Proceedings of the National Conference on Variable Life Insurance* (Filadelfia: Departamento de Seguros, Universidad de Pensilvania, marzo de 1971), págs. 21-24.

a la emisión de las pólizas de seguros de vida variables. Tal propuesta requeriría virtualmente un sometimiento total a la Ley de 1940, con la excepción del registro. Pero la SEC dejó la puerta abierta para nuevas exenciones o modificaciones que reconocieran «las cualidades únicas del seguro de vida variable...». Y también admitió que la imposición de tan severos requisitos «exigiría determinadas modificaciones en los procedimientos y planes de actuación de las personas que propongan la emisión de contratos de seguro de vida variable, en comparación con los empleados en los seguros corrientes de beneficio fijo...» (11).

Estos acontecimientos recientes han conducido a muchas compañías a aplazar sus proyectos para incluir el seguro de vida variable en su línea de productos. El interés de las compañías y la capacidad para progresar en la oferta del seguro de vida variable en los Estados Unidos, depende en gran medida de una clarificación de la postura de la SEC (12).

(11) *Best Review, Life Edition*, vol. 75, núm. 12 (marzo 1975), pág. 5.

(12) Para una excelente reseña de la evolución de la postura de la SEC durante los últimos cinco años, véase PAUL J. MASON: «Variable Life Insurance at the Regulatory Crossroads», *ALIA News*, vol. 3, núm. 5 (junio 1975), págs. 3-8.

7

Seguro mixto

NATURALEZA DEL SEGURO MIXTO

Las pólizas temporales y a vida entera, de que nos hemos ocupado en los capítulos que anteceden, prevén el pago de la suma asegurada únicamente en el supuesto del fallecimiento. Por el contrario, las pólizas mixtas no sólo prometen el pago a la muerte del asegurado, sino también en el caso de que siga con vida al *final del período fijado*. Mientras las pólizas pagaderas en caso de muerte se estipulan primordialmente en beneficio de terceros, la protección en las pólizas mixtas beneficia a terceros si se produce el fallecimiento, pero generalmente aprovechan al propio asegurado si éste sobrevive al terminar el período. Este tipo de pólizas se ha hecho muy popular en estos últimos tiempos, ya que permite la acumulación de un fondo que el asegurado puede utilizar en su día.

Este seguro puede ser considerado bajo dos puntos de vista: 1) bajo el aspecto denominado matemático; 2) bajo el aspecto económico.

Aspecto matemático

La compañía promete dos cosas con este seguro: 1) pagar la suma asegurada si el asegurado muere durante el período de acumulación; 2) pagar la suma asegurada si el asegurado sobre-

vive al final del período. La primera promesa coincide con la de una póliza temporal suscrita por la misma suma y período de tiempo; la segunda introduce un concepto nuevo, el de «la pura dote». Así como la compañía puede estimar actuarialmente el número de los que vayan a fallecer, puede estimar el de los que vayan a alcanzar una cierta edad. Así surge el seguro diferido, que se define como aquel contrato que promete pagar la suma asegurada *solamente* si el asegurado sigue con vida al final del período fijado, sin reconocerle ningún derecho en el caso del fallecimiento. Este tipo de contrato rara vez se estipula por sí sólo, ya que no son muchos los que se inclinan a perder todas las primas en el caso del fallecimiento antes de que el período termine. Para acumularle los beneficios en caso de muerte solamente habrá que añadir un seguro temporal. Los dos elementos, el del seguro temporal y el diferido, satisfacen conjuntamente los beneficios de este tipo de seguro mixto.

Aspecto económico

Aunque el análisis que antecede sea en sí correcto, y se ajuste a los efectos del cálculo matemático, ha de ser completado con un estudio más significativo y lógico, situado en un plano económico. Este estudio divide al seguro mixto en dos partes, esto es, en un *seguro temporal decreciente* y en una *inversión creciente*. La parte de inversión del contrato se pierde completamente en caso de fallecimiento antes de que termine el período del seguro: se trata más bien de una acumulación de ahorros de que el asegurado puede disponer en cualquier momento, una vez hayan transcurrido los primeros años, gracias al rescate o al anticipo. El aspecto de inversión se completa con un seguro temporal que no es, sin embargo, un seguro temporal uniforme de $1.000 durante la validez del contrato, sino más bien un seguro con una cobertura constantemente decreciente, que añadida a la acumulación inversora al momento del fallecimiento constituirán en total una suma pagadera por la póliza equivalente a la cobertura de $ 1.000. La parte de seguro del contrato es, por tanto, por una suma decreciente, que al principio del seguro es de casi $ 1.000, pero que va disminuyendo a lo largo del período. De este modo, si en un momento determinado una póliza mixta de $ 1.000 cuenta con una acumulación de inversión de $ 150, el asegurado contará con una protección para caso de muerte de $ 850; pero cuando la acumulación llegue a $ 900 el seguro temporal, que es decreciente, será de solamente $ 100.

Finalmente, cuando la parte de inversión llegue al 100 por 100 de la suma asegurada, el seguro temporal ha bajado a cero. En todo momento, el fondo de acumulación de ahorros de un lado, y el seguro temporal decreciente del otro, equivalen conjuntamente a la garantía de la póliza. En otras palabras, en caso de fallecimiento, el asegurado no ha renunciado al fondo; al producirse el fallecimiento, la compañía paga al beneficiario la suma asegurada, que se compone de: 1) la inversión alcanzada; 2) un seguro temporal decreciente igual a la diferencia entre la acumulación de inversión y la suma asegurada. El seguro temporal decreciente tiende a cubrir aquella parte de la cobertura que el asegurado quería ahorrar en caso de haber sobrevivido, pero que no pudo hacerlo por su muerte prematura. Según lo dicho, la prima pagada en esta póliza se divide en tres partes: una, para la acumulación inversora, la otra para pagar el coste del seguro decreciente, y una tercera (relativamente pequeña) para hacer frente a los gastos de la administración del plan a plazos y a otros gastos incidentales.

El seguro temporal decreciente y la inversión creciente pueden comprenderse mejor aún si se observa el gráfico 7.1, que recoge los valores de reserva que la ley exige a una póliza a treinta años para un valor de treinta y cinco años de edad, pagada en cuatro planes diferentes. Cuanto más breve sea el período de pago de las primas, mayor será la inversión representada por los valores de reserva. Al aumentar la inversión, la protección del seguro disminuye y al final del período la inversión es igual a la suma asegurada por la póliza.

La suma que queda por encima de la línea equivale a la cantidad del seguro temporal en cada edad, y la suma que queda por debajo a la cantidad de reserva (o «inversión») a la misma edad; la suma de las dos asciende a $ 1.000, que es la suma asegurada. La tabla 7.1 refleja la reserva creciente, o elemento de inversión, y el seguro temporal decreciente o elemento de protección en un contrato a treinta años.

Este estudio, como puede observarse, es también aplicable

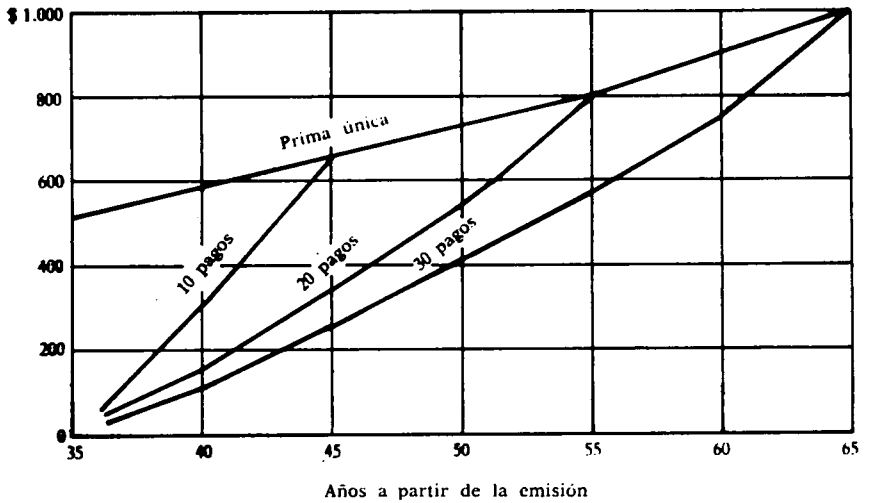


GRAFICO 7.1.—Valores de reserva final por $ 1.000 para un varón de 35 años de edad, con seguro dotal a 30 años, *Tabla 1958 CSO* y al 2,5 por 100 de interés.

a las pólizas a vida entera con primas pagaderas de por vida, así como a las diversas pólizas con planes limitados de pagos. Estos contratos son también seguros dotales, aunque generalmente no se les considere como tales; en cierta medida, se trata de pólizas de inversión. Todo depende del grado de preponderancia que se dé al plan de inversión a plazos. Conforme aumenta el valor de la reserva o aspecto inversor, disminuye la protección para el caso de muerte o aspecto de seguro temporal decreciente. Con una póliza a vida entera, el seguro temporal decreciente se reduce a cero en un varón de cien años, al tiempo que la inversión asciende al 100 por 100 de la cobertura del contrato.

Conviene subrayar que los contratos permanentes de vida no siempre dan a conocer debidamente este concepto doble de inversión creciente-seguro temporal decreciente (1). En las fases

(1) Véase Instituto del Seguro de Vida: *The Nature of Whole Life Contract* (Nueva York, junio 1974).

TABLA 7.1

Seguro mixto de $ 1.000 a 20 años para un varón de 35
(*Tabla 1958 CSO* y al 2,5 por 100 de interés)

Al final de la anualidad	*Valor de reserva*	*Importe neto arriesgado*
1	$ 13,57	$ 986,43
2	54,62	945,38
3	96,66	903,34
4	139,70	860,30
5	183,75	816,25
10	420,28	579,72
15	688,70	311,30
20	1.000,00	—

primitivas del seguro no se admitían las primas o los valores irrenunciables; cuando el sujeto se veía obligado a dejar de pagar las primas, no recibía ninguna devolución; el contrato prometía pagar si se producía un acontecimiento de muerte o de supervivencia a una cierta edad, pero si se abandonaba el plan antes de la ocurrencia de estos hechos, las primas se consideraban devengadas y se perdía todo derecho al elemento de reserva o ahorro (2). Al calcular los valores de las reservas, los actuarios basaban sus cálculos en el concepto matemático, ya que es más fácil trabajar la dote y el seguro temporal con factores de mortalidad sobre una base de $ 1.000, que sobre una base constantemente cambiante. Era muy natural que la interpretación matemática fuera la única válida.

Al darse mayor importancia a los valores vivos del seguro, y a causa de un distinto enfoque de tipo económico, más fácil de comprender, el contrato fue modificado con la adición de unos derechos complementarios que asistían al asegurado en el caso de que no quisiera continuar con su plan; simultáneamente, el

(2) Algunas compañías conceden un valor de liquidación, pero sin que la póliza contenga una cláusula en tal sentido, de suerte que el asegurado no es titular de un *derecho* al valor de rescate. Estos valores, cuando se reconocen, son de pequeña cuantía y solamente se acreditan cuando se solicitan dentro de un plazo breve, a contar desde la cancelación. Hasta 1891 no había ninguna *disposición jurídica* que diera reconocimiento legal al valor de rescate, como tampoco la hubo antes de 1906 en cuanto al privilegio del rescate *al contado*.

aspecto económico de las formas permanentes del seguro de vida ha sido aceptado como explicación más satisfactoria. Ambos aspectos, el matemático y el económico, son suficientes, ya que uno es el equivalente actuarial del otro; no son más que dos modos distintos de ver y analizar una misma cosa.

POLIZAS DE SEGURO MIXTO

Tipos

El examen de los contratos emitidos por las compañías revelan muchas variaciones en cuanto al uso que se haga del principio del seguro mixto. Las pólizas pueden emitirse para períodos de diez, quince, veinte, veinticinco, treinta o más años, o bien la duración puede disponerse para que la maduración se produzca a cierta edad, como por ejemplo a los sesenta, sesenta y cinco, setenta, etc., años de edad. Si la póliza es para un corto plazo, generalmente persigue combinar una protección inmediata con unos ahorros importantes, mientras que si se emite a largo plazo, para que finalice a una edad avanzada, su objeto es normalmente la combinación de la protección con la previsión de la vejez. Es lo más normal que los contratos se paguen con primas extendidas a lo largo de la duración del seguro, que pueden ser anuales, semestrales, trimestrales o mensuales, pero si se desea, las primas pueden abonarse con un plan limitado, por ejemplo, en veinte años con una póliza de treinta.

Los mismos principios son, asimismo, aplicables a planes como los de «ingresos por jubilación» o de «semidotes». En el supuesto de la póliza de ingresos por jubilación, se estipula que la suma pagadera a la supervivencia sea superior a la suma asegurada, y la cantidad a abonar por fallecimiento sea esta misma suma o bien el valor líquido, el que sea mayor de los dos (3). La semidote paga a la supervivencia la mitad de la suma pagadera en caso de fallecimiento, siempre que éste se produzca antes del final del período asegurado. Algunas compañías emiten diversos tipos de *pólizas dotales juveniles*, que incluyen unos capitales

(3) Véase el capítulo 9: «El contrato de ingresos a la jubilación».

que maduran a ciertas edades, para ser destinados a sufragar la educación. También se ofrece en ocasiones el beneficio de la devolución de las primas, cuando el joven fallece antes de la maduración, así como una modificación en favor del que paga las primas, por la que cuando éste, que generalmente es el padre o la madre, fallece o queda incapacitado, las primas dejan de ser exigibles y la póliza se considera totalmente pagada, en caso de fallecimiento, o bien se renuncia a las primas durante la incapacidad del tomador del seguro.

TABLA 7.2

Tarifas anuales sin participación en beneficios para pólizas dotales de $ 1.000 con duraciones diversas

Edad	*A 20 años*	*Capitalización a los 65 años de edad*	*Vida ordinaria*
25	$ 43,81	$ 18,25	$ 13,45
30	44,04	22,13	15,83
35	44,66	27,79	18,99
40	45,76	35,64	22,97
45	47,47	47,47	27,94
50	49,90	65,08	34,06
55	53,67	101,60	41,93
60	60,99	—	52,83
65	—	—	67,46

Primas cargadas en las pólizas mixtas

La responsabilidad de la compañía, en base a estas pólizas, implica no sólo el pago de la suma asegurada en caso de supervivencia al terminar el período de duración, sino también el pago en caso de fallecimiento; de aquí que la prima anual de estas pólizas sea bastante más alta que en otros tipos, a no ser que se trate de un seguro a muy largo plazo, en cuyo caso la tarifa es tan sólo un poco más elevada que la cargada con una póliza ordinaria de vida. En la tabla 7.2 se recogen las tarifas de compañías sin participación en beneficios, las mismas que nos sirvieron para los ejemplos facilitados en los capítulos precedentes; lo antes afirmado puede comprobarse en el supuesto de un período de capitalización muy breve (por ejemplo, un seguro emitido a un

varón de cincuenta años, a diez años). La profunda diferencia aquí apreciable se debe, sobre todo, a la necesidad de una acumulación más rápida del elemento de inversión, a fin de alcanzar el valor de la suma asegurada al terminar el período. En otros capítulos hemos visto que el valor líquido de una póliza ordinaria de vida de $ 10.000, para un varón de treinta y cinco años, era de $ 3.320 una vez la hubiera estado en vigor veinte años, mientras que en esta misma póliza, con un plan de pagos de veinte años, el valor líquido sería de $ 6.250. Sin embargo, la póliza mixta a veinte años, por un valor de $ 10.000 ha de tener, por propia definicición, un valor de $ 10.000 al final del período de veinte años, y esta diferencia de valores ha de ser obtenida por la compañía gracias a unas primas más elevadas.

En las pólizas con participación en beneficios, las primas brutas serán un poco más altas, pero sufrirán disminuciones anuales gracias a las distribuciones.

USOS DEL SEGURO MIXTO

El contrato de seguro mixto es un vehículo muy eficaz para acumular una suma determinada de dinero a lo largo de un período de tiempo, a través de un plan de ahorros protegido por un seguro contra la ocurrencia del fallecimiento prematuro. Al igual que sucede con todos los contratos permanentes de seguro de vida, la póliza mixta facilita un medio excelente para la administración de los fondos que van siendo acumulados, al tiempo que la naturaleza semiobligatoria del pago de la prima sirve de incentivo para el ahorro.

La función real del seguro mixto no es la de obtener un rendimiento superior al que pueda conseguirse de otros planes más atractivos de inversión, sino más bien la de poner al alcance de la mano un medio productivo de ahorro que, al mismo tiempo, es un método para protegerse en la vejez o en cualquier otra circunstancia, mediante la acumulación de una suma fijada de dinero en un plazo determinado.

En varias ocasiones nos hemos referido al hecho de que el ahorro de una suma suficiente exige tiempo, por lo que el seguro es el único medio conocido para proteger a la persona contra la

posibilidad de que muera inoportunamente, o de que no pueda llegar a acumular el importe deseado. La acumulación de un patrimonio podría lograrse mediante el depósito simple de unas sumas periódicas, pero no debemos olvidar la incertidumbre de la vida y la imposibilidad en que mucha gente se encuentra de seguir llevando a cabo el plan de ahorros que se había fijado; como hemos visto, los esfuerzos hacia la acumulación de una suma determinada tropiezan con dos peligros: 1) la muerte o la incapacidad sobrevenida antes del tiempo preciso fijado al ahorro acumulativo deseado; 2) el fracaso del individuo en la continuación del plan de ahorros o en la conservación de lo ya acumulado.

El seguro mixto, con una renuncia a las primas en caso de incapacidad, al igual que sucede con otros tipos de seguro para inversión, trata de proteger al individuo de estos dos riesgos. Presumamos que una persona de veinticinco años de edad quiere hacerse realidad con dos programas: 1) el ahorro periódico de una cierta suma, para ser invertida en un negocio, en valores, etcétera; 2) la obtención de un seguro que cubra la eventualidad de que el período sea abreviado a causa de fallecimiento, estipulando una póliza temporal o a vida entera. Pero es obvio que este mismo resultado puede también lograrse estipulando una póliza dotal a cuarenta años, por $ 20.000, con una renuncia a las primas, con una maduración a la edad de sesenta y cinco años; de un lado, esta póliza, al exigir un pago periódico de las primas, tiende a fomentar su espíritu ahorrativo y coloca las sumas acumuladas fuera del alcance de los peligros de pérdida que acechan a las inversiones privadas; de otro lado, protege al asegurado del riesgo de un fallecimiento prematuro o de la invalidez. Ya dijimos que este seguro es una combinación de ahorro (e inversión) y de seguro temporal decreciente. En el primer año del seguro, la parte de inversión es muy pequeña, por lo que la protección del seguro supone casi $ 20.000; pero si en otro momento la acumulación supone $ 3.000, la protección del seguro habrá bajado a $ 17.000; si la parte de inversión sube a 19.000, el seguro habrá bajado a $ 1.000, y cuando la primera sea de $ 20.000, el seguro se ha reducido a cero. El seguro garantiza un patrimonio de $ 20.000 y protege al asegurado del riesgo principal del fallecimiento antes de que el fondo llegue a dicho tope, mediante una

póliza de seguro de vida. Si el asegurado queda incapacitado, las primas son renunciadas por la compañía y el plan de ahorro continúa sin interrupciones.

En resumen, el seguro mixto puede resultar de utilidad de cuatro modos distintos:

1. *Como incentivo del ahorro.*—Supone un sistema de ahorro sistemático, ya que permite apartar una suma modesta de dinero cada año, con el objeto de disponer de todas las acumulaciones al final del período. Los tiempos que vivimos están caracterizados por una gran extravagancia; son muchos los que, a causa de hábitos extravagantes, jamás llegan a ahorrar un céntimo, a pesar de contar con ingresos cuantiosos. Para estas personas, la póliza mixta es el medio para obligarles a ahorrar, ya que abandonados a su propia voluntad nunca llegarían a acumular cantidades considerables. Mediante el pago de unas sumas concretas a intervalos regulares, el seguro les permite ahorrar una cantidad sustancial sin darse cuenta del sacrificio, mientras que con otros métodos más aleatorios probablemente nunca llegarían a hacerlo. Se ha afirmado que «esta póliza impone una meta a la persona: la de ahorrar un importe determinado cada año, lo cual en la práctica es relativamente fácil». Se ha de subrayar que en muchos casos la diferencia entre la prima de una póliza mixta y la de un contrato de seguro de vida, que exige pagos inferiores, se puede superar gracias a un sacrificio voluntariamente aceptado en el sentido de comprometerse al pago de una prima superior. Por tanto, el seguro mixto al respecto de aquellos a los que resulta muy difícil practicar el ahorro, representa la forma de utilizar los productos marginales de sus ganancias (las sumas pequeñas que se consumen en gastos innecesarios) para la acumulación de un patrimonio. Al mismo tiempo, tiene la ventaja de constituir un plan de inversión totalmente seguro; incluso si esas sumas pequeñas no fueran malgastadas, en la mayoría de los casos serían invertidas sin el debido cuidado y quedarían expuestas a los peligros y riesgos de la actividad comercial; incluso en el supuesto de que fueran invertidas juiciosamente, podrían ser desinvertidas bajo la tentación de la especulación o de unos gastos innecesarios.

Se afirma, además, que estas pólizas que finalizan a largo plazo, por ejemplo a veinte años, permiten a los jóvenes que no puedan ahorrar o conservar sus ahorros, la ventaja de un capital en metálico «en los mejores años de su vida, cuando cuentan con toda experiencia, que pueden emplear del mejor modo posible». Puede sorprender que sean muchos los hombres de negocios de primera línea que, pudiendo usar sus fondos adicionales en inversiones en la empresa, se inclinan por la cobertura de este tipo de seguro. Uno de ellos ha manifestado que ha estipulado pólizas mixtas sucesivamente, hasta contar con sumas aseguradas de muy elevada cuantía. Explica sus ventajas el hecho de que se convierten en una forma obligatoria de ahorro, en un medio de acumulación paulatino, hasta conseguir sumas importantes, y llega a sostener que de no haber sido por las sumas obtenidas por este sistema, jamás habría podido disponer de sus maravillosas instalaciones.

2. *Como medio de atención a la vejez.*—Si el período de la póliza se determina para que la maduración ocurra a la edad de sesenta, sesenta y cinco o setenta años, puede servir como un medio excelente para acumular un fondo suficiente para la vejez. Son muchos los que no se inclinan hacia maduraciones más tempranas, por su mayor coste y porque un capital que madure a largo plazo servirá cuando el individuo deja de tener su capacidad de ganancias por haberse jubilado o haber dejado de trabajar. No son muchos los que, al llegar a esta edad, han logrado acumular un patrimonio suficiente; casi todos se han de enfrentar con estas eventualidades: 1) un fallecimento inoportuno que deja desprotegida a la familia; 2) en el caso de supervivencia, pueden carecer de los medios precisos para la edad anciana. A estas dos eventualidades se puede hacer frente mediante un seguro a largo plazo. Si la muerte se produce durante la duración del contrato, la cobertura aprovecha a su familia, pero si el asegurado sobrevive hasta su vejez, momento en que ya no es necesaria la protección a la familia en sí, recibirá los fondos que su prudencia y previsión lograron acumular, a fin de que los destine a su propio mantenimiento y bienestar, bien sea a través de los canales ordinarios de inversión, bien ejercitando las diversas opciones que la póliza le dé (4).

(4) En realidad, la disponibilidad de una renta vitalicia que proteja contra la «muerte por jubilación» es también un tipo de protección familiar, ya que protege a los hijos frente a la necesidad de atender al mantenimiento de sus padres.

Bajo este punto de vista debemos recordar que una póliza a vida entera equivale a una de capitalización para un varón a la edad de cien años, ya que ésta es la edad límite según la tabla de mortalidad. Por tanto, una póliza a vida entera para un varón de veinticinco años es una póliza mixta para un período de setenta y cinco años. Pero los que se inclinen hacia una capitalización a largo plazo han de reconocer lo lógico de apuntar a la edad de cien años como el momento para llegar a completar el fondo de ahorros, ya que sería más acertado adelantar la maduración a unas edades razonables, como sesenta o sesenta y cinco, en las que la necesidad de protección del seguro es relativamente reducida, al tiempo que es más importante la necesidad de un mantenimiento digno. Este cambio a una edad más temprana es más aconsejable cuando la diferencia entre la prima de una póliza ordinaria de vida concretada a una edad joven y a la de una capitalización que madure, por ejemplo, a los sesenta y cinco años de edad, sea tan insignificante que su pago no implique sacrificio alguno; diferencia, de otro lado, que jamás habría sido ahorrada si no hubiera sido gracias al pago de una prima superior. Utilizando las tarifas de una cierta compañía, la prima para un varón de veinte años, en plan de capitalización de $ 1.000, y con maduración a los sesenta y cinco años, sería de $ 15,33, en comparación con $ 11,65 para una póliza ordinaria de vida; la diferencia es solamente de $ 3,68. En otras palabras, el pago cada año de esta suma adicional, durante cuarenta y cinco años, garantiza el de la suma asegurada si se sobrevive a la edad de sesenta y cinco; el importe adicional durante cuarenta y cinco años implica una inversión adicional de $ 165,60, y en compensación de este sacrificio a los sesenta y cinco años el asegurado tendría en metálico $ 412 más que si hubiera seguido un plan ordinario de vida.

3. *Como medio de defensa frente a la posibilidad de que el período de ahorros sea interrumpido por motivo de fallecimiento.* Es frecuente que se proyecte un plan y que se comience un programa de ahorro con un objetivo determinado, a ser completado para una fecha concreta. Puede tratarse de un plan que facilite el dinero para la educación universitaria de los hijos, o bien para que la suma sea destinada a un fin benéfico en una fecha

futura. La suma total se puede dividir en el número de años programado, ahorrando una cierta cantidad y teniendo en cuenta los intereses. Pero si la muerte se produce antes de terminar el período, el objetivo probablemente jamás será alcanzado. Por el contrario, si acudimos a la capitalización que el seguro garantiza, tendríamos la seguridad de que la meta sería alcanzada, tanto en caso de vida como en el supuesto de una muerte prematura.

4. *Como medio para acumular un fondo con un fin concreto.* Este tipo de seguro puede servir admirablemente para la acumulación de un fondo con una finalidad determinada. Por ejemplo, el fondo puede estar destinado a beneficiar colegios, iglesias, hospitales, etc. También el seguro puede tener la finalidad de proveer a la vejez del asegurado, o bien tener un objeto familiar especial, tendente a dar alguna prestación a los hijos que se enfrentan con la vida. La forma más adecuada para cubrir estos objetivos es la de las capitalizaciones «educacionales» o «para los hijos», que ya hemos mencionado. Con estas pólizas, los pequeños ahorros que en otro caso serían malgastados, se acumulan en un fondo destinado a un fin concreto, sabiendo de cierto que el objetivo será alcanzado.

USO ERRONEO DE LAS POLIZAS MIXTAS

El seguro dotal cubre propósitos muy útiles, pero también puede ser objeto del mal uso. Hay que contar ante todo con un plan de ahorros que proteja contra el fallecimiento prematuro. Este tipo de seguro no debe ser empleado cuando lo principal es la necesidad de protección; a causa del elemento de ahorro, las primas en este seguro de capitalización son las más elevadas entre todos los planes de seguro de vida, aunque *faciliten la cantidad mínima de protección real de seguro por cada dólar de prima pagada.* Como casi todas las familias cuentan con fondos limitados y lo que necesitan es un programa que dé prioridad a la *protección* del seguro de vida, el empleo del seguro dotal puede constituir un error, ya que requiere una prima mayor sin conceder la protección realmente perseguida. Como ocurre en todos

los tipos de seguro, es muy importante poner al producto en relación con las necesidades. La única base de crítica que un plan de seguro pudiera merecer, sería la de un uso equivocado, la de que no constituya la combinación óptima de ahorro y protección en la situación concreta para la que haya sido recomendada.

Las formas permanentes de seguro con primas bajas, cuentan con una mayor flexibilidad, que permite la adaptación a circunstancias distintas. Por tanto, los jóvenes precisan realmente una mayor protección y por ello deben acudir al seguro ordinario de vida o a algún otro tipo de seguro con prima reducida. Pero si el objetivo financiero es claro y se cuenta con fondos adecuados, el seguro mixto es el vehículo apropiado para la acumulación de un fondo de ahorros.

8

Rentas vitalicias

NATURALEZA DE LA RENTA VITALICIA

La renta vitalicia puede ser definida, de un modo extenso, como el pago periódico hecho durante un tiempo determinado o durante la vida de una cierta persona. Cuando los pagos hacen referencia a una vida, la renta puede ser *temporal* (pagadera durante un período fijo o hasta la muerte del beneficiario, si ésta se produce antes) o a vida entera (vitalicia). Tal expresión vitalicia o «por vida» quiere decir que los pagos dependen de la continuación de la existencia de una o más personas. Cuando mencionemos «renta vitalicia» haremos referencia a las rentas a vida entera, a no ser que expresamente se dé a entender lo contrario.

La liquidación como misión principal de la renta vitalicia

El seguro de vida tiene la misión principal de *crear* un patrimonio, tanto con su seguro temporal decreciente, como con su elemento de inversión. Por el contrario, la renta vitalicia tiene como función sistemática la *liquidación* del patrimonio que había sido creado, bien con el seguro de vida, bien por cualquier otro método, como puedan ser las cuentas bancarias de ahorro, y las inversiones en valores o en bienes inmuebles.

Bajo un cierto aspecto, la renta vitalicia puede describirse como el seguro opuesto a la protección contra la muerte. En su forma más pura (esto es, cuando no está relacionada con un plan de seguro), la renta vitalicia puede ser definida como el contrato por el que, por medio de un precio, uno de los contratantes (el asegurador) se compromete a pagar al otro (el pensionista) una suma determinada (la renta o pensión) periódicamente mientras viva, quedando entendido que la suma eventualmente acreditada al pensionista se considerará liquidada al fallecimiento del beneficiario de los pagos. Como se ve, la finalidad de la renta es la de proteger contra el riesgo de que la persona sobreviva a sus ingresos, precisamente lo contrario de lo que sucede a quien pretende el seguro de vida para proteger la pérdida de los ingresos a causa de la muerte prematura.

Cada pago se compone de principal por una parte, y de los ingresos obtenidos con el principal sin liquidar por otra. Si la persona viviera lo que sus expectativas de vida prevén, no ganaría ni perdería nada con el contrato de renta vitalicia; pero si el sujeto viviera más de lo esperado, los pagos adicionales procederían de los fondos creados por los que no llegaron a vivir sus expectativas. De otro lado, cuando el sujeto fallece prematuramente, no recobra íntegramente sus contribuciones, y el exceso se destina a los que sobrevivan a sus expectativas. Nadie sabe de antemano si va a estar en una o en otra categoría, por lo que el contrato es equitativo y la compañía puede cumplirlo en base a la ley de los grandes números. No cabe ningún otro tipo de acuerdo por el que una suma determinada pueda ser liquidada en plazos iguales a lo largo de la existencia humana.

A pesar de esta diferencia de funciones, no podemos perder de vista que la renta vitalicia es también un instrumento importante del mundo del seguro, basado en los mismos principios fundamentales. Técnicamente, los dos tipos de contrato guardan relaciones estrechas, ya que ambos emplean la técnica de la agrupación de muchos riesgos semejantes, y las primas se calculan sobre la base de las probabilidades del fallecimiento y de la supervivencia, siguiendo los datos de la tabla de mortalidad.

El seguro agrupa a unos individuos que contribuyen a un fondo con el fin de que los familiares de aquéllos que fallecen dentro de cada año sean indemnizados por la pérdida del cabeza de familia, mientras que la renta vitalicia, afectando también a un grupo de riesgos, determina que los que mueren prematuramente y no necesitan más ingresos contribuyen en favor de los que sobreviven a sus expectativas, los cuales recibirán unos ingresos superiores al equivalente de sus contribuciones propias. Bajo un aspecto económico, el seguro de vida y la renta han sido considerados como muy distintos uno del otro; en esencia ambas formas son seguros en el sentido auténtico del término, aunque tengan una aplicación diferente (ya que en un caso implica la «creación» de un patrimonio y en el otro caso su «liquidación»). El seguro de vida cubre frente a la falta de ingresos en caso de muerte o invalidez prematuras, mientras que la renta vitalicia protege (asegura) frente a la falta de ingresos de aquellas personas «aquejadas» de longevidad. En ambos tipos se trata de proteger a grupos en circunstancias desfavorables: los que mueren demasiado pronto y los que viven demasiado tiempo. Un tipo de seguro corresponde a los años de desarrollo, y el otro a los años del declive. En su conjunto, los dos tipos completan el programa económico de comienzo a fin con una absoluta solidez financiera.

Clasificación de las rentas

Las rentas pueden clasificarse de diversos modos, pero generalmente se sigue el método descriptivo de los diversos grupos, según su función. Si conocemos estos grupos conoceremos también el contenido del contrato de renta vitalicia. Estos grupos son: 1) Número de vidas; 2) Método para el pago de la prima; 3) Momento en que comienzan a percibirse los ingresos; 4) Presencia o carencia de la devolución; 5) Unidades en que los beneficios se expresan.

Número de vidas.—Esta clasificación implica el problema de si los pagos de renta se hacen con referencia a una sola vida o a más de una. Cuando el contrato cubre más de una, se le conoce como renta vitalicia *conjunta*. Los tipos más importantes de renta conjunta son la renta vitalicia conjunta propiamente di-

cha y la renta conjunta y de supervivencia, de que nos ocuparemos más adelante.

Método para el pago de la prima.—Tanto uno como otro tipo de renta vitalicia puede ser adquirida con *primas únicas* o con *primas periódicas uniformes*. Así, la renta vitalicia sobre una sola vida puede contratarse con el pago de una suma ya acumulada por medio del ahorro, de una herencia, o de cualquier otro medio, o bien el sujeto puede repartir la carga a lo largo del período de pago de primas, que normalmente son anuales.

Momento en que los ingresos comienzan a percibirse.—Dentro de esta clasificación cabe distinguir dos categorías: la póliza *inmediata* y la *diferida*. Una renta vitalicia inmediata es aquélla en que el primer pago de los beneficios ha de efectuarse al término del primer plazo de pago de prima (mensual, anual, etc.) siguiente a la entrada en vigor. Este tipo de cobertura debe siempre adquirirse contra el pago de una prima única. En la suscripción de los seguros de renta vitalicia se aplica el principio de que no se puede hacer ningún pago de beneficios mientras el precio de adquisición de la renta no haya sido entregado a la compañía de seguros.

Por el contrario, la renta diferida puede adquirirse con un pago único o con una prima periódica uniforme. La renta diferida implica que ha de existir un período superior a un intervalo beneficio-pago antes de que comiencen los pagos de los beneficios. Cuanto más largo sea el período diferido, mayor será la flexibilidad permitida al pago de las primas, siempre que se cumpla con el principio básico enunciado en el párrafo anterior. Lo más normal es que transcurran varios años antes de que comience el pago de los beneficios. La mayoría de los contratos individuales de renta diferida se estipula con primas uniformes, pagaderas hasta la fecha fijada para el comienzo del pago de los beneficios, si no se produce antes el fallecimiento del pensionista. En el caso de rentas vitalicias diferidas adquiridas con un contrato de pensiones colectivas, lo más común es el pago por medio de una prima única.

Cláusula de devolución. — En esta categoría, la presencia o la falta de devolución clasifica a los contratos en dos tipos; en el caso de que se dé la devolución, ésta puede adoptar formas diversas. De este tema nos ocupamos en la sección que sigue, al hablar de las obligaciones del asegurador antes y después de que se comiencen a percibir los beneficios de la pensión.

Unidades en que los beneficios se expresan.—Es usual que los beneficios de la renta vitalicia se expresen en una cantidad fija de dólares. Con la introducción de las rentas variables (véase más abajo), las unidades en que los beneficios puedan pagarse forman la base de otras clasificaciones.

Naturaleza de las obligaciones de las aseguradoras

Esta clasificación se basa en si los beneficios pagaderos en caso de fallecimiento lo son por haberse producido antes o después de comenzar el pago de la renta, esto es, durante el período de acumulación o durante el de liquidación.

Período de acumulación.—Como se ha dicho, la renta inmediata siempre se estipula con una prima única, y los ingresos comienzan a percibirse al terminar el primer intervalo de beneficios que siga a la estipulación del contrato. Es obvio que la compañía no queda obligada mientras no reciba el precio de la compra. Pero en el caso de la renta diferida puede existir la obligación de pagar algún beneficio antes de que comiencen los ingresos, o sea, durante el *período de acumulación*. La renta diferida puede contratarse, en este aspecto, bajo una base pura o con una cláusula de devolución; en el primer caso, las primas se descuentan para el supuesto de fallecimiento durante el período de acumulación, y si se produce el fallecimiento antes de que comiencen los pagos de las rentas, no se devolverían las primas abonadas, ya que habrían sido íntegramente devengadas. Si se aplica la cláusula de devolución durante el período de acumulación, se devolverían las primas, con o sin intereses, si se produce la muerte antes de que comience el pago de las rentas. Lo lógico es que una renta diferida con esta cláusula, cueste más que la renta diferida pura.

Período de liquidación.—Cualquiera que sea la forma en que

los fondos se hayan acumulado, siempre será precisa la misma cantidad de dinero para alcanzar una cierta cuantía, que provea al pago de las cantidades a la edad contratada. En consecuencia, el problema de las obligaciones de la compañía durante el período de liquidación es aplicable por igual a las rentas inmediatas y a las diferidas. En efecto, los argumentos son válidos para todas las opciones de renta vitalicia (de las que nos ocuparemos más adelante). Nos vamos a detener ahora en la descripción de los diversos sistemas en base a los cuales se pueda liquidar una cierta suma.

En esencia, caben dos sistemas, el puro y el de la devolución. La renta vitalicia pura, muchas veces denominada renta vitalicia directa, consiste en unos pagos periódicos que continúan mientras el pensionista viva, pero que *terminan a su fallecimiento*. La prima de la renta se considera íntegramente devengada a la muerte del pensionista, aunque se produzca al poco tiempo de haber comenzado a cobrar la renta, por lo que *no cabe ningún tipo de devolución* a un beneficiario o a los herederos del asegurado. Bajo este sistema, todo el precio se aplica a procurar un ingreso al pensionista, y no se destina una parte del mismo a un eventual beneficio en caso de fallecimiento. La renta vitalicia pura permite unos ingresos máximos por cada dólar pagado de prima, y es aconsejable cuando se trata de un capital reducido. No obstante, debe recordarse que en el caso de un asegurado de edad joven, y a causa de la elevada probabilidad de supervivencia, la diferencia en los ingresos entre una renta pura y otra con devolución es excesivamente pequeña, por lo que no conviene tomar el riesgo de un fallecimiento prematuro (véase más adelante).

Dejando a un lado razones de justicia y de índole técnica, son muy pocos los que se sienten inclinados a colocar una suma considerable de dinero en un contrato que no prometa devolución en caso de fallecimiento poco después de comenzar a cobrar la renta; de aquí que casi todas las aseguradoras hayan incluido la ventaja de la devolución, para hacer más fácil la venta de este contrato. En este caso, la prima no se destina íntegramente al pago de los ingresos al pensionista, sino que una parte se aplica a *garantizar unos beneficios mínimos*, con independencia de si el pensionista sigue o no con vida. De este modo, en la renta vitalicia con devolución, los pagos periódicos son un poco inferiores a los de la renta pura; el beneficio mínimo garantizado o cláusula de devolución puede estar en relación con un pago garantizado de pensiones periódicas, siga o no con vida el pensionista, o bien con una devolución de la prima (o de una parte de la misma) en el supuesto de que el pensionista fallezca prematuramente.

El primer tipo de renta vitalicia con devolución se conoce también como «renta vitalicia cierta y continuada», «renta vitalicia con plazos seguros» o «renta vitalicia con una devolución mínima garantizada». Este tipo supone un número garantizado de pagos mensuales (o anuales), que se harán tanto si el pensionista vive como si fallece, pagándose las rentas durante toda la vida del pensionista, en el caso en que sobreviva al período garantizado. Lo más usual es que estos contratos garanticen los pagos durante cinco, diez, quince o veinte años. Cuanto más largo sea el período garantizado menor será la renta a percibir.

Hay dos tipos principales de renta vitalicia que prometen la devolución del todo o de una parte del precio de adquisición del seguro; son la renta vitalicia con devolución a plazos y la renta vitalicia con devolución al contado. La renta *con devolución a plazos* promete, en caso de fallecimiento del pensionista antes de cobrar una suma de plazos equivalente al precio de la adquisición, la continuación de los pagos al beneficiario hasta el reembolso del coste total. La renta *con revolución al contado* promete el pago de una *suma en metálico* en favor de los herederos del pensionista o del beneficiario, suma que supone la diferencia, si la hubiera, entre el precio de adquisición de la renta y la suma de los pagos aplazados hechos antes del fallecimiento del pensionista. La única diferencia existente entre la devolución en metálico y la devolución a plazos consiste en que bajo la primera, la parte no recuperada del precio de la adquisición se devuelve con un único pago al contado al fallecimiento del asegurado, mientras que bajo la segunda, los plazos se siguen pagando hasta recuperar íntegramente el precio satisfecho (1).

(1) Debe subrayarse que la compañía de seguros *puede devolver* la totalidad del precio de adquisición del contrato de renta, tanto si el pensionista vive como si no, y además seguir pagando beneficios a los pensionistas que ya han recuperado el importe total de las primas abonadas, ya que los intereses devengados por el fondo mientras estuvo en manos de la compañía le sirven de prima para seguir pagando después de que el asegurado haya recuperado el precio del seguro.

La devolución al contado significará una cifra un poco inferior en valores absolutos, ya que la aseguradora pierde los intereses que se habrían devengado si el saldo se hubiera liquidado en pagos aplazados. En ambos casos, los pagos en favor del pensionista se siguen haciendo siempre que siga con vida, incluso en el supuesto de que hayan recuperado los benficios mínimos garantizados.

Podemos detenernos ahora a hacer una comparación de los ingresos reconocidos por algunos tipos de renta vitalicia. Las cifras de la tabla 8-1 parten de una misma tarifa; las variaciones pretenden hacer ver el impacto de la forma de los ingresos por renta vitalicia, de la edad del pensionista al comenzar a cobrar las rentas y del sexo del asegurado sobre el rendimiento (en este caso, mensual) producido por cada $ 1.000 de capital.

De la tabla se deduce que el coste de la cláusula de devolución no tiene relevancia cuando el asegurado es joven; a edades más avanzadas el coste es bastante elevado. Como el índice de mortalidad es bastante bajo a edades más tempranas, y casi todos los pensionistas consiguen sobrevivir, la diferencia en cuanto a los ingresos, en un tipo u otro de contrato, es demasiado pequeña como para asumir el riesgo de una muerte temprana. Por ejemplo, en el caso de un varón de cincuenta años, la renta vitalicia con una garantía de diez plazos anuales significa solamente una diferencia de nueve centavos de renta mensual, ya que son muy pocos los que fallecen en este período de diez años. La

TABLA 8.1

Ingresos mensuales de una renta vitalicia inmediata, por primas de $ 1.000 sin participación en beneficios

Edad en el último cumpleaños	*Renta vitalicia pura*		*Renta garantizada durante 10 años*		*Metálico*	
	V	*H*	*V*	*H*	*V*	*H*
50	$ 5,00	$ 4,54	$ 4,91	$ 4,51	$ 4,68	$ 4,40
55	5,54	4,97	5,37	4,90	5,09	4,75
60	6,26	5,54	5,95	5,41	5,58	5,18
65	7,22	6,34	6,64	6,06	6,19	5,73
70	8,57	7,46	7,40	6,83	6,93	6,42
75	10,47	9,06	8,15	7,68	7,85	7,28
80	13,05	11,35	8,77	8,46	8,96	8,37

diferencia se empieza a apreciar cuando se llega a las edades de sesenta o de sesenta y cinco años, en las que hay que sacrificar una parte de los ingresos con el fin de incluir la cláusula de devolución. Por consiguiente, no sería económicamente aconsejable estipular una renta vitalicia pura cuando se tienen menos de sesenta años; no hay que olvidar que los beneficios reconocidos por cada tipo de contrato son equivalentes entre sí bajo el punto de vista actuarial, por lo que la elección ha de estar en consonancia con las circunstancias individuales del pensionista...

CONTRATOS INDIVIDUALES DE RENTA VITALICIA

Contrato de renta de jubilación

El contrato de renta vitalicia más vendido hoy día es el denominado *contrato de renta de jubilación*, emitido por casi todas las compañías de seguros. Este contrato implica una renta vitalicia diferida con una amplia gama de opciones que contribuyen a la flexibilidad de la póliza. Antes de su maduración constituye un contrato de inversión pura para la acumulación de un capital destinado a ser fuente de los ingresos del pensionista al llegar a su jubilación. Como se dirá más adelante, el pensionista puede reajustar su contrato para adaptarlo a los cambios circunstanciales que no fueron previstos en el momento de la emisión.

Las primas uniformes se «depositan» con la aseguradora a lo largo del período diferido y se van acumulando al interés compuesto especificado en el contrato. En el caso del *fallecimiento* del pensionista antes de cumplir los sesenta y cinco años de edad o antes de la maduración contractualmente pactada, la póliza estipula la devolución de las primas brutas acumuladas (sin intereses) o el valor de liquidación, si éste fuera superior. En razón de los gastos causados en los primeros años de la póliza, el valor de liquidación no supera, en estos años iniciales, la suma de la acumulación de las primas brutas (sin intereses); en este período inicial en que el beneficio por fallecimiento es superior al valor de liquidación, en el contrato de renta vitalicia se

incluye un elemento de seguro para cubrir el exceso de las primas sobre el valor de liquidación.

Durante el período diferido, el pensionista puede cobrar en cualquier momento la suma equivalente al valor de liquidación y cancelar el contrato. De otro lado, casi todos los contratos establecen que, en caso de anulación, el valor de liquidación se aplica automáticamente (treinta y un días después) a un contrato de renta vitalicia completamente pagado, con una cobertura inferior. No obstante, el pensionista siempre puede rescatar este seguro totalmente pagado de renta vitalicia.

Las primas de este seguro se calculan generalmente sobre la base de que la suma acumulada *a la maduración* sea aplicada a una renta vitalicia con unos ingresos garantizados de 120 ó 240 plazos mensuales. Sin embargo, a la maduración, el pensionista puede elegir alguna otra forma de renta, para lo que habrá que modificar las pensiones mensuales. Además, el pensionista puede generalmente ejercitar la opción al cobro de la suma acumulada en un pago al contado, en lugar de recibir una renta periódica. Esta opción denominada *al contado* expone a la compañía a una selección desventajosa, tanto desde el punto de vista financiero, como desde el de la mortalidad. Los que estén peor de salud se inclinarán por el cobro al contado, mientras que los que se hallen más sanos se inclinarán por el cobro de la renta periódica. De otro lado, como en el momento de la emisión de la póliza se ha determinado la base para la aplicación de la suma acumulada a la maduración, esta renta vitalicia o pensión de jubilación es, a fin de cuentas, un contrato de compromiso de venta, en fecha futura y a opción del comprador, de una renta vitalicia bajo unas condiciones ya fijadas. El comprador puede ejercitar su opción a la fecha de la maduración, comprando una renta o bien cobrando al contado. Los tipos de intereses, en comparación con los del mercado, pueden ser entonces favorables o desfavorables, pero es en todo caso el asegurado el que cuenta con la posibilidad de elegir.

Debe hacerse constar que la suma de los ingresos comprados con un contrato de renta de jubilación es, por regla general, inferior a los que se podrían conseguir con una prima igual en un seguro de renta pura diferida, en el que no se reconocen

beneficios por fallecimiento o por anulación durante el período diferido.

El tipo normal de renta de jubilación permite que los ingresos de la pensión comiencen antes o después de la fecha especificada originariamente en el contrato, mediante un reajuste adecuado del importe de la renta. Gracias a esta ventaja, el valor líquido acumulado se aplica a la edad escogida, como si fuera una prima única, a la compra de una renta vitalicia inmediata, con una renta cuyo importe dependerá de la cuantía del valor de liquidación, de la edad elegida y del tipo de renta preferido. La opción del aplazamiento de la fecha de comienzo del pago de la renta puede ser muy aconsejable, ya que una mayor expectativa de vida suele producir una mayor expectativa de vida laboral.

Las rentas de jubilación emitidas por las compañías mutuas casi siempre participan en los beneficios durante el período de acumulación, e incluso durante la fase de liquidación, sobre todo cuando se cubre un período garantizado de plazos.

Rentas de vida conjunta *

Renta conjunta.—Una renta de vida conjunta es un contrato que promete una suma de ingresos determinada en favor de dos o más personas designadas en el contrato, ingresos que cesan al producirse el *primer* fallecimiento entre las vidas aseguradas. Este contrato es relativamente económico, pero su mercado es muy reducido.

Renta conjunta y de último superviviente.—A diferencia de la anterior, la renta conjunta y de último superviviente tiene una aceptación cada día mayor, sobre todo por ser una forma alternativa de ingresos del seguro de vida y del de capitalización. Este contrato tiene mayor interés porque el pago de los ingresos continúa mientras siga con existencia una cualquiera de las vidas aseguradas. Se usa, como es lógico, muy frecuentemente para

* N. del T. Esta modalidad se denomina en España «renta sobre dos cabezas». Se mantiene el término «renta conjunta» en este texto por el carácter restrictivo de la terminología española de hacer referencia a sólo «dos» personas, cuando pueden ser más.

cubrir a los dos cónyuges, o bien con otro miembro o miembros de la familia.

La renta se percibe hasta que se produzca el *último* fallecimiento de las vidas aseguradas, por lo que los pagos tienen una mayor duración y, por tanto, el seguro es más caro que en los otros casos. En otras palabras, un determinado capital será fuente de unos ingresos menores cuando se trata de un seguro conjunto y de último superviviente.

Este tipo de seguro se ofrece normalmente sobre una base estricta de vida o bien con una garantía de un cierto número de plazos. Lo más usual es que la renta conjunta y de último superviviente continúe con la *misma cuantía* en los pagos hasta que se produzca la muerte del *último superviviente*, pero muchas compañías ofrecen una forma modificada (cuando se cubren dos vidas) por la que la renta disminuye después de la muerte del primer pensionista (a los dos tercios o a la mitad, según el contrato). Este contrato (u opción) se conoce como *renta conjunta y de los dos tercios*, o *conjunta y de la mitad*. Es lógico que esta forma modificada ofrezca unos ingresos iniciales por renta más elevados, a causa de la reducción que se opera más adelante (2).

Renta vitalicia variable

En épocas de deflación, el valor de una renta fija y garantizada aumenta en razón de la baja general de los precios; o sea, el poder de adquisición de unos ingresos fijos tiende a ser mayor en fases de baja de precios. Por el contrario, cuando la inflación produce la subida de los precios, el poder adquisitivo de unos ingresos fijos tiende a ser menor. En consecuencia, en los períodos de deflación la renta vitalicia con un valor monetario fijo es un producto de gran popularidad, mientras que en fases inflacionarias la renta significa un valor adquisitivo decreciente y es objeto de todo tipo de críticas. La inflación que padecemos desde 1941 ha sido el motivo de la búsqueda de una renta vitalicia garantizada que implique un poder adquisitivo razonablemente

(2) La forma conjunta y de último superviviente de los planes privados de pensiones establece generalmente que los ingresos se reducen *únicamente* cuando el que primero fallece es el que tiene el empleo.

estable. Como posible solución a este problema se ha propuesto la renta vitalicia variable, basada en unas inversiones en valores de renta variable.

Naturaleza de la renta vitalicia variable (3).—Como sucede con la renta vitalicia diferida de tipo convencional, durante el período de acumulación se paga una prima anual uniforme que la aseguradora coloca en una cuenta especial de «Rentas variables». Los fondos de esta cuenta se invierten separadamente de los demás activos de la compañía, sobre todo en acciones. Cada año, las primas uniformes, hecha deducción de una parte destinada a hacer frente a los gastos, se aplican a la adquisición de unidades de crédito de esta cuenta especial, dependiendo el número de las unidades adquiridas de la valoración en dólares de cada unidad. De este modo, si cada unidad, en base a los resultados corrientes de las inversiones, está valorada en $ 10, una prima uniforme de $ 100, deducción hecha de los gastos, comprará diez unidades al comenzar la nueva anualidad. Si el valor de la unidad varía como consecuencia de los resultados de la inversión, la misma prima uniforme adquirirá más o menos de diez unidades. Este proceso continúa hasta la fecha de la maduración del contrato, en cuyo momento el número total de unidades acumuladas se aplicará, de acuerdo con los principios actuariales y en base al valor corriente de la unidad, a la conversión de las unidades en una renta de una cierta cantidad de ellas, que se valoran cada año mientras viva el pensionista.

En lugar de pagar cada mes *una cantidad fija* de dólares, la renta vitalicia variable paga cada mes o cada año el valor corriente de un *número fijo de unidades de renta;* así, el valor en dólares de cada pago dependerá del valor que en cada momento tenga la unidad de la cuenta especial. La valoración dada a la unidad depende de los resultados de la inversión, compuesta en su mayor parte por acciones ordinarias. Por ejemplo, si el pensionista tiene derecho al pago de diez unidades cada mes, y el valor de cada unidad es, durante tres meses consecutivos, de $ 10,20,

(3) Véase EDWARD J. DAY y MEYER MELNIKOFF: «The Variable Annuity as a Life Insurance Company Product», en *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, vol. X, núm. 1 (diciembre 1955), págs. 45-56.

$ 9,90 y $ 10,10, el pensionista recibiría en dichos meses una renta de $ 102, $ 99 y $ 101.

El desarrollo inicial de la renta vitalicia variable dio motivo a profundas discusiones sobre la limitación de la facultad del rescate en los contratos individuales de renta vitalicia variable. En gran medida, estas discusiones estuvieron influidas por el ejemplo dado por TIAA-CREF (Asociación de Maestros para Seguro y Pensiones), que fue la fuente primitiva de este tipo de contrato y que, por razones propias, no admitía el derecho al rescate. Estos problemas han perdido su razón de ser, a causa, entre otras cosas, de la intervención de la Comisión de Valores y Bolsas (*Securities and Exchange Commission*); por ejemplo, los contratos sometidos a la Ley de Compañías de Inversión de 1940 (de aplicación a todos los contratos de renta variable que no formen parte de un plan cualificado de jubilación) han de reconocer un rescate íntegro, pagadero dentro de los siete días siguientes a la solicitud (esto no se aplica a los pensionistas, esto es, a los que ya han comenzado a cobrar las rentas). Lo normal es que los contratos individuales de renta vitalicia variable acepten sin restricciones la facultad del rescate.

Aceptación por el pensionista del riesgo de la inversión.— Con la renta vitalicia convencional la compañía de seguros asume los riesgos de la mortalidad, del gasto y de la inversión; la compañía invierte sus activos relativos a las rentas convencionales, sobre todo en inversiones estables de renta fija, lo cual es lógico cuando se trata de instrumentar una *garantía* de unos ingresos monetarios fijos. Con la renta vitalicia variable la aseguradora solamente asume el riesgo de las fluctuaciones debidas a la mortalidad y a los gastos. Los activos que respaldan a la renta vitalicia variable se invierten en acciones, que producen unos ingresos variables que fluctúan, según se prevé, para permitir una mayor estabilidad del poder adquisitivo. Por tanto, el pensionista asume el riesgo de la inversión, sin olvidar que la aseguradora seguirá absorbiendo las fluctuaciones del gasto y garantizando que el pensionista seguirá recibiendo su renta mientras viva. Según afirman los defensores de este tipo de seguro, la inversión en acciones en condiciones normales ofrecen un mayor rendimiento, por lo que el pensionista cuenta con la probabilidad de recibir unos ingresos mayores que en el supuesto de la renta vitalicia fija garantizada. Sin embargo, en fases de crisis económica, el pensionista recibiría unos ingresos inferiores a los que hubiera recibido con un contrato convencional de renta vitalicia fija.

Desenvolvimiento del marketing (4). — Desde la adopción del concepto de la renta vitalicia variable por parte de la Asociación de Maestros para el Seguro y las Pensiones, fueron muchas las compañías que organizaron la venta de este tipo de contrato, bien a individuos, bien a grupos. En razón de las peculiaridades del contrato de renta vitalicia variable, hubo que modificar las leyes (o bien conseguir unas interpretaciones administrativas más liberales) para que se permitiera la venta de estos contratos. La mayoría de los Estados autoriza en la actualidad la emisión de rentas vitalicias variables en contratos colectivos o de grupo, en conexión con un plan de pensiones de jubilación; en otros Estados también se ha dado aprobación a la venta de estos contratos sobre una base individual.

En su resolución sobre VALIC (5) el Tribunal Supremo de los Estados Unidos mantuvo que el contrato de renta vitalicia variable sobre base individual constituye un título-valor según la acepción dada por la Ley de Títulos-Valor de 1933, por lo que cualquier entidad que ofertara este contrato se convertiría en una compañía de inversión regulada por la Ley de 1940 sobre las Compañías de Inversión Mobiliaria. Por ello, las compañías que ofertan este tipo de contrato se encuentran sometidas a una *doble fiscalización*, esto es, a la de la Comisión de Valores y Bolsas y a la de los diversos organismos estatales que regulan los seguros. Este tipo de contrato está, hasta la fecha, exento de la vigilancia de la Comisión cuando se trata de un seguro colectivo, siempre que se respeten ciertas restricciones.

(4) Véase ARTHUR L. BLAKESLY III: «The Variable Annuity Today», en *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, vol. XXII, núm. 2 (abril 1968), págs. 9-17.

(5) *Securities and Exchange Commission v. VALIC*, 359 U.S. 65 (1959).

OPCIONES DE LIQUIDACION

En teoría, todos los contratos de seguro de vida contienen una serie de opciones para la disposición de la suma asegurada. Estas opciones de liquidación pueden agruparse en tres categorías: 1) retención de la suma con devengo de intereses; 2) liquidación sistemática de la suma *sin* hacer referencia a una vida; 3) liquidación sistemática *con* referencia a una vida.

La idea básica de la denominada opción de los intereses es que el beneficiario recibe los intereses devengados y el principal queda en manos de la aseguradora hasta una fecha futura determinada o hasta el acaecimiento de un suceso. Las demás categorías implican opciones del tipo del pago a plazos y, en realidad, se convierten en contratos de renta. Las opciones denominadas de suma a plazos y de período aplazado significan el pago de sumas periódicas, bien sea hasta agotar el principal con sus intereses, bien sea el pago de sumas periódicas durante un cierto período, respectivamente. Estos pagos no se hacen depender de la supervivencia en ninguno de los dos casos, por lo que equivalen a rentas temporales y forman parte del segundo grupo de opciones. La tercera categoría de opción aplazada implica la liquidación científica de un principal haciendo referencia a una vida, se convierte en un tipo de renta vitalicia y se conoce en las pólizas como *opción de ingresos por vida.* Casi todas las compañías ofrecen, por contrato o por uso, las opciones de ingresos por vida, un pago al contado, unos ingresos por vida durante determinados plazos, unos ingresos a plazos con un número garantizado de pagos y una opción de ingresos vitalicios conjuntos y de último superviviente. Conviene recordar que estas opciones aplazadas no son más que rentas inmediatas adquiridas mediante la aplicación de la suma asegurada a cobrar, como si fuera una prima única. Las opciones de liquidación en cuanto tales y su utilidad, serán objeto de discusión en otro capítulo, pero hemos querido citar la relación que mantienen con las rentas.

Los conceptos del seguro y de la renta han de ser manejados conjuntamente durante el ciclo laboral de la persona, con el fin de elaborar un programa financiero garantizado, que proteja durante la vejez. Conforme el público se siente mejor informado sobre la función de liquidación de las rentas vitalicias y sobre la gran conveniencia del seguro para la creación del fondo a liquidar en su día, el campo de estos tipos de contratos se extiende cada vez más. Hay quienes estiman que el crecimiento del negocio de las rentas vitalicias será el rasgo más sobresaliente del negocio asegurador durante el próximo cuarto de siglo; tal vez tengan razón, pero nos inclinamos por creer que el seguro de vida, tomado para convertirlo en su día en un contrato de renta, será con mucho el producto más popular.

SERVICIOS FACILITADOS CON UN CONTRATO DE RENTA

En pocas palabras, los beneficios obtenidos con la renta vitalicia son los que siguen:

1. *Servicio de gestión de inversión.*—La gran calidad de la administración ofrecida a los asegurados fue ya objeto de nuestros comentarios en el capítulo 4; lo que allí se dijo es también aplicable a los pensionistas. Los ancianos quieren verse libres de cualquier preocupación sobre sus inversiones; «el temor a perder los ingresos pesa constantemente sobre los ancianos, que no deben ni quieren dedicar su atención a los problemas financieros. Les ha llegado la hora de recibir y emplear sus ingresos, no de ganárselos. La gestión de las inversiones es uno de los principales argumentos en favor de la venta del contrato de renta».

2. *Confianza en la solvencia de la inversión.* — También se habló en el capítulo 4 de la solvencia, libre de toda sospecha, de las compañías de seguros. En lugar de vivir en la esperanza, como se hace en los años jóvenes, los ancianos viven normalmente en el temor. La ancianidad no es el mejor momento para perder lo invertido; el riesgo es inexistente cuando el principal invertido ha sido encomendado a una compañía de seguros de vida, y sobre todo cuando la inversión se ha colocado repartida entre varias aseguradoras. Incluso en el supuesto de la suspensión de las operaciones por parte de la compañía (algo muy ex-

cepcional), la pérdida solamente afectaría a una fracción mínima del principal.

3. *Garantía de unos ingresos anuales cuantiosos y seguros.* Aparte de la eliminación de las situaciones de temor, a causa de la solvencia firme de la compañía, el pensionista puede conseguir a la edad de la jubilación unos ingresos mensuales iguales o bastante superiores a los que se podrían obtener por los medios usuales de inversión. Cada año la compañía entregará al pensionista los ingresos corrientes de su inversión aumentados con una parte del principal invertido; los ingresos son seguros y el beneficiario puede gastarlos sin temor a quedarse en la miseria, ya que continuarán mientras siga con vida. La renta es el único medio para gozar de un principal ganado con trabajo y ahorros, sin temor a su agotamiento. Sin la renta, el anciano no se atreve a consumir ninguna porción de su principal y vive solamente con los benficios para dejar la inversión a otros, cuando le sobreviene la muerte. Sin el contrato de una renta siempre se vive en el temor de estar gastando demasiado o demasiado poco; con la renta se puede aumentar la escala del gasto, cuya cifra se calcula con toda exactitud.

4. *Protección frente a la disminución del patrimonio.* — Ya se hizo mención de la reducción que la Gran Depresión supuso para el valor monetario de los patrimonios americanos. La gente de edad, que había vivido en condiciones de elevado bienestar, sufrió una drástica disminución de sus ingresos. En estas circunstancias, el contrato de renta puede contribuir a compensar la disminución sufrida por el principal. Por ejemplo, el propietario de una fortuna de $ 50.000 en 1929 pensaba contar con unos ingresos de $ 2.500, pero al disminuir su capital a unos $ 25.000, los ingresos quedaban reducidos a $ 1.250. Si se hubiera invertido una suma de $ 25.000 para una edad de sesenta o de sesenta y cinco años, el sujeto habría obtenido en vida un rendimiento muy superior al de la inversión convencional; en otras palabras, la suma de $ 25.000, en términos de ingresos vitalicios, habría equivalido a $ 50.000 de antes de que se produjera la crisis económica.

5. *Destino de los fondos a entidades de beneficencia.*—Las instituciones educacionales, religiosas, médicas y filantrópicas, en general, tienen en el seguro y en el contrato de renta una de sus fuentes futuras de financiación. Con frecuencia se reciben donaciones de personas de edad, a condición de que al donante se le garanticen unos ingresos mientras viva. Cabe preguntarse si estas instituciones deben o no aceptar este tipo de riesgo; de otro lado, la donación se queda siempre sin ser invertida, a la espera del fallecimiento del donante, en cuyo momento el capital que resta pasa a la entidad beneficiaria. Lo más aconsejable es que una parte de la donación sea destinada a asegurar la renta requerida en favor del donante, gracias a un contrato de renta. Si el donante tiene, por ejemplo, sesenta y cinco años de edad, aproximadamente la mitad puede ser invertida en una renta vitalicia que le garantiza un rendimiento equivalente al 4 por 100 del total de la donación. La otra mitad queda liberada en favor de la institución, para su destino inmediato a los fines que se hayan fijado.

6. *Ayuda financiera a los hijos.* — El mismo razonamiento se puede aplicar al caso del padre que desee ayudar financieramente a su hijo, en el momento en que la ayuda resulte más conveniente. El padre puede ser titular de un patrimonio de $ 20.000, con un rendimiento anual de $ 600. Sin el contrato de renta, el sujeto se ve obligado a seguir conservando su patrimonio, sin posibilidad de prestar ayuda a su hijo; a su fallecimiento, éste recibirá $ 20.000. Lo mejor sería que el padre, a la edad digamos de sesenta y cinco años dividiera su patrimonio en dos partes, invirtiendo una en una renta vitalicia de $ 10.000, que le daría una rentabilidad igual al total del patrimonio al 3 por 100, con lo que sigue percibiendo los mismos ingresos mientras viva. La otra mitad de $ 10.000 puede ser entregada al hijo, en vez de tenerle esperando hasta que el padre fallezca. Este plan supone al mismo tiempo un apreciable ahorro de impuestos.

7. *La distribución de una fortuna considerable entre los hijos.*—Los contratos de renta pueden facilitar tal distribución, ya que los padres pueden seguir percibiendo unos ingresos suficientes gracias a la inversión en el seguro de renta de una parte del patrimonio, que queda retenida para este fin.

8. *Mayor facilidad para la redacción del testamento.*—Con frecuencia, los testadores dejan sumas importantes de dinero en favor de sus herederos legítimos, de sus amigos o de sus empleados. Estas sumas son de pago muy incierto, y en ningún caso presentan las mismas ventajas de una liquidación inmediata. La finalidad de estos legados es la de procurar unos ingresos al beneficiario, que serían más seguros si la suma fuera invertida en una renta. La ventaja sería doble: de un lado, se asegura contra el riesgo de la pérdida y de otro los ingresos obtenidos son mayores. Con el contrato de renta el testador puede obtener mayores resultados con la misma cantidad de dinero.

9. *Prolongación de la vida del pensionista.* — Se dice que los pensionistas tienen larga vida. De un lado, no padecen problemas financieros, están satisfechos con sus ingresos y viven sus años con tranquilidad. Puede afirmarse que la mitad de las enfermedades humanas se pueden atribuir al temor y a la preocupación; por esta razón, la renta vitalicia contribuye a la salud y felicidad del sujeto. En la vejez, la renta tiene la misma función económica que el examen médico periódico durante la vida laboral: la conservación de la vida.

9

Contratos especiales de vida y de renta

Además de los contratos comunes de seguro de vida y de renta de que nos hemos ocupado, las compañías ofrecen una gran variedad de pólizas especiales o combinaciones de pólizas. Los principios en que se fundamentan no se diferencian de los discutidos en esta obra; solamente se distinguen en el sentido de que suponen una combinación para mejor servicio de ciertas categorías de clientes. Casi todos estos contratos se han desarrollado para una mejor comercialización de los productos; algunos de ellos han dado satisfacción a necesidades concretas y tienen una gran aceptación, pero no se debe olvidar que carecen de la flexibilidad que distingue a los tipos ordinarios de contrato de seguro. En su conjunto, la cobertura dada por estos contratos es pequeña si se la compara con la suma de contratos ordinarios que cada año se emiten en los Estados Unidos.

CONTRATOS COMBINADOS

Póliza o apéndice de ingresos familiares

Este tipo de póliza tiende a captar la clientela joven con responsabilidades familiares. Tiende a facilitar unos ingresos durante el período de educación de los hijos, en el supuesto de la muerte prematura del cabeza de familia, al tiempo que constituye el fundamento de un programa permanente de seguro de vida.

La póliza promete unos ingresos mensuales al beneficiario, a partir del fallecimiento del asegurado hasta la terminación del período estipulado, que normalmente es de diez, quince o veinte años a partir de la emisión. Los ingresos mensuales suponen, generalmente, el 1 por 100 del importe de la póliza ($ 10 por cada $ 1.000 de seguro), aunque en algunas compañías se llegue al 2 por 100 e incluso al 4 por 100. Además, la póliza cubre una suma pagadera al final del período de ingresos, siempre que el asegurado haya fallecido antes de terminar la vigencia contratada de diez, quince o veinte años. Si el asegurado sobrevive, la suma asegurada se pagará a su fallecimiento, en cuyo caso la póliza funciona como de vida entera. El período estipulado para la percepción de los beneficios ha de ser lo suficientemente largo como para proteger a la familia hasta que el hijo más pequeño pueda defenderse por sí mismo.

En algunos contratos se estipula el pago, al fallecimiento, de una suma al contado para hacer frente a los gastos de última enfermedad y de enterramiento.

Para explicar mejor los principios que fundamentan este tipo de contrato, podemos partir del supuesto de un individuo joven que contrata una póliza de ingresos familiares a veinte años, por una suma cubierta de $ 10.000. Si falleciera a los cinco años de la entrada en vigor, la compañía abonaría al beneficiario una suma de $ 100 al mes durante los quince años restantes, además de $ 10.000 a la terminación del período; si fallece a los dieciocho años de vigencia, se pagarán $ 100 durante dos años, y al final del período una suma de $ 10.000. Si fallece después de transcurridos los veinte años de vigencia (aunque sea a los veinte años y un día), solamente se pagará la suma asegurada. En todo caso, esta suma de $ 10.000 puede ser cobrada al contado o bien mediante una de las opciones de liquidación válidas para cualquier contrato ordinario de seguro de vida.

La póliza de ingresos familiares es una combinación de un *seguro de vida entera* y de un *seguro temporal decreciente*. El primero paga la suma asegurada, cualquiera que sea el momento del fallecimiento, antes o después de la expiración del plazo cubierto. El seguro temporal decreciente cubre la suma precisa para que con los intereses devengados por la póliza de vida entera

(que, como se recordará, madura en cuanto se produce la muerte del asegurado) atienda a los pagos mensuales durante el período contratado. El número *máximo* de *pagos* con una póliza a veinte años sería de 240, para el supuesto en que el asegurado falleciera inmediatamente después de la emisión de la póliza. El número *mínimo* sería cero, en el supuesto de que el asegurado muriera al expirar el plazo de los veinte años. Como puede verse en el gráfico 9.1, la suma de seguro temporal preciso para el pago de los ingresos mensuales disminuye gradualmente a partir del número máximo hasta cero. De todos modos conviene tener en cuenta que la suma real de seguro temporal queda disminuida por el importe de los intereses devengados por la póliza de vida entera, importe que sigue en manos de la compañía hasta el final del período. Algunos contratos prometen el pago de la suma asegurada al principio y no al final del período de pago de mensualidades, pero esta modalidad exige un seguro temporal mucho mayor para compensar la pérdida de intereses sobre la póliza de vida entera.

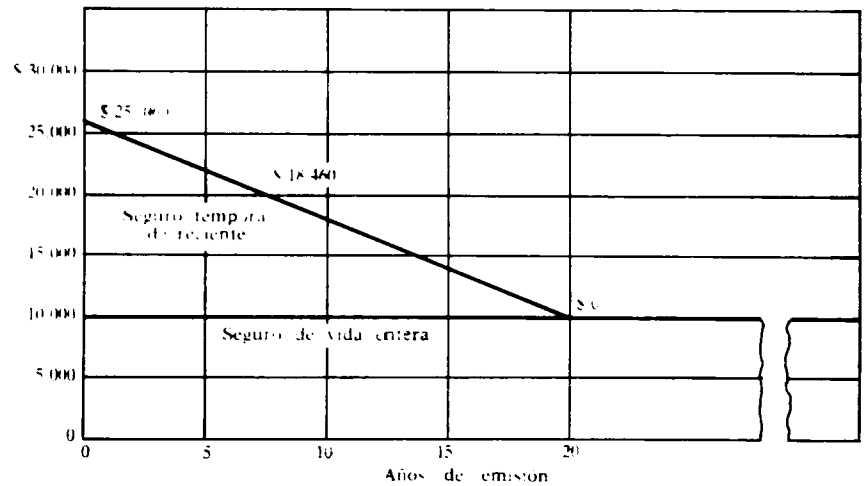


GRAFICO 9.1.—Proporción relativa entre el seguro de vida entera y el temporal decreciente en una póliza de una familia con ingresos de $ 10.000 *Tabla 1958 CSO* y 2,5 por 100 de interés.

Los beneficios de la *póliza* de ingresos familiares también pueden obtenerse con un *apéndice* para cubrir la familia, que se emite a cualquier tipo de seguro permanente. En estos casos, la suma básica del seguro es pagadera al fallecimiento y no al expirar el período de ingresos; el apéndice incluye la suma adecuada y precisa de seguro temporal decreciente. El documento puede tener la vigencia que se prefiera y puede emitirse para acompañar a las pólizas de nueva emisión o bien para pólizas ya en vigor, siempre que se demuestre la asegurabilidad. El apéndice de ingresos familiares como anexo a una póliza permanente, promete los mismos beneficios que la póliza de ingresos familiares, aunque con una mayor flexibilidad. En efecto, ciertas compañías emiten apéndices «de ingresos familiares hasta los sesenta y cinco años», que exceden con mucho de la idea originaria de esta cobertura. Cabe añadir que el apéndice es la forma más común, que ha suplantado casi totalmente a la emisión de una póliza especial.

La prima en este tipo de póliza o en el apéndice es uniforme a lo largo del período contratado, pero a su expiración se queda reducida al importe requerido por el seguro permanente teniendo en cuenta la edad del asegurado a la emisión de la póliza. Algunas aseguradoras atienden al coste del seguro temporal por medio de una prima uniforme pagadera durante un período inferior al del eventual pago de los ingresos, a causa de la mínima entidad del seguro vigente en los años finales. Cuando en estas pólizas se incluyen beneficios como el de la invalidez o el de la indemnización doble, dichos beneficios sólo se refieren a la póliza permanente.

La finalidad principal de la póliza o del apéndice de ingresos familiares es la de obtener una protección más adecuada en el caso del fallecimiento del asegurado antes de que sus hijos lleguen a la mayoría de edad. La póliza está específicamente proyectada para los matrimonios jóvenes, que no pueden afrontar el coste de un seguro suficiente del tipo común. Por tanto, las ventajas de la póliza son las mismas que las de la cobertura ordinaria del seguro de vida, aumentado con un seguro temporal para una necesidad cooncreta y transitoria. El contrato constituye una de las combinaciones de mayor aceptación.

Una de las desventajas principales con que tropieza la venta de este tipo de contrato es que el asegurado no comprende debidamente las cláusulas relativas al período de las mensualidades que son pagaderas si el asegurado fallece durante el período, hasta la expiración del mismo, que puede ser de diez, quince o veinte años, a contar desde la fecha de entrada en vigor. La póliza *no* se compromete a pagar los beneficios durante diez, quince o veinte años a partir del fallecimiento; cuanto más viva el asegurado, más breve será el plazo en que se pagan los beneficios, lo cual no implica que el período de pago de los mismos no cubra el de las necesidades máximas de la familia del asegurado.

A causa de las desventajas relacionadas con el elemento de seguro temporal que en este contrato se incluye, son muchas las compañías que ofrecen la posibilidad de que, mientras la póliza esté vigente y sin necesidad de suministrar prueba de asegurabilidad, la póliza de ingresos familiares pueda ser sustituida por cualquier otro tipo regular de vida entera o de capitalización.

Otra crítica que se hace a este contrato es la falta de flexibilidad, ya que un cambio de las circunstancias puede restarle interés. Por ejemplo, no tiene en cuenta la posibilidad de un aumento en la familia, y la ventaja de su convertibilidad en otro tipo de seguro puede no ser la mejor solución en las nuevas circunstancias sobrevenidas. Los tipos ordinarios de póliza de vida o de capitalización ofrecen ventajas mayores para aquellos asegurados que puedan pagar una cobertura más apropiada.

Para que el contrato satisfaga su objeto fundamental, la póliza presenta unas limitaciones que dificultan su consecución. El plan de ingresos de veinte años queda limitado normalmente a los que tienen edades comprendidas entre veinte y cuarenta y cinco años. En este grupo están comprendidos los matrimonios jóvenes que quieren asegurar unos ingresos a su familia hasta que su hijo menor sea autosuficiente. El plan de quince años está limitado a los que cuentan con edades de veinte hasta cincuenta, y el de diez años a los de veinte a cincuenta y cinco. Estos dos últimos planes son aconsejables para aquéllos cuyos hijos son más crecidos y solamente precisan la cobertura durante un período más breve. También existen limitaciones en cuanto al importe del seguro; por ejemplo, casi ninguna com-

pañía acepta un seguro por menos de $ 2.500; las limitaciones máximas las fijan las aseguradoras en relación con la edad, llegando hasta $ 50.000 para los varones de edades de veinticinco a cincuenta, y hasta $ 25.000 para las mujeres con edades de treinta a cincuenta y cinco.

Estas limitaciones quedan por debajo, normalmente, de las aplicables a las pólizas ordinarias de vida o de capitalización, de suerte que si el asegurado puede contratar un seguro por unos límites superiores, lo lógico es que la aseguradora le obligue a contratar el exceso con una póliza ordinaria.

Póliza o apéndice para el mantenimiento de la familia

La póliza para el mantenimiento de la familia es bastante parecida a la de los ingresos familiares. El rasgo distintivo lo hallamos en el hecho de que si el sujeto fallece durante el período contractualmente determinado (por ejemplo, dentro de un plazo de veinte años), los pagos de mensualidades se producen durante un período de veinte años, cualquiera que sea el momento en que el asegurado deje de existir. Por lo demás, la póliza de mantenimiento ofrece los mismos beneficios que la de ingresos familiares; al igual que en ésta, cuando el asegurado muere después de la expiración del período, solamente se paga la suma asegurada (véase el gráfico 9.2).

La póliza de mantenimiento de la familia es una combinación de seguro permanente y de seguro temporal. Pero la parte temporal es *uniforme* y no decreciente; se reconocen los mismos beneficios aunque el asegurado fallezca en el último día del período, por lo que para el pago de las mensualidades se exige el abono de una prima uniforme de seguro temporal. Los intereses devengados por la cobertura permanente sirven para reducir el importe del seguro temporal. Los beneficios, por regla general, se contratan no en una póliza independiente, sino en un apéndice emitido a una póliza de nueva emisión o a otra ya existente.

En la actualidad, las pólizas de mantenimiento de la familia son emitidas por muy pocas compañías, pues han sido sustituidas por el apéndice de ingresos familiares y por apéndices tem-

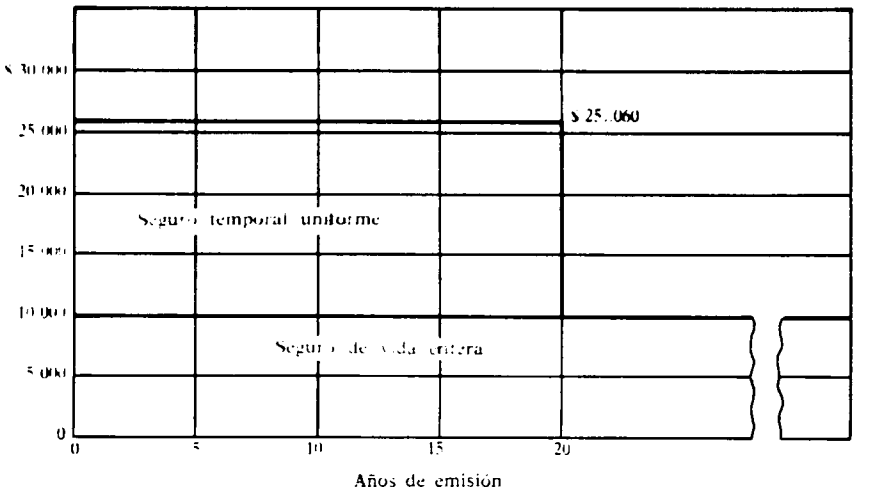


GRAFICO 9.2.—Proporción relativa entre el seguro de vida entera y el temporal uniforme en una póliza a 20 años para el mantenimiento de la familia con $ 10.000, *Tabla 1958 CSO* y 2,5 por 100 de interés.

porales. Sin embargo, nos hemos detenido en su estudio porque son una demostración de los principios que informan el desarrollo de las pólizas especiales que utilizan los tipos básicos de cobertura.

Contrato de ingresos a la jubilación

Este tipo de contrato goza de gran popularidad. No sólo es el adecuado para obtener ingresos a la jubilación del individuo, sino que también constituye el modelo standard para los planes de pensiones con base individual. El contrato recibe otras denominaciones, como «capitalización de ingresos», «capitalización de jubilación», «renta capitalizada» y «seguro con renta vitalicia».

El contrato es casi idéntico al de la renta de jubilación, de que ya nos hemos ocupado. La diferencia principal reside en el beneficio por el fallecimiento antes de la maduración, que es mayor en el contrato de ingresos a la jubilación. A diferencia de

la renta de jubilación, que solamente paga el valor de liquidación o devuelve las primas abonadas, el contrato de ingresos promete el pago de $ 1.000 por cada $ 10 de ingresos mensuales, o bien el valor de liquidación, si éste fuera mayor (1).

Los beneficios adicionales para el caso del fallecimiento se cubren con un seguro temporal decreciente. El importe de este seguro temporal es el que resulte exactamente suficiente para que, a cada edad, y complementado con el valor de la reserva, pueda pagar la suma asegurada. A partir del instante en que el valor de liquidación supere a la suma asegurada, la reserva y el valor de liquidación se equiparan y se colocan al nivel del beneficio pagadero en caso de fallecimiento.

La mayoría de las pólizas con pago de mensualidades se emiten para que maduren a la edad de cincuenta y cinco, de sesenta o de sesenta y cinco, y a causa del elemento adicional de seguro no presentan la misma flexibilidad, en cuanto a las fechas opcionales de maduración, que las rentas de jubilación.

El contrato de ingresos de jubilación es una combinación de un convenio para el ahorro de fondos (como se explicó al hablar de la renta de jubilación) y de otro seguro temporal decreciente cada año, de suerte que siempre sea igual a la diferencia entre el fondo de ahorro y la cobertura a pagar en caso de fallecimiento del pensionista durante el período diferido. El gráfico 9.3 ilustra sobre estos dos elementos, en una compañía que aplica el 2,5 por 100; en el supuesto reflejado, el asegurado persigue una protección de $ 10.000 para el beneficiario, y $ 100 para sí mismo, con pagos garantizados durante 120 meses si llega a vivir a la edad de jubilación, o sea, hasta los sesenta y cinco años de edad. Para conceder el derecho a estos ingresos, la compañía ha de contar, al cumplir los sesenta y cinco años, no ya con $ 10.000, sino con $ 16.640. Durante los últimos años del período diferido, el fondo de ahorro será superior a los $ 10.000 de protección inicial; en el supuesto estudiado, el fondo superará la suma de la protección inicial a los veinte años de vigencia. Si el asegurado muriera con posterioridad, pero antes de la edad de jubilación, el beneficiario recibiría al contado la suma que fuera superior.

(1) Otros contratos ofrecen hasta $ 2.000 de seguro por cada $ 10 de ingresos mensuales.

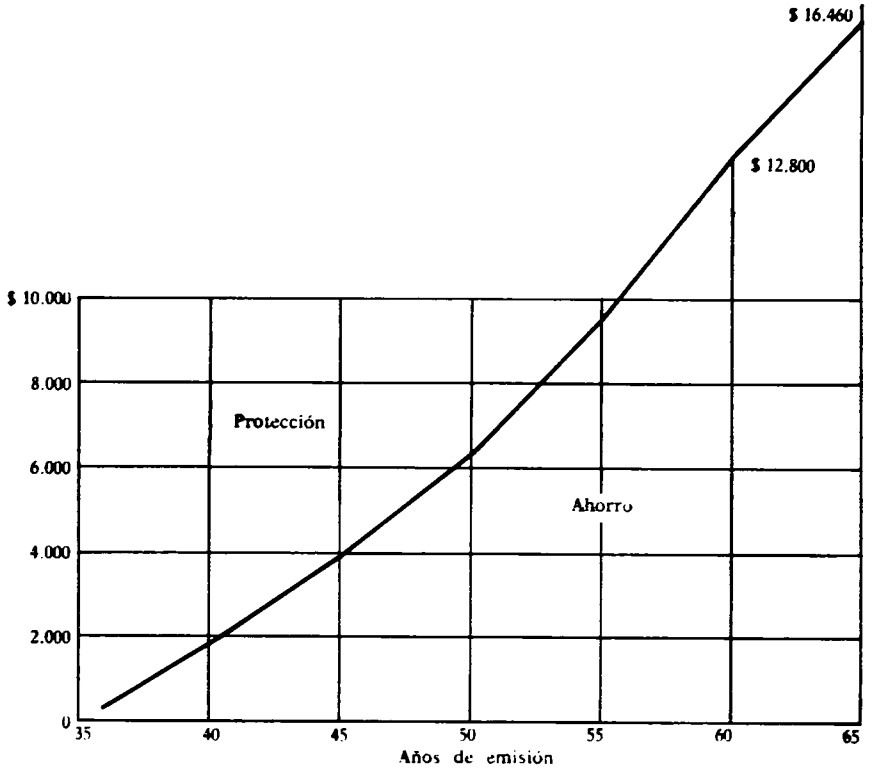


GRAFICO 9.3.—Reservas finales, para una póliza de seguro con $ 10.000 de ingresos y $ 100 de ingresos mensuales por jubilación, *Tabla 1958 CSO*, edad 35 años masculino, y 2,5 por 100 de interés.

Pólizas de cobertura múltiple

Son muchas las compañías que han introducido unas pólizas combinadas que podemos denominar de «cobertura múltiple». Estos contratos prometen el pago de un múltiplo de la suma asegurada si el asegurado fallece dentro de un plazo fijado; el pe-

ríodo de protección múltiple puede ser de diez, quince o veinte años, o bien extenderse hasta una cierta edad, como los sesenta o los sesenta y cinco años. La cobertura en caso de fallecimiento durante este período consiste normalmente en el doble o el triple de la suma asegurada.

Por ejemplo, si la protección doble se reconoce hasta la edad de sesenta años, y a partir de dicha edad solamente se pagaría la suma asegurada, la combinación representa la de un seguro temporal uniforme y la de un seguro de vida entera modificado, por sumas exactamente iguales. La prima total se aplica a la póliza modificada de vida una vez que haya expirado el seguro temporal. Cuando se trata de cobertura triple, el seguro temporal será por el doble de la cobertura de la póliza de vida entera. Como sucede en otros casos en que interviene el seguro temporal, la cobertura se puede contratar por medio de una póliza especial o de apéndice a la póliza permanente. Por regla general, la parte de seguro temporal puede convertirse en un seguro permanente, sin necesidad de aportar prueba de asegurabilidad.

Debe tenerse en cuenta que la póliza de cobertura doble a veinte años es semejante en su contenido a la póliza de mantenimiento de la familia a veinte años, pues el seguro temporal, en ambos casos, es por un importe uniforme.

Póliza familiar

Muchas compañías emiten pólizas que aseguran en un solo contrato a todos los miembros de la familia; son las denominadas *pólizas familiares*. Normalmente, ofrecen una cobertura de vida entera o cualquier otro tipo de seguro permanente en favor del padre o de la madre que figura como asegurado, con una prima que depende de la edad que cuente. El seguro temporal cubre al otro cónyuge y a los hijos. En los casos más comunes, en que el que gana el sustento es el padre, la cobertura de la esposa puede ser una suma asegurada fija, o bien variable con su edad, y consiste en un seguro temporal hasta que el esposo cumpla los sesenta y cinco años, aunque en algunos casos se emita una cobertura a vida entera. La cobertura de los hijos es temporal por una suma fija; se cubre a todos los hijos que vivan

en el hogar, incluso los nacidos o adoptados *después* de la emisión de la póliza. Esta cobertura de los hijos entra en vigor cuando el infante ha cumplido quince días, por regla general, y expira al cumplir una cierta edad, que en la mayoría de los casos es la de dieciocho años (en otros casos es de veintiuno o de veinticinco años), y casi siempre puede convertirse en un plan permanente de seguro, sin necesidad de probar la asegurabilidad; lo más usual es permitir la conversión de cada seguro sobre los hijos, hasta la suma de $ 5.000, por unidad de cobertura.

La unidad de cobertura puede consistir en $ 5.000 de seguro de vida entera sobre el que gana el sustento, de $ 1.000 ó $ 1.250 de vida entera o temporal sobre el cónyuge, y de $ 1.000 sobre cada hijo. Si el asegurado fallece antes de cumplir los sesenta y cinco años, es bastante común que la compañía considere totalmente pagadas todas las pólizas temporales; otras compañías ofrecen privilegios de conversión. La ventaja de dar por completamente pagados los seguros temporales se consigue mediante una renta de supervivencia (véase más adelante) por el importe de la prima del seguro del beneficiario, ya que éste ha de sobrevivir al asegurado para que pueda pagarse.

La prima no cambia si se incluyen nuevos hijos (2), ya que la de esta cobertura se basa en el número medio de hijos, pero en el caso del fallecimiento del cónyuge antes que el asegurado, el seguro se paga al beneficiario al tiempo que el seguro del que gana el sustento se incrementa en una suma igual durante el período de seguro que cubría al cónyuge.

Estas pólizas ofrecen características bastante diversas, aunque las cláusulas básicas se acomoden en esencia al patrón que acabamos de describir. No debe olvidarse que ciertas compañías ofrecen los beneficios de la póliza *familiar* mediante la emisión de un *apéndice* modificativo a un seguro permanente. El significado de la póliza familiar lo podemos hallar en el hecho de su enorme aceptación en el mercado, ya que satisface las necesidades de cobertura de cada miembro de la familia durante el tiempo en que el progenitor ha de cargar con todos los gastos en caso de fallecimiento del cónyuge o del hijo, siendo su coste bastante

(2) No todas las compañías incluyen la reducción de la prima al fallecimiento de la esposa.

reducido. Su originalidad reside en la circunstancia de que se aparta de la tradición de una póliza por cada individuo. Ciertamente, en las pólizas de vida conjunta se cubre más de una vida, pero la idea de cubrir un número *indeterminado* de individuos, con edades que ni siquiera se conocen, como en el caso de futuros nacimientos de hijos, era algo totalmente nuevo. Este tipo de contrato es otro ejemplo de combinación de tipos básicos de seguro de vida, para conceder un conjunto determinado de beneficios. Por regla general, la tarifa para esta protección global depende únicamente de la edad del asegurado, que es el que gana el sustento; la prima se calcula partiendo del supuesto de que el cónyuge tiene la misma edad y de que el número y las edades de los hijos se ajustan a un cierto patrón. Si el cónyuge no tiene la misma edad, la prima ya predeterminada se destinará a adquirir la cobertura que pueda obtenerse a la edad real del cónyuge. A los efectos de las primas y del pago de dividendos no se tienen en cuenta las desviaciones que resulten de un número de hijos o de unas edades distintos a los presumidos.

CONTRATOS DE RENTA DE SUPERVIVENCIA

Renta de supervivencia

Naturaleza.—Este es un tipo de contrato único, en cuanto ofrece unos beneficios de ingresos con una póliza que no garantiza el pago de una suma total al contado. En realidad, la renta de supervivencia o de reversión, como a veces se la conoce, es una póliza de seguro de vida combinada con una renta. Se estipula que si el beneficiario sobrevive al asegurado, recibirá unos ingresos vitalicios *prefijados*, cualquiera que sea su edad a la muerte del asegurado.

Aunque la renta de supervivencia prometa el pago de una renta vitalicia a partir del fallecimiento del asegurado, en realidad se trata de un seguro de vida, ya que los fondos con los cuales pagar esta renta han de estar disponibles al fallecimiento. La suma de dinero que la compañía precisa a la muerte del asegurado será el valor presente de los pagos prefijados al beneficiario. Como el valor presente de una renta vitalicia inmediata disminuye al aumentar la edad del beneficiario, el importe efectivo del seguro en la renta de supervivencia tendrá un valor máximo al tiempo de la emisión de la póliza, y a partir de este momento comenzará a disminuir. Como no hay forma de determinar la edad del beneficiario al momento de la muerte futura del asegurado, las expectativas de vida del beneficiario serán las que definirán la tarifa a aplicar a la renta de supervivencia. No conviene olvidar que si el beneficiario premuere al asegurado, el contrato deja de existir y la prima se considera totalmente devengada. El asegurado ha de dar prueba de asegurabilidad, pero no así el beneficiario, ya que su fallecimiento a edad temprana favorece a la aseguradora. Las compañías nunca exigen prueba de asegurabilidad a los pensionistas.

Utilidad de la renta de supervivencia.—Este contrato promete el pago de unos ingresos, cualquiera que sea la edad del beneficiario, cuya cuantía se conoce de antemano; este pago se efectúa durante la vida del beneficiario. Este tipo de cobertura no puede conseguirse con ninguna de las opciones de liquidación que se han explicado en el capítulo que antecede. Hay que recordar que la renta vitalicia es una de dichas opciones, pero su cuantía depende de la edad del beneficiario al fallecimiento del asegurado, y su importe no puede averiguarse de antemano. La renta de supervivencia supone unos ingresos en favor del beneficiario, a un coste muy reducido si la póliza se emite cuando el asegurado es joven y el beneficiario es anciano; por esta razón la póliza es muy útil cuando se trata de un hijo que quiere cubrir a un padre o a un pariente anciano. La prima puede ser única o anual.

Esta renta de supervivencia tiene ciertos rasgos que podemos considerar como desventajas. Uno de ellos es que el beneficiario no puede ser sustituido, algo de gran importancia, ya que la experiencia nos enseña con gran frecuencia el beneficiario originario de una póliza de vida no es el mismo que en su momento cobra los beneficios. Sin embargo, es lógico que en este contrato no quepa la modificación, ya que la sustitución por un beneficiario más joven o más sano aumentaría el riesgo de la compa-

ñía. Si el beneficiario muere antes que el asegurado, el contrato deja de existir; no cabría la estipulación de un nuevo contrato para cubrir un nuevo beneficiario sin someterse a un nuevo examen médico. Cuando las edades son casi iguales, o cuando el beneficiario es más joven que el asegurado, la renta de supervivencia no se emite usualmente a causa de su elevado coste. La renta de supervivencia no permite tener en cuenta a aquellas personas que pasen a depender del asegurado con posterioridad a la emisión de la póliza; por ejemplo, si el individuo quiere proteger a su esposa con una renta de supervivencia, y a su muerte le sobreviven la viuda y los hijos, éstos solamente recibirán los beneficios mientras la madre viva. Otra desventaja es que carece de protección frente a la vejez; por ejemplo, si una mujer designa beneficiario a su marido, es posible que los dos vivan muchos años sin recibir beneficios, muy necesarios en la ancianidad.

Póliza de ingresos vitalicios

Este tipo de póliza es una forma modificada de la renta de supervivencia; *únicamente* se diferencia de la pura renta de supervivencia en el hecho de que se garantiza un número mínimo de pagos después de la muerte del asegurado, *con independencia de si el beneficiario sigue existiendo o no.*

Cuando el beneficiario sobrevive al período garantizado (generalmente de veinte años), recibirá unos ingresos prefijados mientras viva, pero si no sobrevive, o sobrevive a una parte de los plazos garantizados, el resto de los pagos se harán a los beneficiarios nombrados en segundo término. De este modo se eliminan las desventajas de la renta de supervivencia. Existe la garantía de que los ingresos se producirán durante veinte años, con lo que los hijos siguen cubiertos hasta que puedan valerse por sí mismos. El beneficiario puede ser sustituido y el valor de rescate puede ser reclamado al contado siempre que interese dar la póliza por terminada. Si el beneficiario originario fallece antes que el asegurado, las primas son objeto de reducción; cuando se trata de beneficios de renta pura no cabe la designación de un nuevo beneficiario.

El estudio de la póliza de ingresos vitalicios revela que, al igual que en el caso de la renta pura de supervivencia, el riesgo consiste en la suma que, al fallecimiento del asegurado, sea suficiente para pagar la renta establecida al beneficiario mientras viva con una garantía de un número mínimo de pagos. Esta suma será cada año menor, ya que el riesgo disminuye conforme el beneficiario tiene más edad; no obstante, la suma no puede nunca ser inferior a la necesaria para hacer frente a los pagos garantizados, que han de efectuarse con independencia del fallecimiento o de la edad del beneficiario. Por tanto, la póliza de ingresos vitalicios consiste, en primer lugar, en un seguro que no está determinado por la edad del beneficiario, sino por el valor presente de los pagos garantizados; y en segundo lugar, de un seguro, que disminuye cada año que el asegurado sigue con vida, suficiente para pagar una renta fija al beneficiario una vez haya expirado el período garantizado, y que ha de continuar durante el resto de su existencia. La prima cargada por esta renta depende de la edad del beneficiario y de la edad del asegurado a la emisión de la póliza. El valor descontado de los pagos garantizados se conoce generalmente como *valor conmutado*, y la denominación técnica de esta renta es la de *renta diferida de supervivencia.* Si el beneficiario muere antes que el asegurado, la compañía no está obligada a pagar la renta diferida de supervivencia, por lo que se interrumpen las primas correspondientes a esta parte del contrato; la prima reducida se abonará ahora hasta el fallecimiento del asegurado, momento en que comienzan los pagos garantizados, o, si la póliza lo admite, el pago de una suma al contado igual al valor conmutado.

El asegurado puede hacer nueva designación de beneficiario, siempre que se haya reservado el derecho a ello en el contrato; si se hace la sustitución, la prima es objeto de reducción, ya que esto implica la interrupción de la renta diferida de supervivencia. La razón es clara si se tiene en cuenta que la prima originaria de esta parte del contrato se basaba en la edad del beneficiario y en la del asegurado; si se permitiera la libre sustitución del beneficiario, se aumentaría el riesgo de la compañía, ya que si el nuevo beneficiario es más joven o más sano que el sustituido, el riesgo será mayor. Algunas compañías permiten la

posibilidad de que el asegurado adquiera, con el consentimiento de la aseguradora, una nueva renta diferida de supervivencia en favor del nuevo beneficiario, para tener la misma cobertura que en la póliza primitiva.

Póliza de renta y de principal

Esta póliza es un contrato especial por el que, al fallecimiento del asegurado, se paga al primer beneficiario la renta por vida derivada de un capital determinado, mientras que la suma asegurada por la póliza se paga al beneficiario segundo a la muerte del primero. Cuando éste premuere al asegurado, la suma asegurada se paga directamente al beneficiario segundo al fallecer el asegurado.

Esta póliza sirve en concreto para atender a las necesidades de un beneficiario mientras viva, al tiempo que se reserva la suma cubierta para el beneficiario segundo. El resultado podría lograrse también si los beneficios del seguro de vida se dejaran en manos de la aseguradora mediante el ejercicio de una opción de intereses y sin el derecho a retirar el principal; esta solución presenta la dificultad de que requiere una cobertura muy elevada en el seguro de vida, a fin de lograr el nivel adecuado de vida, a fin de lograr el nivel adecuado de intereses que satisfaga las necesidades del primer beneficiario.

La póliza de renta y de principal garantiza unos intereses sobre la suma asegurada superiores al tipo usual. En realidad, la póliza es una combinación de *seguro de vida entera* y de *renta de supervivencia;* el primero facilita los fondos que en su día hayan de pagarse al beneficiario secundario al fallecimiento del primario. La renta de supervivencia facilita la suma precisa para aumentar los ingresos prometidos por la opción de los intereses en la póliza de vida entera, hasta la suma del seguro prometido al beneficiario primario por la póliza de renta y de principal. La cobertura adicional *incrementa la prima* en un importe que dependerá de la edad del asegurado y del beneficiario primero.

En el supuesto de que el beneficiario primero falleciera antes que el asegurado, la renta de supervivencia queda sin efecto, quedando las primas reducidas a la correspondiente a la parte

del seguro de vida entera. A la muerte del asegurado en estas circunstancias, los beneficios de la póliza de vida entera son pagaderos al beneficiario segundo.

En este caso, como sucede con todos los contratos, el asegurado paga por lo que va a recibir, aunque en la práctica se formule la objeción de que el asegurado pueda ser inducido a creer que consigue una rentabilidad superior a la normal, cuando en realidad lo que ocurre es que paga una prima adicional para percibir unos ingresos superiores.

EL SEGURO JUVENIL

Naturaleza

El seguro juvenil es el seguro contratado en favor de las vidas de niños entre un día de edad y catorce o quince años, emitido en base a la propuesta presentada por uno de sus progenitores o por un pariente que esté a cargo de su mantenimiento. Casi todas las compañías, en el pasado, intentaron limitar la emisión de pólizas juveniles a causa del valor asegurable limitado del niño. Esta postura fue seguida por algunos Estados, que promulgaron normas imponiendo limitaciones estrictas al importe de cobertura del seguro sobre la vida de los niños. Se temía que una política indiscriminada de seguro podría llevar a la especulación sobre sus vidas. Estas limitaciones fueron suavizadas lentamente por las aseguradoras, las cuales, si la norma legal lo permite, llegan hoy día a cubrir las vidas juveniles con sumas considerables.

En los Estados que siguen imponiendo limitaciones legales, lo normal es que se exprese la cantidad máxima que pueda contratarse a cada una de las edades; estas limitaciones se aplican generalmente sólo hasta la edad de cinco años, pero pueden ampliarse hasta la de diez o quince. Por tanto, en estos ordenamientos, las pólizas juveniles se emiten sobre la base de unos beneficios graduados. La tabla 9.1 recoge un caso tipo de plan graduado; una póliza de $ 5.000 (suma asegurada definitiva) emitida a los dos años de edad pagaría en el primer año

TABLA 9.1

Beneficios graduados por muerte por $ 1.000 de la suma asegurada definitiva

Edad a la emisión más cercana al aniversario	*Primer año*	*Segundo año*	*Tercer año*	*Cuarto año*	*Quinto año*
0	$ 100	$ 200	$ 400	$ 600	$ 800
1	200	400	600	800	1.000
2	400	600	800	1.000	
3	600	800	1.000		
4	800	1.000			
5	1.000				

unos beneficios por muerte de $ 2.000 ($ 400 × 5), en el segundo año, $ 3.000 ($ 600 × 5), y así sucesivamente.

Algunas compañías prefieren emitir, en los Estados que imponen estas restricciones, unas pólizas que prometen, en caso de muerte antes de llegar a una edad fijada, como pueden ser los quince o los dieciocho años, la devolución de las primas pagadas con sus intereses. Estos contratos no conceden cobertura de seguro antes de la edad límite, razón por la cual no se infringen las normas legales, cualquiera que sea la suma asegurada por la póliza.

En los Estados que no imponen restricciones al seguro juvenil es posible obtener cobertura desde la edad cero, y en la práctica se tiende a hacerlo así. Ciertas compañías aseguran al niño desde que tiene un día, pero la mayoría lo hace a partir del mes de vida. Como el asegurado en la póliza juvenil es un menor de edad, el control de la póliza se confía normalmente al proponente (casi siempre uno de los progenitores), hasta que el interesado cumpla los veintiún años o hasta la muerte previa del proponente. Hay muchas compañías que emiten póliza regular de seguro a propuesta del propio menor, siempre que haya cumplido la edad límite exigida por el ordenamiento jurídico estatal (3). Técnicamente, en este caso no se trata de seguro juvenil, ya que el proponente es el propio asegurado.

(3) Esto implica el peligro de que el joven, al alcanzar la mayoría de edad, se niegue a ratificar el contrato. Algunos Estados, como el de Nueva York, han reconocido la capacidad legal de los menores para la contratación de seguros a partir de una cierta edad, normalmente la de los catorce años.

Planes de seguro

Normalmente, el seguro juvenil se puede contratar de alguna de las formas que siguen: 1) póliza de vida totalmente pagada a los sesenta y cinco años; 2) póliza de vida de 20 pagos; 3) póliza de vida de 30 pagos; 4) capitalización a los ochenta y cinco años; 5) capitalización a los ochenta y cinco años con 20 pagos; 6) capitalizaciónes con maduración a las edades de dieciséis a veintiún años.

Aculación de un patrimonio. — Recientemente se han introducido pólizas juveniles conocidas con las designaciones de «juveniles a saltos» y «para la acumulación de un patrimonio». Por regla general se emiten entre las edades de un año y quince, en unidades de $ 1.000, con una suma asegurada que automáticamente salta a $ 5.000 (cinco veces la cobertura original) al llegar a la edad de veintiún años, sin que la prima sufra incremento. La póliza básica es usualmente una capitalización a los sesenta y cinco años, un seguro de vida totalmente pagado a los sesenta y cinco o un seguro ordinario de vida. Este tipo de cobertura se ha hecho bastante popular.

Beneficios a favor del que paga la prima.—En todas las formas de seguro juvenil se puede incluir una cláusula para la continuación del seguro en caso de muerte o incapacidad total de la persona responsable del pago de las primas (normalmente, los padres). Esta cláusula en favor del pagador de las primas establece que éstas no serán exigibles, en caso de muerte o invalidez del pagador, hasta que el menor asegurado no llegue a una edad determinada, casi siempre a la edad de veinticinco, o hasta la fecha de maduración del contrato, si fuera anterior. Es natural que el pagador tenga que probar su asegurabilidad antes de incluir esta cláusula en la póliza.

Utilidad del seguro juvenil

Este seguro puede servir para allegar fondos para: 1) los gastos de última enfermedad y de enterramiento; 2) la educación universitaria; 3) para iniciar un plan permanente de seguro a una edad temprana y con una prima muy baja; 4) para que el niño tenga algún tipo de seguro de vida, aunque más adelante no sea asegurable. Las dos últimas finalidades son probablemente las más interesantes, aunque en todo caso convenga recordar que el seguro juvenil no deba ser considerado como un plan apropiado de seguro para un cabeza de familia. Con frecuencia, los padres aseguran a sus hijos para lograr reunir un «fondo universitario» o para un fin similar, ignorando el riesgo principal que supone la pérdida de la capacidad de ganancias por parte del que gana el sustento de la familia.

OTROS CONTRATOS ESPECIALES

Diversos tipos

Reembolso de una hipoteca. — Muchas compañías emiten pólizas especiales tendentes exclusivamente a la cancelación o reembolso de una deuda hipotecaria, en el supuesto del fallecimiento del cabeza de familia. Estas pólizas, denominadas de reembolso, de amortización, de protección hipotecaria o del hogar, entre otras designaciones, no son más que seguros temporales decrecientes vigentes durante la existencia de la deuda. Se calculan de modo que se ajusten a las amortizaciones de la hipoteca, y a causa de su índole temporal y de su cobertura decreciente, el seguro resulta bastante económico. Este tipo de póliza tiene ciertas limitaciones en cuanto a plazo, y en todo caso la importancia del reembolso de la deuda ha de ser compaginada con las demás necesidades de la familia.

La póliza no presenta características específicas, pues se trata simplemente de un seguro temporal de vida. Los beneficios de cualquier póliza siempre pueden ser destinados a la cancelación de una hipoteca.

Esta póliza se emite a veces en conjunción con un plan básico de seguro permanente, de forma semejante a las pólizas de ingresos familiares de que ya nos hemos ocupado.

Contratos con devolución de primas.—Estas pólizas difieren de las usuales en cuanto que prometen el pago al fallecimiento, no sólo de la suma asegurada, sino también de una cantidad igual a las primas abonadas o a una buena parte de las mismas. Las primas devueltas pueden comprender la totalidad de las abonadas durante la vigencia del contrato, pero lo más corriente es que la devolución se limite a las primas pagadas dentro de un cierto período (diez, quince o veinte años). Esta cobertura con devolución se explica por el hecho de que la póliza supone un *seguro temporal y creciente de vida* con un plan de primas uniformes; o sea, el valor de la póliza aumenta conforme aumenta el número de las primas pagadas, pero el seguro temporal creciente ha de pagarse con una prima adicional, ya que la póliza que promete la devolución de todas o parte de las primas resulta más costosa que la que no incluye esta ventaja. A cualquier póliza se le puede añadir un apéndice estableciendo la devolución, mediante el cobro de una prima adicional.

Otro tipo similar de estipulación se puede recoger en un apéndice que prometa la devolución de una suma igual al valor de liquidación; el contrato es, en esencia, idéntico al de la devolución de primas, con una ligera diferencia en cuanto al seguro temporal creciente.

Pólizas de dividendo garantizado. — Algunas compañías no mutuas añaden al contrato un beneficio de dividendos garantizados. El dividendo anual consiste en un importe especificado, normalmente abonado contra cupones, de forma similar a los cupones de las obligaciones. En el seguro de vida, el término «dividendo» hace referencia a la participación de la póliza en las ganancias de excedente repartible de la compañía, y su cuantía depende de las ganancias futuras; por consiguiente, un dividendo garantizado no es un dividendo normal de una póliza de seguro de vida, sino más bien un beneficio adicional por el que se carga una prima extra. En realidad, el beneficio es una serie

de *capitalizaciones puras a un año,* cada una de las cuales madura al año por la suma a que ascienda el dividendo.

Póliza con reajuste de beneficios. — Recientemente algunas campañías han introducido unas pólizas y opciones por las que los dividendos se destinan a facilitar algún tipo de cobertura adicional, uniforme y constante (4). Sus detalles varían según la compañías, pero la finalidad es, en esencia, la misma. En algunos casos la suma asegurada por una póliza especial de vida se reduce al cabo de varios años, y los dividendos se destinan a adquirir coberturas adicionales totalmente pagadas y un seguro temporal de un año con unas combinaciones suficientes para compensar la reducción de la cobertura originaria (en base a escalas de dividendos corrientes). Lo más usual es que llegue un momento en que se disponga de más dividendos de los precisos para la adquisición de la cobertura adicional. El exceso de dividendos puede ser solucionado de modos diversos, pero lo más general es que se destine a la adquisición de nueva cobertura adicional. Si los dividendos no son suficientes para adquirir estas adiciones, el plan puede exigir la compra de un seguro temporal de un año, para los dividendos se extiendan lo más posible. Este plan se ha usado, sobre todo cuando hay mucha competencia, como un sustituto del seguro temporal, o como una alternativa para las pólizas que no participan en beneficios.

La póliza revalorizable en relación al coste de vida.—Cada vez son más las compañías que ofrecen un apéndice de coste de la vida, que automáticamente aumenta la cobertura de acuerdo con los incrementos del índice general de precios al consumidor. El apéndice implica un seguro temporal añadido a la cobertura de la póliza permanente, cuyo importe varía de acuerdo con las variaciones del nivel de precios. Si suponemos que este nivel aumenta en un 5 por 100 durante el año, automáticamente se incluye un seguro temporal de un año por $ 5.000 para el año siguiente, y al asegurado se le carga, al vencimiento, la

(4) El gran desarrollo de esta póliza se debe al plan puesto a la venta por una compañía del Canadá en 1962. Véase LIAMA: *Products and Services,* Boletín núm. 62, 10 de julio de 1967.

prima de esta cobertura adicional, para la que no se exige prueba de asegurabilidad. Si el nivel de precios disminuye, el seguro nunca bajará por debajo de la suma del seguro permanente básico.

Las compañías de seguros de vida también están ofreciendo otros productos conectados a un índice (5). Pueden agruparse en dos categorías, dependiendo de si el riesgo de la inflación es asumido por el asegurado o por la compañía; en el primer caso, la inflación pesa casi exclusivamente sobre el asegurado, y la compañía simplemente se compromete a emitir una cobertura adicional, en caso de aumento del índice, a cargo del asegurado; la cobertura adicional se emite generalmente a un coste favorable (evitando los gastos elevados del primer año) y sin probar la asegurabilidad. Este coste adicional a veces ha sido satisfecho previamente, de una forma u otra, pero la compañía nunca se hará responsable del riesgo inflacionario.

En el segundo grupo el riesgo es soportado por la aseguradora, contra el pago de una prima general.

Otros tipos.—Las combinaciones de las formas básicas de seguro de vida son infinitas, pero todas ellas se ajustan a los principios estudiados en el presente capítulo.

Elección de la póliza apropiada

La póliza que aparentemente dé algo sin pagar nada será inevitablemente, después de un estudio detallado, una combinación de las formas básicas de seguro, en las que se hayan cargado las correspondientes primas actuariales. Las pólizas pueden diferir profundamente en su forma, pero no hay que perder de vista que las primas cargadas están calculadas sobre unos presupuestos actuariales que aseguran que el coste es en realidad la suma precisa para los beneficios otorgados por el contrato. Como se ha dicho, todas las pólizas emitidas por una

(5) JOHN M. BRAGG: «Life Insurance with Guaranteed Purchasing Power», en *Proceedings of the National Conference on Variable Life Insurance* (Filadelfia, Insurance Department, Universidad de Pennsylvania, marzo de 1971), págs. 47-60.

compañía en concreto son aproximadamente equivalentes entre sí bajo el punto de vista de su valor en dólares.

Sin embargo, conviene recordar que un tipo de póliza puede ser el más adecuado para una persona y no serlo para otra. Todas las formas permanentes del seguro de vida representan combinaciones diferentes de protección e inversión; el «mix», o proporción relativa entre los dos elementos deseados, será lo que determinará el tipo de contrato adecuado. Si se desea dar preponderancia a la cobertura del seguro, aunque sin olvidar el elemento inversión, se debe acudir a un tipo de seguro de vida entera con primas bajas; si se desea un factor mayor de inversión, además de una buena cobertura, será aconsejable un seguro de vida entera con primas elevadas; si se quiere dar mayor importancia al elemento de ahorro o inversión, lo mejor será un contrato de capitalización. Si nos colocamos en los casos extremos, cuando se persigue solamente la cobertura del seguro, sin inversión, se puede acudir al seguro temporal; si sólo se desea la inversión, sin cobertura de vida, lo más aconsejable será la renta diferida.

Se ha hablado mucho sobre la «programación» de las compañías y sobre la «adecuación de la póliza al cliente», partiendo del supuesto de que algunos tipos de pólizas presentan ventajas o inconvenientes, según sean las circunstancias del proponente y la finalidad concreta que persiga. Es de gran importancia que el emisor de la póliza se asegure de las posibilidades económicas del proponente para el pago de las primas, y del objetivo perseguido al contratar el seguro, con el fin de poder recomendar el tipo de contrato más adecuado.

El problema puede verse con mayor claridad en el ejemplo que sigue: un comerciante puede tener en exposición diversos tipos de tejidos, todos ellos marcados con el precio correcto desde el punto de vista de su valor real; pero estos tejidos y vestidos difieren en color, en estilo y en clase de material. Uno de ellos puede resultar inadecuado para un cliente, aunque su valor real sea igual al del traje que haya escogido como más apropiado para él. También en el seguro de vida las pólizas existentes en el mercado están correctamente valoradas bajo

un aspecto matemático; pero al escoger el contrato, el futuro cliente ha de cuidar la selección de la póliza que mejor se adapte a las circunstancias familiares o profesionales que le rodean; en esta empresa, el agente de seguros está por su profesión obligado a dar un asesoramiento imparcial.

BIBLIOGRAFIA de la PARTE II

BLAKESLEY, ARTHUR L.: «The Variable Annuity Today», en *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, vol. XXII, núm. 3 (abril 1968).

COUCH, GEORGE JAMES: *Couch Cyclopedia of Insurance Law*, 2.ª edición a cargo de Ronald A. Anderson (Rochester, N. Y., Lawyers Co-operative Publishing Co., 1959-68).

DAY, EDWARD J., y MEYER MELNIKOFF: «The Variable Annuity as a Life Insurance Company Product», en *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, vol. X, núm. 1 (diciembre 1955).

EILERS, ROBERT D.: *Regulation of Blue Cross and Blue Shield Plans* (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1963).

ELLIOT, C. B.: *A Treatise on the Law of Insurance* (Indianápolis, Bobbs-Merrill, 1907).

GREIDER, JANICE E., y WILLIAM T. BEADLES: *Law and the Life Insurance Contract*, 3.ª edición (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1974).

HERRICK, KENNETH W.: *Total Disability Provisions in Life Insurance Contracts*, S. S. Huebner Foundation Studies (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1958).

INSTITUTE OF LIFE INSURANCE: *The Nature of the Whole Life Contract* (Nueva York, junio 1974).

KRUEGER, HARRY, y LELAND T. WAGGONER (eds.): *The Life Insurance Policy Contract* (Boston, Little Brown, 1953).

MASON, PAUL J.: «Variable Life Insurance at the Regulatory Crossroads», en *ALIA News*, vol. 3, núm. 5 (junio 1975).

MCGILL, DAN M. (ed.): *The Beneficiary in Life Insurance*, S. S. Huebner Foundation Lectures (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1956).

— «Life Insurance: How Much to Buy, the Kind to Get», en *U.S. News & World Report*, 28 de abril de 1975, págs. 49-52.

MEHR, ROBERT I.: *Life Insurance: Theory and Practice* (Austin, Texas, Business Publications Inc., 1970).

— «The Concept of the Level-Premium Whole Life Insurance Polity - Re-examined», en *The Journal of Risk and Insurance*, vol. XLII, núm. 3 (septiembre 1975).

MEYER, WILLIAM F.: *Life and Health Insurance Law* (Rochester, N.Y., The Lawyers Co-operative Publishing Co., 1972).

NATIONAL UNDERWRITER COMPANY: *Who Writes What?* (Cincinnati, 1974).

PATTERSON, E. W.: *Essentials of Insurance Law* (Nueva York, McGraw-Hill, 1957).

Proceedings of the National Conference on Variable Life Insurance (Filadelfia, Insurance Department, Universidad de Pennsylvania, marzo 1971).

REDECKER, HARRY, S., y CHARLES K. REID, II: *Life Insurance Settlement Options*, edición revisada (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1964).

RICHARDS, GEORGE: *The Law of Insurance*, 5.ª edición (póstuma), por Warren Freedman (Nueva York, Baker Voorhis & Co., 1952).

SCHWARZSCHILD, STUART: *Rights of Creditors in Life Insurance Policies*, S. S. Huebner Foundation Studies (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1963).

parte III

EL PRODUCTO DEL SEGURO DE VIDA: ESTUDIO DEL CONTRATO

10

Conceptos jurídicos fundamentales: I

En este capítulo y en el que sigue van a ser estudiados los conceptos jurídicos fundamentales aplicables a la emisión del contrato del seguro de vida. Se persigue ante todo establecer los cimientos para el estudio y la interpretación de las relaciones contractuales que constituyen el vehículo legal del proceso asegurador. Nos ocuparemos de las normas generales del contrato y de la agencia de seguros en su aplicación al negocio del seguro de vida. Conviene recordar que la normativa jurídica puede ser establecida por medidas constitucionales y legislativas, por reglamentación ú órdenes de tipo administrativo o bien por los precedentes de las decisiones judiciales.

EL CONTRATO DEL SEGURO DE VIDA

Para que el contrato tenga validez han de cumplirse cuatro requisitos: 1) ha de haber acuerdo basado en una *oferta* hecha por una de las partes y una *aceptación* de la otra, que *coincida con sus términos;* 2) las partes intervinientes han de tener la *capacidad jurídica* para obrar contractualmente; 3) ha de haber un *objeto válido;* 4) la *causa* del contrato ha de ser lícı-

ta (1). La póliza de vida es un contrato y, en consecuencia, ha de ajustarse a sus requisitos; sin embargo, antes de estudiar las normas básicas aplicables al contrato del seguro de vida, vamos a dirigir nuestra atención a las características típicas del contrato de seguro. El tema reviste importancia, ya que estas características son la base de la específica interpreación y aplicación judicial de las normas del contrato en el plano del seguro de vida.

Características típicas

En primer lugar, el contrato de seguro es de la *mayor buena fe*, es decir, cada parte contratante ha de confiar en las manifestaciones de la otra, sin ánimo de engaño y sin reserva de información sustancial. Normalmente, aquí no tiene aplicación la regla del *caveat emptor* (2); no es de sorprender si se recuerda que la aseguradora depende en gran medida de las declaraciones hechas por los futuros asegurados al juzgar sobre la aceptabilidad del seguro, y que el contrato de seguro es un documento complicado y muy técnico que obliga al comprador a confiar en la buena fe del asegurador. El hecho de su elevado grado de tecnicismo y de especialización impide la discusión de las condiciones del contrato; el asegurador establece sus cláusulas, y éstas han de ser aceptadas o rechazadas por el eventual comprador. Es un contrato que se denomina de *adhesión*. Ya nos ocuparemos más adelante de las consecuencias de esta nota típica, al hablar de la preparación y de la interpretación del contrato.

(1) Ciertos contratos, para ser legales, han de ajustarse a una *forma* determinada. En un plano práctico, este aspecto de la construcción del contrato hace referencia a si ha de cristalizar en un documento escrito, o si puede ser verbal. A falta de una disposición legal concreta que exija la forma escrita, se puede llegar a la conclusión de que el contrato de seguro de vida también puede estipularse en forma verbal; sin embargo, algunos Estados, como los de Nueva York y Georgia, exigen la forma escrita. Es usual que se obligue a cumplimentar impresos de proposición para su aprobación por la aseguradora, de suerte que cabe afirmar que, a fin de cuentas, la forma escrita es obligatoria en todos los Estados.

(2) «Que el comprador tome sus precauciones».

El contrato de seguro de vida no es un contrato de indemnización, como sucede con casi todos los demás seguros; según el contrato de indemnización, el asegurado nunca puede obtener provecho por razón del seguro, ya que el asegurador se limita a colocarlo en la misma situación financiera en que se hubiera hallado en el supuesto de que la pérdida no se hubiera producido. Por el contrario, por el contrato del seguro de vida el asegurador se compromete a pagar una suma fija de dinero que no pretende ser una medida de la pérdida; se trata de una póliza *valorada*. Más adelante nos ocuparemos de las normas que regulan el interés asegurable, de acuerdo con la característica citada (3).

El contrato es *condicional*, ya que la obligación del asegurador depende del cumplimiento de ciertos actos por el asegurado, tales como el pago de las primas y la aportación de la prueba del fallecimiento.

El contrato del seguro de vida es *unilateral* por naturaleza, ya que implica la obligatoriedad de lo prometido por una de las partes. El tomador del seguro no promete el pago de las primas, pero si las abona, el asegurador estará obligado a aceptarlas y a cumplir sus obligaciones contractuales.

Finalmente, el contrato es *aleatorio*, a diferencia del *conmutativo;* en éste existe un intercambio de contraprestaciones equivalentes, mientras que en el contrato aleatorio entra un elemento de suerte, y una de las partes puede recibir un valor muy superior al de su propia prestación. Esta distinción será estudiada más adelante.

Elementos del contrato de seguro de vida

La capacidad de las partes.—Para la validez del contrato se exige que las partes tengan la capacidad jurídica de obrar. No ofrece duda la capacidad de la aseguradora cuando la compañía ha sido autorizada para operar en el territorio y se ajusta

(3) Sin embargo, debe recordarse que en los casos en que el individuo se asegura por motivos comerciales, la extensión de la posible pérdida por parte del tomador del seguro, en el caso del fallecimiento del asegurado, es un factor trascendental para la asegurabilidad.

a las normas estatales sobre el seguro. Cuando el asegurador no es capaz en razón del incumplimiento de dichas normas, o de un cumplimiento insuficiente, la validez del contrato y los derechos respectivos de las partes pueden ser puestos en duda. Hay quienes estiman que el contrato es inválido *ab initio*, mientras que otros lo consideran anulable en beneficio de la parte inocente; para otros, que constituyen mayoría, el cumplimiento de lo pactado queda sujeto a una penalización, pero el pacto es válido, esto es, obliga a las dos partes (4). El asegurado, de otro lado, puede demandar al asegurador no autorizado ante los tribunales del Estado en que opera legalmente, de acuerdo con la norma de la extensión de la competencia (5).

En cuanto a la capacidad del asegurado para celebrar el contrato, el problema es inexistente a no ser que: 1) sea menor de edad; 2) esté alcoholizado o bajo la influencia de drogas; 3) sea demente; o 4) sea un enemigo extranjero.

Si la norma del Estado no dice nada en contrario, los contratos celebrados por menores de edad son anulables siempre que reúnan los demás requisitos necesarios. En casi todos los Estados la mayoría de edad es a los veintiún años, aunque en muchos se permita a los que hayan cumplido los dieciocho años o a los casados la celebración de contratos; en algunos Estados las leyes admiten cierta capacidad a partir de los catorce años para celebrar un contrato válido. En estas normas se reconoce que aunque *el seguro de vida no sea una necesidad*, sin embargo, tiene gran valor para el asegurado y para su familia. A falta de normas especiales, si la compañía de seguros celebra un contrato con un menor de edad, el contrato será anulable a instancia del menor. El asegurador queda obligado por el contrato si el menor no lo denuncia durante su menor edad o dentro de un plazo razonable una vez alcanzada la mayoría. En el supuesto de denuncia del contrato, la compañía, por regla general, ha de devolver las primas percibidas. A pesar de los riesgos

(4) JANICE E. GREIDER y WILLIAM T. BEADLES: *Law and the Life Insurance Contract*, 3.ª edición (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1974), págs. 47-52.

(5) *McGee v. International Life Insurance Company* (1957), 355 U.S. 220, 78 S.C. + 199, 2 L. Ed. 2.ª 223 (AAAN).

que implica la contratación con un menor, son muchas las pólizas que se emiten a solicitud de quienes todavía no han alcanzado la mayoría de edad. Naturalmente, éste no es el problema del seguro del joven, en el que la cobertura sobre su vida se solicita por un adulto.

La persona que se encuentra bajo la influencia del alcohol, hasta el extremo de que no pueda comprender la naturaleza del negocio jurídico que realiza, carece también de capacidad. El contrato resultante es *anulable*, y el sujeto podrá denunciarlo dentro de un plazo razonable de tiempo, una vez haya recuperado el uso de sus facultades, o bien ratificarlo.

En el caso de demencia, si no se ha nombrado un tutor o protector, los contratos que se estipulen son *anulables* y reciben el mismo tratamiento que los pactados con los menores de edad. Pero si al individuo se le ha declarado judicialmente que es incapaz, y se le ha designado tutor o protector, los contratos realizados por el demente son *nulos*.

El comercio con el enemigo es ilegal en tiempos de guerra, por lo que no pueden establecerse contratos con él en estas condiciones. Los contratos ya vigentes entre ciudadanos y enemigos en guerra se considerarán en suspenso o bien terminados a causa de la declaración de guerra. Las decisiones judiciales sobre contratos de seguro de vida en estas condiciones no son coincidentes (6).

Consentimiento mutuo. — Al igual que en todos los demás contratos, ha de producirse una oferta y una aceptación antes de que el contrato nazca a la vida. La oferta puede proceder de la compañía o del futuro asegurado, según las circunstancias. El contrato puede surgir de alguna de estas tres formas: 1) el proponente paga la prima al suscribir la proposición y se le entrega un recibo condicional; 2) la proposición se presenta pero no se paga la prima; 3) el proponente paga la prima al formalizar la proposición, pero no se le entrega recibo.

1. *El recibo condicional.*—Cuando interviene el recibo condicional, se estima que el asegurador ha formulado su oferta

(6) GREIDER y BEADLES: *Law and the Life Insurance Contract*, páginas 348-51.

condicionada a la asegurabilidad del individuo. El seguro entra en vigor en el momento del examen médico (o en la fecha del recibo condicional, si éste es posterior), siempre que el seguro se considere aceptable; la entrega de la póliza no es un acto esencial para la validez del contrato. En estas circunstancias, el siniestro ha de pagarse aunque el fallecimiento se produzca antes de que los documentos lleguen a la compañía, siempre que el proponente fuera asegurable en base a las normas standard de la compañía. De este modo se puede ofrecer la protección del seguro durante el intervalo existente entre el examen médico y el momento de la entrega de la póliza (7).

2. *Proposición sin pago de prima.*—Cuando el proponente no paga la prima al formalizar su proposición, la oferta queda constituida por la aprobación de la propuesta del futuro asegurado, por la emisión de la póliza y por su entrega al interesado mientras se halle en buen estado de salud. Mediante el pago de la primera prima al recibir la póliza, el proponente acepta la oferta de la compañía y el contrato entra en vigor simultáneamente.

3. *Pago de prima sin recibo condicional.*—Es menos frecuente que al formalizar la proporción se pague la prima y no se emita un recibo condicional. En tal caso, el contrato no entra en vigor mientras no se emita y se entregue la póliza. Se estima que el proponente ha hecho una oferta que puede retirar en cualquier momento, antes de que se produzca la aceptación de la compañía. La eficacia del contrato se consigue en el momento de la entrega de la póliza.

La entrega no implica necesariamente la transferencia física de la posesión de la póliza al asegurado. La entrega puede tener lugar cuando la compañía intencionada e incondicionalmente

(7) *Ibidem*, págs. 107-17. Este recibo condicionado es muy común en la práctica. En varios Estados, como en el de California, se mantiene que las condiciones que figuran en el recibo son *condiciones subsecuentes* y que en el intervalo el seguro está en vigor una vez se haya efectuado el pago, sin tener en cuenta la asegurabilidad del proponente. Véase CHARLES H. STAMM III: *Conditional Receipts a Status Report*, documento presentado a la Asociación de Asesoramiento sobre el Seguro de Vida, 5 de mayo de 1970.

ha dejado de tener control de la póliza y lo transfiere a una persona que actúe en nombre del asegurado, aunque sea el propio agente de la compañía. Por ejemplo, si la compañía envía por correo la póliza a la dirección del asegurado, el acto constituye la entrega, aunque éste no la reciba jamás; se entiende que el servicio de correos actúa como agente del asegurado. También constituye entrega la remisión por correo al agente de la compañía, aunque éste no la entregue al interesado. Pero si al agente se le instruye para que no la entregue si el proponente no se encuentra en buen estado de salud (que es lo usual), la entrega no sería eficaz. En todo caso, debe añadirse que una demora indebida por parte del agente en la entrega al asegurado está considerada como una entrega eficaz.

La simple posesión de la póliza no significa entrega de la misma si no se han cumplimentado todas las condiciones. Por ejemplo, no es normal que la póliza se entregue al asegurado para que la estudie, pero si se hace, esta posesión no supone una entrega legal si se demuestra que la prima no se ha pagado todavía. En estas circunstancias se acostumbra a obtener un recibo del futuro asegurado, en el que se hacen constar las condiciones bajo las que se la da posesión de la póliza. El recibo no es necesario, sino una precaución práctica, a fin de evitar malentendidos con el beneficiario, en el supuesto de que el asegurado fallezca antes de abonar la prima (8).

Es frecuente que la fecha hecha constar en la póliza no sea la misma que la de entrada en vigor del seguro; normalmente, el contrato lleva la fecha de la proposición, pero en otros casos la fecha es la de la emisión. De otro lado, la póliza puede ser predatada, para ofecer al asegurado el beneficio de una tarifa más favorable, porque su cumpleaños caiga en fecha próxima. Ello no afecta a la entrada en vigor de la cobertura, pero plantea dos problemas de importancia: 1) ¿Cuándo vence la prima próxima?; y 2) ¿A partir de qué fecha se contarán los períodos de suicidio o de no discusión? (9). Por regla general, los tribu-

(8) La posesión de una póliza de vida a la muerte del asegurado, siempre que no exista fraude, presume el pago de la prima inicial. Véase, *ibidem*, págs. 324-26.

(9) *Ibidem*, págs. 326-29. Véase también *Lentin v. Continental Assurance Co.* (1952), 412 Ill. 158, 105 N.E. 2d 735, 44 A.L.R. 2d 463.

nales han sostenido que, a excepción de los casos de recibo condicional, la fecha que aparezca en la póliza determina la fecha de vencimiento de las primas, aunque ello signifique que la cobertura se concede por un plazo inferior al año. En lo que se refiere a las cláusulas de suicidio y de no discusión, lo usual es que la póliza haga constar una fecha que es anterior a la entrada real en vigor del seguro, pero los plazos se empiezan a contar desde la fecha de la póliza. Por el contrario, cuando ésta haga figurar una fecha posterior a la fecha real de emisión, las cláusulas se empiezan a contar desde el momento de la entrada en vigor. Para mayor claridad, en otros casos se hace constar la fecha a partir de la cual se ha de contar el plazo para estas cláusulas.

El objeto.—En el contrato del seguro de vida el objeto o prestación del proponente consiste en sus declaraciones anotadas en la proposición y en el pago de la primera prima anual, y en el supuesto de que las primas tengan una periodicidad inferior, en el pago del primer plazo de la prima anual. Las primas sucesivas no son parte del objeto, sino condiciones que han de cumplirse para que el contrato continúe en vigor (10).

Normalmente el pago de la prima se hace en metálico, pero el asegurador puede aceptar el pago en forma de talón o de efecto, y si la ley no lo prohibe, incluso en forma de servicio. Lo normal es que el talón bancario sea considerado pago en metálico, aunque *condicional;* esto significa que si el talón no es pagado a su presentación, el pago no existe y el asegurador no queda obligado, incluso aunque el asegurado haya actuado de buena fe. Ello no impide que el asegurador acepte el pago por talón como un pago absoluto, en cuyo caso la prestación sería válida aunque el talón no sea atendido.

En el caso del efecto o del pagaré, la prestación sería válida si el agente está autorizado por la compañía para recibirlos como pago. Si el documento no contiene una cláusula en el sentido de que la póliza sería denunciada e invalidada en el caso de que el efecto no fuera atendido a su vencimiento, la prima se considerará pagada y la prestación válida. El efecto funciona

(10) *Ibidem.*

como una transacción separada, y la compañía sólo está facultada para accionar en virtud del efecto no atendido (11).

La causa.—El contrato, para que sea válido, ha de tener una causa lícita y no quebrantar la normativa de orden público. Por ejemplo, muchos Estados mantienen la ilicitud del juego, por lo que las transacciones sobre juegos de azar carecen de obligatoriedad jurídica. La transacción por razón del juego y el contrato de seguro de vida tienen ambos una naturaleza aleatoria, en oposición al contrato de tipo conmutativo.

En el conmutativo se pretende un intercambio de valores aproximadamente iguales; por ejemplo, en la venta de un inmueble el vendedor busca conseguir en dinero el valor que la propiedad le suponga, y el comprador pagar en dinero el valor aproximado que atribuye a la cosa. El contrato aleatorio es algo opuesto al conmutativo, ya que el elemento suerte tiene una intervención muy significativa. Las partes contratantes parten del supuesto de que una de ellas puede obtener un valor muy superior al que obtenga la otra, y de que la ganancia o la pérdida están regidas por la suerte. El convenio de juego es típicamente de naturaleza aleatoria, y a menudo es ilegal. El contrato de seguro también es aleatorio, pero totalmente legal y reconocido como favorecedor del bien público. Es muy importante el poder distinguir el juego del seguro; desde el punto de vista del proponente, esta distinción es algo fundamental. Al participar en el juego se pretende obtener una ganancia a costa de otros, en virtud de la imprevisibilidad de la suerte; al asegurarse, la intención es precisamente la contraria, ya que se quiere evitar la desigualdad que imponga la suerte y convertir la incertidumbre en certidumbre. El requisito de un *interés asegurable* separa al seguro de la categoría de los juegos de azar; el tema del interés asegurable es tan importante que le dedicaremos más adelante una atención especial.

Desde el punto de vista del asegurador, el contrato deja de

(11) No hay unanimidad en las sentencias en cuanto a la validez y efectos de una cláusula de renuncia cuando está incluida en la misma póliza o bien en la nota o efecto al cobro. Si está contenida en ambos documentos, las cláusulas se consideran válidas y obligatorias. Véase *ibidem*, págs. 322-33.

pertenecer a la categoría del juego de azar mediante la *eliminación de la suerte* gracias a la actuación de la ley de los grandes números.

De un lado, el contrato del seguro de vida dejará de serlo si no existe un interés asegurable del proponente sobre el asegurado; pero, de otro lado, el contrato puede también ser antijurídico y opuesto a las normas de orden público en virtud de otros motivos. Ya se ha dicho que es nulo el contrato estipulado con un enemigo extranjero; también lo es el estipulado con la intención de cometer un asesinato.

Interés asegurable

Naturaleza del interés asegurable.—De acuerdo con la ley, el contrato del seguro de vida ha de apoyarse en el interés por la continuación de la vida del asegurado. Este *interés asegurable* puede ser de muchas formas, y su origen, como veremos, puede hallarse en relaciones de diversa índole. Es bastante difícil, si no imposible, llegar a una definición exacta del término; el Juez FIELD resumió su naturaleza con estas palabras:

> No resulta fácil definir con precisión lo que en general constituya el interés asegurable que redima al contrato de su calificación como juego de azar. Puede afirmarse que este interés puede derivar de las relaciones del que toma el seguro, bien sea como acreedor del asegurado, bien como avalista del mismo; de los lazos del parentesco o de la relación matrimonial, que justifiquen las expectativas razonables de beneficio o ventajas gracias a la continuación de la la existencia del asegurado. No es preciso que estas expectativas de beneficio o ventajas tengan siempre una estimación pecuniaria; el padre siempre tiene un interés asegurable en su propio hijo, éste en la vida de su padre, el marido en la de la esposa, y viceversa. En estos casos el afecto natural es más potente y opera con mayor eficacia que cualquier otra consideración de índole económica. De todos modos, siempre debe existir un fundamento razonable, basado en las relaciones entre las partes, bien sean pecuniarias, bien de consanguinidad o de afinidad, que explique la expectativa del beneficio o de las ventajas de la continuación de la vida del asegurado. De lo contrario, el contrato sería un puro juego de azar, en el que el tomador del seguro está directamente interesado en el pronto fallecimiento del asegurado; estas pólizas tienden a crear el deseo de que el evento se produzca. Por tanto, quedan fuera de la normativa jurídica y se oponen a las leyes de orden público (12).

Como se expresa en esta sentencia, las pólizas de seguro de vida en las que falte un interés asegurable no tienen obligatoriedad jurídica, en primer lugar porque constituyen un juego de azar que quebranta las normas de orden público o bien se oponen a las leyes que prohiben el juego; en segundo lugar, porque constituyen un incentivo al delito, ya que fomentan el deseo de la muerte de una persona. Estos principios tienden a proteger el bien público, y no a las compañías de seguros. La póliza de seguro implica ciertamente un riesgo o especulación, pero normalmente no constituye una transacción de juego de azar, de la que se diferencia por el hecho de que trata de eliminar un riesgo existente, mientras que en la transacción del juego el riesgo es precisamente creado por el mismo convenio. El interés asegurable es lo que transforma la póliza en un instrumento del seguro, y no del juego de azar. Al ocuparnos del interés asegurable en el seguro de vida habrá que hacer la distinción de si el tomador es el que asegura su vida, o si asegura a un tercero.

Interés asegurable del tomador del seguro sobre su propia vida.—Existe un principio jurídico fundamental por el que toda persona posee un interés asegurable ilimitado sobre su propia vida, y por el que puede nombrar beneficiario a cualquier otra persona (13). Bajo este aspecto el seguro de vida se diferencia del seguro de incendios y de otros tipos de seguro de cosas; las pólizas de incendios, por ejemplo, son contratos de indemnización, y las responsabilidades de la compañía quedan limitadas por el valor de la cosa al momento del siniestro; en otras palabras, la cobertura de la póliza, debido a la depreciación o a cualquier otra causa, no coincide necesariamente con la suma que vaya a pagarse como consecuencia de una pérdida total. Por el contrario, los contratos del seguro de vida no son contratos de indemnización, y en los casos en que el tomador del seguro es el propio asegurado, los tribunales no aceptan el estableci-

(12) *Warnock v. Davis* (1881) 104 U.S. 775, 779; (1938) 94 Fed. 2d 409.
(13) 29 Amer. Jur. Sec. 355.

miento de comparaciones entre la suma asegurada y el valor de la vida asegurada. Si el contrato ha sido estipulado de buena fe y sin pretender violar las normas que prohiben el juego, el amor natural a la propia vida constituye un interés asegurable suficiente para cualquier cobertura, por elevada que sea. No obstante, hemos de añadir que aunque no exista un límite *legal* en cuanto a la suma de seguro que un individuo pueda aceptar sobre su propia vida, sin embargo, en la práctica, las compañías se preocupan de este problema a fin de evitar el sobreseguro y los riesgos morales consecuentes, por lo que limitan la suma a asegurar a un importe que no esté desproporcionado con la situación económica y con la capacidad de ganancias del asegurado.

Interés asegurable de un tercero en la vida del asegurado.—Cuando se trata de un seguro tomado por una persona sobre la vida de otra, nos enfrentamos con sentencias muy poco unánimes. Esta falta de armonía está en proporción con los diversos tipos de relaciones que existen en el campo de la actividad comercial y en el de los lazos de familia. Por regla general, la persona que toma el seguro sobre la vida de otra ha de tener un interés asegurable, pero se ha afirmado, sin embargo, que si bien el beneficiario tiene este interés, el tomador del seguro puede no tenerlo; en todo caso, incluso en el supuesto de que dicho interés se dé, el contrato estipulado sin el conocimiento y el consentimiento del asegurado sería inválido y contrario al orden público (14). El interés asegurable puede derivar de uno de estos tres tipos de relaciones:

1. *Interés asegurable derivado de lazos de afecto, de sangre o matrimoniales.*—Normalmente, los tribunales sostienen que ciertos lazos próximos de parentesco dan origen a un interés asegurable, aunque no exista el hecho de la dependencia; así, la relación entre los cónyuges presume la existencia de un interés asegurable de uno en cuanto al otro. Algunos jueces incluyen también las relaciones entre padre e hijo, o entre hermanos,

(14) Algunos Estados (por ejemplo, Luisiana) permiten que uno de los cónyuges estipule un seguro sobre la vida del otro, incluso sin el consentimiento del asegurado.

pero sin posibilidad de ulterior ampliación. En cuanto a los demás tipos de relaciones, los tribunales han estimado que el interés ha de basarse en una expectativa razonable de beneficio económico derivado de la continuación de la vida del asegurado. Por ejemplo, los tribunales americanos han sostenido constantemente que la mujer tiene un interés asegurable en la vida de su prometido, ya que las relaciones mantenidas le suponen un derecho razonable a la expectativa de un beneficio pecuniario. Los tribunales de segunda instancia nos ofrecen muchas decisiones relativas al interés asegurable derivado de los lazos de sangre o de afecto; en un cierto caso, el tribunal estableció:

> La gran cantidad de decisiones y la profunda discusión mantenida por la literatura sobre el tema del interés asegurable pueden llevarnos a afirmar lo que sigue: Nadie tiene un interés asegurable sobre la vida de otro si no existe la probabilidad razonable de que vaya a sufrir una pérdida pecuniaria, o a dejar de obtener una ganancia, en el supuesto del fallecimiento; o bien, según ciertos ordenamientos jurídicos, si al acometer una empresa ha gastado o va a gastar un dinero para ventaja o beneficio del otro. La extensión del interés asegurable (esto es, la suma que pueda asegurarse bajo la póliza y que pueda reclamarse) no es problema nuestro ahora mismo. Esto es la regla que hay que aplicar a lo que se denomina «seguro de parentesco»; ha de basarse en un interés pecuniario, aunque este interés sea contingente y no pueda ser objeto de una estimación exacta en dólares y en centavos. El sentimiento y el afecto no son, de por sí, suficientes, aunque puedan influir para persuadir al juez o al jurado hacia la conclusión de que el beneficiario tenía una expectativva razonable de ventaja pecuniaria con la continuación de la vida del asegurado. Solamente deja de tener importancia la existencia o no de un interés pecuniario en el caso de la relación conyugal, por la razón de que la realidad de este interés es tan común en este supuesto que los tribunales presumen su existencia y no entran a investigar la situación real de los casos excepcionales. Esto es lo que se da a entender al decir que las sentencias y los libros sobre el tema sostienen que la simple relación entre marido y mujer es suficiente para la existencia del interés asegurable...
>
> En los demás tipos de relaciones no se da esta presunción, a no ser que sea un hecho incontestable la ganancia o la pérdida pecuniaria. No cabe duda de que algunas sentencias llegan a sostener la opnión de que la simple existencia de la relación paterno-filial es suficiente para que se dé el interés asegurable (15).

(15) *Life Insurance Clearing Company v. O'Neill* (1901; C.C.A.) 106 Fed. 800, 201.

2. *Interés asegurable derivado de las relaciones acreedor-deudor.*—Es norma generalmente aceptada que el acreedor tiene un interés asegurable en la vida de su deudor. En este plano, la suma a asegurar, comparada con el importe de la deuda, no puede quedar limitada al principal debido, ya que en tales circunstancias el acreedor, al producirse el fallecimiento del deudor, sólo podría compensarse por el principal adeudado, sin incluir las primas ni los intereses. Los tribunales son unánimes al tratar de establecer la regla en cuanto a la validez de aquellas pólizas en las que la suma asegurada exceda de la deuda. Cuando se trata de un auténtico y cuantioso interés, se estima que la sobrevaloración no es una prueba irrefutable de que la póliza se haya convertido en un contrato de juego.

La regla adoptada por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos impone una restricción indefinida sobre el interés asegurable del acredor, al mantener que la relación entre la suma asegurada y el importe de la deuda no debe ser desproporcionada, para que la póliza no tome las apariencias de un contrato de juego, abandonando su finalidad legítima, que es la sustitución de la incertidumbre por la seguridad. En el pleito *Cammack versus Lewis* (16), por ejemplo, el tribunal estimó que una póliza de $ 3.000 contratada por un acreedor para garantizar una deuda de $ 70 era «un puro juego de azar, sin título alguno a ser considerada como una garantía de la deuda». El Juez MILLER manifestó en sus conclusiones que «una póliza de $ 3.000 para cubrir una deuda de $ 70 era un puro juego; la desproporción entre el interés real del acreedor y la suma a recibir destruía cualquier pretensión de que constituyera un intento de buena fe para asegurar el recobro; esta argumentación no pierde su razón de ser por el hecho de que Cammack solamente fuera a conseguir $ 2.000 en vez de $ 3.000, ni tampoco por el hecho de que la póliza hubiera sido emitida a nombre de Lewis y luego cedida a Cammack» (17). Sin embargo, aunque el Tribunal Supremo haya reconocido como factor de gran importancia la relación entre la suma del seguro y el importe de la deuda, todavía no ha podido precisar con toda exactitud el tipo de relación que les une.

(16) (1872) 15 Wall. (U.S.) 643.
(17) *Ibidem*, pág. 647.

La solución más aconsejable sería la de tomar la decisión en cada caso concreto, a la vista de las circunstancias; no obstante, algunos Estados han intentado limitar el importe del seguro que pueda ser tomado por el acreedor. Así, en el Estado de Pennsylvania se ha adoptado la norma que limita la póliza al importe de la deuda con sus intereses y con las primas e intereses relativas a la expectativa de la vida asegurada en base a las tablas de CARLISLE (18). Pero todos estos intentos por delimitar con exactitud el interés del acreedor tropiezan con la opinión adversa de los juristas, que aducen las siguientes razones:

> En primer lugar, la validez del contrato ha de fijarse de acuerdo con las intenciones de las partes y con el acuerdo estipulado en su día, y no enjuiciado después del fallecimiento del asegurado; en segundo lugar, la suma total de las primas con sus intereses debe superar generalmente la suma asegurada en la póliza, tanto si la cobertura es elevada como si es baja, con lo que al acreedor no se le deja nada para aplicar a la deuda (19).

A las normas que anteceden se oponen las decisiones judiciales que, al tiempo que limitan el derecho del acreedor a recuperar la deuda en base a una póliza, permiten que el acreedor se garantice con un seguro sobre la vida del deudor, por la cantidad que estime conveniente. Sin embargo, el derecho al recobro está limitado al importe de la deuda y a las primas más sus intereses; el saldo restante, si lo hubiere, debe pasar al deudor. Esta regla, conocida como la regla de Texas, tuvo una aplicación concreta en el pleito *Cheeves v. Anders* (20), en el que el tribunal declaró que:

> La limitación del interés de un acreedor en la póliza sobre la vida de su deudor equivale a la suma de dicha deuda y de sus intereses, incrementada con el gasto realizado para mantener la póliza, con sus intereses relativos. El resto de la cobertura, en opinión del

(18) *Wheeland v. Atwood* (1899) 192 Pa. 237.
(19) GEORGE RICHARDS: *The Law of Insurance*, 5.ª edición (Nueva York, Baker, Voorhis & Co., 1952), pág. 397.
(20) (1894) 87 Tex. 287.

> tribunal, debe pasar a la herencia del asegurado, ya que «si la persona designada como beneficario, o el cesionario de dicha póliza, no tiene un interés asegurable en la vida del asegurado, recibirá los fondos a título de fiduciario en favor de los que la ley reconozca como titulares.

3. *Interés asegurable derivado de otras relaciones comerciales.*—Además de la relación acreedor - deudor, son muchas otras las relaciones comerciales que justifican la estipulación de un seguro por una persona sobre la vida de otra. Por ejemplo, un empresario puede asegurar la vida de un empleado, y viceversa, un socio regular la de otro co-socio, la sociedad regular colectiva la vida de sus socios, una sociedad anónima la vida de uno de sus consejeros. Tambien el titular de un interés dominical que dependa del hecho de que otra persona llegue a una cierta edad, puede obtener la cobertura que le proteja contra la pérdida de su eventual derecho por la muerte de dicha persona antes de alcanzar la edad establecida. Los tribunales de justicia han llegado a sostener que los que facilitan fondos a las empresas comerciales tienen un interés asegurable en las vidas de los directores y promotores de las mismas; y es un hecho que en los Estados Unidos algunos accionistas han asegurado las vidas de los principales financieros que protegen y ayudan a las sociedades anónimas en que participan mediante la suscripción de sus acciones (21).

Interés asegurable de los cesionarios.—La cesion de una póliza y el nombramiento de un beneficiario están sujetos, segun la jurisprudencia, a las limitaciones legales y contractuales. Podemos hacernos una pregunta: ¿Puede una persona estipular una póliza sobre su propia vida, y luego cederla a quien no tiene un interés asegurable sobre la vida asegurada? Al dar respuesta a esta interrogante los tribunales han mantenido una opinión unánime, aunque el estudio detallado de sus sentencias refleja una cierta tendencia a una postura más liberal. Algunas de las primeras decisiones del Tribunal Supremo rechazan clara-

(21) RICHARDS: *Law of Insurance*, págs. 398-401.

mente esta posibilidad (22), pero si la cesión se realiza con buena fe y no es instrumento que simule un contrato de juego, la especulación o el fraude de ley, el cesionario estará legitimado para exigir y cobrar la suma asegurada. Esta regla ha sido adoptada en casi todos los Estados, sobre todo a partir de la sentencia del pleito *Gordon v. Ware National Bank* (23). Al comentar la opinión del Tribunal Supremo del Estado de Indiana, en el sentido de que la cesión de una póliza a quien no tenga interés asegurable era un acto inválido, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos declaró:

> La norma aplicada por estos estados resta un gran valor a las pólizas de vida, restringiendo su importancia comercial, ya que si los compradores posibles van a quedar reducidos a quienes tengan un interés asegurable en la vida asegurada, lo más lógico es que el número de los compradores quede limitado al mínimo, con lo que su valor y tráfico comercial serían mucho menores que si cualquiera pudiera ser un legítmo comprador. A la vista de ello, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos y los tribunales de los mayores centros industriales del país (Nueva York, Ohio, Masachusetts, Illinois, Michigan, Nueva Jersey, California, Minnesota, Connecticut, Luisiana, Rode Island, Wisconsin, Nebraska, Tennesee, Carolina del Sur, Mississipi y Maryland) han repudiado la anterior opinión del Tribunal Supremo de Indiana y han adoptado una norma más moderna, de ámbito nacional, por la que «toda persona tiene el derecho a estipular una póliza sobre su propia vida y cederla a otra, siempre que no se actue con la intención de encubrir un contrato de juego... Nuestro país es eminentemente mercantilista; su política, los hábitos comerciales y la actuación de sus ciudadanos y la tendencia de nuestra jurisprudencia intentan apartarse cada vez más de la vieja norma de que no es admisible la cesión de las acciones proce-

(22) En el pleito *Warnock v. Davis* (1881) 104 U.S. 775, 782, el Tribunal afirma: «Cuando existe una razón suficiente para mantener la invalidez de una póliza contratada por una persona que no tenga interés en la vida del asegurado, también debe existir con la misma operatividad para el caso en que sea cesionaria una persona que no tiene interés en la vida asegurada por la póliza que adquiere. La misma razón de invalidez debe aplicarse a un caso y al otro, al menos para limitar los derechos del cesionario a la suma que haya desembolsado. Si las decisiones judiciales sobre esta materia no son concordantes, nos hemos de sentir en libertad de adoptar aquella solución que mejor se ajuste a las normas jurídicas generales sobre los contratos especulativos sobre la vida humana». Véase, asimismo (1938), 94 Fed. 2d 409.

(23) (1904; C.C.A.) 132 Fed. 444.

> sales para reclamar el pago de una indemnización; cada día se someten más a menudo al tráfico y al comercio y se ha de mantener la validez de la transmisión en el curso normal del giro comercial (24).

Se podría añadir que en muchos casos en que se declara la ilegalidad de una cesión sin interés, se han tenido en cuenta unas circunstancias que dan a entender claramente que la transacción constituía un intento de seguro especulativo. Por regla general, la cesión de la póliza no se considera como creadora de un nuevo contrato, sino simple continuación del primitivo. La tendencia comercial moderna es la de liberalizar lo más posible la transferencia de las pólizas de vida, y cuando la transmisión se efectúa con el consentimiento de las partes, los tribunales se sienten más inclinados a restar importancia a las objeciones basadas en las normas de orden público. De este modo, el Juez HOLMES pudo mantener que «el peligro que pueda derivarse de la autorización general para que cada uno pueda asegurar a quien quiera es inexistente en el caso de la cesión. Ciertamente, existe una gran diferencia entre esa autorización general y el principio de que el asegurado de una póliza válida sobre su propia vida pueda transferirla a un tercero en el que pone su confianza» (25).

Momento y continuidad del interés asegurable.—En algunos casos recientes relacionados con el seguro sobre cosas ha surgido una fuerte tendencia a aplicar la regla de que el interés asegurable existente en un cierto momento del riesgo y si se da al tiempo de la pérdida es suficiente para la validez de la póliza, por lo que no es necesario que exista en el momento de la emisión de la cobertura. En el campo del seguro de vida, la norma es totalmente diferente; el interés ha de existir al emitir la póliza, y una vez en vigor no podrá ser invalidada en el supuesto de que el interés dejara de existir antes de la maduración del contrato, a no ser que sus cláusulas establezcan su terminación. El hecho de que el interés asegurable sólo es preciso que exista a la entrada en vigor del contrato es una con-

(24) *Ibidem*, págs. 447-48.
(25) *Grigsby v. Russell* (1911) 222 U.S. 149, 155; (1940) 116 Fed. 2d 261.

secuencia de la tendencia reciente de la jurisprudencia, según la cual las pólizas de vida no son contratos de indemnización. Aunque el principio de la indemnización nunca se aplicó al seguro estipulado por un sujeto sobre su propia vida, había sido considerado como correctamente aplicable cuando se trataba del seguro de la vida de un deudor contratado por un acreedor; de este modo, si el *acreedor* contrataba una póliza sobre la vida del deudor y abonaba sus primas, y éste lograba liquidar la deuda y posteriormente fallecía, los tribunales mantuvieron que no se podía reclamar contra la póliza, porque era un contrato de indemnización. Si el deudor liquidaba su deuda, el acreedor no sufría ninguna pérdida con el fallecimiento del asegurado, por lo que no podía reclamar contra la compañía aseguradora. La norma de que el seguro de vida, al igual que el de incendios o el de transportes, era un contrato de indemnización, no encontró la conformidad de las aseguradoras y en la práctica cayó en desuso, hasta que por fin los tribunales ingleses cambiaron su postura en el pleito *Dalby v. India* (26), en el que el presidente del tribunal mantuvo que la póliza de vida es un simple contrato que obliga a pagar una cierta suma de dinero a la muerte de la persona cubierta. En la sentencia se insistía en que la práctica hasta entonces prevalente, según la cual el derecho a reclamar estaba limitado por la cifra del interés, si lo hubiera, al momento del fallecimiento, era opuesta al uso comercial y a la buena fe. La doctrina inglesa fue seguida por los tribunales americanos y constituye la regla usual hoy día, con muy pocas excepciones (27). Por tanto, puede llegarse al resultado de que el acreedor cobre la deuda dos veces, una por el pago del deudor y la otra por la reclamación contra la póliza; pero también los jueces han decidido que la póliza que designaba beneficiaria a la esposa sigue en vigor incluso en el supuesto de divorcio antes del fallecimiento del asegurado. Las leyes del divorcio en algunos Estados hacen mención expresa de

(26) *Dalby v. The India and London Life-Insurance Co.* (1845) 15 C.B. (Ingl.) 365.
(27) Texas y Virginia constituyeron excepción durante cierto tiempo, pero aceptaron la regla general.

las pólizas de seguro y dan por terminado el interés asegurable de la esposa divorciada (28).

Pero cuando es el *deudor* el que contrata la póliza, el acreedor no puede cobrar dos veces. Como mantiene el Tribunal Supremo de los Estados Unidos, «cuando la póliza la estipula el deudor sobre su propia vida, designando como beneficiario al acreedor, o con una cesión posterior al acreedor, la doctrina común es que al liquidar la deuda el acreedor pierde todo su interés asegurable, por lo que el contrato se torna en beneficio del asegurado y puede ser cobrado por el albacea o por los administradores de su herencia» (29).

(28) *McCain v. Yost* (1955) 155 Tex. 174, 284 S.W. 2 898; y el Código de Seguros del Estado de Texas 3.49-1.

(29) *Crotty v. Union Mut. Life Ins. Co.* (1892) 144 U.S. 621, 624.

11

Conceptos jurídicos fundamentales: II

NATURALEZA E INTERPRETACION DE LA POLIZA Y SU APLICACION

Como se ha dicho en el capítulo que antecede, la validez de una póliza de seguro depende de los mismos principios de derecho común aplicables a cualquier otro contrato. El consentimiento de las partes intervinientes, consecuencia del encuentro de oferta y aceptación, ha de conformarse a los requisitos formales del ordenamiento jurídico y tener un objeto legal. Ha de existir una causa válida, un interés asegurable, y el contrato debe estipularse conociendo plenamente los hechos materiales, libre de dolo, error o mala interpretación. Se crea una relación entre deudor y acreedor condicionales que nada tiene que ver con la fiducia.

Reglas generales estabecidas por la Jurisprudencia sobre el seguro de vida

Los impresos de las pólizas son generales por naturaleza, ya que se redactan para situaciones de índole general, sin tener en cuenta las situaciones particulares. Sin embargo, es natural que en muchos casos se haga necesaria una interpretación concreta de las condiciones generales del contrato; casi todas

las cláusulas de las pólizas han sido objeto de interpretación judicial, sobre todo a causa de la ambigüedad de sus términos, de las circunstancias diversas que se presentan en cada siniestro o en razón de disposiciones legales posteriores; lo cierto es que los jueces han emitido sus pareceres sobre casi todos los aspectos del contrato de seguro, y que no siempre sus resoluciones han sido unánimes. Con gran frecuencia, los intereses del asegurado no coinciden con los del asegurador. Los conflictos son muy lógicos, y muchas veces tienen su origen en la interpretación que haya de darse a las condiciones generales de la póliza cuando el siniestro viene acompañado de unas circunstancias excepcionales. Aunque las decisiones judiciales no hayan sido siempre unánimes, sin embargo, se han sentado unos principios jurídicos fundamentales para la aplicación e interpretación de las cláusulas de la póliza, principios que los tribunales tienen en cuenta al enjuiciar el contrato. Estos principios son los que, de forma resumida, comentamos a continuación.

No son contratos de indemnización.—A diferencia de los contratos de seguro de incendios, las pólizas de vida no pueden ser consideradas por los tribunales como puros contratos de indemnización, a pesar de que su objetivo esencial sea la indemnización del valor de la vida humana en el caso de un fallecimiento prematuro. En el seguro de incendios, por ejemplo, cualquiera que sea el valor declarado en la póliza, el asegurado no puede cobrar por regla general una suma superior al valor real de la propiedad en el momento del siniestro. Por el contrario, los seguros de vida son contratos para efectuar el pago de una suma determinada de dinero al producirse el fallecimiento. Esto tiene una gran influencia sobre el problema del interés asegurable en el seguro de vida. La dificultad principal con que los jueces han tropezado ante este tema la podemos adivinar en los supuestos en que los acreedores (u otras personas en situación similar) estipulan una póliza sobre la vida de su deudor, con el fin de proteger su crédito.

Contrato de adhesión.—Cuando las palabras de una cláususula pueden ser interpretadas en más de un sentido, los tribunales favorecen en la duda al asegurado, en razón de que el

contrato no ha sido resultado de una transacción, sino que constituye un contrato del tipo que se denomina «de adhesión»; o sea, el asegurado se ve obligado a aceptar el condicionado de la póliza que la compañía le presenta y ha redactado, teniendo en cuenta sus propios intereses. Son pocas las personas que comprenden la problemática del seguro o que conozcan las normas jurídicas que lo regulan; tampoco tienen voz alguna en la redacción de sus cláusulas. Los tribunales no se inclinan a favorecer la renuncia de los derechos del asegurado; las cláusulas contradictorias o ambiguas han de ser entendidas en el sentido de respetar la validez y eficacia del contrato. El Tribunal Supremo de los Estados Unidos ha mantenido que:

> Cuando la póliza de seguro está redactada de forma que admita dos interpretaciones, la cláusula habrá de ser entendida en el sentido menos favorable para el asegurador. Esta norma excepcional se basa en el hecho de que los directivos y abogados de la compañía aseguradora son los que han redactado el documento, y son sus propias expresiones las que han de ser interpretadas (1).

Si aceptamos esta norma cuando es la compañía la que redacta el contrato, habrá que preguntarse si el mismo principio es también aplicable cuando el impreso del contrato, o una parte del mismo, ha sido establecido y hecho obligatorio por disposición legal (2). Cuando la póliza figura en un impreso legalmente obligatorio, la norma no puede ser aplicada en todos los casos, aunque lo más probable es que el asegurado siga siendo el favorecido por la interpretación.

---

(1) Liverpool, etc., *Insurance Company v. Kearney* (1901) 180 U.S. 132, 136; (1939) 102 Fed. 2d 561.

(2) Aunque el Estado de Massachusetts adoptara desde 1873 la póliza standard de incendios, no fue hasta 1906 cuando los Estados prescribieron la forma del contrato. Nueva York dictó una ley que entró en vigor el 1 de enero de 1907, por la que se determinaba el texto de varios tipos de contrato, pero el sistema no resultó satisfactorio y pocos años más tarde la ley fue derogada. Los legisladores la sustituyeron por una disposición por la que se exigía que todas las pólizas contuvieran ciertas cláusulas, con unos criterios mínimos de liberalidad, aunque en todo caso las compañías pudieran emitir contratos distintos, siempre que fueran más favorables al asegurado. Casi todos los Estados adoptaron este mismo sistema, y algunos prohibieron, además, la inclusión de determinadas cláusulas. En la actualidad, algunos Estados han dictado textos completos standard, pero su empleo no es obligatorio.

> Cuando el impreso standard de la póliza ha sido impuesto por la ley, su aceptación por las partes lo convierte en un contrato voluntario cuya vigencia y eficacia deriva del consentimiento prestado. Es su contrato y ha de ser interpretado con los mismos criterios aplicables a los demás contratos voluntariamente pactados. El hecho de que el legislativo haya fijado el texto standard de la póliza no es motivo para aplicar un criterio interpretativo distinto al que ahora dieron los jueces a contratos similares cuyo texto no había sido sancionado por la Ley. Por tanto, cuando los términos empleados en la póliza standard son los mismos que antes fueron empleados en los contratos ordinarios de seguro y han sido ya objeto de una interpretación judicial, habrá que presumir que los términos del texto standard tienen el mismo sentido y la misma interpretación dada (3).

Las condiciones particulares tienen prevalencia sobre las condiciones generales del texto.—Como los impresos de las pólizas tienen necesariamente un carácter general y no pueden tener en cuenta situaciones individuales (aunque ciertamente este hecho no sea en el seguro de vida tan real como lo es en el de incendios o en otros tipos de seguro de cosas), hay que partir de la base de que cualquier acuerdo particular ha de hacerse constar por escrito en el contrato, para que pueda modificar las condiciones originarias del texto general. Si así se hace, es un principio universalmente aceptado que siempre que haya una diferencia de significado entre la modificación y la póliza base, la cláusula añadida, bien sea manuscrita, estampillada o impresa, prevalece sobre las condiciones generales del contrato. Este principio se funda en la teoría de que estas modificaciones se presumen temporalmente posteriores a la póliza base, por lo que representan los últimos pactos establecidos por las partes. Cuando estas modificaciones presenten alguna ambigüedad, habrá que volver a favorecer al asegurado en caso de duda. Igualmente, cuando la parte mecanografiada o manuscrita esté en contradicción con la parte impresa, habrá que atenerse al contenido de la primera, ya que hace referencia a un contrato en particular, a diferencia del texto impreso, que con mucha frecuencia las partes ni siquiera leen o revisan, para comprobar su conformidad con las cláusulas particulares.

(3) *Gratz v. Ins. Co. of N.A., Appellant* (1925) 282 Pa. 224, 230, citado por JOSEPH A. JOYCE: *On Insurance*, 2.ª edición (Rochester, N.Y., Lawyers Co-operative Publishing Co., 1917), págs. 546-47.

La aplicación del contrato tal y como es.—Cuando no existen cláusulas contradictorias ni expresiones ambiguas, los tribunales no pueden extender su poder discrecional hasta el extremo de modificar el contrato, en el sentido de dar una interpretación que pueda ser considerada como más que una estricta aplicación del contrato tal y como fue pactado.

> Las partes contratantes pueden pactar entre sí lo que estimen conveniente, y el objeto de la ley y la función de la judicatura son reconocer la validez del acuerdo siempre que no se oponga a la ley o a los principios de orden público. Los tribunales no pueden estipular contratos en nombre de unas partes que son plenamente capaces de dar vida a sus propios acuerdos; cuando en un contrato no existe ambigüedad en sus cláusulas, los jueces no pueden permitirse una interpretación contraria a sus términos (4).

En forma más resumida, el principio ha sido formulado como sigue:

> Los tribunales no tienen la facultad de forzar una interpretación con objeto de hacer la póliza más beneficiosa mediante la ampliación de la cobertura contratada, como tampoco pueden incrementar la suma asegurada (5).

Derecho aplicable.—Por regla general, la interpretación de la *validez* del contrato está regida por el ordenamiento y los usos del lugar en que se estipula, entendiendo por tal aquél en el que se han producido los actos últimos y esenciales necesarios para el nacimiento del contrato (6). Sin embargo, la cesión y

(4) *Hancock v. Knights of Security* (1922) 303 Ill. 66, 73.

(5) *Davis v. Jefferson Life Ins. Co.* 73 Fed. 2d 330.

(6) Al ocuparse de esta regla y de sus excepciones, RICHARDS hace los siguientes comentarios:

«La norma es especialmente adecuada a esta rama del Derecho, porque en el campo del seguro pueden coexistir diversos lugares en los que el contrato tiene aplicación: un lugar para el pago de la sprimas, otro para el pago del siniestro y otro donde está ubicado el objeto del seguro. Pero si la póliza establece que las primas y los siniestros son pagaderos en las oficinas de la compañía, éste sería el lugar del cumplimiento, en cuyo caso habrá que estimar, por analogía con la regla general, que el derecho de este lugar prevalece al interpretar la póliza.

A menudo tiene mucha importancia la determinación del ordenamiento que rija la validez y efecto de la póliza, ya que las normas legales, los

otras materias referentes al *desarrollo* del contrato se rigen por la ley del lugar en que el acto se produce, cualquiera que sea el lugar de emisión del contrato originario.

Propuesta de seguro e interpretación

La propuesta del seguro de vida puede ser definida como la solicitud al asegurador en demanda de cobertura, y puede ser considerada como el principio del contrato. En el documento, el proponente contesta ajustándose a la verdad a una larga serie de preguntas relativas sobre todo a su propia persona y a su familia, sus hábitos, los seguros hasta entonces contratados y otras propuestas de seguro pendientes, o que hayan sido aplazadas o rechazadas. Normalmente, la póliza hará constar que el seguro se acepta en base al contenido de la propuesta, de la que ésta forma parte; muy a menudo también contiene una cláusula adicional en el sentido de que la póliza y la propuesta (cuya copia se hace acompañar) «constituyen en su totalidad el contrato estipulado entre las partes».

Hasta aproximadamente 1870 no era usual que una copia de la propuesta formara parte del contrato de seguro; a partir de entonces, muchas aseguradoras empezaron a incluir con la póliza una copia de la propuesta, para que el asegurado pudiera conocer mejor el contenido del contrato. En la actualidad, son muchos los Estados que exigen el acompañamiento de la propuesta a la póliza, so pena, en caso contrario, de que la compañía no pueda negar el contenido y la exactitud de aquélla. En otros Estados se han dictado normas por las que todo el contrato entre las partes ha de figurar en la póliza, prohibiendo la

usos y la jurisprudencia relativas al contrato de seguro difieren mucho de un Estado a otro, y lo más normal es que estas normas no tengan efectos extraterritoriales. Cuando la póliza estipula que no será obligatoria si no va visada por una agencia, lo usual es que esta agencia determine el lugar del contrato. Así sucede cuando la póliza se remite al agente para su entrega contra recibo de la prima, pero si la propuesta ha sido aceptada por las oficinas centrales de la compañía y la póliza se envía por correo al proponente a un Estado distinto, el lugar del contrato será el de la sede de la aseguradora. Por regla general, el contrato se considera perfecto cuando se lleva a cabo el último acto preciso para su perfeccionamiento». GEORGE RICHARDS: *The Law of Insurance*, 5.ª edición (Nueva York, Baker, Voorhis & Co., 1952), págs. 1319-20.

incorporación de referencias a normas, aplicaciones o acuerdos que no figuren en el documento o en anejo. La regla se aplica asimismo a las declaraciones hechas al médico examinante, cuando estas declaraciones han sido firmadas por el asegurado.

Información completa y exacta.—Al decidir sobre la aceptación de un riesgo, el asegurador confía en parte en la información que le ha sido facilitada por el proponente. En consecuencia, la compañía tiene pleno derecho a obtener toda la información que pueda influir en su decisión sobre la aceptación o rehuse de un riesgo determinado. Este principio es sobre todo válido en un contrato tan aleatorio como el seguro de vida. El proponente debe actuar con buena fe, y si la información facilitada es *falsa* o incompleta, el asegurador puede rescindir o cancelar el contrato. De este modo, tanto si el proponente no manifiesta toda la información pertinente (doctrina de la ocultación), como si hace declaraciones falsas, el contrato puede ser rescindido por el asegurador (doctrinas de las garantías y de la información facilitada).

Ocultación.—Como se ha dicho, los tribunales han mantenido constantemente que las pólizas de seguro son contratos de la máxima buena fe. En un principio se mantuvo que se basaban en la suerte, por lo que la ocultación por una de las partes de hechos esenciales podría convertir al riesgo en otro muy diferente al que se pretendía cubrir. Por consiguiente, la validez de la póliza dependía de la información plena sobre cualquier dato sustancial exigida a las partes. La prueba de que un hecho no manifestado fuera o no sustancial la hemos de buscar en la circunstancia de si su conocimiento por la compañía habría o no influido en la aceptación o rehuse del riesgo, o bien si habría sido motivo suficiente para un aumento de la prima. En otras palabras, ¿es la ocultación tan importante sustancialmente como para que la compañía, caso de haber recibido la información, se hubiera visto inclinada a rechazar la cobertura o a modificar la prima? Que el hecho sea o no sustancial y que debiera ser declarado son problemas que, por regla general, quedan confiados a la decisión de los jurados.

La doctrina de la ocultación, que se desarrolló en relación

con el seguro de transportes, pretende ante todo proteger al asegurador o suscriptor, y fue de aplicación a todos los ramos del seguro, pero, con el desenvolvimiento de las relaciones comerciales, los tribunales llegaron a estimar que debía introducirse una cierta distinción entre el seguro de transportes y los de incendios o vida. Se ha de recordar que, a diferencia del ramo de transportes, en el que la propiedad asegurada puede encontrarse a miles de kilómetros, el asegurador de vida se encuentra en condiciones de examinar personalmente al proponente, de interrogarle sobre temas de interés y de recabar el consejo del médico que ha hecho el examen. Es bastante lógico que la obligación de la información plena ha de ser menos estricta en el seguro de vida; el tema fue profundamente estudiado en el pleito *Penn Mutual Life Insurance v. Mechanics' Savings Bank and Trust Company* (7), y en la actualidad se admite la norma de que «la ocultación de un hecho sustancial al riesgo que no se haya investigado, no puede invalidar la póliza, a no ser que dicha ocultación pretendiera mantener en la ignorancia al asegurador en cuanto a un hecho que se estimaba como sustancial; en otras palabras, a no ser que la ocultación fuera fraudulenta» (8).

Información.—La información está constituida por las declaraciones hechas al asegurador para que el riesgo sea aceptado; la desinformación es la información correcta. Las *informaciones afirmativas* son las relativas a hechos existentes al momento de emitir el contrato; las *informaciones promisorias* son las declaraciones hechas por el asegurado sobre lo que vaya a suceder durante la vigencia del seguro. Puesto que los tribunales no han admitido la responsabilidad del asegurador cuando se trata de la ocultación de hechos *sustanciales* puede adivinarse la postura que hayan adoptado cuando el asegurado, en lugar de callarse, haya hecho unas declaraciones sustanciales y falsas. Sin embargo, para que la póliza sea inválida, el asegurador ha de demostrar la falsedad de la declaración; que sea o no sustancial es algo que el jurado decidirá.

(7) (1896; C.C.A.) 72 Fed. 413; *Blair v. National Security Insurance Co.* (1942) 126 Fed. 2d 955.
(8) *Ibidem*, 434, 441.

Interpretación de las declaraciones equivocadas hechas por el proponente.—Por regla general, la información se interpreta liberalmente, para proteger al asegurado, y es suficiente que, en esencia, sea correcta. Los tribunales se han inclinado en sus resoluciones hacia la protección del asegurado, favoreciéndole con el beneficio de la duda siempre que sea posible y haciendo una interpretación favorable del contenido de la investigación realizada en la propuesta. Antes se aplicaba la regla de que, si lo demandaba la aseguradora, una información falsa invalidaba la póliza, aunque no hubiera habido intención dolosa del asegurado; la regla se ha modificado en algunos Estados, bien sea por intervención de la jurisprudencia, bien por la promulgación de nuevas disposiciones legales. Un cierto tribunal ha declarado que «no cabe la anulación ni la renuncia cuando no ha habido intención deliberada de engaño, y la falsedad de una respuesta no se ha probado afirmativamente» (9). Muchos Estados han dictado normas en este mismo sentido; en algunas se establece que la póliza no será invalidada a no ser que la información falsa se facilitara con la intención de engañar; en otros Estados se establece que la declaración ha de ser sustancial o fraudulenta, y en otros, que la declaración falsa tiene que haber contribuido a la pérdida. De todos modos, la idea general de estas normas es la de evitar la renuncia a la póliza si la compañía no ha sido perjudicada por el engaño.

A causa de la importancia de las respuestas a las preguntas contenidas en la propuesta, resulta conveniente estudiar un poco más a fondo la postura de los tribunales ante los pleitos surgidos como consecuencia de las declaraciones contrarias a la verdad, hechas por el proponente.

1. *Declaraciones sobre el estado de salud, sobre la ausencia de enfermedad, los hábitos y la atención médica.*—Este tipo de declaraciones ha dado motivo a muchas sentencias, en base sobre todo a la diversa fraseología empleada por las compañías al formular la pregunta. Aunque el problema dependa en gran parte de la terminología exacta empleada, para llegar a la determinación de si el contrato ha sido o no quebrantado, los jueces

(9) *Khuns v. N.Y. Life Ins. Co., Appellant* (1929) 297 Pa. 418, 423.

han adoptado el criterio general de que la expresión «buena salud», o expresiones similares, no se opone a simples indisposiciones, sino que significa la carencia de enfermedades o afecciones que minen o tiendan a minar el estado general de salud del organismo (10). Cuando se utilizan expresiones como «a mi mejor saber y entender» para matizar las declaraciones del proponente, para que el asegurador pueda invalidar la póliza tendrá que demostrar que el asegurado actuó de mala fe, conociendo la realidad de los hechos. Como dice RICHARDS, «cuando estas expresiones matizadoras no se emplean y el proponente responde de buena fe, en relación con una enfermedad desconocida y poco clara, o con una larga serie de enfermedades, algunas de ellas de oscura comprensión, los tribunales se inclinan a interpretar las respuestas como si fueran opinión del proponente y no manifestaciones de hechos» (11).

Las respuestas relativas a los hábitos se consideran como declaraciones de hechos, y no de opiniones; en algunos casos han sido interpretadas en sentido liberal, como puede desprenderse de una resolución del Tribunal Supremo de los Estados Unidos, según la cual la ocurrencia, una sola vez, del *delirium tremens* no infringe necesariamente la respuesta favorable dada a la pregunta sobre los hábitos moderados (12). De forma semejante, aunque la jurisprudencia sostenga que las respuestas falsas a las preguntas relativas a la atención médica o a las consultas médicas son motivos de anulabilidad de la póliza, siempre que sea posible dan una interpretación gramatical favorable al asegurado, sobre todo cuando la pregunta está ambiguamente redactada.

2. *Declaraciones relativas a la familia y a su historial.*—Las respuestas no verdaderas que el proponente dé a las preguntas relativas a su familia se estiman en casi todos los casos motivo suficiente para invalidar la póliza. En cuanto al historial familiar, los tribunales se inclinan hacia la validez del contrato cuando las respuestas no se dieron de mala fe; en otras palabras,

(10) *Plumbs v. Penn Mutual Life Ins. Co.* (1895) 108 Mich. 94.
(11) RICHARDS: *Law of Insurance*, pág. 1145.
(12) *Insurance Co. v. Foley* (1881) 105 U.S. 350; (1887) 7 S.C. 1221.

tienden a interpretar estas declaraciones hechas de buena fe como meras opiniones, ya que se trata de preguntas secundarias y no se puede exigir al proponente que esté perfectamente informado sobre la edad al fallecimiento, el estado general de salud y la causa de la muerte de sus parientes y antepasados.

3. *Declaraciones relativas a la edad del proponente.*—Es lógico que el asegurador tenga pleno derecho a ser correctamente informado sobre la edad del asegurado, ya que las primas están en función de la edad; por tanto, a falta de cláusula que regule esta materia en el condicionado de la póliza, los tribunales han estimado que la declaración de una edad inferior a la real implica una agravación del riesgo y es motivo para invalidar el contrato. La gravedad de esta consecuencia se elude hoy día por medio de una cláusula, legalmente obligatoria en casi todos los Estados, que determina la modificación de la póliza y por la cual «cuando la edad declarada por el asegurado sea inferior a la real y el error no ha sido corregido en vida del mismo, la suma a pagar por el seguro sería la que la prima pagada hubiera adquirido declarando la edad verdadera».

4. *Declaraciones relativas a otros seguros y a las propuestas rechazadas o suspendidas.*—La importancia de las preguntas sobre estos puntos, a fin de evitar un sobreseguro o de descubrir o impedir los intentos de fraude, lleva a la conclusión de que la respuesta falsa es causa de invalidez de la póliza. En este plano, la única pregunta relevante es la de si la expresión «otros seguros» formulada por compañías ordinarias de seguros, incluye los certificados emitidos y las propuestas presentadas a las compañías de beneficios mutuos y fraternales. La jurisprudencia no ha sido unánime; casi todas las decisiones estiman que la pregunta sólo incluye las pólizas y las propuestas de las compañías ordinarias, pero algunos jueces han mantenido que las asociaciones de tipo fraternal y las sociedades de beneficios mutuos constituyen empresas de seguros, por lo que se han de entender comprendidas en la pregunta. Estas discordancias judiciales pueden obviarse mediante la inclusión en la pregunta, de modo expreso, de estos certificados y de cualquier otro tipo de seguro en asociaciones y compañías de beneficios mutuos.

Garantías del proponente.—La doctrina de las garantías está íntimamente relacionada con las de ocultación y la información. Fue muy criticada por los autores, pero hemos de recordar que al tiempo de su introducción, el que emitía la póliza dependía a menudo completamente, para un verdadero conocimiento del riesgo, de las declaraciones del asegurado. Como al asegurador le resultaba generalmente muy difícil llegar a demostrar la sustancialidad de una declaración falsa, con gran frecuencia se incorporaba a las pólizas una cláusula de garantía por la que el proponente se hacía responsable de la verdad de sus declaraciones. Algunas pólizas llamaban la atención, una o varias veces, y por regla general con un tipo le imprenta especial, al hecho de que las respuestas dadas en la propuesta formaban parte del contrato. De este modo, las compañías daban mayor fuerza a la información facilitada en la propuesta, a fin de protegerse mejor contra la posibilidad del fraude o contra la dificultad de la demostración ante el jurado de la existencia del cuestionario. La práctica era común también en otros tipos de seguro. La póliza standard de incendios establecía que «si en esta póliza se hace referencia a una propuesta, descripción, inspección o plano, será considerada como parte integrante del contrato, garantizada por el propio asegurado». También las pólizas de transportes recogían numerosas cláusulas y apéndices en garantía de lo declarado.

La característica distintiva de estas garantías es la de que han de ser absoluta y literalmente ciertas, estipulándose la renuncia a la póliza cuando se demostrase la falsedad de una declaración, aunque no fuera sustancial. Cuando las declaraciones funcionan como garantías del contrato, la compañía puede eludir sus responsabilidades simplemente demostrando su falta a la verdad. Los tribunales parten del supuesto de que se ha aceptado la sustancialidad de lo declarado en garantía, por lo que no cabe una ulterior investigación. En palabras del Tribunal Supremo de los Estados Unidos, «hay que repetir que han de ser verdaderas todas las declaraciones contenidas en la propuesta y que la sustancialidad de tales declaraciones queda fuera de la consideración del juez o del jurado cuando las partes convienen que dichas declaraciones son absolutamente ciertas y

que, en caso de que no lo sean, la póliza sería considerada inválida» (13).

A causa de la dureza e injusticia de las reglas de derecho común sobre las cláusulas de garantía, y en especial porque en una cierta época algunas aseguradoras se aprovecharon excesivamente de estas cláusulas con el objeto de imponer la renuncia al contrato, casi todos los Estados han promulgado normas para proteger al asegurado de las consecuencias de estas declaraciones garantizadas, a no ser que su contenido influya sustancialmente en el riesgo o se haya formulado con intención fraudulenta. Estas normas difieren bastante en cuanto a su formulación, pero en esencia se semejan a la del Estado de Nueva York, donde todas las declaraciones hechas por el asegurado serán consideradas como información, y no como garantía (14); en otros Estados, la normativa es más favorable aún al asegurado.

Las normas legales relativas a la ocultación, a la información falsa y a las garantías, quedan comprendidas dentro de las facultades de policía de las legislaturas, y su constitucionalidad ha sido defendida por el Tribunal Supremo del país y por los de los Estados (15). Además, la aplicación de la norma legal no puede ser impedida por el acuerdo de las partes; las normas regulan a todas las pólizas a que sean aplicables, emitidas con posterioridad a su promulgación. Algunas de ellas han sido criticadas, al estimar que favorecen en exceso al asegurado, pero la mayoría de los autores defiende su conveniencia en base al hecho de que casi todos los asegurados ignoran la verdadera significación de las garantías, por lo que muchos de ellos pueden incurrir en una renuncia técnica al contrato por un simple error o falsedad inadvertido en la proposición de seguro.

Cláusula de indisputabilidad.—La severidad de las garantías ha quedado muy suavizada por la existencia presente de pólizas con la cláusula de indisputabilidad, por lo que la aseguradora se compromete a no alegar en su defensa cualquier error,

(13) *Aetna Life Ins. Co. v. France* (1875) 91 U.S. 510, 512.
(14) New York Insurance Law, Sec. 142 (3).
(15) *Hancock Mutual Life Insurance Company v. Warren* (1901) 181 U.S. 73.

ocultación, declaración falsa o fraude del asegurado, una vez que la póliza haya estado en vigor durante un tiempo determinado. Esta cláusula es algo único, ya que frente a la norma general de que el fraude vicia al contrato, permite la exigibilidad de uno conseguido dolosamente. La cláusula refleja la tendencia moderna de las compañías hacia la liberalización de sus contratos, lo cual dice mucho en su favor. Desde el punto de vista del asegurado y del beneficiario, la cláusula elimina el temor a un pleito, sobre todo en un momento (el fallecimiento del asegurado) en que el beneficiario tropezaría con graves dificultades para contestar a las alegaciones de la aseguradora por violación del contrato; desde el punto de vista de la compañía, la cláusula aumenta el negocio, al hacer las pólizas más atractivas para el público. En el plano del interés social, no es admisible que los familiares estén protegidos en vida del asegurado por una póliza expuesta a pérdida por unas infracciones que pueden ser desconocidas hasta el fallecimiento del asegurado, con lo que estos familiares quedarían sin la protección que es objeto fundamental del seguro de vida. Además, si las pólizas pudieran ser impugnadas a la muerte del asegurado, la contienda tendría que ser solventada en los tribunales, provocando unas demoras que perjudicarían a los beneficiarios, necesitados de una rápida liquidación. Estas razones son las que han aconsejado la inclusión de la cláusula de indisputabilidad, legalmente obligatoria en algunos Estados.

Un problema bastante discutido es el de si una póliza de seguro de vida obtenida mediante engaño es o no exigible una vez expirado el período de indisputabilidad. Algunas compañías alegaron que la cláusula que condonara el fraude sería contraria a las normas de orden público. La justificación económica de la cláusula fue muy bien estudiada en el pleito *Kansas Mutual Life Insurance Company v. Whitehead*, en el que el tribunal se inclinó por la plena validez del contrato, aunque se hubiera conseguido fraudulentamente. Citemos de la sentencia:

> Esta opinión no excluye la consideración del fraude, pero sin embargo permite que las partes estipulen el plazo durante el cual el fraude del asegurado pueda contribuir a defraudar al asegurador. Se reconoce el derecho del asegurador a convenir un plazo fijado por él mismo en el que pueda descubrir y sacar a la luz el fraude cometido por el asegurado, para protegerse contra sus consecuencias. La cláusula tiene una gran importancia y es muy conveniente para ambas partes; permite, de un lado, al asegurador el aumento de su negocio garantizando a los que dudan de la utilidad del seguro, que ni ellos ni sus familias serán molestados después de un cierto tiempo con pleitos en los que la pruebas de la transacción primitiva quedan muy lejanas, o son de difícil memoria, en un momento en que, tal vez, ha fallecido quien mejor conocía los hechos. Estos argumentos, es indudable, son bastante convincentes; una vez pasado un cierto tiempo, el asegurado queda tranquilo de que el dinero acumulado en el seguro, que tanto trabajo le costó obtener, será abonado a su familia sin tener que afrontar costas judiciales ni honorarios de abogados. Si se permitiera que las aseguradoras siguieran estipulando contratos con la agradable promesa de una cláusula de indisputabilidad, para que más tarde, al morir el asegurado, se actuara contra su familia impugnando la póliza en base al fraude, sería tanto como permitir la comisión de un fraude aún mayor que el cometido a la obtenión de la cobertura. Las normas de orden público no van a ser más severas contra el fraude del asegurado que contra el del asegurador. La cláusula de indisputabilidad es válida, no para la protección de la conducta dolosa, sino para poner un término a las posibles molestias derivadas de la impugnación por dolo; la ley acepta que durante un cierto tiempo el asegurador pueda exponer y reaccionar frente al engaño contenido en las declaraciones del asegurado... No existe ninguna regla que prohíba a una de las partes fiarse de sí misma para proteger sus intereses en un cierto contrato, sin apoyarse en las declaraciones o garantías de la contraparte (16).

NORMATIVA EN RELACION CON EL AGENTE

El seguro de vida se emite casi siempre por parte de compañías que operan en muchos Estados, regiones o provincias, razón por la cual el agente es un factor esencial de la continuidad del negocio. Es obvio que para que el agente se desenvuelva adecuadamente ha de quedar investido de una cierta autoridad. Las normas generales sobre el contrato de agencia regulan las relaciones del agente con la compañía, pero aparte de esta norma primaria se ha producido un gran desarrollo de normas generales y jurisprudenciales sobre los agentes de seguros en

(16) (1906) 123 Ky. 21, 26.

particular; de estas normas podemos deducir la situación actual del agente de seguros de vida.

Situación general

Según principio general, el puesto de agente se acompaña de la facultad de hacer y decir lo más apropiado para la realización de los servicios para los que ha sido empleado, utilizando los medios adecuados. Casi siempre la compañía le entrega un contrato escrito en el que fija sus facultades; sin embargo, la falta del documento no libera a la compañía de su responsabilidad por las actuaciones de los que en realidad son sus agentes, ya que la doctrina contraria permitiría al asegurador eludir toda responsabilidad por la mala actuación o por los errores de sus agentes, simplemente mediante un contrato verbal. La agencia es un hecho que depende de circunstancias totalmente independientes de las cláusulas que puedan figurar en la póliza o en la proposición; la prueba de la agencia, según los tribunales, puede consistir en un contrato expreso, como se ha dicho, entre la compañía y el agente, o bien en el reconocimiento por la compañía de que una cierta persona es su agente. El hecho y el contenido de la agencia pueden demostrarse con la posesión de ciertos documentos o bien con otras pruebas de las que pueda deducirse que legalmente existe un contrato de agencia. Sin embargo, conviene subrayar que el asegurado no debe presumir la existencia de la relación de agencia, sino que ha de ser convencido por alguna prueba tangible. En todo caso, el problema de la presunción de la agencia no se puede suscitar, a causa de las normas estatales que exigen la licencia de agente y de las precauciones adoptadas por las compañías al nombrarlos y al fiscalizar sus actividades.

Facultades del agente

Las facultades del agente general tienen, en cuanto a las materias a que se apliquen, la misma extensión que las de su superior, dentro de los límites del negocio o territorio en que el agente opera, mientras que las de un agente especial abarcan

a los actos precisos para el perfeccionamiento de la transacción concreta que se le haya encomendado. Cuando el agente actúa dentro de los límites aparentes de sus facultades, la compañía se hace responsable de sus actos ilegales o fraudulentos, de sus omisiones y de las informaciones falsas que facilite. Siempre que la póliza o la proposición no contengan restricción alguna a las facultades del agente en cuanto a la renuncia a la pérdida de los beneficios de la póliza (e incluso en este caso los tribunales no están de acuerdo), los actos del agente relativos a la proposición o a la póliza se consideran por la jurisprudencia como actos de la compañía, la cual no podrá alegar en su favor las renuncias ocasionadas por el error o el dolo del agente.

Las sentencias no son unánimes, pero la opinión más común se inclina a mantener que, a falta de restricciones, la compañía es responsable no sólo de los actos de sus agentes, sino también de los de los subagentes y empleados de éstos, en los que hayan delegado facultades. En la actividad aseguradora es práctica común, y a veces necesidad, que los agentes empleen a otras personas para que les ayuden en su trabajo, y al otorgarles unas facultades, los tribunales han estimado que es «justo y razonable que las aseguradoras sean responsables no ya sólo de los actos de sus agentes, sino también de los de sus subagentes y empleados, dentro de las atribuciones confiadas a los agentes». Puede argumentarse que la compañía no ha autorizado a sus agentes la delegación en terceros, por lo que se trataría de una extensión ilógica de sus responsabilidades, pero conviene no olvidar que los agentes están contratados por las compañías de acuerdo con los usos y necesidades del negocio.

Limitaciones de la póliza

Por regla general, las compañías de seguros de vida incluyen en sus pólizas o en sus proposiciones una cláusula por la que prohiben a sus agentes la modificación del contrato. La redacción no siempre es igual, pero el texto que damos a continuación puede considerarse como típico:

> Ningún agente ni ninguna otra persona, que no sea el presidente, el vice-presidente, el segundo vice-presidente, o el secretario de la

> compañía, tendrá la facultad de obligar a la misma mediante promesas relativas a los beneficios de la póliza, o mediante la aceptación de información no contenida en la proposición del seguro, ni la facultad de contratar o modificar el contrato, ni la de ampliar el plazo para el pago de la prima, ni la de renunciar a los derechos o requisitos de la compañía.

Hay que reconocer la lógica de estas normas cuando se tiene en cuenta el hecho de que casi todas las aseguradoras de vida están representadas por centenares, a veces miles, de agentes, los cuales, en sus pretensiones comerciales, pueden verse tentados de efectuar promesas no recogidas en la póliza, o a pasar por alto u ocultar datos o información a la compañía, que de haberlos conocido podrían haber sido causa del rehuse del seguro. Es razonable que las compañías traten de protegerse contra estas posibilidades, declarando expresamente en el contrato que el agente no está facultado para la modificación o alteración de cualquier detalle de la póliza. Podemos añadir que en el seguro de incendios y en otros ramos se incluye una cláusula que, entre otras cosas, especifica que la renuncia a cualquiera de las condiciones que sean renunciables ha de hacerse constar en escrito adicional o en forma de condición particular.

Aunque estas normas sean plenamente explicables, los tribunales que se han ocupado del problema no han llegado a una conclusión unánime en cuanto a su obligatoriedad, por lo que la jurisprudencia ha emitido reglas distintas (17). Según una de ellas, las limitaciones de la póliza a las facultades del agente actúan como aviso al asegurado de la limitación de su competencia para la mejor protección de la compañía (18); en otros pleitos, los jueces se han inclinado más en favor del asegurado, al sostener que las restricciones de la póliza a las facultades del agente no son nada definitivo en cuanto a aquellos aspectos discutidos antes del perfeccionamiento del contrato, sino que afectan únicamente «al ejercicio de la autoridad del agente en lo relativo a la póliza después de su emisión, entrega y aceptación, pudiéndose afirmar la imposibilidad de presumir que el asegurado conociera estas restricciones, o que pudiera anticipar que serían incluidas en la póliza» (19). Según otra regla jurisprudencial, las restricciones de la póliza se refieren solamente a la actuación anterior a la producción del siniestro (20).

(17) GEORGE JAMES COUCH: *Couch Cyclopedia of Insurance Law*, 2.ª edición (Rochester, N.Y., Lawyers Co-operative Publishing Co., 1959-1968) 26: 82.
(18) *Ibidem*, 26:83.

Tal vez la regla que mayor peso tenga en la actualidad sea la que prohibe a la compañía la cancelación del seguro en caso de violación de la póliza: 1) cuando la compañía o su agente real o aparentemente investido de su autoridad ha renunciado, verbalmente o por escrito, a alguna de las condiciones de la póliza; 2) o bien cuando la compañía, por conocimiento o por su propia actuación o por la de su agente, quede impedida de alegar la infracción de las condiciones del contrato (21). Los tribunales se basan normalmente en una de estas dos razones (22), con un mismo resultado final según el cual a la compañía se le considera obligada, incluso en el supuesto de infracción de una de las cláusulas de la póliza en que se contenga la limitación de las facultades del agente. Los jueces han justificado esta postura de modos diversos; hay quien considera a esta doctrina como «típica del derecho del seguro, tendente a impedir la comisión de un fraude mediante el cobro de una prima sobre una póliza que se estime nula *ab initio*» (23); otros jueces rechazan la efectividad de la cláusula en defensa de la buena fe comercial (24), o con el argumento de que si el asegurador goza de la facultad de renuncia, oral o escrita, también el agente debe tenerla (25). Debe hacerse constar que en el famoso pleito de la *Northern Assurance Company*, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos se negó a mantener la doctrina citada de la renuncia verbal, por considerarla carente de base (26). No obstante, y a pesar de esta sentencia, muchos tribunales estatales siguieron

(19) *Ibidem*, 26:86.
(20) *Ibidem*, 26:88.
(21) *Ibidem*, 26:90.
(22) Para este tema puede verse W. R. VANCE, y B. M. ANDERSON: *Handbook of the Law of Insurance*, 3.ª edición (St. Paul, Minn., West Publishing Co., 1951), capítulos VIII y IX.
(23) *Chismore v. Anchor Fire Ins. Co.* (1906) 131 Iowa 180, 182.
(24) *Lewis v. Guardian Fire & Life Assur. Co.* (1905) 181 N.Y. 392.
(25) *Thompson v. Traders', Ins. Co.* (1902) Mo. 12.
(26) *Northern Assurance Company v. Grand View Building Association* (1902) 183 U.S. 308.

resolviendo contrariamente y, como se ha dicho, algunos Estados están intentando neutralizar estos tipos de cláusulas mediante disposiciones que conceden prioridad a la comunicación del agente a la compañía sobre el estado de salud, los hábitos y la profesión del asegurado.

A los agentes se les pregunta con frecuencia, en el curso de su actividad profesional, su opinión sobre las condiciones de la póliza, por lo que es de la mayor importancia que entre la compañía y sus agentes existan relaciones definidas en cuanto a la expresión de estas opiniones. ¿Cuál va a ser el efecto jurídico de las opiniones del agente? La norma general es que no se les reconozca, y la teoría se basa en que la opinión del agente sobre la significación de un texto contractual no crea nuevas obligaciones ni modifica las existentes, sobre todo cuando las facultades del agente han sido limitadas y las expresiones del contrato son claras y distintas de la opinión del representante. Sin embargo, en algunos Estados se estima que la compañía queda obligada por la opinión de sus agentes, sobre todo cuando dicha opinión no contradice el lenguaje de una cláusula ambigua (27).

Responsabilidades del agente frente a su mandante por los perjuicios ocasionados por su mala actuación

La relación del agente con el comitente exige que no pueda jamás perseguir sus propios intereses personales incumpliendo o excediéndose de las instrucciones recibidas. La conducta indebida del agente le hace responsable de los daños y perjuicios causados. Esta responsabilidad se basa en las normas fundamentales del contrato de agencia, que determinan que cuando el agente quebranta sus obligaciones frente a su principal, sea por excederse en sus facultades, por su actuación ilegal, por negligencia u omisión en las funciones encomendadas, o de cualquier otra forma, el agente será responsable de los daños y perjuicios ocasionados al comitente, el cual tendrá derecho a la indemnización. Sin embargo, en casi todas las ocasiones en que se producen violaciones graves del contrato de agencia, la solución a que se llega consiste en la destitución del agente y en la retirada de su licencia.

(27) *Couch on Insurance*, 26:92.

OTROS CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Presunciones

Son tres los sectores en los que las «presunciones» tienen una aplicación importante al seguro de vida: 1) el problema de la supervivencia en desastres comunes; 2) la presunción del fallecimiento después de un período determinado de «ausencia» del individuo; 3) la presunción contra el suicidio. Todas estas presunciones legales son atacables (*iuris tantum*), en cuanto trasladan la carga de la prueba a quien intente negarla. La presunción deja de actuar en virtud de la demostración contraria; la presunción se limita a justificar una conclusión legal sin necesidad de prueba favorable.

El desastre común.—El derecho del beneficiario al cobro del seguro de vida está normalmente condicionado a su *supervivencia* al asegurado. Por regla general, no se tropieza con ningún tipo de problema para demostrar la supervivencia, pero si el asegurado y el beneficiario fallecen en un mismo accidente, sin contar con una prueba sobre quién murió antes, se plantea el conflicto sobre el acreedor a los beneficios. El derecho común de los Estados Unidos no establece ninguna presunción basada en la edad o en el sexo sobre la premoriencia (28); las sentencias son bastante contradictorias, pero en la mayoría de los casos se han inclinado a acreditar el importe del seguro al patrimonio del asegurado, sobre todo cuando éste se había reservado el derecho a cambiar de beneficiario. Para dar solución a este problema, casi todos los Estados han puesto en vigor la Ley Uniforme en caso de Muerte Simultánea, que no está limitada únicamente al campo del seguro, en la sección dedicada al seguro la Ley establece que «cuando el asegurado y el beneficiario de una

(28) VANCE y ANDERSON: *Handbook*, pág. 724.

póliza de vida o de accidente fallecen sin que se disponga de prueba suficiente de que no murieron simultáneamente, el importe del seguro será distribuido presumiendo que el asegurado sobrevivió al beneficiario». La norma soluciona los problemas de supervivencia en aquellos Estados que la han adoptado, pero no soluciona el problema principal que se le plantea a la aseguradora; como el seguro se paga con un pago único, si no se estableció otra cosa, cualquiera que fuere el superviviente, el importe habrá de pagarse a la herencia del asegurado o a la del beneficiario, con lo que resultará disminuido a causa de testamentaría, impuestos adicionales y créditos de terceros.

Problema similar es el más frecuente de la «supervivencia a corto plazo», en la que el beneficiario sobrevive al asegurado durante un corto lapso de tiempo. Aquí no se plantea el problema de la supervivencia, pero sí los demás problemas citados, además de la posible disminución del importe del seguro a causa de una elección previa de una opción de liquidación en forma de ingresos vitalicios, en cuyo caso se entiende que los beneficios del seguro han sido totalmente devengados, aunque el beneficiario hubiera sobrevivido para recibir solamente uno o varios plazos (29).

Para dar solución al problema, muchas compañías acuden a la cláusula denominada de supervivencia, por la que se estipula que el beneficiario ha de sobrevivir al asegurado durante un plazo especificado para que tenga derecho a cobrar el seguro. Esta cláusula, unida a la designación de beneficiarios contingentes, evitará que el importe vaya a la herencia del asegurado o del primer beneficiario. Cabe otra estipulación por la que se prescribe que el seguro solamente se pagará al beneficiario si éste sigue con vida en el momento de afectuar el pago; esta condición, puesta en relación con una opción adecuada de liquidación, evita casi todos los problemas mencionados.

La presunción de supervivencia. El suicidio.—Como se dirá más adelante, en el contrato de seguro de vida se incluye normalmente una cláusula (casi siempre obligatoria por disposición

(29) Cuando la póliza contiene un beneficio garantizado, habrán de pagarse los plazos que equivalgan a la garantía.

legal) por la que de la cobertura se excluye la muerte por suicidio cometido dentro del año o de los dos años siguientes a la fecha de emisión de la póliza (30). Por suicidio, como es lógico, no se entiende la autodestrucción accidental, por lo que se hace preciso trazar una distinción clara entre estos casos y los verdaderos suicidios. En caso de duda sobre si la muerte se debe a accidente o a suicidio, siempre se presume el primero, en base al instinto de conservación y al amor natural a la vida. El significado de esta presunción será objeto de estudio al ocuparnos de la cláusula del suicidio.

Desaparición o «ausencia». Presunción de fallecimiento.—Es un principio jurídico admitido que cuando una persona abandona su residencia habitual y no se vuelve a oír de ella ni se sabe si sigue con vida, al término de los siete años se presume su fallecimiento; por tanto, cuando el asegurado desaparece durante un período de siete años y su ausencia es inexplicable, se presume que ha fallecido y la aseguradora está obligada a pagar el seguro. Solamente se presume el fallecimiento, no el momento de su ocurrencia; pero si se demuestra «que la persona ausente, dentro del plazo de los siete años, se enfrentó a un peligro concreto o bien le pudo haber afectado un peligro inmediato, que razonablemente pudiera haberle quitado la vida, el tribunal o el jurado pueden llegar a la conclusión de que dejó de existir antes del término de los siete años» (31). En estos casos el asegurador pagará el importe asegurado, aumentado con los intereses desde la fecha del fallecimiento. Debe tenerse en cuenta que se presume que el asegurado vive hasta el final del año séptimo, por lo que si las primas no fueron pagadas, el beneficiario no podrá reclamar contra la compañía a no ser que la muerte se produjo antes del vencimiento de la prima, o a no ser que la póliza siga en vigor gracias a las estipulaciones de la irrenunciabilidad.

(30) Missouri tiene una norma en vigor por la que se *prohibe* la inclusión de esta cláusula; sin embargo, se permite la alegación del suicidio siempre que se pueda probar que estaba en la mente del asegurado al tiempo de contratar la póliza (Vernon's Annotated Missouri Statutes, Sec. 376.620).

(31) *Davis v. Briggs* (1878) 97 U.S. 628; (1937) 93 Fed. 2d 1; ***Tobin** v. United States*, 286, 2d 480 (1961).

Asesinato perpetrado por el beneficiario

Es obvio que cuando el beneficiario mata al asegurado, las normas de orden público prohiben el pago del seguro al asesino; esta norma se invoca, no para liberar al asegurador de sus obligaciones, sino para impedir el enriquecimiento del delincuente. En estas circunstancias, el seguro se paga a un beneficiario contingente que sea inocente, si lo hubiere, o a la herencia del asegurado (32).

Sin embargo, si el beneficiario ha tomado el seguro con la idea de matar al asegurado y defraudar a la compañía, ésta queda liberada de cualquier obligación y sólo se le puede exigir la devolución de las primas.

En casos de homicidio, los tribunales no se han puesto de acuerdo, aunque la mayoría admita la posibilidad de reclamar contra la póliza cuando la muerte ha sido involuntaria (33).

Ejecución del asegurado por un delito

Por regla general, los contratos de seguro de vida no quedan sin efecto cuando el asegurado es condenado a muerte por la ejecución de un delito. En realidad no existe razón para castigar además a seres inocentes (los beneficiarios) por el crimen de otra persona. Lo más lógico es que los beneficios de la póliza se paguen de acuerdo con su clausulado; sin embargo, algunos tribunales han llegado a mantener lo contrario.

(32) En algunos Estados las leyes determinan que cuando un beneficiario mata voluntariamente al asegurado, el seguro se abonará a los herederos de acuerdo con las normas hereditarias. Véase JANICE E. GREIDER y WILLIAM T. BEADLES: *Law and the Life Insurance Contract*, 3.ª edición (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1974), págs. 410-13.

(33) Véase E. W. PATTERSON: *Essentials of Insurance Law* (Nueva York, McGraw-Hill, 1957), pág. 160.

12

Clásulas de la póliza: I Condiciones generales

INTRODUCCION

El contrato del seguro de vida es un documento muy flexible que puede adaptarse con facilidad a las diversas circunstancias y necesidades. Parte de esta flexibilidad deriva de la naturaleza doble del contrato moderno.

Naturaleza doble del contrato moderno

En esta obra se ha insistido en varias ocasiones en el hecho de que todos los contratos permanentes de vida se componen de un elemento creciente de ahorro o inversión y de una suma decreciente de puro seguro de vida. Esto se debe al enfoque dado por el concepto de la prima uniforme aplicado al riesgo del fallecimiento, que aumenta con la edad hasta convertirse en algo cierto. El denominado elemento de ahorro del sistema de primas uniformes no tuvo su razón de ser en la idea de colocar en una cuenta de ahorros las sumas no gastadas, sino como un medio de garantizar al asegurado una protección futura, que no podría procurarse si las primas anuales hubieran alcanzado cuantías astronómicas en los último años de su vida. Lo cierto es, sin embargo, que a pesar de esta idea primitiva, el elemento de ahorro motivó la atención creciente prestada a sus ventajas, in-

cluso aunque la póliza no hubiera madurado. Los valores acumulados han sido realmente «ahorrados» por el asegurado. La naturaleza dual del contrato comenzó con la introducción de la cláusula de la irrenunciabilidad y con el desarrollo de otros derechos anteriores a la maduración.

Las cláusulas del contrato relativas a la irrenunciabilidad, a la cesión y a los anticipos, se deben fundamentalmente al elemento de ahorro de la póliza; además, este elemento puede ser aplicado a unas opciones de liquidación que conceden unos beneficios de jubilación *al propio asegurado* y/o a los beneficiarios. El elemento de ahorro fomenta su práctica entre los asegurados, al tiempo que se aprovechan de los servicios de inversiones de la compañía. Lo cierto es, por tanto, que aunque la finalidad primaria del contrato de seguro de vida sea la de *facilitar un fondo con un valor monetario* fijo a la maduración de la póliza, los derechos premaduración tienen en las pólizas modernas un significado y una importancia cada vez mayores. Debe recordarse que el uso del valor de liquidación para recibir los ingresos a la jubilación elimina el elemento de cobertura del contrato. Para conocer debidamente la estructura y distribución del contrato moderno de seguro de vida no hay que perder de vista la naturaleza dual que asume (1).

Control del ordenamiento jurídico

Aunque no exista un texto legal standard para la póliza, lo cierto es que las cláusulas del contrato están sometidas al control y a la normativa del Estado. El sistema del control estatal implica estas exigencias: 1) no puede emitirse ninguna póliza si antes no ha sido aprobada por el organismo estatal del Seguro; 2) las pólizas han de contener unas *cláusulas* standard especificadas en las leyes sobre el seguro. Las dos condiciones pretenden un trato justo y equitativo de los asegurados, aunque la segunda fuera en realidad introducida para una mayor uniformidad entre las diversas zonas geográficas. Por regla general, las normas

(1) Véase, sin embargo, Institute of Life Insurance: *The Nature of the Whole Life Contract* (Nueva York, junio de 1974). Esta idea de la naturaleza dual del contrato de vida entera ha sido motivo de muchas confusiones entre los clientes.

legales no determinan el texto exacto de estas cláusulas obligatorias, sino su contenido *esencial*, con la salvedad de que pueden ser modifcadas siempre que lo sean para favorecer al asegurado. En consecuencia, estas cláusulas obligatorias no son idénticas en todas las compañías.

Las cláusulas standard exigen la inclusión en el contrato de: 1) un plazo de gracia; 2) todas las cláusulas contractuales; 3) la cláusula sobre la declaración inexacta de la edad; 4) la rehabilitación; 5) la inimpugnabilidad; 6) los dividendos anuales; 7) los anticipos; 8) los valores irrenunciables; y 9) las opciones de liquidación. De estas cláusulas nos ocuparemos en el presente capítulo y en los siguientes.

Cada Estado puede tener en vigor otras normas adicionales sobre el contrato o sus condiciones. En el de Nueva York, por ejemplo, se prohibe la exclusión de la responsabilidad del asegurador en caso de fallecimiento, si no es por las causas establecidas por la ley (2). Otros muchos Estados exigen el registro de los impresos y que al pie de la primera página se haga una descripción concisa de la póliza (por ejemplo, póliza de vida con veinte pagos).

En razón del gasto que supone mantener en cada Estado un tipo distinto de póliza, las compañías han intentado llegar a un contrato que satisfaga todos los requisitos, o al menos los esenciales, de los Estados en que realice operaciones. Con ello se llega al resultado de que los requisitos del Estado de Nueva York se extiendan a otros Estados cuando la póliza es emitida por una compañía con base en el territorio del primero; en ocasiones el conflicto entre las normas de un Estado y las de otro, o la decisión de la compañía, dan motivo a la emisión de impresos especiales de póliza o a la modificación del condicionado general para su vigencia en ciertos Estados.

(2) Exclusiones permitidas: 1) cláusula de guerra; 2) cláusula del suicidio, limitada a dos años; 3) cláusula de exclusión de la aviación, con carácter ilimitado; 4) exclusión por razón de profesión o de residencia, limitada a dos años. Derecho del Estado de Nueva York, Secc. 155 (2). No todos los ordenamientos jurídicos estatales exigen la inclusión de las cláusulas standard; por ejemplo, Missouri y Connecticut no tienen normas legales sobre el particular, aunque en el segundo Estado se hayan introducido algunas disposiciones por vía reglamentaria.

CLAUSULAS STANDARD

Cláusula sobre el condicionado completo

Esta cláusula exige que la póliza y la propuesta, cuando su copia se acompaña a la primera, constituyen legalmente la *totalidad del contrato* estipulado entre las partes. La razón y las consecuencias de este requisito han sido objeto de discusión al ocuparnos de la propuesta y de su interpretación.

Cláusula de indisputabilidad

Esta cláusula fue introducida por las aseguradoras de vida a su propia y voluntaria iniciativa, para mayor garantía del público de que unas declaraciones inexactas de poca importancia hechas en la propuesta no darían motivo a eludir la responsabilidad (3).

Una cláusula típica ajustada a las exigencias standard del derecho del Estado de Nueva York sería la que sigue:

> Una vez la presente póliza haya estado en vigor durante la vida del asegurado o por un período de dos años a partir de la fecha de emisión, no podrá ser impugnada si no es por falta de pago de las primas; se hace excepción de las cláusulas y condiciones relativas a beneficios en caso de incapacidad total y permanente y a los que concedan una cobertura adicional por muerte por accidente, que se hallen contenidas en apéndices suplementarios emitidos a la póliza y que formen parte integrante de la misma.

Esta cláusula ha tenido una aplicación muy extensa, muy superior a la de la primitiva intención de las compañías que la introdujeron. Según la doctrina actual, la cláusula impide que la compañía anule un contrato de seguro de vida, ni siquiera en los supuestos de *fraude* o de *información inexacta sustancial* contenidos en la proposición. Ya hemos tratado los motivos de esta aplicación extensiva.

La cláusula de indisputabilidad puede entenderse como semejante a una norma descriptiva; por ella, la compañía viene a obligarse a efectuar todas las investigaciones precisas de la buena fe y de las demás circunstancias que rodearon al contrato antes del término estipulado en la cláusula. Además, la compañía se compromete a no oponerse al pago del siniestro cuando la infracción del contrato ha sido conocida después del plazo especificado, o bien, caso de haber sido conocida dentro del plazo, cuando la compañía no tomó en su día medidas para la rescisión del contrato. No obstante, se entiende que por esta cláusula no se hace renuncia a las acciones procesales, y las condiciones contenidas en el contrato han de ser satisfechas por el reclamante al fallecimiento del asegurado.

(3) Véase el capítulo 11 sobre la cláusula de la irrenunciabilidad.

Plazo de gracia

El plazo de gracia acordado a los vencimientos de las primas de renovación permite el pago dentro de los treinta o treinta y un días siguientes al vencimiento, sin cargo de intereses. Durante este período la póliza continúa en vigor, y si se produjera el fallecimiento del asegurado, la compañía podría deducir la prima pendiente y los intereses de la liquidación al beneficiario. La cláusula tiende a proteger al asegurado contra una «terminación involuntaria de la póliza»; de no ser así, si el pago del asegurado se produjera un día después del vencimiento, en teoría tendría que aportar prueba de asegurabilidad para volver a la rehabilitación de la póliza.

Las primas se calculan partiendo del supuesto de que se van a cobrar y a invertir en la fecha de sus vencimientos, por lo que la compañía sufre un perjuicio en virtud de la demora en el pago; la ley autoriza a la compañía a cargar el interés por esta demora, pero en la práctica se renuncia a él a causa de su pequeña entidad y de los gastos implicados por su cobro.

Ha de recordarse que todos los que dejan que la póliza expire siguen asegurados durante un mes adicional; la compañía tan sólo cobra la prima en el caso del fallecimiento dentro del período de gracia, por lo que la mayoría de las cancelaciones dejan de contribuir al coste del seguro durante este período.

Rehabilitación

Otra de las cláusulas standard es la de la *rehabilitación*. Cuando el sujeto ha dejado de pagar la prima dentro del plazo de gracia, la póliza termina y solamente podrá ser puesta de nuevo en vigor gracias a la cláusula de la rehabilitación, dentro de los tres años siguientes al vencimiento impagado, siempre dentro de ciertas condiciones y limitaciones.

En primer lugar, el asegurado ha de facilitar prueba de su asegurabilidad a satisfacción de la compañía; el requisito es fundamental, ya que de lo contrario la mayor parte de las rehabilitaciones serían casos de salud deficiente; en otras palabras, se produciría una antiselección, ya que la experiencia nos dice que los más proclives a la rehabilitación son los de salud delicada.

La mayoría de las cancelaciones son involuntarias, y al poco tiempo (entre dos y cuatro semanas) se produce la solicitud de rehabilitación. En tales casos, la aseguradora debe adoptar una postura muy liberal (y así sucede por regla general), ya que el riesgo de selección negativa es prácticamente insignificante. Hasta poco más o menos dos meses después del vencimiento, la única justificación exigida para la rehabilitación es la declaración por parte del asegurado de que sigue en buen estado de salud, y que su estado general no ha sufrido cambios de importancia desde el vencimiento de la prima impagada. Cuanto más largo sea el plazo comprendido entre el vencimiento y la solictud de la rehabilitación, más se asemejarán los requisitos exigidos a los de la propuesta de nueva póliza. Lo más lógico es que la práctica de las compañías varíe de un caso a otro, pero la norma es que están facultadas para exigir un nuevo examen médico y nuevas pruebas de asegurabilidad.

La expresión «prueba de asegurabilidad» tiene un sentido mucho más amplio que el de «buena salud». La asegurabilidad implica la adecuación a unos standards relativos a la profesión, los viajes, a otros seguros en vigor, a la situación económica, así como a las características físicas y al estado de salud del proponente. El ejemplo clásico de la distinción entre «buena salud» y

«asegurabildad» es el caso del criminal condenado a muerte, que ciertamente goza de buena salud, pero no es asegurable (4).

La expresión «a satisfacción de la compañía» se entiende que permite a la aseguradora las pruebas que razonablemente sean exigibles (5). No debe olvidarse que la compañía vive para hacer seguros, y no para rechazar riesgos propuestos, por lo que cuando el sujeto es asegurable lo más natural es que su propuesta sea aceptada.

La segunda condición exigida para la rehabilitación es el pago de las primas atrasadas con sus intereses. Lo más común es el pago de las primas, menos los dividendos que hubiera que pagar, con un interés del 5 por 100.

Finalmente, habrá que reembolsar o rehabilitar los anticipos pendientes conseguidos contra la póliza.

La cláusula de la rehabilitación fue en su principio introducida por las compañías a fin de proteger al asegurado frente a algunas desventajas, como era en su día la inexistencia de la cláusula de la irrenunciabilidad. Cuando el asegurado dejaba de pagar la prima a su vencimiento, no sólo la póliza quedaba cancelada, sino que se renunciaba además a los valores que se habían acumulado por la póliza (6). La inclusión reciente de la cláusula de la irrenunciabilidad ha hecho que la de la rehabilitación pierda gran parte de su sentido, aunque siga conservando una cierta utilidad en las pólizas actuales.

A pesar de la actitud abierta de las compañías, lo cierto es que la rehabilitación rara vez se solicita después de los cinco años de la cancelación, porque su elevado coste aconseja al asegurado la estipulación de una póliza nueva. Las razones de mayor importancia que aconsejen la rehabilitación son: 1) la póliza nueva normalmente implica una tarifa más elevada; 2) ya han expirado las cláusulas de la inimpugnabilidad y del suicidio en

(4) *Kallman v. Equitable Life Assurance Society*, 248 App. Div. 146, 288 N.Y. Supp. 1032 (Departamento 1.º, 1936); confirmación 272 N.Y. 648, 5 N.E. 2d 375 (1936).

(5) 18 Cal. 2d 635, 117 P. 2d, 7 (1941).

(6) HAROLD M. HORNE, y D. BRUCE MANSFIELD: *The Life Insurance Contract*, 2.ª edición (Nueva York, Life Office Management Association, 1948), pág. 198.

la póliza vieja (7); 3) el nuevo contrato no tendrá valor de liquidación hasta dentro de uno o dos años; 4) en razón del tiempo y edad de emisión, la póliza anterior puede contener ventajas (por ejemplo, opciones de liquidación basadas en un tipo más favorable) y beneficios más generosos, a tarifa inferior a la del nuevo contrato.

Debe hacerse constar que la cláusula standard de la rehabilitación no se aplica necesariamente a los casos de rescate o de reconversión en seguro temporal ampliado, habiendo expirado el plazo. Es normal que las compañías incluyan estas restricciones en sus contratos.

La cláusula de la irrenunciabilidad

La naturaleza y utilidad de las «opciones irrenunciables» serán explicadas más adelante; estas opciones son: valor del rescate al contado, reducción del seguro con prima totalmente pagada y seguro temporal ampliado. Nos vamos a ocupar aquí de las cláusulas que contienen estas opciones. La Ley Standard de la irrenunciabilidad (8) exige la inclusión en la póliza de estas cláusulas:

1. El valor al contado sólo se puede exigir una vez se hayan pagado las primas de, por lo menos, tres años. El importe mínimo que pueda pagarse se calcula con el método denominado de la prima ajustada. No debe olvidarse que el valor mínimo obtenido con este método debe pagarse en forma de seguro reducido y totalmente pagado, o bien de seguro temporal ampliado (véase más adelante), incluso en el caso en que la póliza haya estado en vigor menos de tres años.
2. La póliza deberá contener una cláusula en la que se detallen los beneficios opcionales irrenunciables ofrecidos en lugar del valor de liquidación, y haciendo constar que uno de estos beneficios (el del seguro reducido totalmente pagado o el del seguro temporal) entrará en efecto automáticamente si el asegurado no pide otra cosa expresamente. En este punto la ley requiere que se permita al asegurado la reclamación del valor total al contado dentro de los sesenta días siguientes al impago, aunque la cobertura hubiera seguido en vigor entre la fecha del vencimiento y la de la reclamación por el asegurado del valor de liquidación. La ley exige además que el asegurado esté en todo momento facultado para recibir el valor neto de liquidación en forma de seguro reducido totalmente pagado o en forma de seguro temporal ampliado, pero cualquiera de estos dos beneficios opcionales sólo podrán concederse si se han pagado primas por lo menos durante tres años.
3. La póliza ha de contener una referencia a la tabla de mortalidad y al tipo de interés, así como una descripción del método empleado para el cálculo de los valores no renunciables. Se requiere, además, la inclusión de una tabla que contenga las opciones al contado y las no renunciables para cada uno de los primeros veinte años.
4. La póliza ha de contener una cláusula por la que la compañía se reserva el derecho a retrasar el pago del valor de liquidación hasta un máximo de seis meses, a partir de la petición hecha por el asegurado. Es la denominada cláusula de demora y persigue proteger a la compañía contra supuestos de crisis, en que las inversiones tengan que ser liquidadas en circunstancias adversas. Aunque esta cláusula tenga una gran importancia, lo cierto es que, hasta la fecha, ninguna compañía la ha evocado.

(7) La ley no es lo bastante clara, pero la regla general es que la cláusula de la inimpugnabilidad sea rehabilitada, con lo que la póliza ha de pasar por un nuevo período de posible impugnación. Véanse los casos citados por HARRY KRUEGER, y LELAND T. WAGGONER: *The Life Insurance Policy Contract* (Boston, Little Brown, 1953), pág. 78, nota 3. Por el contrario, los tribunales han sido prácticamente unánimes al mantener que la cláusula del suicidio no es aplicable de nuevo (*Ibíd.*, pág. 214).

(8) En vigor en casi todos los Estados en 1 de enero de 1948.

Anticipos

En casi todos los Estados, el ordenamiento jurídico exige la inclusión del beneficio del préstamo en las pólizas permanentes de vida, esto es: 1) que la compañía prestará, con la garantía de la póliza, una suma que, con intereses computados hasta el próximo vencimiento, no exceda del valor de liquidación calculado al terminar la anualidad en curso; 2) el interés se pagará anualmente, al tipo establecido en la póliza; 3) los intereses no pagados a su vencimiento serán añadidos al préstamo y devengarán intereses al mismo tipo fijado; 4) cuando la deuda total es igual o superior al valor de liquidación, la póliza se considerará terminada, dando 31 días de preaviso al asegurado o al propietario de la póliza; 5) el tomador del seguro podrá liquidar el préstamo en todo o en parte en cualquier momento.

Al igual que sucede con otros derechos previos a la madura-

ción, la póliza estipula que la compañía podrá demorar la concesión del anticipo en metálico, pero no cuando se trata de un préstamo para el pago de las primas. En el importe del anticipo se incluye normalmente el valor de liquidación de las coberturas adicionales totalmente pagadas. La suma anticipada no vence realmente ni es exigible mientras la póliza no haya madurado o mientras la deuda total con sus intereses no sea igual al valor de liquidación. Uno de los rasgos típicos del anticipo es la continuación automática del préstamo, mientras exista la garantía del valor de liquidación.

Es fundamental la especificación del tipo de interés a cargar. En la actualidad, los tipos oscilan entre el 5 y el 6 por 100, pero los recientes aumentos en los tipos de interés en el mercado y la mayor frecuencia de los anticipos han dado lugar al estudio por las compañías de la posibilidad de un sistema de tipos flexibles de interés sobre los anticipos.

A veces, durante la vigencia de un préstamo, los tipos usuales de interés han sido inferiores a los cargados en el anticipo. Esta situación no presentaba ningún problema particular, porque no era más que el indicativo de la disponibilidad de los créditos por parte de los asegurados y del público en general, a través de las entidades tradicionales del crédito, como son los bancos y las financieras. En estas situaciones la actividad de préstamo de las aseguradoras es baja. En ocasiones, el asegurado emplea la póliza como garantía de un préstamo. Hasta estos últimos años, el porcentaje de los anticipos sobre reservas ha sido muy pequeño, a excepción de los años de la Depresión.

La Life Insurance Association of America hizo ver que, hasta el año 1966, las fluctuaciones cíclicas del volumen de los anticipos se debían fundamentalmente a la existencia de un techo para los tipos de interés, en comparación con los movimientos generales de estos tipos apreciados en los mercados monetarios y del capital. En los períodos de alza de 1966, 1969-70 y 1974, el diferencial entre los tipos del mercado libre y los contractuales de la póliza provocó una distorsión profunda en el «cash flow» de las aseguradoras y en el volumen de los anticipos. En 1966, la sangría sobre el «cash flow» destinado a inversión ascendió a aproximadamente un 20 por 100, en comparación con la cifra normal de entre un 4 y un 5 por 100; desde la fecha citada, aproximadamente el 50 por 100 del «cash flow» de algunas compañías ha sido destinado a préstamos, y más del 40 por 100 del activo de las reservas ordinarias de vida ha tenido que ser destinado a anticipos por algunas compañías.

Para dar respuesta a este dramático incremento, la industria aseguradora ha tenido que conseguir la aprobación oficial de una cláusula de intereses flexibles sobre los anticipos en 22 de los 23 Estados en que regían las limitaciones legales (la excepción ha sido Connecticut). En 25 Estados se exige una disposición legal para alterar el límite del 6 por 100 (el 5 por 100 en Nueva York).

Es de prever que la fuerza de la competencia lleve a las aseguradoras a mantener unos tipos de interés más aproximados a los niveles cargados por las entidades tradicionales de crédito. Muchas aseguradoras comenzarán a emitir pólizas con una cláusula de interés flexible sobre los préstamos, y con unos tipos de poco más o menos el 8 por 100 en aquellos territorios en que las normas lo permitan. La aproximación de estos tipos a los generales del mercado será motivo para que las aseguradoras de vida obtengan de sus préstamos una rentabilidad semejante a la conseguida con cualquier otra inversión rentable.

El tipo variable de interés ha sido aconsejado por la Comisión Presidencial sobre Estructura y Reglamentación Financieras, y ha sido apoyado por William McChesney Martin, Jr., y por el doctor ARTHUR F. BURNS, cuando estuvieron al frente del *Federal Reserve System*. También ha sido aceptado por la Asociación Nacional de Aseguradoras en su propuesta de ley sobre cláusulas del anticipo, y por los comisionados del Seguro de 22 de los 26 Estados en que se requiere la autorización del legislativo.

Esta acción correctora ha sido reclamada en todos los Estados cuyo ordenamiento no permite el uso de un tipo flexible, en los que se impone un techo de entre el 8 y el 8,5 por 100.

Muchas compañías incluyen en sus pólizas una cláusula para préstamos automáticos de las primas, pero la cláusula no es de tipo standard. Según ella, si la prima queda impagada al terminar el plazo de gracia y la póliza cuenta con un valor suficiente de liquidación, el importe de la prima será adelantado automáti-

camente, a modo de anticipo sobre la póliza (9). En algunos Estados se exige que el texto de la póliza haga constar que el asegurado ha de especificar si esta cláusula va a ser aplicada o no. La finalidad principal de esta cláusula del préstamo automático de la prima es la de proteger contra la terminación *involuntaria* de la cobertura, cuando el asegurado no atiende a su pago por encontrarse enfermo. Si la póliza quedará en vigor, las opciones de la irrenunciabilidad entrarían en juego, pero si el asegurado quisiera rehabilitar la póliza tendría que dar prueba de su asegurabilidad.

En el supuesto de este préstamo automático, el asegurado solamente tiene que reembolsar la suma para que la póliza continúe en pleno vigor. El inconveniente más importante de este préstamo automático es que tiende a hacer que el asegurado se despreocupe del pago de las primas.

Dividendos anuales

Como se dirá al hablar del excedente y de su distribución (10), casi todos los Estados exigen la tribución anual del excedente repartible. Así, por ejemplo, el Estado de Nueva York establece que «el asegurador calculará y repartirá el excedente devengado por la póliza». Naturalmente, esta cláusula no figura en las pólizas que no participen en los beneficios.

Declaración inexacta de la edad

Las normas de la mayoría de los Estados exigen que en todas las pólizas se incluya una cláusula por la que, en el supuesto de que se haya hecho constar una edad inexacta, el importe del seguro será el que se podría haber adquirido con las primas realmente pagadas de haberse hecho figurar la edad correcta. Por ejemplo, si en una póliza ordinaria de vida de $ 10.000, emitida para la edad de treinta y cinco años, con una prima anual de $ 300, se descubre al producirse el fallecimiento que la edad

(9) El Estado de Rhode Island exige que todas las pólizas emitidas en el Estado han de contener la cláusula del anticipo automático de las primas. En otros Estados la cláusula no es obligatoria.

(10) Véase el capítulo 27.

correcta a la emisión era de treinta y seis, lo que habría implicado una prima de $ 320, la suma a pagar por la compañía sería de 300/320 de $ 10.000, esto es, $ 9.375; de forma semejante, el importe a pagar sería mayor si la edad verdadera fuera inferior a la hecha figurar en la póliza.

Si el error en cuanto a la edad se descubre cuando la póliza todavía está en vigor, el procedimiento será distinto según que la edad real sea inferior o superior a la que figura en el contrato. En el primer caso, al asegurado se le ofrece normalmente la opción de pagar la diferencia de primas con sus intereses, o bien de emitir una nueva póliza con un seguro reducido; en el segundo caso, lo más usual es que la diferencia se abone en reservas.

CLAUSULAS ESPECIALES

Después de cumplimentar los requisitos legales, la compañía procede a incluir algunas cláusulas que no son obligatorias, como por ejemplo las relativas a la cesión, al cambio del plan y al privilegio del anticipo automático de las primas. De otro lado, y siempre que la ley lo permita, pueden excluirse algunos riesgos como los de aviación, guerra y suicidio.

Cláusula del suicidio

Dirá, normalmente, lo siguiente:

> Si dentro de los dos años siguientes a la fecha de emisión de la presente póliza, y siempre que ésta se encuentre en vigor, el asegurado, esté sano de juicio o demente, se mata por su propia mano o comportamiento, la Compañía sólo se hará responsable de la devolución de las primas pagadas, que se abonarán de una sola vez al beneficiario.

Hubo un tiempo en que los contratos de seguro de vida excluían el riesgo del suicidio en todos los casos; no había mucha razón en ello, porque de esa manera se negaba la finalidad intrínseca de la cobertura, que es la protección de los familiares. Tampoco era preciso continuar con una norma que claramente

protegía a la aseguradora, ya que el suicidio es una de las causas de muerte que entra a formar parte del índice total de mortalidad; estas muertes estaban ya incluidas en las tablas de mortalidad que eran la base de las primas. De aquí que el suicidio no tenía por qué ser excluido completamente, aunque conviniera que la compañía se asegurara de que el contrato no se estipulaba pensando en él. La protección frente a esta «antiselección» se podía conseguir excluyendo el riesgo del suicidio durante uno o dos años, a partir de la emisión de la póliza.

Conviene recordar que esta cláusula pretendía la protección frente a una antiselección, pero no la exclusión del suicidio por sí mismo. La mayoría de los Estados admiten la exclusión durante dos años, y aunque algunas lo hayan reducido a un año. Por lo afirmado se podría llegar a la conclusión de que el demente es asegurable desde el primer día, porque su acción no sería consciente y no podría significar una antiselección. La regla sería aceptable en teoría, pero en la práctica sería muy difícil hacer una distinción nítida entre el suicidio del demente y el del que esté en su juicio.

Ya se dijo anteriormente que la ley presume que la persona no se quita la vida. Partiendo de esta presunción legal, los tribunales han mostrado su inclinación hacia la protección de los familiares del difunto, pues a veces resulta difícil probar el suicidio, incluso cuando los hechos externos induzcan a su estimación. Los jueces han tratado casi siempre de mantener que el suicidio no se ha probado, con lo que la compañía ha de hacer frente a sus responsabilidades derivadas de la póliza de seguro.

Cuando el suicidio, probado o aceptado, es causa del fallecimiento dentro del plazo de exclusión, la compañía se limita a devolver las primas cobradas, con o sin intereses, según se haya estipulado en la póliza.

Exclusión del riesgo de aviación

Las restricciones a la cobertura en los casos de muerte por riesgo de aviación cuando el asegurado no es pasajero, es una práctica casi universal en las cláusulas de doble indemnización. En un principio era bastante común la exclusión de la cobertura básica del seguro de vida, pero el progreso rápido de la aeronáutica, su gran seguridad y la creciente utilización de este medio de transporte por parte del público, han determinado que el riesgo esté ampliamente cubierto por casi todas las compañías. Hoy siempre se da cobertura para los pasajeros de líneas regulares, y se va generalizando, sin restricciones ni aumentos de prima, la inclusión de los vuelos no regulares. Incluso los pilotos privados, y los pilotos y tripulaciones de las líneas comerciales, pueden obtener hoy día una póliza standard, o una especial con una prima adicional relativamente reducida. Tal vez las restricciones más importante en este campo sean las aplicadas a la aviación militar, pero no conviene olvidar que casi todas las restricciones pueden ser salvadas en la actualidad mediante el pago de una prima extra.

Hubo un tiempo en que se pusieron en tela de juicio los efectos de la cláusula de la inimpugnabilidad sobre las exclusiones de la aviación. Hoy es obvio que la compañía tiene derecho a excluir un riesgo determinado, aunque en la póliza figure la cláusula de la inimpugnabilidad. Los tribunales han mantenido que, al igual que sucede con la exclusión del suicidio, la negativa a pagar una reclamación contra un riesgo excluido de aviación no constituye una inimpugnación de la póliza, sino más bien una confirmación de sus cláusulas (11).

Exclusión de los riesgos de guerra

Es normal que las compañías incluyan en sus contratos las denominadas cláusulas de guerra en tiempos bélicos o de peligro de contienda bélica, sobre todo cuando se trata de jóvenes en edad militar. Las cláusulas establecen generalmente la devolución de las primas, con un interés igual al del elemento de reserva de una póliza si el fallecimiento se produce en unas condiciones excluidas por la póliza. Al final del conflicto es usual que las cláusulas queden sin efecto.

(11) En esta materia, el pleito más famoso fue el de *Conway*, iniciado como consecuencia de la negativa del Superintendente de Seguros del Estado de Nueva York a la aprobación de una póliza que contenía un apéndice de exclusión del riesgo de aviación, sobre la base de que entraba en conflicto con la cláusula obligatoria de la inimpugnabilidad. *Met Life Ins. Co. v. Conway* (1930) 252 N.Y. 449, 169 N.E. 642.

La finalidad fundamental de las cláusulas de guerra es la de controlar la selección adversa procedente de los aspirantes al seguro. Es natural que los que entran a prestar el servicio militar den una mayor proporción de contratos de seguro, y que sean ellos los que se sienten inclinados a comprar coberturas más cuantiosas que en tiempos de paz. Durante las guerras mundiales muchas compañías pudieron comprobar que podrían haber cubierto el riesgo de guerra sin cobrar una prima adicional, pero sin la intervención de la cláusula se habrían enfrentado con una selección adversa que podría haber perturbado profundamente la experiencia general de mortalidad.

Los tipos de las cláusulas de guerra son, por regla general, dos: 1) el tipo «status»; 2) el tipo «resultados». De acuerdo con la del primer tipo, la póliza no pagará la muerte del asegurado mientras esté prestando el servicio militar, cualquiera que fuere la causa del fallecimiento. Algunas compañías suavizan esta norma haciendo solamente exclusión de la muerte «fuera de la zona de su hogar», cuya determinación se hace en la cláusula y normalmente incluye a los Estados Unidos, al Distrito de Columbia y al Canadá. Según la cláusula del tipo «resultados», la cobertura queda sin efecto cuando la muerte es como consecuencia de un acto de guerra. La distinción, por tanto, entre un tipo y otro es que, en la cláusula «status» la causa del fallecimiento no tiene ninguna influencia, cosa que no ocurre con el tipo «resultados».

La validez de las cláusulas de guerra no ha sido objeto de muchas decisiones jurisprudenciales, pero los pleitos han sido abundantes cuando se ha tratado de la interpretación de su contenido, en especial sobre el problema de decidir si una cláusula pertenece a uno u otro de los tipos mencionados.

Como la cláusula «resultados» es la más generosa, los jueces en caso de duda tienden a considerar la cláusula en litigio como de «resultados», a no ser que su texto claramente especifique que se trata de una cláusula tipo «status». En otros pleitos el objeto litigioso ha sido la naturaleza del fallecimiento y la existencia del estado de guerra (12).

(12) Véase *Belex v. Pennsylvania Mutual Life Insurance Company*, 373 Pa. 231, 95 A. (2d) 202 (Pa., 1953); *Stucker v. College Life Insurance Co. of America*, 208 N.E. (2d) 731 (Ind., 1965).

El cambio de plan

Muchas pólizas incluyen una cláusula por la que se reconoce al asegurado el derecho a cambiar la póliza por otro tipo de seguro, aunque usualmente con la limitación de que el nuevo plan de seguro ha de conllevar una prima más elevada. Al efectuar el cambio, el asegurado ha de pagar la diferencia entre la reserva corriente (elemento de ahorro) del nuevo tipo de seguro y la reserva con intereses de la póliza primitiva. De otro lado, los cambios a un plan de prima más alta no exigen la prueba de la asegurabilidad. Son pocas las compañías que permiten el cambio a una prima *más baja*, y en estos casos puede exigirse la prueba de la asegurabilidad para evitar la antiselección. La gran mayoría de las compañías que, según el contrato, no autorizan el cambio a un plan de primas más bajas, en la práctica lo lleva a cabo con bastante frecuencia.

CLAUSULA DE INCAPACIDAD

El contrato básico del seguro de vida no incluye prestaciones por incapacidad (13); no obstante, es muy común la adición de un apéndice a la póliza del seguro de vida, por el que se cubren ciertas prestaciones para el caso de incapacidad permanente y absoluta. Las prestaciones más usuales son: 1) la renuncia a las primas; 2) la renuncia a las primas y los pagos por incapacidad. El concepto de la incapacidad es, normalmente, el mismo para unos beneficios y para los otros.

Definicición de la incapacidad

El riesgo cubierto por la cláusula de incapacidad en las pólizas de seguro de vida es el de la incapacidad *total y permanente*. Aunque no exista una gran uniformidad en cuanto a la fraseología utilizada, lo más normal es que el texto de la cláusula reco-

(13) Las pólizas industriales del seguro de vida incluyen determinados beneficios por incapacidad, sin adición de una prima extra. Véase el capítulo 36.

nozca al asegurado el derecho a las prestaciones cuando «haya quedado total y permanentemente incapacitado, en el sentido de que se vea impedido de forma permanente, continua y total para realizar cualquier tipo de trabajo o para ocuparse en algo que le reporte provecho o ganancia». A veces la cláusula incluye, además, la idea de que la incapacidad sea consecuencia de una enfermedad o de una lesión corporal, y una estipulación bastante común por la que «la pérdida completa e irrecuperable de la vista en los dos ojos, o del uso de ambas manos o de piernas, o de una mano y una pierna, serán considerados como incapacidad total».

Las expresiones «total» y «permanente» son difíciles de interpretar y han sido motivo de muchos conflictos y pleitos. Con una interpretación restrictiva, el texto de la cláusula parece que sólo concede los beneficios a los inválidos absolutos, pero las compañías y los jueces han tendido a una interpretación más generosa, de suerte que la incapacidad a que esta cláusula se refiere comprende los casos en que el asegurado no puede continuar con su profesión, ni con cualquier otra para la que pudiera estar preparado o capacitado. Sin embargo, en algunos Estados los tribunales se han opuesto a esta interpretación amplia, y han mantenido que «cualquier tipo de trabajo» ha de ser entendido como «la ocupación propia» del asegurado, o bien (en algunos casos) que al texto de la cláusula ha de darse una interpretación literal (14).

También se ha discutido el significado del término «permanente», y en muchos casos de incapacidad total cabe una duda sobre su eventual permanencia; muchas incapacidades aparentemente permanentes tienen posibilidades de curación. La demora en el pago de las prestaciones hasta que se decida definitivamente sobre el problema de la permanencia implicaría generalmente el aplazamiento de la solución hasta que la muerte dijera la última palabra; en la práctica, las propias aseguradoras aceptan que cuando la incapacidad total es continua durante un cierto período (casi siempre de seis meses), será considerada como permanente hasta que no se produzca la recuperación (15).

(14) Para las distintas definiciones de la incapacidad según los contratos individuales del seguro de enfermedad, véase el capítulo 17.

(15) La Mutual Benefit Life Insurance Company of Newark, New Jersey, emite un contrato de prestaciones por incapacidad que ocupa un lugar intermedio entre el seguro individual no anulable de enfermedad y los apéndices al seguro de vida. Vase O. D. DICKERSON: *Health Insurance*, 3.ª edición (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1968), págs. 458-60.

(16) La fórmula del dividendo en casi todas las compañías recoge la presencia o la ausencia de la cobertura por incapacidad.

Renuncia a las primas

La cláusula de la renuncia a las primas es un rasgo bastante común en los seguros de vida. Mediante una prima extra reducida se estipula que en el supuesto de que el asegurado quede total y permanentemente incapacitado antes de cumplir los sesenta años de edad (o los sesenta y cinco, en algunos casos), la aseguradora renunciará a las primas pagaderas durante la incapacidad, una vez transcurrido un cierto plazo, generalmente de seis meses. El contrato continua en vigor, exactamente igual que si el asegurado siguiera abonando las primas; en el caso de póliza con participación en los beneficios, se le siguen acreditando los dividendos, y en los demás casos el valor de liquidación sigue aumentando, se puede conseguir un anticipo, etc. (16).

Debe tenerse en cuenta que la renuncia se entiende hecha a todas las primas del período de incapacidad, y no solamente a las que venzan después de la expiración del período de eliminación. No hay que confundir esta cláusula con la de ingresos por incapacidad ni con las de renuncia a las primas en los seguros individuales de enfermedad. Casi todas las compañías requieren que transcurran seis meses de incapacidad para que entre en efecto la renuncia; si la incapacidad comienza durante la vigencia de la cobertura, se renuncia a *todas* las primas mientras la incapacidad subsista, incluso a las que venzan después de que el asegurado cumpla los sesenta años.

Ingresos por incapacidad

Hasta hace poco, los apéndices emitidos a las pólizas de seguro de vida estipulaban una prestación mensual por incapacidad de entre el 0,5 por 100 de la suma cubierta por la póliza ($ 5 por cada $ 1.000). Muchas compañías, a la vista de la experiencia desfavorable en las ventas y de la fuerte competencia,

comenzaron a pagar unos ingresos del 1 por 100 de la suma asegurada ($ 10 mensuales por cada $ 1.000) (17), limitando los pagos máximos por mes a una cifra determinada, generalmente de $ 500. Según otra limitación, se fija un máximo de hasta $ 1.000 a la suma de las participaciones de las diversas compañías, con una limitación adicional basada normalmente en un porcentaje de los ingresos netos obtenidos. Casi todas las aseguradoras consideran permanente la incapacidad que dure seis meses, y comienzan sus pagos al final del sexto mes; como el primer cheque se paga al final del sexto mes, ello equivale a un período de eliminación o carencia de seis meses con un pago retroactivo de un mes. También es usual que las compañías efectúen pagos retroactivos de hasta seis o doce meses cuando la reclamación se formula algún tiempo después de producirse la incapacidad.

Siguen acreditándose los dividendos pagaderos durante el período de la incapacidad, y bajo todos los demás aspectos el contrato básico de vida también sigue operando como si la incapacidad no se hubiera producido. En el caso de recuperación dejan de pagarse las prestaciones, y hay que abonar las primas que venzan desde la desaparición de la incapacidad. Sin embargo, en los seguros de capitalización se acostumbra a estipular que las prestaciones cesan al llegar la fecha de la maduración.

Hasta 1931, lo más usual era que esta cláusula cubriera la incapacidad producida antes de la edad de sesenta años, pero a partir de esa fecha muchas compañías redujeron la edad a los cincuenta y cinco, hasta que en años recientes se ha vuelto de nuevo al límite de los sesenta años. No se cubre, por tanto, la incapacidad producida a partir de los cincuenta y cinco o los sesenta años; en el caso de una incapacidad antes de llegar a esa edad límite, los pagos de prestaciones se siguen realizando mientras el asegurado viva o hasta la edad de sesenta y cinco, según se especifique en el contrato. Las compañías que limitan los pagos hasta la edad de sesenta y cinco generalmente hacen madurar el contrato como si fuera una capitalización y pagan el importe del seguro.

(17) Hay, por lo menos, dos compañías que ofrecen prestaciones de $ 20, una de las cuales las reduce a $ 10 al cumplir los sesenta años de edad.

Es común que las compañías se nieguen a emitir la cláusula de la incapacidad en conexión con un seguro temporal. Tampoco era habitual extender la cobertura de los ingresos por incapacidad a las mujeres casadas y a las que no tuvieran un empleo, a no ser que se avinieran a pagar unas primas muy elevadas; alguna compañía llegaba incluso a excluir totalmente a las mujeres de este seguro. En la actualidad, como consecuencia de las leyes y normas relativas a los derechos civiles, el sexo ha dejado de ser un factor tan significativo de la selección, y un cierto número de compañías ofrecen ahora este seguro a uno y otro sexo, sin distinción en cuanto a las primas (18).

La cobertura de incapacidad se rechaza o se restringe también en los casos de riesgos sub-standard. A veces la cláusula se hace constar sin figurar ninguna restricción, pero lo más usual es que apliquen ciertas restricciones (en cuanto a la causa de la incapacidad) a todos los contratantes, como pueden ser las derivadas de la auto-lesión, de la prestación del servicio militar en tiempos de guerra, o (no es nada frecuente) de actividades aéreas o submarinas o de la infracción de las leyes. Es de aplicación la cláusula de declaración inexacta de la edad de la póliza básica del seguro de vida, y no es usual que en el apéndice de incapacidad se incluyan otras cláusulas.

Ciertamente, estas cláusulas de incapacidad constituyen una forma de seguro de enfermedad; muchas compañías que ofrecen apéndices de incapacidad para ser incluidos en los contratos de seguro de vida también emiten contratos separados de seguro de enfermedad, con prestaciones para casos de incapacidad temporal y parcial y total y permanente. Del seguro de enfermedad nos ocuparemos en otros capítulos.

DOBLE INDEMNIZACION

La cláusula o apéndice de la *doble indemnización* puede acompañar al contrato de seguro de vida para establecer que, en caso de muerte por accidente, la suma pagadera será el doble de la asegurada.

(18) Véase el capítulo 33, sobre el «Sexo».

Bajo un aspecto económico no hay motivo para justificar la doble indemnización en caso de muerte por accidente, ya que la familia sufre la misma pérdida que si se produjera por causas naturales. En efecto, en casi todas las personas el riesgo de muerte por enfermedad es siempre muy superior al riesgo del accidente. Pero la cláusula tiene explicación y supone un coste muy pequeño si se tiene en cuenta la insignificancia del riesgo, en comparación con las demás causas del fallecimiento; este pequeño coste es probablemente la razón principal por la que atrae a los clientes.

Definición de la muerte por accidente

Típicamente, la cláusula lleva el texto que sigue, para definir la muerte por accidente: «La muerte consecuencia de lesiones corporales producidas únicamente por un medio externo, violento y accidental, con independencia y exclusión de cualquier otra causa, y ocurrida dentro de los noventa días siguientes a las lesiones».

La expresión «medio accidental» subraya el hecho de que tanto la *causa* como el *resultado* han de ser accidentales. Por ejemplo, si la muerte se debe al hecho de que el asegurado haya saltado de un vehículo en marcha, el resultado ciertamente es accidental, pero el medio no lo es. Estas precisiones tienden a limitar la cobertura a las muertes pura y totalmente accidentales.

El requisito de que el fallecimiento ha de ser debido únicamente a un «medio externo, violento y accidental» pretende eliminar aquellas muertes «accidentales» en las que la enfermedad es la causa verdadera o coexistente. Por ejemplo, cuando el asegurado sufre un ataque cardíaco mientras conduce el coche, y fallece en el accidente consecuente, la causa verdadera de la muerte es la enfermedad, por lo que no cabe una doble indemnización. Sin embargo, los jueces han pretendido obviar esta distinción, y no es infrecuente que las compañías sean obligadas al pago de siniestros en los que el fallecimiento no fue debido a la intervención de un «medio accidental» (19).

(19) Véase el capítulo 17, sobre el medio accidental.

Exclusiones

De la cláusula de la doble indemnización se excluyen ciertas causas de muerte, aunque el medio y el resultado sean accidentales. Las exclusiones pueden ser de cinco tipos: 1) muerte resultante del ejercicio de una actividad ilegal; 2) muerte por accidente en la que intervenga también la enfermedad, los achaques o la demencia; 3) muerte debida a ciertas causas específicamente determinadas, en las que quepa una duda razonable en cuanto al carácter accidental del fallecimiento; 4) muerte por acción bélica; 5) muerte por riesgo de aviación, a no ser el asegurado fuera pasajero de línea regular. La cantidad de exclusiones nos da a entender las dificultades inherentes a este tipo de seguro.

Limitaciones en cuanto al tiempo y a la edad

Para que la muerte esté cubierta, ha de producirse dentro de los noventa días siguientes al acidente (20). Esta condición quiere garantizar que el accidente es la causa única del fallecimiento. La cobertura de la doble indemnización se limita normalmente hasta la edad de sesenta, sesenta y cinco, en algunos casos hasta setenta años. Las compañías gradúan sus primas de acuerdo con la edad, y algunas comienzan ya a ofrecer seguros de indemnización múltiple (doble, triple o múltiplo de la suma asegurada).

OTRAS CLAUSULAS

Además de las generales de que nos hemos ocupado, caben otras cláusulas discrecionales, para que el seguro de vida se pueda adaptar mejor a las diversas necesidades y circunstancias. Por

(20) Recientemente, sin embargo, se falló un pleito en el que se consideró responsable al asegurador del fallecimiento ocurrido varios años después del accidente. Véase *Burne v. Franklin Life*, 451 Pa. 218, 305 A 2d, 799 (1973).

ejemplo, las opciones de dividendos, de irrenunciabilidad, y los anticipos, de que ya hemos hablado. En el capítulo que sigue dedicaremos la atención a las cláusulas relativas a la designación del beneficiario, a sus derechos, a la cesión de los derechos de la póliza y a las relaciones entre seguro de vida y derechos del acreedor. Y el capítulo subsiguiente estudiará las cláusulas del contrato sobre las opciones de liquidación.

13

Cláusulas de la póliza: II Cláusula de declaración de beneficiarios

En el presente capítulo y en el que sigue nos proponemos volver a estos temas: 1) los intereses del asegurado y del beneficiario en el contrato del seguro de vida; 2) los derechos del acreedor sobre el seguro de vida; 3) la cesión de los derechos del contrato de seguro de vida.

CLAUSULA DE DECLARACION DE BENEFICIARIOS

Es norma fundamental en el derecho de seguros que la persona tiene un interés asegurable en su propia vida. Es lógico que la persona quiera seguir con vida, sin importale el coste del seguro que tenga que pagar a un tercero en caso de fallecimiento. Por consiguiente, el individuo puede asegurar su propia vida en beneficio de otro, a su elección, con independencia de si el beneficiario tiene o no interés asegurable en dicha existencia (1).

(1) Hasta 1953 en el Estado de Texas se exigía el interés por parte de *todos* los beneficiarios; la norma fue modificada en el año citado por el artículo 3.49-1 de las Leyes del Estado. Hasta hace poco tiempo, también el Estado de Virginia aplicaba esta misma norma, pero en el pleito *Smith v. Coleman* (325.E.(2) 704; 355.E.(2) 107), su Tribunal Supremo mantuvo que en la póliza estipulada por el asegurado, el beneficiario designado no tenía obligatoriamente que tener un interés asegurable en su vida para reclamar en caso de fallecimiento.

Naturaleza de la designación del beneficiario

Derechos reconocidos al beneficiario.—Los derechos del asegurado y de los beneficiarios designados dependen en gran medida de la forma de designación, esto es, de si es revocable o irrevocable. Si en la póliza el asegurado no se ha reservado la facultad de cambiar el beneficiario, o sea, si la designación es irrevocable, se entiende que el beneficiario ha adquirido un derecho desde el instante de la emisión. Este derecho es tan perfecto que ni siquiera el propio asegurado ni sus acreedores podrían perjudicarle sin el consentimiento del beneficiario. Este principio jurídico general fue claramente establecido en el pleito *Condon v. New York Life*:

> La doctrina y la jurisprudencia mantienen en su casi totalidad que el interés del beneficiario designado en una póliza ordinaria de vida está recogido en el perfeccionamiento y emisión del contrato, por lo que el asegurado no podrá hacer un cambio de beneficiario si la póliza no contiene una cláusula que lo permita. Esta norma tiene también aplicación a la póliza con los privilegios del valor de anticipo, del valor de rescate y de la renovación automática por el pago de las primas (2).

Así, en el supuesto de una designación irrevocable del beneficiario, cuando en la póliza no exista una cláusula expresa autorizando al asegurado a pedir anticipos, a rescatar la póliza o a ejercitar cualquier otro derecho o privilegio anterior a la maduración, no se podrá actuar de modo que se disminuya o quede afectado el derecho irrevocable del beneficiario a recibir la totalidad del importe del seguro al fallecimiento del asegurado. Puede afirmarse que el beneficiario y el asegurado actúan como si fueran dueños pro indiviso de la póliza; el asegurado no puede tomar estas decisiones si no cuenta con el consentimiento del beneficiario irrevocable.

Aunque no sea usual, lo cierto es que el contrato puede contener la designación de un beneficiario irrevocable, y sin embargo reservar al asegurado unos derechos concretos, como el del anticipo, o la facultad de cobrar el valor de liquidación; este

(2) 183 Iowa 658; 166 N.W. 452.

contrato es válido, ya que son los términos y las condiciones de la póliza los que rigen los derechos del asegurado y definen el interés del beneficiario (3). En estos contratos en que el asegurado se reserva algunos derechos, éste podrá disminuir el valor del interés del beneficiario obteniendo un anticipo, o anularlo completamente mediante el rescate, pero nunca podrá revocar el interés del beneficiario si no cuenta con su consentimiento. Conviene recordar que en la mayoría de las pólizas emitidas no se incluyen cláusulas particulares por las que el asegurado pueda debilitar o destruir el interés de un beneficiario irrevocable.

Reserva del derecho a cambiar de beneficiario. — Al aumentar la importancia de los derechos previos a la maduración reconocidos por los contratos de seguro de vida, los asegurados se sintieron cada vez más inclinados a conservar el control del contrato; a tal fin, algunas compañías incluyeron una cláusula por la que el asegurado continuaba con pleno derecho a disponer de su seguro del modo que creyera más conveniente. Es usual que las compañías establezcan este tipo de cláusula en los contratos actuales; el asegurado, de este modo, sigue siendo propietario de su póliza, por lo que el beneficiario originario no es titular de derecho sobre la misma, sino que solamente posee «una simple expectativa, hasta la maduración del contrato». En las pólizas en que se reserva el derecho al asegurado, éste continúa como dueño exclusivo de la misma (4).

La designación del beneficiario de forma revocable puede hacerse de diversos modos. Algunas aseguradoras la establecen con un texto similar al que sigue:

> Cuando se hace reserva al derecho a la revocación o cuando fallece el beneficiario designado de forma revocable o irrevocable, el

(3) *Nielsen v. General American Life Co.*, 89 Fed. 2d 90.

(4) Tal vez sean solamente tres Estados (Colorado, Massachusetts y New Jersey) los que mantengan la opinión de que el beneficiario revocable tiene un interés en la póliza de vida que es mucho más que una mera expectativa; en estos estados se considera que el beneficiario posee un interés reconocido sujeto a revocación si se lleva a cabo el cambio de beneficiario de acuerdo con lo establecido en el contrato. Véase JAMES S. BURKE: «Designation of the Beneficiary», en *The Beneficiary in Life Insurance* (Homewood, Ill., S. S. Huebner Foundation for Insurance Education, Richard D. Irwin, 1956), pág. 9.

> asegurado siempre que no haya habido cesión de la póliza, podrá mientras siga en vigor designar un nuevo beneficiario, con o sin la reserva del derecho a revocar, mediante la notificación escrita remitida a la compañía junto con la póliza para hacer constar la modificación. El cambio tendrá efecto a partir del momento en que la compañía tome constancia del mismo, y no antes.

En otras pólizas se establece que el asegurado puede cambiar de beneficiario en cualquier momento de la vigencia, haciéndose constar a veces que el propio asegurado puede atribuir carácter irrevocable a su designación del mismo. En otros casos, la cláusula de cambio de beneficiario puede contener estipulaciones en el sentido de que si fallece antes que el asegurado, su interés quedará en favor de éste, o bien en el sentido de que el asegurado se reserva el derecho, sin necesidad del consentimiento del beneficiario, al rescate de la póliza por su valor de liquidación o al anticipo sobre la misma.

A diferencia de lo que antecede, algunas compañías omiten deliberadamente de sus contratos la cláusula de cambio de beneficiario, pidiendo al propio asegurado que haga constar expresamente en su proposición su postura sobre este privilegio. Estas compañías consideran que en ciertas ocasiones es de gran utilidad el reservarse el derecho a la revocación, pero que el hecho de que «la póliza contenga la reserva incondicionada al derecho al cambio de beneficiario puede determinar que el contrato se convierta en algo parecido a la designación como beneficiario del patrimonio propio». Por consiguiente, estiman que el agente debe siempre llamar la atención al proponente sobre el peligro que supone la reserva incondicionada, que no es más que un privilegio muy discutible. De todos modos, si el proponente insiste en el privilegio, la aseguradora debe concederlo, partiendo de la base de que el asegurado lo ha exigido con pleno conocimiento de su contenido y de su significación eventual en el futuro; por otro lado, los defensores de esta cláusula beneficiaria mantienen que se basa en motivos de equidad y de fluidez, entendiendo que el asegurado debe tener el privilegio, como derecho propio e irrenunciable, de hacer con lo suyo lo que desee.

Cualquiera que sea la práctica en cuanto al derecho a la revocación, no hay que olvidar que en el aspecto de los derechos de los acreedores, el asegurado ha de comprender perfectamente

la significación jurídica del privilegio del cambio discrecional de beneficiario. Es lo cierto que el asegurado medio no se preocupa seriamente de las posibilidades futuras de la quiebra, a pesar de que las estadísticas revelen un elevado número de fracasos en los negocios.

Antes de terminar hemos de hacer mención del interés del beneficiario en un certificado de beneficios mutuos o de tipo fraternal. El derecho a la revocación queda estatutariamente reservado al asegurado, y en estas circunstancias el beneficario no se hace titular de un derecho; en todo caso, el titular del certificado queda obligado, cuando las normas o estatutos de estas asociaciones contienen limitaciones sobre el tipo de beneficiario a designar el cumplimiento de las condiciones impuestas. En esta situación, se afirma, el beneficiario adecuadamente designado podría impugnar una designación posterior hecha irregularmente; sin embargo, cuando estas asociaciones no establecen ningún tipo de derecho a la revocación, o en caso de acuerdo definitivo con el beneficiario originariamente designado, el asegurado no podrá realizar el cambio.

Hay que añadir que en pólizas de tipo colectivo o industrial, es muy usual la inclusión de una cláusula denominada de facilidad de pago, por la que se autoriza a la compañía a elegir, en determinadas circunstancias, al beneficiario. El texto de esta cláupuede ser como sigue:

> La compañía podrá pagar la suma asegurada, bien sea al beneficiario abajo designado, bien al albacea, administrador o cónyuge, o a cualquier pariente por consaguinidad o afinidad del asegurado, o a cualquier otra persona que a los ojos de la compañía tenga derecho a ello en razón a haberse encargado de hacer frente a gastos en nombre del asegurado o a haber atendido a su enterramiento; la exhibición de un recibo emitido por cualquiera de las personas citadas será prueba concluyente de que se ha dado satisfacción a todas las reclamaciones contra la presente póliza.

Estas estipulaciones han sido aceptadas como válidas y razonables por los tribunales, cuando se trata de tipos industriales de seguro de vida. Como esta categoría de contratos es relativamente nueva, no se puede conocer con exactitud la amplitud con que estas cláusulas de facilidad de pago puedan ser incluidas

en las pólizas ordinarias de seguro de vida, ni el grado en que vaya a beneficiar los intereses del cliente. Cabe afirmar que su empleo será en su día aprobado para las pólizas Semanales Ordinarias, vendidas en lugar del seguro de tipo industrial.

Designación del beneficiario

La claridad.—A juzgar por el elevado número de sentencias sobre esta materia, puede afirmarse que el beneficiario es designado normalmente de forma muy imprecisa, y a causa de la negligencia puede resultar que al fallecimiento del asegurado no se pueda determinar con toda facilidad la intención verdadera del asegurado. Los jueces, por lo general, estiman que siempre que sea posible habrá que interpretar el lenguaje utilizado en la designación del beneficario, a fin de hacer realidad sus intenciones; el juez no puede dejar a un lado el lenguaje expresamente empleado, siempre que no sea ambiguo.

Podemos dar muchos ejemplos, para insistir en la necesidad de describir al beneficiario con toda claridad. Así, cuando la póliza del marido ha de pagarse a «los hijos del asegurado», la expresión incluye asimismo a los que haya tenido en un matrimonio anterior, y no incluye a los hijos que su presente esposa haya tenido de un matrimonio anterior. La póliza pagadera « a la esposa y en su defecto a sus hijos» no hace beneficiario al hijo habido por el asegurado en nupcias ulteriores al fallecimiento de su presente esposa. Los hijos adoptados tienen la consideración de «hijos», y el término «dependientes» se aplica solamente a los que dependen del asegurado para su mantenimiento. El término «parientes» se considera que incluye «a los que tengan parentesco por matrimonio o por consanguinidad, pero no a los hijos ilegítimos»; «herederos» son «los herederos legítimos según las normas de la herencia y de su distribución» (5).

Además de la designación de un beneficiario «principal», también es importante que se den instrucciones concretas en cuanto

(5) C. B. ELLIOT: *Treatise of the Law of Insurance* (Indianapolis, Bobbs-Merrill, 1907), págs. 383-87. El autor recoge una lista detallada de las diversas interpretaciones que los tribunales americanos han dado a los términos usuales para la designación de beneficiarios de pólizas de vida.

al pago del seguro en los casos en que dicho beneficiario premuere al asegurado; se puede proceder al nombramiento de beneficiarios «contingentes» al tiempo de la emisión de la póliza y de la designación del beneficiario principal, para hacer frente, sobre todo, al caso en que el asegurado y el beneficiario fallezcan simultáneamente o a pocas horas uno del otro. Algunas compañías incluyen la cláusula de supervivencia, de que ya nos ocupamos, que exige que el beneficiario sobreviva al asegurado durante un determinado período de tiempo (6). En casos excepcionales se puede dar un texto particular a la cláusula de designación del beneficiario, sobre todo cuando los fondos del seguro de vida deban quedar ajenos a la actuación de los acreedores del beneficiario.

Designación en favor de entidades.—El asegurado puede designar beneficiario a una sociedad regular a una asociación, a una sociedad anónima o a un fiduciario. En la mayoría de los casos, las pólizas de seguro en favor de firmas o de sociedades comerciales son contratadas y propiedad de éstas, o bien han sido ya cedidas a ellas por el asegurado. Sin embargo, hay ocasiones en las que el asegurado se limita a designar beneficiario a una entidad, en cuyo caso el interés de estas personas jurídicas es en esencia idéntico al de un beneficiario invidual, y los derechos del asegurado y del beneficario dependerán de si la designación tuvo carácter revocable o irrevocable. En todo caso, conviene anticiparse a posibles problemas futuros, como pueden ser las fusiones de compañías, la reorganización, etc.

Designación de un menor de edad como beneficiario.—La designación de un menor de edad como beneficiario plantea problemas concretos. Por ejemplo, si la designación es irrevocable, al asegurado se impide el ejercicio futuro de cualquier derecho sobre la póliza, ya que al ser menor no puede prestar su consentimiento (7). Habría que nombrarle un tutor para que proteja los derechos del menor, e incluso en este caso, el tutor puede

(6) Véase en el capítulo 11: «Presunciones».

(7) Aunque el supuesto no sea corriente, la designación también puede hacerse en base a una cláusula contractual, que especificamente autorice al asegurado el ejercicio de ciertos derechos previos a la maduración, sin el consentimiento del beneficiario.

siempre negar su consentimiento. Muchos Estados han reducido la edad para la mayoría (normalmente a los dieciocho años), con lo que el problema deja de existir si el beneficario ya ha alcanzado esta edad.

Los menores de edad plantean también el problema de cómo pagar el seguro a la maduración de la póliza, ya que un menor no es capaz para cobrar, ni tampoco puede dar carta de pago. Para obviar el problema de tener que pagar dos veces, la aseguradora nunca paga una suma elevada a un beneficiario menor de edad, sino que insiste en el nombramiento previo de un tutor. Como este procedimiento resulta bastante costoso, muchos Estados permiten la renuncia a la tutela y autorizan que los pagos se hagan a un tercero en beneficio del menor, normalmente a uno de sus progenitores o a quien esté al cuidado del joven. Las sumas autorizadas a pagar al menor tienen normalmente un límite de $ 500, aunque algunos Estados permitan el pago de hasta $ 1.000, sin nombramiento de tutor.

En ciertos Estados el ordenamiento jurídico establece que el menor que haya alcanzado la edad de dieciséis o de dieciocho años podrá recibir y dar carta de pago por sumas que no excedan de un importe anual determinado, siempre que el contrato autorice expresamente el pago al menor.

Cambio de beneficirio.—Al estipular el seguro de vida, el asegurado hace constar si desea reservarse el derecho al cambio de beneficiario. En el supuesto positivo, el asegurado podrá efectuar dicho cambio por decisión propia, y la póliza establece las formas en que el cambio ha de solicitarse. Las compañías insisten en la necesidad de que el asegurado se ajuste al procedimiento convenido, que permite efectuar estos cambios de forma prácticamente rutinaria.

El procedimiento es relativamente fácil. La compañía ha de ser notificada del deseo del asegurado; algunas pólizas sólo exigen una comunicación escrita, mientras que otras exigen la notificación acompañada por la póliza, para incluir la modificación.

A veces el asegurado no puede exhibir la póliza, por haberla perdido, o por cualquier otro motivo; los tribunales mantienen que los requisitos exigidos para el cambio de beneficiario protegen los intereses de la aseguradora, por lo que ésta puede renunciar a ellos en cada caso concreto. La jurisprudencia sostiene que cuando el asegurado ha cumplimentado en esencia los requisitos establecidos para el cambio, o cuando ha hecho todo lo que estuviera en su mano, excepción hecha de circunstancias que quedaran fuera de su control, el cambio ha de reputarse como realizado, aunque no se haya dado plena satisfacción a las exigencias contractuales.

Otros aspectos

Transmisibilidad del interés del beneficirio.—En el supuesto de una designación absoluta y sin restricciones, se plantea el problema de si los derechos del beneficiario pueden pasar a sus representantes en caso de premoriencia. El problema puede ser estudiado bajo dos puntos de vista: 1) cuando todos los beneficiarios designados fallecen antes que el asegurado; y 2) cuando unos le premueren y otros sobreviven. Si se parte del supuesto de que el único beneficiario designado en la póliza muere antes que el asegurado, ¿podrá éste quedar en plena libertad para hacer una nueva designación? Casi todas las compañías evitan esta dificultad mediante la denominada *cláusula de reversión*, por la que «si el beneficiario muere antes que el asegurado, su interés revierte en favor de éste». La doctrina jurisprudencial acepta la posibilidad de una nueva designación, que en opinión general es la mejor solución. Se argumenta en el sentido de que como ha fracasado la intención primitiva del asegurado en cuanto al destino de los fondos, la facultad de nombrar un nuevo beneficiario ha de revertir en él; la intención primitiva del asegurado es la protección del cónyuge y de los hijos, pero ello no implica que el asegurado quiera renunciar al control de su póliza en el caso de que fuera él el unico superviviente.

Bajo el segundo punto de vista, supongamos que el asegurado ha designado como beneficiarios a «su esposa e hijos» o bien a sus «hijos», y que no se han hecho constar otras condiciones a la designación; ¿cómo va a repartirse el importe de la póliza cuando alguno o algunos de los beneficiarios fallece antes que el asegurado? En otras palabras, ¿están los beneficiarios que sobreviven facultados para recibir la totalidad del seguro, o su interés queda limitado a la cuota originariamente atribuida, mien-

tras que los intereses de los que han premuerto se transmiten a sus herederos o cesionarios? Los tribunales no están de acuerdo en cuanto a la respuesta. Cuando la póliza es pagadera «a la esposa del asegurado, mientras viva, y en su defecto a sus hijos», es obvio que éstos tienen un interés contingente, que depende de la existencia de la madre; pero supongamos que el esposo sobrevive a su mujer, en cuyo caso, ¿el seguro se pagaría solamente a los hijos que sobrevivan a su madre o a todos los hijos que vivían al tiempo de la emisión de la póliza? Algunos tribunales han estimado (siguiendo lo que se ha conocido como regla de Nueva York) que sólo cobran los hijos que sobrevivan a la madre; otros, por el contrario, siguiendo la regla denominada de Connecticut, se inclinan hacia todos los hijos existentes al tiempo de la emisión del contrato, estimando que han adquirido un derecho que transmiten a sus herederos, en caso de premoriencia.

Efecto de la cesación del interés asegurable del beneficiario en la vida del asegurado, antes de la maduración del contrato.—Ya se ha expresado la regla general de que la persona tiene un interés asegurable en su propia vida, que puede asegurar por una suma cualquiera así como designar a cualquiera como beneficiario, aunque éste no tenga en ese momento un interés asegurable. La única excepción general a la regla, como vimos, la tenemos en los casos en que la póliza es una fachada del fraude o de un seguro especulativo que eluda las normas contra el juego. Cuando la póliza se toma sobre la vida propia, no es preciso que el beneficiario tenga un interés asegurable, de lo que se deduce que si dicho interés existió al tiempo de la emisión de la póliza, su pérdida antes de la maduración de la misma no podrá evitar que el beneficiario cobre el seguro. Pero supongamos que la póliza fue contratada legalmente por una persona sobre la vida de otra, ¿afectará negativamente a los derechos adquiridos por el beneficiario la pérdida subsiguiente de ese interés? La opinión predominante mantiene que la póliza válida al entrar en vigor, por tener un interés asegurable, no quedará afectada por la pérdida posterior de dicho interés, a no ser que su condicionado determine claramente lo contrario. Por ejemplo, una mujer casada que haya tomado una póliza sobre la vida de su esposo, seguirá con el derecho a la póliza a pesar del posterior divorcio. Sin embargo, los certificados o las normas de algunas sociedades de tipo mutuo establecen que la relación marido-mujer, o cualquier otra relación familiar, ha de existir también al tiempo del fallecimiento del asegurado.

Muerte del asegurado a manos del beneficiario.—Según las normas de orden público, cuando el beneficiario o el cesionario quita voluntariamente la vida al asegurado, pierde todo derecho a cobrar el seguro. El Tribunal de Apelaciones de Nueva York sostuvo que:

> Todas las normas legales, así como todos los contratos, han de ser regidos en su operatividad y efectos por los principios generales y fundamentales del derecho común. A nadie se permite que se aproveche de su propio fraude, ni se beneficie de sus actos ilegales, ni tome ocasión de su maldad para formular una reclamación, ni adquiera una propiedad a través del delito propio. Estas máximas son normas de orden público, se basan en normas universales aceptadas en todas las naciones civilizadas, y nunca fueron derogadas por la ley positiva (8).

La compañía no se libera de la obligación del pago por el hecho de que el beneficiario o reclamante pretenda aprovecharse de su acción antijurídica. En el caso de que no se hayan designado beneficiarios, la póliza queda sin beneficiario y el seguro pasa a propiedad de la herencia del asegurado.

(8) *Riggs v. Palmer* (1889) 115 N.Y. 506, 511.

14

Cláusulas de la póliza: III Derechos del acreedor y la cesión

DERECHOS DEL ACREEDOR EN EL SEGURO DE VIDA

Derechos del acreedor del asegurado

Ley Nacional sobre la Quiebra.—Los problemas relativos a la cláusula de cambio de beneficiario revisten una importancia especial al ser estudiados bajo el punto de vista de las reclamaciones de los acreedores (1). Las leyes y la jurisprudencia que regulan la medida en que los valores de liquidación y el pago del seguro puedan estar a la disposición de los acreedores del asegurado en caso de insolvencia, merecen toda nuestra atención. Como ya se ha dicho, el legislativo y los tribunales aceptan por regla general la posibilidad de tomar un seguro moderado con el fin de dar protección a la familia, sin el peligro de que quede afectado el pago a los acreedores. El párrafo que sigue refleja la postura del Tribunal Supremo de los Estados Unidos sobre este particular:

> En el plano de la defensa de los intereses de los acreedores se admite que el deudor pueda liberar a su propia familia de preocupaciones y de necesidades. En nuestra opinión, la misma norma de

(1) Para un estudio detallado, véase STUART SCHWARZSCHILD: *Rights of Creditors in Life Insurance Policies* (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1963).

> orden público que justifica esta postura y que reconoce que el mantenimiento de la esposa y de los hijos es obligación jurídica y ética, ha de ser ampliada para protegerlos de la miseria al fallecimiento del deudor, permitiéndole, no ya la acumulación de unos fondos permanentes, sino la dedicación de una suma moderada de sus ganancias que asegure el mantenimiento, al menos en la medida en que, vistas las circunstancias, no se deje traslucir la intención fraudulenta de las partes (2).

Los derechos de los acreedores en sus pretensiones contra los fondos del seguro de vida están determinados por: 1) el carácter de la designación del beneficiario; 2) La Ley Nacional sobre la Quiebra; y 3) las normas de exención de cada Estado. Como se dirá más adelante, estas normas juegan un papel de gran importancia en la modificación de las disposiciones de la ley general; sin embargo, en primer lugar, conviene tener una idea clara del texto legal nacional, para luego conocer la normativa local. Hay que prestar en todo caso una gran atención a la forma en que el beneficiario ha sido designado.

Cuando el asegurado ha designado beneficiario a una tercera persona que no sea heredero legítimo, sin formular reserva del derecho al cambio, el beneficiario se hace titular de un interés legítimo en la póliza, y los acreedores del asegurado no podrán tener interés en el seguro ni privar al beneficiario de las prestaciones prometidas (3). Pero cuando la póliza se paga al propio asegurado o a su patrimonio o a sus herederos legítimos, quedará sujeta a la posibilidad de reclamación en caso de quiebra o concurso. También, cuando el asegurado, cualquiera que sea el beneficiario designado, se ha reservado sin condiciones el derecho a cambiar la designación, la póliza, siempre que tenga un valor líquido de rescate, pasará al síndico o administrador, de acuerdo con lo dispuesto en la Sección 70-a de la Ley Federal sobre la Quiebra. Como mantuvo el Tribunal Supremo de los Estados Unidos:

> La declaración de la subdivisión 3 quiere decir que «las facultades que pudiera haber ejercitado en su propio provecho» serán

(2) *Central National Bank of Washington v. Hume* (1888) 128 U.S. 195, 211; (1941) 117 Fed. 2d 582; *U.S. v. Bess*, 243 Fed .2d 675 (1957).

(3) *Central National Bank of Washington v. Hume* (1888) 128 U.S. 195; (1938) 100 Fed. 2d 593.

> otorgadas en favor del administrador», a quien se confía toda la propiedad que el quebrado podría haber transmitido, y se hace responsable de las deudas que por decisión judicial pudieran imputársele, y en especial las pólizas de seguro que tengan un valor líquido de rescate pagadero al interesado, a su propio patrimonio o a sus herederos legítimos. Es cierto que estas pólizas no son todavía pagaderas, pero lo podrían ser si así lo pidiera el asegurado. En estas circunstancias se puede afirmar que al administrador se transmite una cierta propiedad, pues de lo contrario el seguro se convertiría en escondite de activos valiosos y, en ocasiones, de fraude (4).

Si, como es más probable, los tribunales interpretan la designación revocable del beneficiario como la autorización al administrador de la quiebra para distribuir el valor de liquidación de la póliza entre los acreedores, es obvio también que la póliza emitida para proteger a la familia, con designación revocable del beneficiario, implica al mismo tiempo un grave riesgo que ha de ser tenido en cuenta por el asegurado, a la vista de la posibilidad de insolvencia. Muchas leyes en vigor permiten que el asegurado deje protegida a la familia en caso de muerte prematura mediante la creación de un fondo de seguro ajeno a las reclamaciones de los acreedores; pero la introducción de una cláusula que deje al asegurado en libertad para designar nuevo beneficiario, para rescatar la póliza o para solicitar anticipos, introduce en el contrato un elemento de incertidumbre, que contrasta con la seguridad que exige la protección de la familia, la cual tiene derecho a que los fondos del seguro, cuya única finalidad es la de atender a las necesidades al fallecimiento del cabeza de familia, no estén amenazados por un elemento de incertidumbre. Cuando la póliza no está protegida frente a los acreedores puede significar una «acumulación de problemas en un momento en que la desgracia es bastante profunda».

Sin embargo, ciertas cláusulas y reglas pueden significar algún grado de protección frente a los acreedores, incluso en el caso en que el beneficiario no haya sido designado con carácter irrevocable. Así, la Ley Nacional sobre la Quiebra permite al quebrado que sea titular de una póliza con un valor líquido de rescate pagadero a sí mismo, a su propio patrimonio o a sus he-

(4) *Cohen v. Samuels* (1917) 145 U.S. 50, 53; (1928) 28 Fed. 2d 438.

rederos, el mantenimiento de la póliza libre de las reclamaciones de los acreedores, siempre que pague al administrador o síndico el correspondiente valor de rescate dentro de los treinta días siguientes a la determinación de su importe (5). Cuando la póliza no tiene un valor de rescate, los tribunales han estimado que el administrador de la masa no tiene interés en ella; en el pleito *Morris v. Dobb, trustee*, en el que el marido había tomado una póliza pagadera a su heredero legítimo, luego transferida a su esposa cuatro meses antes de instar la quiebra, el tribunal mantuvo que «una póliza de seguro sobre la vida de un quebrado, que no tenga valor líquido de rescate, y sin otro valor que no sea el eventual al momento del fallecimiento del quebrado siempre que las primas hayan sido abonadas, no constituye un activo que el administrador de la quiebra pueda incluir en la masa» (6).

Han sido frecuentes los casos en los que, al poco tiempo de solicitar la quiebra, la póliza pagadera al asegurado o a sus herederos madura al fallecimiento del quebrado; en tal supuesto, ¿tendrán los acreedores derecho al pago del seguro? El problema fue solucionado por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos en los pleitos *Burlingham v. Crouse* (7), *Everett v. Judson* (8) y *Andrews v. Partridge* (9). De acuerdo con los hechos del primer litigio, el quebrado tenía un seguro de $ 200.000 que, a causa de los anticipos hechos a través de la cesión de la póliza a la aseguradora y a un tercero, tenía un valor líquido de rescate muy pe-

(5) La Sección 70-a de la Ley sobre la Quiebra dice: «La propiedad que se pudiera haber transmitido antes de la solicitud de la declaración o la que le pudiera haber sido embargada y vendida por procedimiento judicial, dispone que cuando el quebrado es titular de una póliza de seguro con un valor de rescate pagadero en su favor o en favor de su patrimonio o de sus herederos, podrá, dentro de un plazo de treinta días a contar desde el momento del cálculo del valor del rescate y de su notificación por parte de la compañía al administrador de la quiebra, pagar o garantizar a éste la suma calculada, con lo que continuará siendo titular y propietario de la póliza, libre de las pretensiones de los acreedores que participen en la distribución de la masa en el procedimiento legal de la quiebra; en caso contrario, la póliza pasará a los administradores, como otro concepto del activo».

(6) (1900) 110 Ga. 606, citando *In re Buelow*, 98 Fed. 86. *Burlingham v. Crouse*, 228 U.S. 459 (1913).

(7) (1913) 228 U.S. 459.

(8) (1913) 228 U.S. 474.

(9) (1913) 228 U.S. 479.

queño en el momento de la solicitud de la declaración de quiebra. El asegurado falleció poco después de la declaración, y los administradores de la masa pretendieron negar el carácter preferente de la cesión, reclamando el importe del seguro en favor de la masa; uno de los cesionarios mantuvo que los acreedores sólo tenían derecho al valor líquido de rescate en el momento de la petición de la declaración de insolvencia, cuyo importe, como se ha dicho, era mínimo. El tribunal fue de esta opinión y afirmó: «Creemos que el Legislativo pretendió transmitir al administrador la suma disponible, en concepto de activo, en el momento de la quiebra, dejando al asegurado el beneficio de su seguro de vida» (10). Esta es la regla general, incluso aunque no haya anticipos o el valor de la liquidación sea insignificante.

Leyes estatales de exención.—Desde antiguo, la política del Congreso ha sido la de reconocer la efectividad de las exenciones establecidas sobre las normas generales por el ordenamiento jurídico de los Estados federados; la propia Ley Nacional sobre la Quiebra, de 1898, contiene una disposición en este sentido (11). En el pleito *Holden v. Stratton* (12), el Tribunal Supremo de los Estados Unidos reconoció que en base a la Sección 6, la póliza de seguro de vida está libre de las reclamaciones de los acreedores y, por consiguiente, también está exenta de los procedimientos de quiebra. Las exenciones aplicables son las recogidas por las normas vigentes de los Estados al momento de solicitar la declaración de insolvencia en el Estado del domicilio del quebrado.

Las normas estatales relativas a los derechos de los acreedores pueden dividirse en dos amplios grupos: un grupo libera de responsabilidad a los pagos del seguro de vida pagaderos al momento del fallecimiento del asegurado; en el segundo grupo se consideran exentos, no sólo los pagos al momento del fallecimiento, sino también los valores de liquidación. Las primeras normas

(10) (1913) 228 U.S. 459, 473.

(11) Ley de 1 de julio de 1898, c. 541, pár. 6: «Sección 6. La presente Ley no afectará a lo dispuesto en favor de los quebrados en cuanto a las exenciones dispuestas por las normas estatales en vigor al tiempo de solicitar la declaración en el Estado en que (el quebrado) haya tenido su domicilio durante seis meses o durante la mayor parte de los seis meses inmediatamente anteriores a la solicitud de la declaración».

(12) (1905) 198 U.S. 202; *Meyer v. U.S.*, 375 U.S. 233, 239 (1963).

dictadas pertenecían al primer grupo, y se promulgaron en una época en que los valores de liquidación tenían poca importancia y en que el beneficiario era normalmente irrevocable, por lo que la normativa era adecuada a las circunstancias. La primera ley fue dictada en 1840 en el Estado de Nueva York; fue seguida por otras similares en otros Estados, de suerte que la normativa era prácticamente general hacia el año 1875. Podemos citar, a título de ejemplo, la ley de Pennsylvania, que establecía:

> Todas las pólizas de vida o las rentas establecidas sobre la vida de una persona, con una maduración futura, y que hayan sido estipuladas en beneficio de, o cedidas «bona fide» a la esposa o a los hijos, o a algún pariente a cargo del asegurado, será atribuida a la esposa, hijos o pariente, libre y exenta de toda pretensión de los acreedores de dicha persona (13).

Cuando la póliza tenía un valor de liquidación y el asegurado se había reservado el derecho al cambio de beneficiario, los acreedores podían dirigirse contra dicho valor; de aquí que, para mejor proteger a estas pólizas, se dictaran leyes adicionales del tipo del grupo segundo. Sin pretender entrar en detalles sobre el desarrollo de este tipo de normas en el Estado de Pennsylvania, puede decirse que, en el momento presente, las pólizas de vida con designación de beneficiario quedan libres de las reclamaciones de los acreedores, incluso en el caso de que haya habido reserva del derecho al cambio del mismo. Como recoge el texto legal:

> «El importe neto pagadero por una póliza de seguro de vida o por un contrato de renta sobre la vida de una persona, estipulados o a estipular en beneficio (o cedidos a) la esposa, a los hijos o a persona que dependa del asegurado, quedarán exentos de las pretensiones de los acreedores de éste, derivadas o basadas en obligaciones nacidas después de la entrada en vigor de la presente Ley, con independencia de si se ha hecho o no reserva del derecho al cambio de beneficiario de si dicho cambio ha sido genéricamente permitido al asegurado» (14).

(13) Ley de 15 de abril de 1968 (P.L. 103).

(14) Ley de 28 de junio de 1923 (P.L. 884). La ley promulgada en 1919 había omitido la frase «derivadas o basadas en obligaciones nacidas después de la entrada en vigor de la presente Ley». La frase fue luego añadida, ya que la norma por la que las pólizas quedaran exentas de las reclamaciones nacidas en un momento anterior a la ley, se opondría a la Constitución federal, puesto que afectaba a las obligaciones de contratos ya existentes.

La Sección 55-A de la Ley de Seguros del Estado de Nueva York, en vigor desde el 31 de marzo de 1927, persigue una protección semejante (15). La Ley protege los *pagos y beneficios* de la póliza de cualquier embargo o afectación instado por los acreedores del asegurado; la expresión «pagos y beneficios» incluye los valores de rescate y los dividendos que se hayan acumulado. Sin embargo, cualquier pago efectuado al asegurado, como pueda ser el valor de rescate o el cobro de los dividendos depositados en su cuenta, o bien pagos por incapacidad hechos directamente a él, no se considera liberado de responsabilidad frente a los acreedores, ya que la norma determina que en la póliza de seguro, el legítimo beneficiario o el cesionario, siempre que no sea el propio *asegurado*, tendrá pleno derecho a las prestaciones con preferencia a los acreedores y a los herederos legítimos del asegurado.

Según HOWARD C. SPENCER, la Sección 55-a de la Ley de Seguros del Estado de Nueva York, «abarca también a las capitalizaciones, al igual que sucede en los ordenamientos jurídicos de California, Ohio, Wáshington y Wisconsin; la norma contraria

(15) Establece lo que sigue: «Si una póliza de seguro, de emisión anterior o posterior, se toma sobre la vida propia o sobre la de otra persona, pero no en beneficio propio, o bien cuando, excepción hecha de los casos de transmisión en fraude de acreedores, la póliza de vida es objeto de cesión o se hace pagadera a persona que no sea el asegurado, el beneficiario legítimo o el cesionario, siempre que no sea el asegurado ni la persona tomadora del seguro, ni sus albaceas o administradores, tendrá derecho al seguro y a sus prestaciones con preferencia a los acreedores y herederos del asegurado, con independencia de la reserva o autorización del cambio de beneficiario, y de si la póliza es o no pagadera a la persona cuya vida se asegura cuando el beneficiario o el cesionario la han premuerto; todo ello a condición de que, sin perjuicio de las fechas de caducidad o de prescripción, el importe de toda prima pagada con la intención de defraudar a los acreedores, aumentado en sus intereses, revierta en beneficio de éstos; sin embargo, la compañía emisora de la póliza quedará liberada de toda responsabilidad al pagar el seguro de acuerdo con sus condiciones, a no ser que antes del pago se le haya notificado por escrito, por el acreedor o por alguien en su nombre, la existencia de la reclamación para el recobro de las transferencias o primas pagadas en fraude de acreedores, con especificación de la suma reclamada».

rige en Nebraska y en New Hampshire» (16). En el plano de las rentas vitalicias, Spencer resume la situación del modo siguiente: «El valor de liquidación de la renta diferida no se acoge a la protección de las exenciones legales al seguro ordinario, a no ser que la norma lo haga constar expresamente. Problema más grave aún es el de la protección de los pagos realizados en base al contrato de renta, y son muchas las razones que exigen un mínimo de protección; no conviene olvidar, sin embargo, los argumentos de peso que propugnan la limitación de estas medidas protectoras» (17).

Aunque las leyes mencionadas puedan considerarse como típicas, hay que subrayar que la legislación sobre esta materia está muy lejos de la uniformidad. Nuestra exposición no puede pasar de un tratamiento generalizado, sin olvidar la diversidad de conceptos y esferas de aplicación que cada norma particular encierra.

Algunas de estas normas solamente son aplicables cuando el beneficiario designado pertenece a un grupo o categoría determinado (cónyuge, hijo o pariente a cargo del asegurado). En otros Estados se pone un límite a la prima anual a pagar para que el seguro quede exento; en otros, la limitación se basa en el importe total pagado por el seguro, en lugar de en el importe de las primas; el exceso queda disponible en favor de los acreedores.

Derechos de los acreedores y del beneficiario

Antes de la maduración.—A falta de normas legislativas que eximan a los pagos y beneficios del seguro de las reclamaciones de los acreedores del beneficiario, el problema queda condicionado al hecho de si el beneficiario posee o no un derecho de propiedad sobre la póliza. Si no lo posee, los acreedores no podrán

(16) HOWARD C. SPENCER: «Rights of Creditors in Life Insurance», en *The Beneficiary in Life Insurance* (Homewood, Ill., S. S. Huebner Foundation for Insurance Education, Richard D. Irwin, 1956), págs. 101-2.

(17) *Ibidem*, pág. 102. En 1939, al hacerse una revisión de las leyes del seguro en el Estado de Nueva York, la Sección 55-a fue derogada, poniéndose en vigor la Sección 166, que no era una norma nueva, sino la antigua con algunas modificaciones y con la recopilación de varias leyes especiales.

tener acceso a los valores de liquidación. Ya se dijo que la designación revocable del beneficiario constituye una mera expectativa, y no un derecho de propiedad. Pero tampoco en el caso del beneficiario irrevocable podrán los acreedores dirigirse contra el valor de liquidación, porque el beneficiario no tiene derecho a reclamar dicho valor sin el consentimiento del asegurado.

Maduración.—Los derechos del beneficiario, fuera revocable o irrevocable, tienen una realización absoluta en el instante del *fallecimiento* del asegurado. Cuando la póliza madura en forma de capitalización, será el contrato el que determinará si los beneficiarios son o no titulares reales inmediatos. Por ejemplo, en un seguro de capitalización en el que los beneficios hayan de ser pagados a plazos a la maduración del capital, se podría lograr la continuación de la vigencia, siempre que se prosiguiera con los pagos contractualmente estipulados. Es posible que al asegurado se le reconozca en este intervalo el derecho a cambiar de beneficiario, aunque la póliza haya madurado como capitalización (18).

A falta de normativa legal, los acreedores del beneficiario están facultados para reclamar los pagos del seguro desde el momento en que aquél sea titular del derecho (19). El Tribunal de Apelaciones del Estado de Nueva York ha declarado: «Al igual que el dinero o las propiedades dejadas al fallecer pueden aplicarse a satisfacer las deudas o responsabilidades de los herederos, así también los pagos o prestaciones de una póliza o certificado de seguro pueden quedar obligatoriamente afectados al mismo fin» (20).

Casi todas las disposiciones estatales que liberan los pagos y prestaciones del seguro de las reclamaciones de los acreedores, se refieren únicamente a los que lo sean del asegurado. Estas

(18) «Beneficiary Clauses», en HARRY KRUEGER y LELAND T. WAGGONER (eds.): *The Life Insurance Polity Contract* (Boston, Little Brown, 1953), pág. 91.

(19) *Murray v. Wells* (1880) 53 Iowa 256. En el caso *Holmes, appellant, v. Marshall* (1905) 145 Cal. 777, el Tribunal mantuvo que, bajo ciertas condiciones, la exención se extiende «no sólo frente a las deudas de la persona cuya vida se asegura y que pagó las primas, sino también frente a las deudas del beneficiario que ha de cobrar a la muerte del asegurado». Véase también *S. Dak. L.* (1930) Ch. 170.

(20) *Bull v. Case* (1901) 165 N.Y. 578, 581.

normas, según opinión general, no protegen frente a las pretensiones de los acreedores del beneficiario; sin embargo, debe subrayarse que algunos Estados han dictado normas muy amplias que eximen al pago del seguro de vida de las reclamaciones de los acreedores, tanto para el asegurado como para el beneficiario.

Cláusulas de depósito fiduciario.—Aparte de las normas en favor del pago del seguro de vida y contra las reclamaciones de los acreedores del asegurado y del beneficiario, son también muchos los Estados que permiten al asegurado, si así lo desea, la inclusión, entre las condiciones de la liquidación de la póliza a plazos, de una cláusula de depósito fiduciario que proteja los pagos del seguro de las reclamaciones de los acreedores del beneficiario. Esta cláusula establece que los beneficios a pagar al beneficiario después del fallecimiento del asegurado no pueden ser objeto de cesión, transmisión, compensación ni de gravamen, ni tampoco quedar afectados por un procedimiento judicial, por una ejecución ni por cualquier tipo de carga real. Por regla general, esta exención aprovecha únicamente al beneficiario que no sea al mismo tiempo asegurado.

La característica principal de estas normas es su permisividad; la compañía y un tercero han de acordar la exención para que tenga efecto. Ello implica que el *asegurado* ha de incluir esta cláusula entre las condiciones de la liquidación; la protección no sería eficaz si fuera el beneficiario el que hubiera solicitado la inclusión de la cláusula después del fallecimiento del asegurado. La cláusula sólo concede su protección a los fondos que se encuentren en poder de la aseguradora, y tan pronto como el beneficiario reciba el dinero, éste responde de las reclamaciones de los acreedores.

Son mayoría los Estados que han puesto en vigor esta protección, y en aquellos cuya legislación no se ha ocupado de este problema, los jueces han aceptado el uso de las cláusulas de depósito fiduciario. Son muy pocos los Estados en que se niega validez a la cláusula, e incluso en estos casos se podría llegar al mismo resultado mediante la creación de un fideicomiso discrecional (21).

(21) Para el estudio general de los derechos de los acreedores en el seguro de vida, así como de las normas estatales de exención, véase *Advanced Underwriting Service* (Indianápolis, The Research and Review Service of America, Inc.), Sec. 10.

La apropiación indebida.—Aunque los derechos del beneficiario del seguro de vida hayan sido incrementados por leyes como las que acabamos de explicar; sin embargo, el hecho de que el seguro de vida se convirtiera en instrumento para que los bienes dejen de pertenecer a su legítimo dueño entraría en contradicción con las normas de orden público. Así, cuando las primas son satisfechas con fondos indebidamente apropiados, el derecho de persecución de estos fondos no se detiene ante el seguro. Como un tribunal de Lisconsin, «las leyes que protegen los derechos de la mujer casada sobre las pólizas y los bienes del hogar son normas beneficiosas, que se interpretan generosamente en su favor, pero en modo alguno pueden fomentar el fraude ni convertir la titularidad en un depósito seguro de fondos robados» (22).

Cuando las primas se pagan con un dinero antijurídicamente adquirido, los derechos del perjudicado varían de un Estado a otro. En unos casos, puede reclamar la prestación íntegra del seguro contratado con su propio dinero; en otros, podrá cobrarse del seguro tan sólo la suma que le hubiera sido arrebatada; en un tercer grupo, solamente se le reconoce el importe del dinero destinado al pago de las primas. También, cuando es obvia la intención del asegurado de defraudar a sus acreedores mediante la estipulación de un seguro o mediante su cesión, el beneficiario no se puede liberar de las reclamaciones de los acreedores; a veces, las primas pagadas por el asegurado a partir de la declaración de su insolvencia pueden responder de las deudas; en otras ocasiones, los acreedores obtienen el dinero en la misma proporción que las primas pagadas después de la insolvencia guardan con la suma total de las primas pagadas durante la vigencia de la póliza.

CLAUSULA DE CESION

Distinciones entre la cesión en el seguro de vida y en los demás tipos de seguro

Las pólizas de seguros son los contratos más frecuentemente cedidos; la discusión de este tema ha de distinguir claramente

(22) *Truelsch v. Miller* (1925) 186 Wis. 239, 252.

la diferencia básica existente entre la cesión de las pólizas de vida y la cesión en los demás tipos de seguro. La póliza del seguro de incendios, al ser un contrato estrictamente personal, esto es, asegura en concreto al dueño de la cosa y no a la cosa en sí, solamente puede ser objeto de cesión con el consentimiento de la compañía. La póliza de incendios actualmente de uso general establece que «la cesión de la póliza no será válida si no es con el consentimiento escrito de la compañía». Por tanto, cuando se produce una transmisión de la propiedad asegurada, la compañía puede rehusar el consentimiento a la transferencia al nuevo propietario, y si la tansferencia se lleva a cabo sin este requisito, la compañía podrá verse liberada de toda responsabilidad.

Pero como la póliza del seguro de vida tiene una naturaleza transferible, los tribunales han mantenido la libertad de cesión de la póliza mediante contraprestación, siempre que: 1) la póliza no contenga estipulaciones restrictivas; 2) no se pretenda encubrir un fraude o un tipo de seguro especulativo (23). La tesis contraria reduciría el valor que la póliza tiene a los ojos de su titular, como medio para la obtención de crédito o de otros beneficios. A diferencia de la póliza de incendios, el contrato de seguro de vida generalmente promete el pago al momento del fallecimiento, algo seguro más tarde o más temprano; por este motivo, los tribunales consideran que la póliza de vida se parece a una cosa ordinaria transferible, y se inclina a mantener que no cabe aducir razones suficientes para su intransmisibilidad mientras no se violen los derechos adquiridos del beneficiario. Como se ha afirmado, cuando la cesión tiene por base un motivo

(23) «Es de desear que el asegurado cuente con la oportunidad del libre uso comercial de su seguro de vida, como otra propiedad en sus manos, ya que a veces se precisa garantizar unos fondos, un préstamo, etc. A diferencia del seguro contra incendios, la cesión de la póliza de vida es admitida por el Derecho Común, y según opiniones autorizadas, puede ser cedida o hacerse pagadera a persona que no tenga interés asegurable, siempre que la transmisión no encubra una operación de juego. Las exigencias del comercio son razones mucho más poderosas que la de la remota posibilidad de que un cesionario poco escrupuloso pudiera caer a la tentación de asesinar o abreviar la vida del asegurado, a fin de apresurar el cobro del seguro. Además, siempre habrá sitio para una operación siniestra, con independencia de que el cesionario tenga o no un interés asegurable. Un acreedor, por ejemplo, puede sentir la misma tentación que el donatario». GEORGE RICHARDS: *The Law of Insurance* 5.ª edición (Nueva York, Baker, Voorhis & Co., 1952), págs. 539-40.

inmoral o ilegal, los tribunales se niegan a reconocerla, y se han dado casos en los que los albaceas o administradores de la herencia del asegurado han logrado impugnar la legalidad de una cesión en base a uno de los motivos citados. Cuando se produce el fallecimiento, podemos añadir, el interés sobre la póliza es algo transferible, puede ser objeto de cesión por el beneficiario, sin necesidad de notificación ni de cumplimentar ningún otro de los requisitos establecidos en el contrato.

Distinción entre cesión y cambio de beneficiario

No es lo mismo cesión de la póliza que cambio de beneficiario. La jurisprudencia ha sentado que «una cesión es la transmisión del derecho o del interés sobre una propiedad a otra persona. Su causa es el contrato y, por regla general, la entrega de la cosa cedida es esencial para el perfeccionamiento del negocio. La facultad de cambiar de beneficario equivale a la de su designación; la facultad de designar ha de ejercitarse de acuerdo con lo establecido en el contrato de seguro» (24).

Si el asegurado no se ha reservado el derecho a cambiar de beneficario, no podrá cederla a un tercero si no cuenta con su consentimiento. En el supuesto de reserva del derecho, los tribunales no son unánimes en cuanto a los efectos de la cesión de la póliza, aunque la mayoría estime que los derechos del cesionario priman sobre los del beneficiario; en algunos casos se ha mantenido que el beneficiario ha adquirido un derecho del que sólo podrá ser despojado si se sigue el procedimiento indicado en la póliza para el cambio de beneficiario (25).

Clases de cesiones

Las cesiones pueden ser de distintos tipos, y para determinar los efectos de las mismas los jueces atienden ante todo a la intención de las partes. Cuando la póliza es cedida condicionalmen-

(24) *The Mutual Benefit Life Insurance Co. v. Swett* y otros (1915; C.C.A.) 222 Fed. 200, 205.

(25) JANICE E. GREIDER, y WILLIAM T. BEADLES: *Law and the Life Insurance Contract*, 3.ª edición (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1974), págs. 400-04.

te en garantía de los acreedores, éstos solamente tienen derecho al importe de las primas, de la deuda y de los intereses, y el saldo ha de acreditarse al asegurado o a su herencia. Cuando la cesión tiene un carácter absoluto y ha sido llevada a cabo voluntariamente y de buena fe, y no en fraude de acreedores, el cesionario recibe el importe íntegro del seguro; la misma norma se aplica generalmente cuando la póliza ha sido cedida a un comprador contra cobro del precio. En los casos en que la cesión encubre un juego de azar, la operación no se considera válida (26).

A menudo la cesión absoluta tiene lugar en garantía de una deuda, por lo que hay que prestar atención a la doctrina general de que esta cesión no concede al cesionario el derecho al importe íntegro del seguro; la norma ha sido establecida de este modo: «Aunque la cesión tuviera carácter absoluto en su forma, de las pruebas se puede deducir claramente que pretendía simplemente garantizar una deuda del asegurado frente al cesionario, por lo que los derechos sobre la póliza que excedan de lo debido son propiedad del asegurado y pasan a su heredera legítima a su fallecimiento» (27).

Restricciones de la póliza en relación con la cesión

Las pólizas pueden ser objeto de cesión siempre que la póliza no restrinja las facultades del titular; lo cierto es que las aseguradoras de vida acostumbran incluir en sus pólizas algún tipo de cláusulas para la regulación de la cesión. Hay profundas diferencias entre los textos empleados, pero lo más usual es que se parezca al que sigue: «la cesión de la presente póliza obligará a la Compañía solamente cuando se haga constar por escrito a la sede central de la Aseguradora, la cual no se hará responsable de la validez o invalidez de la cesión». En otros casos, la cláusula es más compleja, estableciendo a veces que, además de la notificación escrita o del envío de un duplicado, la cesión ha de ser aprobada por algún directivo de la compañía; o exigiendo que al presentar la póliza para su cobro se exhiba el original de la cesión

(26) W. R. VANCE, y B. M. ANDERSON: *Handbook on the Law of Insurance*, 3.ª edición (St. Paul, Minn., West Publishing Co., 1951), págs. 768-69.
(27) *Saville v. Lee* (1931) 43 Ga. App. 263, 264.

y la prueba del interés; o que la cesión queda subordinada al crédito que la compañía pueda tener frente al tomador del seguro.

Cuando la cesión ha sido notificada a la aseguradora y ésta la aprueba, se considera que ha surgido un nuevo contrato entre el cesionario y la compañía. El primero se limita a obtener los derechos del primitivo asegurado, en otras palabras, ocupa el lugar del cedente, y queda protegido en la medida en que éste lo había estado; es decir, el cesionario recibe solamente lo que el cedente le puede transmitir, y si la póliza es inválida al tiempo de la cesión en base a infracción cometida por el cedente, el cesionario no podría subsanar el defecto.

La posición del cesionario, en este plano, ha quedado muy mejorada gracias al uso general de la cláusula de la inimpugnabilidad que, como hemos dicho, protege a la póliza frente a los actos del asegurado, una vez haya transcurrido el período establecido. Sin embargo, este principio implica la posibilidad de impugnación antes de la expiración del plazo, posibilidad que tiene una importancia mayor en otros tipos de seguro. Así, por ejemplo, en el seguro de incendios las cesiones ordinarias pueden significar grave peligro a causa de la posible invalidez del contrato al tiempo de la cesión, hasta el extremo de que lo más común es que el propio acreedor hipotecario asegure su interés, o bien se le exija al deudor que en la póliza incluya la cláusula beneficiaria para mejor protección del inmueble garantía del préstamo; según esta cláusula, «el seguro, en lo relativo al interés del acreedor hipotecario, no podrá ser considerado inválido en base a acción o negligencia del deudor o propietario de la propiedad cubierta, ni por interposición de las acciones hipotecarias o por cualquier otro procedimiento judicial o notificación de venta, ni por el cambio en la titularidad del inmueble, ni por la ocupación del mismo para destinarlo a un objeto de más riesgo que el autorizado por la presente póliza, etc.» En algunos Estados los tribunales han mantenido que la inclusión de esta cláusula no subsana una póliza que fuera inválida al tiempo de la emisión del apéndice que la incluyera, y por esta razón casi todas las entidades de crédito (y entre ellas muchas compañías de seguros de vida) exigen a la aseguradora de incendios la aprobación de un convenio particular que las proteja, en cuanto acreedores hipote-

carios, de los actos y negligencias del deudor, tanto previos como posteriores a la emisión de la cláusula hipotecaria.

Se ha de tener en cuenta, además, que las cláusulas de cesión de las pólizas de vida no prohiben que tengan lugar sin el consentimiento de la compañía, sino que más bien le facultan a negar la cesión mientras no haya recibido la notificación escrita, y sin asumir ningún tipo de responsabilidad en cuanto a la validez de la transmisión. En un pleito en que el tribunal se ocupó de una cesión similar a las estudiadas se llegó a las siguientes conclusiones:

> No es imprescindible el consentimiento de la compañía; todo lo que se exige es que en la póliza se haga constar por escrito el hecho de la cesión y que se comunique a la aseguradora dentro de los treinta días. La cláusula no pretende cubrirse frente a unos riesgos mayores, ni tampoco modifica el contenido del contrato. Su finalidad es la de proteger a la compañía frente al peligro de un doble pago, y para ello requiere la prueba escrita del cambio de beneficiario, notificado a la compañía sin pérdida de tiempo.
>
> En el caso extremo, lo único que daría motivo a una reclamación por incumplimiento de esta estipulación, sería el hecho de que la compañía no tuviera en cuenta una cesión intentada y que pagara el dinero al beneficiario primitivo; en otras palabras, esta cesión intentada sería anulable a solicitud de la compañía (28).

ELLIOTT, al estudiar los casos sobre la comunicación al asegurador del hecho de la cesión, afirma que «cuando más, la falta de la comunicación exigida podrá invalidar la cesión intentada, pero no invalida la póliza. Es suficiente la comunicación cursada dentro de un plazo razonable, aunque el asegurado haya fallecido en el intervalo» (29).

Cuando se exige la constancia escrita de la cesión, habrá que emplear unas expresiones específicas y un contenido acordado por las partes; por ejemplo, el acuerdo particular entre deudor y acreedor en cuanto a la disponibilidad final del saldo del seguro, una vez se haya pagado la deuda total. Cuando no se estipula nada en sentido contrario, el cesionario de una póliza

(28) *Hogue v. Minnesota Packing and Provision Company* (1894) 59 Minn. 39, 44.

(29) C. B. ELLIOT: *A Treatise on the Law of Insurance* (Indianápolis, Bobbs-Merrill, 1907), pág. 406.

mantenida en garantía de una deuda del cedente no podrá disponer de ella por venta ni por rescate de su valor de liquidación, si antes no ha cursado una adecuada comunicación al asegurado, dándole un plazo razonable para redimirla. De otro lado, la entrega material de la póliza al cesionario no es necesaria para la eficacia de la cesión; los tribunales han mantenido que los derechos del cesionario son exigibles, incluso en los supuestos en que ni la póliza ni la cesión le hayan sido entregadas.

Modelo de cesión en garantía de la Asociación de Banqueros Americanos

Casi todas las cesiones de pólizas de seguro de vida se llevan a cabo para facilitar el crédito personal o comercial del asegurado o en forma de garantía de préstamos bancarios. La Banca se ha interesdo profundamente en lograr la uniformidad de la práctica de la cesión, de un lado a la vista de la variedad de procedimientos aplicados por las aseguradoras, y de otro a causa de que los contratos de seguro de vida contienen una tercera persona (el beneficiario) con un grado diverso de interés, o bien porque el ordenamiento jurídico, tanto de derecho común como la ley positiva, de los Estados difiere considerablemente en cuanto al reconocimiento de los derechos de las partes intervinientes en la cesión de la póliza. A lo largo del tiempo se pusieron en vigor formas diversas de cesión, unas preparadas por los bancos y otras por las compañías de seguros.

Después de un detallado estudio, la Comisión de Gestión Bancaria de la Asociación de Banqueros Americanos, en colaboración con los representantes de la Asociación de Asesores de Seguro de Vida, dio su aprobación a un modelo de cesión en garantía.

El modelo pretende proteger adecuadamente al prestamista, al tiempo que permite al asegurado la conservación de ciertos derechos sobre la póliza. El *cesionario* adquiere el derecho a: 1) cobrar el seguro a la maduración; 2) rescatar la póliza de acuerdo con el clausado; 3) obtener anticipos sobre la póliza; 4) cobrar dividendos y ejercitar y recibir los beneficios de los derechos irrenunciables (30). Por su lado, el *asegurado* conserva

(30) El modelo debería permitir, pero no lo hace, que el cesionario tuviera derecho a las primas pagadas anticipadamente.

los derechos a: 1) cobrar las prestaciones por incapacidad; 2) cambiar de beneficiario (subordinado a la cesión); 3) elegir entre las opciones de liquidación (condicionadas a la cesión). En base al modelo de cesión mencionado, el cesionario se compromete a: 1) pagar al beneficiario el seguro y las prestaciones, en la parte que exceda de la deuda pendiente: 2) no rescatar ni conseguir anticipos de la aseguradora (excepción hecha de si se destinan al pago de las primas), a no ser que la deuda o las primas queden impagadas a su vencimiento, y siempre que se le notifique al asegurado dándole veinte días de plazo; 3) a remitir la póliza a la aseguradora para que se haga constar el cambio de beneficiario o la elección de una opción de liquidación. Como dijo ROBERT DECHERT, «el modelo de la Asociación opera en un justo terreno medio entre el tipo absoluto que hasta ahora había sido exigido por los bancos prestamistas, y el tipo antiguo de cesión en garantía empleado por algunas compañías de seguros, con el que muchos acreedores tropezaron con dificultades ya que las aseguradoras no permitían ninguna modificación ni actuación sin el consentimiento del asegurado» (31).

Legislación de los Estados en relación con la cesión por parte de los beneficarios

A falta de normas restrictivas, los beneficiarios están facultados para ceder su interés contingente en una póliza de vida; sin embargo, en algunos pleitos se ha mantenido la postura de que el tomador de un certificado de una asociación benéfica o de carácter mutuo no puede cederlo, a no ser que la asociación expresamente lo permita, en favor de personas que no pertenezcan a las categorías aceptadas de beneficiarios. Cuando la ley no establece lo contrario, el cónyuge está facultado para ceder su interés en una póliza si la operación persigue garantizar la deuda del otro cónyuge; sin embargo, como se ha dicho en la sección que antecede, muchos Estados han dictado normas que persiguen la protección del interés de la esposa y de los hijos del asegurado,

(31) DAN M. MCGILL (ed.): *The Beneficiary in Life Insurance* (Homewood, Ill., S. S. Huebner Foundation for Insurance Education, Richard D. Irwin, 1956), pág. 38. El modelo de la Asociación está recogido en el apéndice A.

y han prescrito que el pago del seguro de vida que a ellos corresponda no puede ser objeto de embargo o ejecución para satisfacer las pretensiones de los acreedores. En Nueva York y Wisconsin, los tribunales han interpretado estas normas en el sentido de que a la esposa le queda prohibida la cesión de sus intereses, aunque en otros Estados la normativa admita la posibilidad de una tal cesión. La norma actualmente en vigor en el Estado de Nueva York establece que «una póliza de seguro sobre la vida de una persona y en beneficio de su esposa, puede ser cedida o rescatada por ella o por su heredero legítimo, con el consentimiento escrito del asegurado» (32).

Cesión de la póliza por parte del cesionario. La póliza de vida no es un efecto negociable

A falta de acuerdo contrario, el cesionario no puede vender ni rescatar la póliza sin dar al asegurado una razonable oportunidad de redimirla, aunque en ciertas circunstancias pueda volver a cederla a otra persona. En el pleito *Corcoran v. Mutual Life Insurance Company* (33), se estableció que cuando la póliza se entrega en garantía del pago de un efecto, el tomador tendrá el derecho a la cesión en favor del cesionario del efecto, el cual poseerá la póliza como garantía del citado efecto.

Sin embargo, la póliza de vida no está considerada como un efecto negociable, como se demostró en el caso *Brown v. Equitable Life Assurance Society* (34); el asegurado había cedido la póliza en garantía de su deuda, y el cesionario la había cedido, a su vez, a un banco en garantía de otro préstamo. El tribunal mantuvo que, a pesar del carácter absoluto del modelo de la cesión, «el banco tomó la póliza condicionada al activo existente en favor del asegurado, a no ser que el comportamiento de éste diera motivo a presumir su renuncia». De acuerdo con los hechos de este pleito, el asegurado había dejado de pagar sus primas durante once años, sin que hubiera realizado intento alguno por rehabilitarla o recuperarla; estas circunstancias, así como el he-

(32) N.Y. Dom. Rel. Law, 52.
(33) (1898) 183 Pa. 443.
(34) (1899) 75 Minn. 412.

cho de que el banco siguiera manteniendo la póliza en vigor mediante el pago de las primas, dio motivo al tribunal para considerar que el asegurado no podía reclamar ningún derecho sobre la póliza, ni frente al primer cesionario, ni tampoco frente al banco.

15

Cláusulas de la póliza: IV
Opciones de liquidación

Uno de los aspectos más importantes que el asegurado ha de tener en cuenta al contratar la póliza de vida es la forma en que el seguro haya de ser pagado a su maduración o al producirse el siniestro. Si el asegurado no atiende debidamente a la forma más adecuada del pago, la finalidad de la póliza no tendría su sentido verdadero, aunque su cobertura sea suficiente. Nos proponemos discutir a continuación las cláusulas de la póliza relativas a la liquidación del importe del seguro, haciendo mención de las prácticas de las aseguradoras que afectan a la planificación de las formas de liquidación.

NATURALEZA DE LAS OPCIONES

Las opciones de liquidación aparecen designadas en el contrato can un número o con una letra, en un orden que depende de la práctica de la compañía. La mayoría de los contratos actuales ofrece varias de las opciones que vamos a estudiar; las demás opciones pueden acordarse si el interesado lo solicita.

Pago al contado

En un sentido estricto, el pago al contado, de una sola vez, no constituye una opción, ya que el seguro de vida promete normalmente esta forma de liquidación, *a falta* de las instrucciones en

distinto sentido, dadas por el tomador del seguro. En la práctica, puede considerarse como una opción cuando el asegurado no ha elegido otra. En ciertos contratos se establece el pago del seguro en forma de renta cuando el asegurado no ha hecho elección de otro sistema, y si se desea el pago al contado hay que hacerlo constar expresamente.

En casi todas las compañías en que el seguro es pagadero al contado se permite el nombramiento de un beneficiario con la facultad de decidir sobre una de las opciones admitidas por el contrato. Conviene no olvidar que la liquidación al contado presenta una serie de desventajas, y la más importante es la desprotección frente a un inconveniente bastante común como la supervivencia breve, de que ya nos hemos ocupado, o frente a una desgracia ordinaria. El beneficiario puede sobrevivir muy poco tiempo y dejar de aprovecharse del «derecho a colocar el pago del seguro bajo una de las opciones ofrecidas». Tampoco se consigue una plena protección con la cláusula del pago diferido o con la de la desgracia ordinaria; la suma puede sufrir deducciones a causa de los gastos de testamentaría y de las reclamaciones de los acreedores, así como por una desfavorable aplicación del impuesto.

La segunda desventaja es que no protege frente a los acreedores del beneficiario; como se ha dicho en el capítulo anterior, esta protección se puede obtener usualmente acudiendo a una opción de renta, siempre que haya sido elegida antes del fallecimiento del asegurado (1).

La práctica de las compañías no admite que el beneficiario que elija esta opción en lugar de la liquidación al contado, pueda designar beneficiarios contingentes. Esto supone una desventaja adicional, ya que en muchos casos los importes que queden en poder de la compañía al fallecimiento del primer beneficiario han de pasar a su propia herencia.

Casi todas las compañías permiten soluciones aunque no hayan sido expresamente recogidas en el contrato, pero en la realidad se sienten más inclinada hacia los planes de liquidación en forma de ingresos o renta, elegidos por el asegurado antes de su muerte, que hacia los planes elegidos por un beneficiario con derecho a una liquidación al contado. Tampién implica una desventaja la posibilidad de que los usos de la aseguradora cambien antes de que el beneficiario solicite un plan concreto de liquidación. Finalmente, son pocas las compañías que pagan intereses desde el día del fallecimiento si no se ha elegido un plan de liquidación en vida del asegurado.

(1) Aunque la regla general sea que el beneficiario no pueda, después del fallecimiento del asegurado, establecer una liquidación de tipo fiduciario, en muchos casos se ha mantenido la validez de este convenio incluso aunque haya sido pactado por el beneficiario y por la aseguradora. Véase, por ejemplo, *Provident Trust Co. v. Rothman*, 321 Pa. 177, 183 Att. 793 (1936).

En ciertas circunstancias la liquidación al contado puede ser aconsejable, sobre todo cuando se trata de un seguro de vida *personal;* sin embargo, lo más general es la planificación de la liquidación en base a alguna de las opciones de ingresos de que nos vamos a ocupar, solución que es la usual y la más recomendable. No obstante, hemos de subrayar que cuando se trata de importes cuantiosos y el asegurado no tiene problemas financieros, la solución preferible parece ser el depósito fiduciario en un Banco.

Opción de los intereses

Co esta opción el importe del seguro continúa en poder de la compañía, que va pagando únicamente los intereses devengados. Normalmente los intereses no se acumulan ni devengan un interés compuesto, sino que se pagan con una periodicidad mensual, trimestral, semestral o anual, a partir de la expiración del primer período. Los intereses devengados por encima del tipo garantizado (única fuente que se tiene en cuenta para el excedente) se pagan normalmente con los pagos garantizados. Existen una limitaciones legales en cuanto a la duración de este depósito intacto (de que nos ocuparemos más adelante, en este mismo capítulo); la práctica de las compañías limita frecuentemente esta situación a la existencia del primer beneficiario o durante un período máximo de treinta años. El tipo de interés garantizado por esta opción varía de una compañía a otra; en ciertos casos, el tipo garantizado es más bajo si se reconocen derechos de cancelación al beneficiario.

La tabla 15.1 refleja los rendimientos de $ 1.000 de seguro colocados bajo la opción de los intereses a tipos diversos. Se

puede comprobar que el rendimiento mensual es inferior a una doceava parte del correspondiente al año, a causa del ajuste aplicado por pérdidas de intereses.

TABLA 15.1

Opción de los intereses

Tipo	*Pago anual*	*Pago mensual*
2,0 %	$ 20	$ 1,65
2,5	25	2,06
3,0	30	2,47
3,5	35	2,87

La opción de los intereses es la más flexible de todas y, por tanto, la más utilizada; en esencia, su ventaja principal es que libera al beneficiario de las preocupaciones relacionadas con la inversión, ya que se garantiza el principal y un rendimiento mínimo. Además, y de acuerdo con las normas de la aseguradora y con las disposiciones legales, al beneficiario *se puede* reconocer:

1. El derecho a designar quién va a recibir el saldo al fallecimiento del primer beneficiario, o el derecho a designar unos beneficiarios contingentes distintos de los elegidos por el asegurado o por el titular de la póliza.
2. El derecho a retirar una parte o la totalidad del principal, sin perjuicio de las limitaciones contenidas en el acuerdo de liquidación. Casi todas las compañías admiten una combinación razonable de factores limitativos (un cierto número al año, o a cierta edad, etc.); en otros casos el importe del seguro ha de permanecer en poder de la compañía sin derecho alguno a retirar fondos de la suma principal.
3. El derecho a elegir una opción distinta de liquidación en un momento posterior, cuando las circunstancias hayan cambiado. Así, por ejemplo, el importe del seguro puede colocarse bajo la opción de los intereses, reconociendo al primer beneficiario la facultad de cambiar a otra opción, incluso a la opción de ingresos vitalicios (véase más adelante) en fecha posterior. Este privilegio del cambio, «en cualquier momento» somete a la compañía a una autoselección (es lógico que un beneficiario con 65 años de edad que se encuentre delicado de salud no se incline a cambiar en favor de una opción con ingresos vitalicios). Por ello, son muchas las compañías que establecen que cuando la decisión del cambio de opción no tiene lugar dentro de un plazo razonable y limitado después de la muerte del asegurado, se aplicarán los tipos estipulados en los contratos corrientes en vez de los tipos de ingresos prometidos en el contrato original.

   Cabe incluir una cláusula del cambio automático u obligatorio a otra opción en fecha o edad posterior especificada, o a la ocurrencia de un hecho determinado, como puede ser el ingreso en la universidad.
4. La protección frente a la mayoría de los acreedores, mediante una cláusula de depósito fiduciario añadida a la póliza.

El derecho a la cancelación y al cambio en favor de una opción distinta son las razones de la flexibilidad de la opción de los intereses, en la que tienen su base casi todos los acuerdos combinados de liquidación existentes en el mercado.

Opción de un período fijo

Esta opción es una de las dos que se basan en un concepto científico de la liquidación de principal e intereses a lo largo de un período de años, sin hacerla depender de la continuación de una existencia humana. La segunda opción es la del importe fijo, de que nos ocuparemos más abajo.

La opción del período fijo, como su nombre indica, promete el pago del seguro en plazos iguales a lo largo de un período determinado de meses o de años, generalmente sin exceder de veinticinco o treinta años. El importe del seguro, el período, el tipo garantizado de interés y la frecuencia de los pagos son los factores que determinan la cuantía de cada plazo. El exceso de intereses se acredita normalmente al final de cada año. La tabla 15.2 muestra los pagos correspondientes por cada $ 1.000 de seguro, a lo largo de varios períodos.

TABLA 15.2

Plazos garantizados por cada $ 1.000 de seguro (interés del 2,5 por 100)

Número de años con pagos	*Anualmente*	*Mensualmente*
5	$ 210,00	$ 17,70
10	111,47	9,39
15	78,80	6,64
20	62,58	5,27

La opción del período fijo es bastante útil cuando se desea contar con unos ingresos durante un período concreto, como puede ser el período de adaptación que sigue al fallecimiento del asegurado cuyos hijos todavía están cursando estudios. Las compañías permiten que el asegurado confíe al beneficiario la potestad de liquidar o de descontar los plazos restantes, cobrando una suma al contado; igualmente, la decisión de la fecha en que los pagos hayan de comenzar. Por regla general, cabe afirmar que esta opción del período fijo también es muy flexible.

Como el aspecto fundamental de esta opción es la fijación del período, los anticipos sobre la póliza que estén pendientes al momento del fallecimiento del asegurado disminuyen el importe de cada plazo aunque sin afectar al número de los mismos. Por esta misma razón, las acumulaciones de dividendos o las adiciones totalmente pagadas, a ser cobradas con el importe del seguro, significan un aumento de los ingresos del beneficiario sin alterar el número de los plazos.

Opción del importe fijo

De acuerdo con esta opción, la suma de los ingresos constituye el aspecto fundamental, y no el período de tiempo durante el que han de liquidarse el principal y los intereses; en este supuesto se determina una suma fija de ingresos, por ejemplo $ 100 al mes, y los pagos se realizan hasta el agotamiento del principal e intereses.

Lo más normal es que el importe fijo presente mayores ventajas que la opción del período fijo, a causa de su superior flexibilidad. Casi todas las compañías autorizan al asegurado la fijación de cuantías distintas de ingresos durante períodos diferentes, y al beneficiario se acostumbre reconocer el derecho a cancelar la opción total o parcialmente, o en momentos sucesivos, o bien a retirar una cierta suma dentro del año. Tanto en el caso de la opción del período fijo, como en el del importe fijo, el comienzo del pago de los plazos puede ser diferido hasta una cierta fecha, manteniendo la compañía los fondos como si se hubiera ejercitado la opción de los intereses. Lo normal es que las compañías permitan al beneficario la colocación del saldo

no desembolsado bajo alguna otra opción (generalmente, bajo la opción de los ingresos vitalicios.

Como el factor fundamental es la *cuantía* de los plazos, las acumulaciones de dividendos o las adiciones pagaderas con el seguro, así como el exceso de interés devengado durante el pago de los plazos, aumentan el número de éstos, sin afectar a su importe; por el contrario, los anticipos pendientes al fallecimiento del asegurado o las retiradas de principal por parte del beneficiario disminuyen el número de los plazos.

En la opción del importe fijo entra en juego una norma especial sobre el plazo mínimo, que normalmente es de $ 50 al año por cada $ 1.000 de seguro; en ocasiones, el mínimo se fija en $ 10 al mes. La norma trata de hacer realidad la finalidad de esta opción, que es la de agotar el principal y los intereses dentro de un plazo de tiempo razonable.

Ha de hacerse constar que las opciones de importe y de período fijo translucen una misma idea con métodos diferentes; ambas liquidan científicamente el principal y los intereses a lo largo de un período de años, sin hacer referencia a una vida humana. Por esta razón, el factor del interés garantizado generalmente es el mismo para ambas opciones dentro del mismo contrato.

Opciones de ingresos vitalicios

Las diversas formas de opción de ingresos vitalicios representan a otro grupo de opciones de liquidación: las que liquidan científicamente el principal y los intereses haciendo referencia a la contingencia de una vida humana. Estas opciones son exclusivas de las compañías de seguros de vida; ninguna otra entidad financiera puede concertar este plan con sus clientes. Como ya se ha dicho (2), las opciones de ingresos vitalicios son, en realidad, tipos de rentas vitalicias y cumplen sus mismas funciones económicas.

La cuantía de cada plazo depende del tipo de los ingresos (renta) que se haya elegido, del importe del seguro, del tipo de interés presupuestado, de la edad del beneficiario al momento

(2) En el capítulo 8.

de comenzar el cobro de la renta y del sexo. Las formas más usuales son: 1) la opción de ingresos vitalicios; 2) la opción de ingresos vitalicios con devolución; 3) la opción de ingresos vitalicios con un «período cierto» o con unos «plazos garantizados». Recientemente, muchas compañías han empezado a incluir en sus contratos una opción de ingresos vitalicios conjuntos y de supervivencia. Cuando estas opciones no figuran expresamente en el modelo de la póliza su inclusión puede ser solicitada y lo más usual es que la compañía acceda a ello.

Opción de los ingresos vitalicios.—Los plazos se pagan mientras viva el primer beneficiario, sin tener derecho a la devolución del principal garantizado, razón por la cual esta opción ofrece los ingresos más cuantiosos por cada $ 1.000 de seguro. Como se dijo al hablar de las rentas, el público titubea ante un riesgo que supone la posible pérdida de gran parte del principal en caso de un fallecimiento temprano, sobre todo cuando existen familares a los que se quisiera dejar los fondos que el beneficiario no necesite. Así, por ejemplo, este sistema no sería el adecuado para una viuda con hijos pequeños, ya que no los protege en el supuesto de una muerte prematura.

Opción de ingresos vitalicios con devolución.—Estas opciones con devolución pueden adoptar la forma de «renta con devolución al contado» o de una «renta con devolución a plazos». Hemos de recordar que ambos tipos de renta garantizan la devolución de una suma nunca inferior al principal; se diferencian en que, bajo el primer sistema, se efectúa la liquidación al contado después del fallecimiento del primer beneficiario, en lugar de continuar con los pagos aplazados.

Ingresos vitalicios con un período cierto.—Esta es la opción más usual entre las de ingresos vitalicios; consiste en el pago de unos plazos mientras viva el primer beneficiario, pero en caso de fallecimiento antes de un número «cierto de años (o de meses)» la compañía prosigue el pago de los plazos a un segundo beneficiario hasta la terminación del período. Por regla general, este período es de cinco, diez, quince o veinte años (o el equivalente en meses); lo usual es que el contrato contenga dos o tres alternativas, siendo las más solicitadas las de diez y veinte años. La opción resulta muy conveniente en el caso de una viuda con hijos pequeños, ya que garantiza unos ingresos vitalicios hasta que los hijos estén crecidos, sin tener en cuenta si la madre ha muerto o no.

Opción de ingresos vitalicios conjuntos y de supervivencia.—Esta opción no siempre se incluye en el contrato, e incluso hay compañías que no la ofrecen. Bajo esta opción, cuando fallece el primer beneficiario y el seguro sigue con vida, los plazos continúan pagándose mientras éste viva. Al igual que en las rentas conjuntas y de supervivencia, en esta opción el beneficiario superviviente puede continuar percibiendo plazos por la misma cuantía, o bien reducidos a los dos tercios, a las tres cuartas partes o a la mitad del importe primitivo. Algunas compañías ofrecen opciones conjuntas y de supervivencia para períodos fijos de diez o veinte años.

La opción conjunta y de supervivencia es de gran utilidad para procurar ingresos por jubilación en favor de los dos cónyuges; en tales casos el importe de la capitalización madurada o de la póliza de ingresos de jubilación o el valor de liquidación de cualquier tipo de seguro permanente, puede ser aplicado a este sistema opcional.

Otros acuerdos de liquidación

En realidad, con las diversas opciones mencionadas, empleadas por sí solas o bien en combinación, se puede conseguir el sistema deseado para la percepción de los ingresos del seguro; sin embargo algunas compañías ofrecen opciones destinadas a satisfacer una necesidad específica o una finalidad particular. No son más que combinaciones de las opciones básicas, tendentes a adaptarse a una situación especial, a las que se da una designación atractiva, para facilitar las ventas. Por ejemplo, la denominada opción del plan educacional promete unos ingresos fijos durante nueve o diez meses de cada curso, con un modesto regalo de licenciatura, en metálico, después del pago del último plazo; no es más que una combinación de las opciones de importe y de intereses, con unas limitaciones adecuadas para llegar al resultado deseado.

A pesar de la gran variedad de planes de liquidación ofrecida por las opciones y por sus combinaciones, hay situaciones en las que las opciones standard no son exactamente las más adecuadas. Si se someten a la compañía los datos de hecho, normalmente preparará un plan especial y limitado.

Cuando el individuo precisa de una mayor flexibilidad que la permitida por la aseguradora, habrá que tener en cuenta los servicios prestados por las compañías fideicomisarias, sobre todo cuando se trata de ejercitar unos poderes discrecionales. Normalmente la compañía de seguros no acepta un acuerdo en el que se desarrollen unas funciones discrecionales para llevar a buen fin el acuerdo; tal función pertenece a los bancos. En tales casos, el importe del seguro se abona a una compañía fideicomisaria para que lo administre en favor de unos beneficiarios individuales.

Un porcentaje relativamente reducido del importe total del seguro se paga al fiduciario en concepto de administración; ello por varias razones: en primer lugar, el fideicomiso funciona de acuerdo con el principio de fondos separados; cada fondo tiene existencia independiente. Esto implica la dificultad de conseguir una adecuada diversificación cuando el importe del seguro no es bastante considerable (3). Además de una mayor diversificación y, por tanto, mayor seguridad para el principal y los ingresos, la compañía de seguros *garantiza* el capital y un tipo mínimo de ingresos. Los fiduciarios no pueden ofrecer ningún tipo de garantía. De otro lado, la aseguradora garantiza unos ingresos vitalicios, algo que no puede hacer la compañía fiduciaria, y el coste relativo de la operación fideicomisaria es superior en compañías pequeñas. Por tanto, esta solución sólo se tiene en cuenta cuando se trata de unos patrimonios cuantiosos que exijan una flexibilidad excepcional.

(3) Debe recordarse que en ciertos Estados se permite hoy día a los bancos y a las compañías fiduciarias lo que se denomina fondo común fiduciario, en el que se mezclan cuentas fiduciarias pequeñas a efectos de inversión. Cuando el fondo es lo bastante cuantioso se puede conseguir una diversificación similar a la de la cartera de una compañía de seguros de vida.

UTILIDAD DE LAS OPCIONES DE LIQUIDACION

Consideraciones generales

El estudio realizado de las opciones demuestra que las compañías de seguros de vida ofrecen al asegurado (o al beneficiario) una gran flexibilidad para la distribución del importe del seguro. El asegurado puede elegir con un documento escrito archivado en las oficinas de la aseguradora, entre un método u otro; puede reservarse el derecho a revocar su decisión en favor de un método concreto de liquidación. eligiendo otro distinto. Esto contribuye a la flexibilidad del contrato y permite al asegurado cambiar de forma de liquidación cuando las circunstancias son distintas. Si el asegurado no hace la elección puede hacerla el beneficiario con derecho al cobro eventual del seguro, cuando haya que pagar la póliza.

El uso apropiado de estas opciones permite al asegurado dejar los fondos en manos de la compañía, para «asegurar su propio seguro». El beneficiario no obtiene una suma al contado, y así no podrá malgastar o perder su dinero en inversiones equivocadas. Conviene recordar que la compañía de seguros sigue siendo igualmente responsable de los fondos depositados; en casos de entidades fiduciarias, éstas no se hacen responsables de la pérdida de un fondo segregado, siempre que hayan actuado con la debida atención y diligencia. Con las opciones no existe segregación de los fondos, sino que es la compañía de seguros en su conjunto la que garantiza los pagos. Además, son muchas las compañías que operan con seguros de tipo mutuo, por lo que los beneficarios perciben una parte de los intereses extra obtenidos con sus inversiones.

Finalmente, la elección de una de estas opciones evita los problemas y gastos derivados de la administración de un patrimonio; la aseguradora cobra una cantidad mínima, comparada con otros métodos, por la gestión del fondo, y el beneficiario no carga con los gastos de la reinversión ni tiene que buscar asesoramiento inversor. Se evitan los gastos legales y los pleitos entre los herederos, y el valor del capital o de sus rentas no sufre fluctuaciones.

A pesar del atractivo aparente de estas opciones, hay ciertas circunstancias que desaconsejan su utilización. La desventaja más frecuente relacionada con la opciones de importe y de período fijo es la de que el beneficiario sobreviva a los plazos y quede sin recibir ingresos. El problema es bastante grave cuando la edad y el estado físico del beneficiario impiden que se gane la subsistencia. Si el asegurado (o el beneficiario) se decide por una opción de importe fijo, tiene la ventaja del cobro de una renta satisfactoria, pero, como se ha dicho, el capital y los intereses pueden agotarse en el momento en que más se necesiten. Por otro lado, si se escoge la opción del período fijo y se intenta calcular la duración precisa y suficiente, la cuantía de los plazos puede resultar escasa, a no ser que el seguro sea de elevada cuantía. En muchos casos resulta difícil determinar el tiempo durante el que el beneficiario vaya a precisar de los pagos, ya que, siempre que se trate de la duración de la vida humana, el cálculo es imposible.

Debe advertirse que, con independencia de la opción elegida, el asegurado estipula el seguro en múltiplos de $ 1.000 y paga las primas que correspondan. Las primas del seguro se calculan siempre como si fuera a pagar al contado, ya que su base única es la edad del asegurado al tiempo de la emisión de la póliza.

Los inconvenientes de las opciones del importe y del período fijo pueden obviarse acudiendo a la de ingresos vitalicios. La compañía aseguradora sigue en posesión del importe de la póliza madurada y vende al beneficiario una renta pagadera mientras viva con o sin un número garantizado de pagos, cuyo importe está determinado por la edad y el sexo del beneficiario en el momento en que hubiera de pagarse el importe del seguro. Es imposible que el beneficiario se quede sin percibir ingresos, a diferencia de las opciones de importe y de períodos fijos. Sin embargo, hay que recordar que la cuantía de cada pago no puede ser fijada de antemano, ya que nadie puede conocer anticipadamente la edad que el beneficiario vaya a tener al fallecimiento del asegurado. Este inconveniente es obvio; supongamos que el asegurado muere cuando el beneficiario es muy joven aún, en cuyo caso recibiría unos pagos exiguos, si los comparamos con los reconocidos si la edad del beneficario fuera mucho más avanzada. Por ejemplo, siguiendo la tabla 15.3, que recoge diversos grados de opción de ingresos

vitalicios, si el asegurado fallece cuando su esposa tiene treinta años, por cada $ 1.000 de seguro percibiría $ 3,05 al mes si no se garantiza un número mínimo de plazos, $ 3,04 si se garantizan al menos diez años, y $ 3,02 si la garantía es por veinte años; pero si el asegurado hubiera fallecido cuando el beneficiario contara sesenta años de edad, la esposa recibiría $ 5,07 sin garantía de número de pagos, $ 4,90 al mes si se garantizan diez años, y $ 4,91 con veinte años garantizados. A mayor edad del beneficiario será mayor la cuantía de los pagos a hacer a partir del fallecimiento del asegurado.

TABLA 15.3

Opciones de ingresos vitalicios; plazos por cada $ 1.000 de seguro

Edad del beneficiario	*Ingresos de por vida*		*Con 10 años como período cierto*		*Con 20 años como período cierto*	
	Varon	*Hembra*	*Varon*	*Hembra*	*Varon*	*Hembra*
20	$ 2,91	$ 2,79	$ 2,90	$ 2,78	$ 2,88	$ 2,77
30	3,23	3,05	3,22	3,04	3,18	3,02
40	3,73	3,45	3,70	3,43	3,59	3,37
50	4,51	4,08	4,42	4,02	4,12	3,84
60	5,80	5,07	5,48	4,90	4,70	4,41
70	8,02	6,75	6,91	6,16	4,94	4,94
80	12,06	9,72	8,39	7,69	4,94	4,94

La opción de los ingresos vitalicios también reviste interés para el titular de un seguro de capitalización; además de proteger al beneficiario designado, ya que el capital se le podrá pagar con el plan opcional que más le convenga si el asegurado fallece durante la existencia de la póliza; también puede suponer unos ingresos durante el resto de su vida si el asegurado sobrevive al período de capitalización. En otras palabras, si la póliza madura con un siniestro por fallecimiento, el beneficiario percibe el importe del seguro a través de la opción elegida por el asegurado, mientras que si madura como capitalización, el propio asegurado recibirá la suma en forma de renta vitalicia; en este último caso la cuantía de cada plazo dependerá de la edad del asegurado a la maduración, del sexo y del número de pagos garantizados, en su caso.

La opción de los intereses tiene algunas de las ventajas y des-

ventajas de la liquidación al contado. Puede resultar conveniente en aquellos supuestos en que el asegurado desea que los intereses se distribuyan al beneficiario y el principal se pague a un tercero o a una institución al cabo de un cierto período, a su fallecimiento o al tener lugar un hecho futuro cierto. Sus ventajas se deben a la flexibilidad que le presta la posibilidad de la interrupción del método para ejercitar el derecho a cambiar de opción. Por ejemplo, la decisión en favor de una opción de ingresos vitalicios cuando el beneficiario no haya alcanzado todavía la edad de cincuenta y cinco, sesenta o sesenta y cinco años, no es lo más aconsejable; si el asegurado muere antes, el importe del seguro puede quedar en la compañía bajo la opción de los intereses hasta que el beneficiario cumpla, digamos, los sesenta y cinco años, en cuyo momento podrá elegir la opción de ingresos vitalicios que le convenga.

Utilización concurrente y sucesiva de las opciones de liquidación

Ya se ha dicho que el asegurado puede decidir sobre la forma de cobro del importe del seguro. En muchos casos, el asegurado es de la opinión que puede proteger mejor los intereses de los beneficiarios mediante la elección de una combinación de opciones de liquidación; puede, además, decidir si estas opciones elegidas van a actuar de forma concurrente, sucesiva, o concurrente y sucesiva simultáneamente. Por ejemplo, las opciones pueden operar concurrentemente si el importe del seguro se divide en dos o en varias partes, para que cada una se someta a una opción distinta; una parte puede acogerse a la opción al contado, para el pago de los gastos de última enfermedad, de enterramiento, de testamentaría, etc., y el resto quedaría en manos de la aseguradora. Parte de este resto se podría acoger a la opción de los intereses, designando los beneficiarios que vayan a percibirlos. El asegurado puede, si lo desea, designar uno o varios beneficiarios secundarios para que perciban los pagos de intereses si el beneficiario primero fallece dentro de un plazo determinado; al mismo tiempo, se dispone el destino que haya de darse al principal (4). La otra parte de los fondos depositados por la aseguradora podrían pagarse a un beneficiario en forma de ingresos vitalicios, con o sin garantía mínima del número de pagos. Si se estipula un número mínimo de pagos garantizados habrá que designar uno o varios beneficiarios secundarios para que cobren los plazos pendientes en caso de fallecimiento del primero.

El asegurado también puede decidirse por la utilización de las opciones de forma sucesiva, en lugar de concurrente. Puede disponer que el beneficario reciba unos ingresos a partir de una cierta edad, por ejemplo sesenta años, y si fallece antes de cumplirla, los fondos queden en la compañía bajo la opción de los intereses, pagaderos a los beneficiarios que designe. En todo caso, al llegar a la edad especificada entraría en juego la opción de los ingresos vitalicios, con o sin pagos mínimos garantizados.

También cabe el uso concurrente y sucesivo al mismo tiempo. Un ejemplo de esta combinación sería el mismo caso citado del uso de las opciones concurrentes, en el que los fondos aplicados a la opción de los intereses al final de un cierto período, pasarían a la opción del período fijo con plazos iguales durante un tiempo determinado, a la opción del importe fijo durante el tiempo que el principal y los intereses permitan, o a cualquier otra opción permitida por la aseguradora.

Normas prácticas fundamentales

No conviene olvidar que las cláusulas de liquidación de muchos contratos se limitan a reconocer al asegurado, o al beneficiario de una liquidación al contado al fallecimiento de aquél, el derecho a elegir una opción de entre varias, en lugar del metálico, con pagos que comienzan inmediatamente. En la práctica, las compañías han reconocido la diversidad de posibles necesidades de sus clientes, que no pueden ser satisfechas plenamente con una estricta aplicación de las cláusulas contractuales de op-

(4) La norma de Derecho Común «contra las manos muertas» prohibe la afectación de los fondos durante un tiempo superior a las vidas de los que existan al momento de su creación y veintiún años más. Algunos Estados tienen en vigor normas más estrictas. Véase, más adelante, «Norma contra las manos muertas».

ciones. Para un mejor servicio, las aseguradoras permiten otros tipos de acuerdos que exceden de los límites contractualmente fijados. Como las reglas prácticas se basan en el buen juicio, en la filosofía y en la experiencia, es lógico que haya profundas diferencias entre los servicios extracontractuales prestados por las diversas compañías en este campo de los convenios de liquidación.

Hay publicaciones que relacionan detalladamente los diversos servicios prestados por las compañías (5), pero la fuente de información más lógica y fehaciente la encontramos en las propias aseguradoras. A continuación facilitamos algunas reglas básicas que nos harán comprender mejor los problemas que se plantean.

Quién puede elegir las opciones.—Lo normal es que sea el propio asegurado el que pueda establecer el sistema para el pago del seguro; también el beneficiario puede elegir una opción de ingresos en lugar del cobro al contado, o tener la facultad de elegir de acuerdo con lo estipulado.

Por lo general, las pólizas se emiten a propuesta de un futuro asegurado, que será el titular de la póliza; pero en otros casos es una persona distinta del asegurado la que propone el seguro y es titular y propietario absoluto. En estos casos, el tercero, que es el propietario, paga normalmente la prima. Por ejemplo, estos contratos son usuales en las empresas y dentro de la familia, en la que la esposa puede asegurar a su marido, a los hijos, o viceversa. El problema de la titularidad tiene su importancia cuando hay que aplicar el principio de que las opciones las elige el propietario de la póliza. En la práctica, la decisión sobre un plan de liquidación en un caso concreto puede depender de si el titular es persona física o jurídica, así como de la naturaleza del beneficario. Por ejemplo, muchas compañías establecen que el beneficiario (en un plan de liquidación en forma de ingresos) ha de ser una persona física; otras compañías no permiten al cesionario la elección de una opción de liquidación. Normalmente el titular de la póliza es el que puede elegir entre las diversas opciones de liquidación a efectuarse en su propio favor, bien sea

(5) *Diamond Life Bulletins; Flitcraft Compend, Settlement Options*, de FLITCRAFT; *Handy Guide; Little Gem; The Insurance Research and Review Inc., Advanced Underwriting Service.*

empleando los fondos de una capitalización madurada o de un contrato de ingresos de jubilación, o bien mediante la dedicación de un valor de liquidación a una de las opciones ofrecidas. No se debe olvidar que muchos contratos no recogen la estipulación del derecho a colocar el valor de liquidación bajo una de las opciones, pero es bastante usual que la compañía incluya este privilegio, si así se solicita.

Lo más normal es que a las compañías titulares de pólizas no se les restrinja la elección de las opciones de liquidación en favor de beneficiarios individuales; además, cuando la compañía (siempre que no sea fiduciaria) solicita acudir a las opciones *en provecho propio*, siempre que se trate de una operación legal, jamás tropieza con dificultades por parte de la aseguradora. Por ejemplo, una compañía quiere pagar una pensión de jubilación al asegurado, o bien desea continuar pagando el importe de su sueldo a sus familiares durante un plazo determinado después de su fallecimiento.

Por regla general, las aseguradoras no permiten el uso de las opciones en favor de los fideicomisarios, pero cuando son titulares de la póliza o han sido designados beneficiarios, pueden elegir entre las opciones a favor de determinados beneficiarios fiduciarios.

Requisitos del importe mínimo.—La mayoría de los contratos establecen que bajo cualquier opción no puede colocarse jamas una suma que sea inferior a los $ 1.000; algunas compañías han elevado este límite hasta $ 2.000. De otro lado, los pagos aplazados no pueden ser inferiores a $ 10 mensuales (en algunas compañías, $ 20 ó $ 25). Estos requisitos del importe mínimo se aplican a *cada participación* reservada a cada beneficiario por separado, y a *cada fondo*, cuando el importe del seguro se ha dividido en dos o varios fondos para aplicarles *opciones diferentes.*

En relación con la opción del importe fijo, se exige también que los pagos no sean inferiores al 5 por 100 (en otros casos el límite es más alto) del principal primitivo; así se intenta garantizar que el principal y los intereses se agotan dentro de un plazo razonable.

Duración de la liquidación planeada.—La duración del plan de la liquidación está en relación con la índole de los beneficiarios

y con el tipo de las opciones implicadas. Casi todas las compañías facilitan un servicio de liquidación diferida, con el fin de satisfacer las necesidades del primer beneficiario y del o de los secundarios. Por ejemplo, un plan concreto puede ser continuado durante la vida del cónyuge supérstite y hasta que los hijos del titular fallecido lleguen a la edad adulta; es lo más usual que la liquidación realizada al beneficiario secundario lo sea en forma de pago al contado y de una sola vez, pero cuando los beneficiarios secundarios son los padres del titular, muchas compañías permiten que se les aplique un plan de percepción de ingresos. La idea central es la de ampliar el servicio de la liquidación diferida para que dé satisfacción a las necesidades de la familia inmediata del titular del seguro.

La elección de una opción puede limitar aún más la duración de un plan de liquidación. Por ejemplo, la opción de los intereses no puede ser normalmente elegida para varias clases sucesivas de beneficiarios, pues de este modo los ingresos garantizados de los intereses se prolongarían excesivamente en el futuro. La práctica de las aseguradoras presenta notables diferencias; en la mayoría de los casos los fondos se pueden dejar en poder de la compañía durante la existencia del beneficiario principal o hasta un máximo de treinta años; otras compañías amplían este plazo para incluir también la vida del beneficiario secundario. A pesar de las diferencias prácticas, se puede afirmar que ninguna compañía extiende los ingresos de los intereses hasta un beneficiario terciario.

En la base a las opciones de ingresos vitalicios, los períodos tienen unos límites de veinte años o de menos, excepto en los casos de opción con devolución elegida a edad joven. En los supuestos de período y de importe fijos, el período máximo normalmente permitido es el de treinta años.

El privilegio de la retirada de fondos.—La flexibilidad de cualquier plan de liquidación se consigue con el privilegio de los reembolsos; las limitaciones impuestas al derecho a la retirada de fondos están normalmente dictadas por la persona que eligió la opción. Las compañías tienden, por regla general, a evitar unos convenios excesivamente prolongados y complejos; es usual que impongan unas normas sobre la *frecuencia* de los reembolsos

permitidos y sobre el importe *mínimo* de cada uno. Los convenios incluyen normalmente la cláusula de que las retiradas de fondos sólo se pueden hacer al vencimiento de los intereses o de los plazos (limitadas, a veces, a tres, cuatro o seis por año), y la cantidad mínima que se puede retirar de una vez acostumbra a ser de $ 100, pero en otros casos no se le fija un mínimo, con un máximo de hasta $ 500.

Las aseguradoras se reservan generalmente el derecho a demorar las retiradas de metálico durante un período que no puede exceder de seis meses. Esta condición se corresponde con la cláusula standard que permite el retraso de hasta 180 días en el pago de los valores de anticipo y de rescate.

El privilegio de la retirada de fondos se reconoce cuando éstos siguen en poder de la compañía bajo las opciones de los intereses o del importe fijo, pero no cuando se trata de las opciones del período fijo o de los ingresos vitalicios, ya que se desvirtuaría la naturaleza propia de estas opciones si contuvieran la posibilidad de una retirada de fondos. Sin embargo, algunas compañías permiten la retirada de la *totalidad* del valor de los pagos garantizados.

El derecho a cambiar de una opción a otra.—Para una mayor flexibilidad de los planes de liquidación, al beneficiario se le reconoce a veces el derecho a cambiar de una opción a otra. Las opciones de los intereses y del importe fijo son las más flexibles, pero ciertas compañías también reconocen este privilegio en las opciones de período fijo y de ingresos vitalicios, generalmente con el objeto de liquidar el valor de los plazos pendientes en favor de beneficiarios secundarios.

El derecho al aumento de los pagos.—Otro privilegio que puede ser incorporado al plan de liquidación es el del aumento de la cuantía de los pagos, algo frecuente cuando se trata de la opción del importe fijo. Su necesidad, recientemente sentida, nació en relación con la coordinación con las prestaciones de la Ley de Seguridad Social; este derecho es útil cuando se trata de combatir el coste creciente de la vida o de compensar por la pérdida de ingresos procedentes de otras fuentes. El titular de la póliza puede establecer los límites máximos de los ingresos, como por

ejemplo cuando estipula que «no han de exceder de quinientos dólares al mes». La facultad de aumentar los pagos de ingresos puede estar limitada a un período de tiempo a partir de una fecha fijada, o bien ejercitarse en cualquier momento. Algunas compañías también limitan el número de veces que pueda ejercitarse el derecho.

Beneficiarios primarios y secundarios.—Para satisfacer las necesidades del beneficiario primario caben innumerables combinaciones de opciones, pero cuando se trata de beneficiarios secundarios se aplican ciertas restricciones a las facultades, así como a las posibles combinaciones de opciones. El término «beneficiario secundario» se aplica a aquellas situaciones en las que el primario sobrevive al asegurado, fallece antes de recibir todo el importe y el saldo es pagadero a terceros. Las compañías siguen normas distintas, que dependen del tipo de la opción que esté en vigor a la fecha del fallecimiento del primer beneficiario.

Cuando éste muere durante la vigencia de una opción de intereses, casi todas las compañías permiten la liquidación al beneficiario secundario en base a cualquier opción a plazos, e incluso bajo la opción de los intereses durante un período limitado de tiempo. Cuando se trata de las opciones de importe fijo, de período fijo y de ingresos vitalicios, las compañías siguen prácticas diferentes, aunque por lo general tienden a permitir la conmutación de los plazos garantizados y la liquidación de su valor en base a la opción de los intereses o de cualquier otra opción a plazos. Debe recordarse que en estas situaciones conviene evitar los acuerdos automáticos, ya que el saldo, al fallecimiento del primer beneficiario, puede ser muy exiguo.

Casi todas las compañías permiten el convenio de liquidación por el que, a la muerte del primer beneficiario, los plazos en curso de pago son abonados al secundario.

Como ya se ha dicho, el derecho del beneficiario primario, facultado para recibir una liquidación al contado, a la elección de una opción se hace constar normalmente en el contrato básico. Si el beneficiario primario o primitivo premuere al asegurado, el primer beneficiario contingente estará facultado para elegir la opción; por el contrario, si el beneficiario primario sobrevive al asegurado, a su fallecimiento no se acostumbra a reconocer

al beneficiario secundario con derecho a una liquidación al contado, la facultad de elegir una opción para su propia liquidación. Además, ciertas compañías no reconocen al beneficiario primario el derecho a designar a uno secundario para que perciba los plazos pendientes que, en caso contrario, se habrían pagado al contado a la herencia yacente del beneficiario primario.

ASPECTOS JURIDICOS DE LAS OPCIONES DE LIQUIDACION

Hasta aquí nos hemos ocupado de muchos aspectos jurídicos de las opciones de liquidación; sin embargo, no hemos dedicado una atención directa a ciertas ideas de gran importancia, que nos harán apreciar las razones que motivan las limitaciones y restricciones impuestas a las opciones.

Hemos de recordar que los Estados tienen poderes suficientes para promulgar leyes relativas a la interpretación de los contratos de seguros de vida; cuando no exista norma estatal aplicable, habrá que acudir al «derecho común» del Estado en cuestión. De otro lado, también es aplicable la ley federal, como sucede en el caso de la quiebra y en relación con la imposición de gravámenes tributarios. Sin embargo, cuando el Estado reconoce unas exenciones concretas, la ley federal ha de someterse a la local.

Naturaleza jurídica

Ya se admite comúnmente que cuando dos partes estipulan un contrato de seguro de vida *en beneficio de un tercero*, éste puede exigir su cumplimiento.

La cláusula beneficiaria y los convenios de liquidación del contrato son ejemplos típicos de lo que se acaba de afirmar. El beneficiario puede, en su propio nombre y derecho, accionar en demanda del pago del seguro, una vez demostrado el fallecimiento.

A la muerte del asegurado se crea una relación contractual entre la aseguradora y el beneficario (una relación deudor-acree-

dor), tanto si el importe ha de pagarse al contado, como si entra en juego la opción de los intereses o cualquiera de ingresos. Si el titular del seguro fijó en vida el convenio de liquidación, la operación práctica del acuerdo se considera, una vez fallecido el asegurado, como una simple continuación de la cláusula beneficiaria; por el contrario, cuando es el beneficiario primario con derecho a cobrar al contado el que elige la opción de liquidación, algunos tribunales han estimado que existe una relación contractual *nueva* y *directa* entre la compañía y el beneficiario. No obstante, en ambos casos, éste podrá exigir siempre el cumplimiento del contrato o del convenio posterior.

Convenio de liquidación y su diferencia del fideicomiso

Ya se sabe que el convenio de liquidación no constituye un fideicomiso (6). Entre la compañía y el beneficiario se crea una relación de deudor a acreedor. La aseguradora se compromete a pagar, y ello constituye una obligación general *respaldada por todo el activo de la compañía;* no implica la obligación de conservar un patrimonio separado. La obligación de la compañía es absoluta sin que importe la suma elevada o reducida de ingresos que perciba con este fondo. Lo dispuesto en el convenio de liquidación, según el cual la compañía puede mezclar el importe del seguro con el resto del activo de la empresa, es algo totalmente opuesto a la idea del fideicomiso.

Debe añadirse que la aseguradora (siempre que lo autorizaran los estatutos) *podría* retener el importe a modo de fideicomiso, pero esto se ha hecho muy rara vez. Hoy se sigue la costumbre de que el importe del seguro constituye una deuda de la aseguradora, y es precisamente la inclusión de estos fondos en el activo administrado por la compañía la que permite la estabilidad y la seguridad que pocas inversiones pueden ofrecer.

Convenios de liquidación como actos de disposición

La expresión «disposición por testamento» denota la transmisión de la propiedad, por título sucesorio, al fallecimiento del

(6) GEORGE G. BOGERT: *Law of Trust and Trustees* (Kansas City, Mo., Vernon Law Book Co., 1951).

titular. El derecho exige que esta disposición sólo se pueda hacer en testamento otorgado con las debidas formalidades legales. Las cláusulas del contrato de seguro de vida para el pago del importe al fallecimiento se consideran válidas, aunque no sea testamento y aunque el asegurado se haya reservado el cambio de beneficiario (7). Las estipulaciones para el pago, sea al contado, sea a plazos, se consideran como una excepción universalmente admitida a las normas de la transmisión por testamento (8).

La norma contra las manos muertas

Es de interés general que la propiedad se halle sometida al tráfico jurídico; por ello, ciertas normas limitan la duración con que los titulares de una cosa puedan reservársela para su propio goce. La regla de derecho común «contra las manos muertas» dispone que la investidura de una propiedad no pueda prolongarse durante un tiempo superior al de la vida o vidas humanas aumentada en veintiún años. Esta limitación temporal es de veintiún años a partir del fallecimiento de la persona, viva al al tiempo del negocio jurídico contados desde la fecha en que la propiedad se transfiera o se haya originado el interés.

Esta norma de derecho común ha sido objeto de modificación en algunos Estados. En el de Nueva York, la ley establece que el dominio absoluto sobre un objeto de propiedad personal no podrá ser suspendido por ninguna limitación o condición que dure más de dos vidas humanas, existentes al momento de la creación de la limitación o de la condición (9).

Han sido muy pocos los pleitos surgidos sobre este particular (10), aunque se estime que esta norma contra las manos muer-

(7) Véase HARRY S. REDECKER, y CHARLES REID: *Life Insurance Settlement Options*, edición revisada (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1964), págs. 133-35.

(8) El problema ha sido suscitado en dos ocasiones, con motivo de la elección de una opción por parte del *beneficiario* con derecho a una liquidación al contado. Véase *Mutual Life Insurance Co., v. Ellis*, 125 Fed. 2d 127 (2d Cir. 1942); y *Hall v. Mutual Life Insurance Co.* of N.Y., 109 NYS 2d 646, confirmada 122 NYS 2d 239 (1953).

(9) Sección 11 de la Ley sobre la Propiedad Personal del Estado de Nueva York.

(10) En *Holmes v. John Hancock Mutual Life Insurance Company*, 228 N.Y. 106, 41 N.E. 2d 909 (1942), el tribunal mantuvo que la norma del Estado de Nueva York no era aplicable a un convenio de liquidación.

tas no es aplicable a los convenios de liquidación, ya que éstos sólo dan nacimiento a relaciones deudor-acreedor. Sin embargo, las compañías procuran evitar la aplicación de esta norma prohibiendo acuerdos que vayan en contra de la misma. En la práctica, las necesidades de la familia pueden ser perfectamente atendidas dentro de estas limitaciones.

La norma contra las acumulaciones

Esta norma prohibe la acumulación de ingresos durante un período que no sea razonable. Todas las leyes estatales permiten la acumulación durante la minoría de edad del beneficiario con derecho a los ingresos, pero las prohiben en el caso del adulto. En algunos Estados se permite la acumulación de ingresos durante un tiempo determinado, como pueden ser diez años, aunque el beneficiario sea mayor de edad.

Por regla general, las leyes que restringen la acumulación de los ingresos se aplican fundamentalmente a las opciones de liquidación del seguro de vida. Las aseguradoras permiten normalmente acumulaciones de intereses en opciones de liquidación, *únicamente* durante la minoría del beneficiario, con independencia de si la ley estatal hace referencia directa a las opciones de liquidación; algunas compañías no permiten ningún tipo de **acumulación.**

BIBLIOGRAFIA de la PARTE III

BLAKESLY, ARTHUR L.: «The Variable Annuity Today», en *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters,* vol. XXII, núm. 3 (abril 1968).

COUCH, GEORGE JAMES: *Couch Cyclopedia of Insurance Law,* 2.ª edición, por Ronald A. Anderson (Rochester, N. Y., Lawyers Co-operative Publishing Co., 1959-68).

DAY, J. EDWARD, y MEYER MELNIKOFF: «The Variable Annuity as a Life Insurance Company Product», en *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters,* vol. X, núm. 1 (diciembre 1955).

ELLIOT, C. B.: *A Treatise on the Law of Insurance* (Indianápolis, Bobbs-Merrill, 1907).

GREIDER, JANICE E., y WILLIAM T. BEADLES: *Law and the Life Insurance Contract,* 3.ª edición (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1974).

HERRICK, KENNETH W.: *Total Disability Provisions in Life Insurance Contracts,* S. S. Huebner Foundation Studies (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1958).

INSTITUTE OF LIFE INSURANCE: *The Nature of the Whole Life Contract,* (Nueva York, junio 1974).

KRUEGER, HARRY, y LELAND T. WAGGONER (eds.): *The Life Insurance Policy Contract* (Boston, Little Brown, 1953).

LIFE INSURANCE MARKETING AND RESEARCH ASSOCIATION: *What Does She Do Now?* (Hartford, Conn., Life Insurance Marketing and Research Association, 1971).

MCGILL, DAN M. (ed.): *The Beneficiary in Life Insurance,* S. S. Huebner Foundation Lectures (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1956).

MEHR, ROBERT I.: *Life Insurance: Theory and Practice* (Austin, Texas, Business Publications, Inc., 1970).

MEYER, WILLIAM F.: *Life and Health Insurance Law* (Rochester, N.Y., Lawyers Co-operative Publishing Co., 1972).

NATIONAL UNDERWRITER COMPANY: *Who Writes What?* (Cincinnati, O., 1974).

PATTERSON, E. W.: *Essentials of Insurance Law* (Nueva York, McGraw-Hill, 1957).

REDECKER, HARRY S., y CHARLES K. REID, II: *Life Insurance Settlement Options,* edición revisada (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1964).

RICHARDS, GEORGE: *The Law of Insurance,* 5.ª edición (póstuma), por Warren Freedman (Nueva York, Baker, Voorhis & Co. Inc., 1952).

SCHWARZSCHILD, STUART: *Rights of Creditors in Life Insurance Policies,* S. S. Huebner Foundation Studies (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1963).

parte IV

PRODUCTO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

16

Planes para hacer frente a los costes de atención médica

Las compañías de seguros ofrecen una gama variada de coberturas frente a las consecuencias económicas de la incapacidad. Además del seguro «ordinario» individual de enfermedad, existen coberturas a través de: 1) apéndices al seguro de vida para el caso de la incapacidad; 2) contratos industriales; 3) pólizas colectivas.

Podemos también citar otros planes para hacer frente a los gastos de atención médica: 1) planes privados, y 2) planes sociales de seguro (1). Entre los primeros, que no son de tipo comercial, podemos mencionar el seguro de hospitalización(*Blue Cross*), el de servicio médico (*Blue Shield*) y el de los planes independientes (sindicatos, sociedades benéficas, sociedades médicas, planes colectivos privados, etc.). El seguro de tipo social está representado por dos planes estatales (el seguro de accidentes del trabajo y los planes obligatorios de enfermedad) y por varios programas federales de seguro (OASDI, Medicare y Medicaid, el seguro de vida gubernamental, las prestaciones por invalidez, las prestaciones a los retirados, el Sistema de Retiro de los Ferroviarios, etc.).

El presente capítulo se ocupará, de forma resumida, de los planes más importantes dedicados al pago de los gastos médicos;

(1) En la expresión *plan* se incluye cualquier instrumento o mecanismo, público o privado, que facilite la financiación de los costes de las atenciones sanitarias.

los capítulos que siguen se ocupan de las cláusulas del contrato individual de seguro de enfermedad y de los métodos para conseguir hoy estas coberturas en el campo del seguro privado. La tabla 16.1 refleja el número de personas con cobertura de seguro de enfermedad, según el tipo de seguro, en aseguradoras privadas y en otras organizaciones no gubernamentales.

TABLA 16.1

Número de personas con cobertura de seguro de enfermedad, según el tipo de la misma, en los Estados Unidos (en millares)

Al final del año	*Gastos de hospitalización*	*Gastos quirúrgicos*	*Gastos médicos ordinarios*	*Gastos médicos de importancia*	*Ingresos por incapacidad*	
					A corto plazo	*A largo plazo*
1968	156.952	145.867	126.675	55.298	55.013	7.718
1972	167.019	155.173	139.704	78.154	60.396	14.130
1973	170.256	159.462	143.155	81.170	61.984	15.332

FUENTE: «Sourcebook of Health Insurance Data», 1974-75, p. 5.

PLANES DE SEGURO DE ENFERMEDAD OFRECIDOS POR LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS

Nuestro estudio ha de mantenerse en un plano general a causa de la multiplicidad de contratos y de las diferencias existentes entre una compañía y otra.

Seguro individual de enfermedad

Las coberturas individuales (2) del seguro de enfermedad pueden agruparse en dos categorías: el seguro de ingresos por incapacidad y el seguro de los gastos médicos.

El seguro de *ingresos por incapacidad* ofrece el pago de cantidades periódicas cuando el asegurado no puede trabajar a causa de la enfermedad o del accidente. La prestación básica consiste en un sustitutivo de sus ganancias que, por lo menos, suponga una parte de los ingresos del individuo.

(2) En esta obra, a no ser que expresamente se indique lo contrario, el *seguro individual de enfermedad* significa el seguro emitido a individuos, siempre que no se trate de contratos industriales de seguro de enfermedad.

Por regla general, estas pólizas pueden subdividirse en dos grupos: 1) pólizas que solamente cubren la incapacidad producida por lesión personal; 2) las que cubren los riesgos de enfermedad y de accidente. Los contratos son similares en uno y otro caso, con la única excepción del riesgo cubierto. Como la enfermedad es causa más frecuente de la incapacidad que el accidente, la póliza que sólo cubra este segundo riesgo se entiende que cubre un riesgo limitado.

La suma total de las prestaciones que resulten pagaderas en base a una póliza concreta depende en gran medida de tres factores: 1) del importe de la indemnización mensual (o semanal); 2) de los períodos de carencia; 3) de los períodos máximos de las prestaciones. El asegurado tiene a su elección un elevado número de opciones, con el fin de que consiga la cobertura global que mejor se ajuste a sus propias necesidades.

El seguro de los *gastos médicos* ofrece sus prestaciones para los supuestos de atención médica; la expresión «atención médica» no incluye solamente los servicios médicos y quirúrgicos del profesional, sino también los de hospital, enfermeras y demás atenciones exigidas, así como los gastos de suministros y de equipo. Por consiguiente, el seguro de los gastos médicos abarca una amplitud de beneficios relativos a todo tipo de gastos relacionados con la atención médica y con sus correspondientes servicios. Estos riesgos afectan a todos sin excepción, y por esta razón este tipo de seguro cubre por regla general a la familia, y no únicamente al que gana el sustento, como sería el caso en el seguro de ingresos por incapacidad.

El campo de atención médica cubre un amplio espectro de servicios y suministros, cuyo gasto se puede agrupar en las siguientes subdivisiones:

Gastos de hospitalización.
Gastos quirúrgicos
Gastos médicos (3)
Gastos de enfermeras.

(3) En la acepción limitada de servicios no quirúrgicos de un profesional de la medicina.

La cobertura contra estos gastos puede conseguirse, en un grado más o menos elevado, por medio de los diversos tipos de pólizas existentes en el mercado del seguro privado. En el capítulo que sigue estudiaremos los contratos individuales de seguro de enfermedad, pero para tener una mejor idea de nuestro estudio general, conviene ofrecer un resumen de los diversos planes de seguro ofrecidos por ciertas aseguradoras.

Plan de gastos hospitalarios y quirúrgicos. — La tabla 16.2 ofrece un resumen de un plan típico de cobertura de los gastos hospitalarios y quirúrgicos. El plan puede ser renovado hasta cumplir la edad de sesenta y cinco años, con el derecho a modificar las primas de acuerdo con la clasificación de la aseguradora. Los hijos están cubiertos hasta la edad de veintitres años, si no

TABLA 16.2

Ejemplo de plan para gastos quirúrgicos y de hospitalización

Breve descripción del plan:

I. Prestaciones de gastos de hospitalización y cirugía.

- **A)** Hospital, habitación, manutención y servicios ordinarios: Hasta $ 50 por día durante un período de 365 días de hospitalización a causa de accidente o de enfermedad, con una franquicia de entre $ 50 y $ 100.
- **B)** Gastos adicionales de hospitalización: Hasta $ 1.000 por hospitalización u hospitalizaciones a causa de una determinada enfermedad o accidente, con inclusión de los cargos de quirófano, anestesia, vendajes, laboratorio, medicinas y drogas, rayos X y fluoroscopio, oxígeno, servicio de ambulancias y demás servicios sanitarios.
- **C)** Visitas al hospital por parte del médico: Hasta $ 9 por día de internamiento, sin que excedan de 30 días para las visitas durante las hospitalizaciones debidas a una sola enfermedad o accidente.
- **D)** Operaciones quirúrgicas: Hasta $ 1.350, de acuerdo con el cuadro y dependiendo de la índole de la operación u operaciones, por cada accidente o enfermedad.
- **E)** Prestaciones de gastos por maternidad: Hasta $ 500, dependiendo del resultado del embarazo.

TABLA 16.2 (*continuación*)

II. Gastos no cubiertos.

- A) Gastos derivados de enfermedad o lesión contraída o iniciada antes de la entrada en vigor de la cobertura (se renuncia a esta excepción al cabo de dos años).
- B) Enfermedad o lesión cubierta por seguro de accidentes de trabajo o por leyes sobre enfermedadas profesionales.
- C) Enfermedad o lesión debida a guerra, a cualquier acto bélico o durante el servicio militar.
- D) Hospitalización, casa de convalecencia, servicios o suministros en establecimientos del gobierno de los Estados Unidos.
- E) Hospitalización en una casa de reposo, o de convalecencia, en residencia de ancianos, o en establecimientos preferentemente dedicados al tratamiento de alcoholicos o de drogadictos.
- F) Gastos derivados de trabajos dentales, excepto los originados por la hospitalización, la manutención y los servicios ordinarios y gastos adicionales, mientras dure el internamiento.
- G) Gastos de internamiento como consecuencia del intento de suicidio.
- H) El embarazo, a no ser que esté cubierto por las prestaciones específicas de maternidad.

III. Otros aspectos.

- A) La garantía completa, con renovación garantizada, continúa con cada adulto hasta que cumpla los 65 años, y con cada hijo hasta los 23, si antes no se casa o deja de depender del hogar paterno. La cobertura de los hijos incapacitados puede continuar, sin limitarla hasta los 23 años (a los hijos se reconoce el privilegio de «conversión»).
- B) La opción de compra, a los 65 años, sin presentar prueba de asegurabilidad, de una póliza especial.
- C) Una cobertura más amplia gracias al apéndice opcional de Gastos Médicos Complementarios (honorarios médicos no hospitalarios, servicios de laboratorio, gastos de tratamiento con rayos X, gastos de enfermera, gastos de casa de convalecencia, etc.).
- D) La tarifa no podrá modificarse si la compañía no cambia la tabla de tarifas para todas las pólizas del mismo grupo.

Ejemplo de tarifas de primas brutas con participación en los beneficios

	Franquicia	*Prestación por dia de hospitalizacion*	*Prestaciones máximas por cirugia*	*Beneficio de visita médica*	*Prestación por maternidad*
Plan A	$ 100	$ 50	$ 1.350	$ 9	$ 500
Plan B	100	40	1.200	8	400
Plan C	50	30	900	6	300

TABLA 16.2 (*continuación*)

Edad a la emisión	Plan A		Plan B		Plan C	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
18-25	no disponible		no disponible		$ 104,81	$ 141,29
26-30	no disponible		no disponible		108,51	149,34
31-35	$ 181,58	$ 253,19	$ 148,63	$ 207,14	113,87	157,39
36-40	195,45	267,01	159,74	218,31	121,79	165,28
41-45	211,09	277,76	172,27	226,99	130,77	171,33
46-50	234,69	290,38	191,21	237,17	144,51	178,51
51-55	262,92	307,50	213,89	250,87	160,99	188,39
56-60	295,24	337,38	240,13	274,71	180,14	205,71
Niño *	72,79	72,79	57,03	57,03	44,90	44,90

* Cada hijo soltero entre las edades de 15 días y 23 años, emitido para todas las clasificaciones normales de profesiones (generalmente no se exige el examen médido o para-médico).

se han casado ni han dejado de vivir bajo el mismo techo. Se reconoce la facultad de conversión en favor de estos hijos, que ha de ser ejercitada dentro de los treinta y un días siguientes a la terminación de la cobertura. Cuando ésta termina automáticamente a los sesenta y cinco años, el individuo puede contratar, dentro de los treinta y un días siguientes, una póliza especial para dicha edad sin necesidad de presentar prueba de asegurabilidad.

La póliza se emite para casi todos los grupos profesionales, en favor de:

1. Solteros y solteras con edades de 18 a 60 años.
2. Cabezas de famila, para su propia cobertura y la de sus miembros con derecho a protección; entre éstos hay que mencionar al cónyuge hasta la edad de 60 años, y a los hijos a su cargo con edades entre 15 días y 23 años. La propuesta ha de comprender a todos los miembros con derecho a cobertura, a excepción de:
   a) Miembros de la familia en servicio militar.
   b) Cuando el marido o la esposa tiene un plan de grupo de Blue Cross o de gastos de hospitalización, la póliza lo ha de excluir de su cobertura.

En la tabla 16.2 se hacen constar las cuantías de unas prestaciones concretas en tres tipos de planes. La prima anual del Plan A, con un contrato emitido al marido con cuarenta años de edad, con inclusión de su esposa y de un hijo de seis años, asciende a $ 521,43. En el Plan B, la prima sería de $ 423,91, y en el Plan C, de $ 324,08. El Apéndice Opcional Suplementario de Gastos Médicos aumentaría la prima en $ 78. Caben otras combinaciones de cobertura.

Plan de gastos médicos de importancia.—La tabla 16.3 presenta un resumen de un plan individual de gastos médicos de importancia, con una franquicia de $ 500, de $ 1.000 ó de $ 1.500, según sea el plan elegido, con prestaciones máximas de $ 10.000, de $ 20.000 ó $ 30.000, respectivamente (por lo general las compañías tienen contratos con topes más altos). La cobertura se ajusta al patrón de los gastos médicos de importancia, aunque no lo haga en base a porcentaje (coaseguro) para todo tipo de gastos. Para cada enfermedad o accidente concretos se establece un período máximo de prestaciones de tres años.

TABLA 16.3

Ejemplo de un plan de seguro individual de gastos médicos de importancia. Breve descripción del plan.

I. Gastos médicos cubiertos.

A) Hospital: los cargos hospitalarios de habitación, manutención y atenciones sanitarias generales que no excedan de un importe por día de $ .....; los cargos hospitalarios de habitación, manutención y atenciones sanitarias en una unidad de cuidados intensivos, hasta un importe por día de $ .....

B) Cirugía: Las facturas de un médico o cirujano por realizar la operación, incluyendo los cuidados postoperatorios durante un período de dos semanas inmediatamente siguientes a cada intervención, hasta el importe máximo fijado en el cuadro quirúrgico de la póliza; las facturas de médicos o cirujanos que ayuden a la realización de la operación, hasta un máximo del 15 por 100 del importe del cuadro quirúrgico.

C) Honorarios del médico: Las facturas por la atención médica que no sea intervención quirúrgica ni administración de anestesia; limitaciones separadas para los especialistas y para las visitas iniciales.

D) Servicios de enfermera: El 80 por 100 del cargo de enfermera privada. Los servicios de una enfermera diplomada originados durante la hospitalización, siempre que no sea en una unidad de cuidados intensivos; el 50 por 100 de estos cargos, causados cuando no se esté internado en el hospital.

E) Casa de convalecencia: Los cargos de una casa de convalecencia por habitación, manutención y atenciones sanitarias generales,

TABLA 16.3 (*continuación*)

hasta un límite de 30 días por cada internamiento, y hasta un total de 100 días dentro de cada período de prestaciones, sin exceder de un importe diario de $ ..... El internamiento ha de estar precedido por al menos cinco días de hospitalización en razón del mismo mal, y comenzar dentro de los 14 días siguientes al alta de dicha hospitalización.

F) Servicios médicos y suministros: el 80 por 100 de casi todos los demás servicios médicos y suministros.

G) Transporte: el 80 por 100 del cargo del transporte en ambulancia profesional.

H) Odontología: Los cargos de odontología precisos: a) como consecuencia de lesión sufrida por dientes sanos por naturaleza; o b) en relación con el tratamiento de un tumor maligno; el 80 por 100 de cualquier otro gasto de trabajos bucales prestados por un dentista o de trabajos de prótesis dental.

I) Cirugía estética: Los gastos causados por la cirugía estética: a) para corregir la situación derivada de una lesión; o b) para corregir una anomalía congénita de un niño.

J) Enfermedad mental: gastos médicos causados en el tratamiento de la enfermedad mental o de los desórdenes nerviosos, siempre que sean causados cuando se esté internado en un hospital, hasta un importe máximo de $ .....

II. La póliza no cubre.

A) Los gastos derivados de: las lesiones sufridas o de enfermedad contraída o iniciada ante la entrada en vigor de la póliza; el embarazo normal, el parto o el aborto; el intento de suicidio, la guerra, cualquier acto bélico o la permanencia en el servicio militar; las lesiones o la enfermedad cubierta por accidente de trabajo, por enfermedad profesional, o por alguna normativa semejante; las atenciones y los servicios médicos prestados o realizados por el propio asegurado, por su cónyuge, o por sus hijos, padres, hermanos o hermanas.

B) El internamiento en casas de reposo, en residencias de ancianos, en albergues o en instituciones primordialmente dedicadas al tratamiento del alcoholismo o de la droga, o en un hospital que sea propiedad o sea llevado por algún departamento del gobierno federal para atender a los miembros o ex-miembros de sus fuerzas armadas.

C) No se cubren la atención médica, los servicios médicos o los suministros que sean abonados o estén cubiertos por cualquier otro plan (incluso por Medicare) establecido por las autoridades nacionales, estatales o locales, o por alguno de sus departamentos; sin embargo, los cargos correspondientes a dichos servicios, atención o suministros, que en caso contrario quedaría cubiertos, podrán ser imputados a la **franquicia**, al determinar los beneficios reclamables contra la póliza.

TABLA 16.3 (*continuación*)

III. Período para las prestaciones: tres años a partir del comienzo de de un período de 20 días durante el cual los **gastos médicos cubiertos** excedan de la **franquicia.**

IV. Franquicia: Dependiendo del plan elegido y de los ingresos totales de la familia, la franquicia puede ser $ 500, $ 1.000 ó $ 1.500.

V. Prestación máxima: La póliza paga el 100 por 100 de todos los gastos médicos cubiertos que excedan de la franquicia hasta el límite del plan elegido y hasta tres años después de haberse causado el primer gasto.

VI. Otras condiciones.

A) Renuncia a las mismas: Todas las primas que venzan después de los 120 días de una incapacidad total y continua, que se haya iniciado antes de cumplir los 60 años, serán objeto de renuncia por parte de la aseguradora, mientras dicha incapacidad total permanezca.

B) La renovación garantizada: hasta la edad de 65 años se continuará la cobertura emitida a los adultos, que terminará al vencimiento posterior al cumplimiento de la edad citada, y en cuanto a los hijos solteros a cargo del asegurado, hasta la edad de 23 años.

C) Privilegio de una nueva póliza a los 65 años: Las personas cubiertas que cumplan los 65 años, momento en que la cobertura va a terminar, podrán adquirir dentro de los 31 días siguientes a la terminación una póliza para prestaciones reconocidas por la compañía a los que hayan cumplido dicha edad. **No se exige la prueba de la asegurabilidad**, y la prima de esta póliza se basará en la edad y en el plan de seguro escogido.

D) Privilegio de conversión en favor de los hijos.

E) Cobertura automática para los recién nacidos.

Ejemplo de tarifa de primas brutas con participación en los beneficios

Plan A: Franquicia de $ 500; prestación máxima de $ 10.000.

Plan B: Franquicia de $ 1.000; prestación máxima de $ 20.000.

Plan C: Franquicia de $ 1.500; prestación máxima de $ 30.000.

(Las primas son las mismas para cada plan)

TABLA 16.3 (*continuación*)

Edad a la emisión	*Varones (a)*		*Mujeres (a)*		*Familia (b)*	
	Anual	*Trimestral*	*Anual*	*Trimestral*	*Anual*	*Trimestral*
18-25	$ 89,96	$ 23,39	$ 110,30	$ 28,68	$ 213,59	$ 55,53
30	111,53	29,00	132,94	34,56	256,14	66,60
35	134,09	34,86	153,45	39,90	297,55	77,36
40	173,39	45,08	179,55	46,68	354,60	92,20
45	218,93	56,92	207,68	54,00	419,94	109,18
50	270,13	70,23	237,61	61,78	487,74	126,81
55	326,24	84,82	269,05	69,959	561,95	146,11

(a) No se emiten pólizas separadas a cada cónyuge.

(b) La tarifa es la misma tanto si se cubren solamente los cónyuges, como si además se cubren uno o varios hijos. Se incluye a todos los miembros con derecho en el momento de la propuesta. La prima para la póliza y para la suma opcional adicional para habitación y manutención en el hospital, emitida sobre base familiar, solamente depende de la edad del marido a la emisión.

Cobertura de un progenitor y de su hijo o hijos (si está permitida por las normas recogidas más adelante):

Añadir a la prima determinada arriba, en la columna de Varones o en la de Mujeres, el importe que sigue (el mismo, cualquiera que sea el número de los hijos):

Anual: $ 40; trimestral: $ 10,40.

Resumen de limitaciones y posibilidades del plan

Límite total de ingresos familiares (a).	$ 15.000 o menos	$ 15.001 a $ 50.000	$ 50.001 a $ 100.000
Planes posibles	A, B ó C	B ó C	C

	Plan A	*Plan B*	*Plan C*
Franquicia	$ 500	$ 1.000	$ 1.500
Prestación máxima	10.000	20.000	30.000
Prestación máxima por enfermedad mental	2.500	5.000	7.500
Cargo máximo de hospitalización y manutención:			
Internamiento ordinario	30 (b)	40 (b)	50 (b)
Internamiento cuidados intensivos	60	80	100
Gastos de cirugía desde	6-1.200	8-1.600	10-2.000
Ejemplos de operaciones:			
Ulcera o tumor de estómago	360	480	600
Fractura compuesta de cadera, cara abierta	480	640	800
Extirpación de vértebra con fusión.	720	960	1.200
Tumor cerebral	900	1.200	1.500
Intervención en válvula del corazón	1.200	1.600	2.500

TABLA 16.3 (*continuación*)

(a) Total de «ingresos familiares» quiere decir los ingresos que la familia reciba, cualquiera que sea el origen, incluso por inversiones. Los que tengan ingresos por inversiones superiores a $ 100.000 no pueden ser cubiertos.

(b) Si a la póliza se añade la cobertura adicional opcional de hospitalización y manutención, este importe aumenta en unos $ 10/$20.

	Especialista	*Otros*	*Especialista*	*Otros*	*Especialista*	*Otros*
Atenciones médicas por un médico: Visita inicial	$ 30	$ 18	$ 40	$ 24	$ 50	$ 30
Visita de «follow-up» en la consulta o en el hospital)	12	6	16	8	20	10
Otras visitas de «follow-up»	18	12	24	16	30	20
Atenciones post-hospitalarias en casa de convalecencia	$ 15		$ 20		$ 25	

El plan impone unas «limitaciones internas» a los gastos de habitación y manutención, de cirugía y a los demás gastos médicos cubiertos. Es usual que las aseguradoras impongan las limitaciones que la práctica aconseje, en base a su experiencia con las prestaciones ilimitadas.

Al igual que sucede con el plan de hospitalización y cirugía, antes comentado, la póliza tiene una renovación garantizada con primas variables. Las renovaciones pueden extenderse hasta alcanzar la edad de sesenta y cinco años, en cuyo momento se inicia la cobertura del Medicare. La póliza reconoce, además, el derecho a comprar, sin prestar prueba de asegurabilidad, un tipo especial de póliza para los que ya hayan cumplido la edad mencionada. Los hijos también pueden acogerse al privilegio de conversión. Las renovaciones están garantizadas, aunque reservando a la compañía la facultad de modificar la prima, de acuerdo con las clasificaciones establecidas.

La póliza se emite para casi todo tipo de profesión (sin necesidad de examen médico cuando el sujeto tiene cincuenta años o menos; un cierto tipo de examen se exige a los de edades 51-60) en favor de:

1. Solteros y solteras de edad de 18 a 60 años.
2. Cabezas de familia, para su propia cobertura y la de todos sus miembros aptos; lo son el otro cónyuge hasta la edad de 60 años,

y los hijos a su cargo de edades de 15 días hasta 23 años. La propuesta ha de incluir a todos los miembros aptos, pero no se incluyen a los que estén prestado el servicio militar.

A esta cobertura no tiene derecho quien ya esté asegurado por otra póliza de gastos médicos de importancia. La prima anual del plan de la tabla 16.3, para un varón de treinta y cinco años con esposa, o con esposa y uno o varios hijos, sería de $ 297,55. El hecho de tener hijos no influye en la prima, tarificada sobre la unidad familiar. Los hijos recién nacidos quedan automáticamente cubiertos.

La prima de este tipo de cobertura tiene en cuenta el hecho de que a estos planes se aplica una franquicia elevada, razón por la que la eliminación de frecuentes reclamaciones de poca entidad determina una pronunciada reducción de la prima. Se puede llegar a la conclusión de que los planes básicos de gastos hospitalarios y quirúrgicos son en realidad planes de pago anticipado que cubren gastos frecuentes, reducidos y, en gran parte, presupuestables. Por el contrario, el seguro de gastos médicos de importancia ofrece una cobertura auténtica en que el riesgo catastrófico se transfiere del individuo a la aseguradora, en unión de los demás riesgos, permitiendo así que los gastos importantes de enfermedad sean también presupuestables. Los planes de pago anticipado tienen una cierta utilidad, ya que el problema económico planteado por la enfermedad puede ser más o menos grave según sea la situación de la familia; sin embargo, el seguro de los gastos médicos de importancia ofrece una protección necesaria a casi todas las familias de ingresos medios.

Plan de ingresos por incapacidad.—La tabla 16.4 ofrece un resumen de un plan a largo plazo. Por regla general, la cobertura se ajusta al patrón usual. Ofrece unas prestaciones vitalicias por incapacidad total derivada de accidente, y una cobertura de enfermedad hasta la edad de sesenta y cinco años. Las prestaciones se inician a los treinta días de la incapacidad total, aunque caben otras combinaciones de períodos de carencia.

La definición de la incapacidad es bastante relativa, puesto que está determinada por la ocupación del asegurado durante los primeros cinco años de la incapacidad, aplicándosele a continuación un criterio standard creciente: «cualquier ocupación razonable y provechosa para la que razonablemente se haga apto en razón de su educación, de su adiestramiento o de su experiencia».

TABLA 16.4

Ejemplo de plan a largo plazo de ingresos por incapacidad

Breve descripción del plan:

I. Prestaciones de ingresos por incapacidad.

A) Incapacidad total por enfermedad: $ 1.000 mensuales mientras esté incapacitado, a partir del trigésimo primer día de incapacidad. Las prestaciones pueden continuar mientras viva el asegurado si la incapacidad se inició antes de cumplir los 50 años; hasta la edad de 65 si se inició entre los 50 y 63 años de edad; y hasta un máximo de dos años si se inició después de cumplir los 63 años.

B) Incapacidad total por accidente: Igual que en el caso de enfermedad, con la diferencia de que las prestaciones continúan durante toda la vida, siempre que la incapacidad se inicie antes de cumplir los 65 años.

Definición de la incapacidad: Las prestaciones por incapacidad total arriba citadas serán pagaderas solamente durante los primeros cinco años en que el asegurado está impedido de trabajar en su ocupación o profesión habitual, y se seguirán pagando pasado dicho plazo cuando quede incapacitado para trabajar en cualquier ocupación lucrativa para la que se encuentre apto en razón de su educación, de su adiestramiento o de su experiencia, habida cuenta de la naturaleza de su ocupación anterior y de la media de ganancias obtenidas con ella.

La pérdida completa e irrecuperable de la visión en los dos ojos, o del habla, o del uso de dos extremidades cualesquiera (brazos o piernas) a causa de accidente o enfermedad, será considerada como incapacidad total, mientras persista dicha pérdida.

C) Incapacidad parcial por enfermedad o accidente.

Prestación de ingresos por incapacidad: $ 500 al mes hasta cubrir un plazo de seis meses posteriores al período de incapacidad total por la que se han recibido beneficios.

Definición de la incapacidad parcial: La incapacidad para realizar una o varias, pero no todas las tareas cotidianas importantes que integran la propia ocupación laboral, o la imposibilidad de realizar las tareas diarias usuales de la propia ocupación durante al menos el 50 por 100 del tiempo.

II. Otras prestaciones.

A) Renuncia a las primas: En caso de incapacidad total durante al menos tres meses, la compañía hace renuncia a las primas

TABLA 16.4 (*continuación*)

si la incapacidad persiste hasta la edad de 65 años, con carácter retroactivo al comienzo de la incapacidad total.

B) Beneficio del importe del capital: El pago de un importe igual a la indemnización de incapacidad total durante un año ($ 12.000) en el caso de pérdida de la visión en un ojo, del habla, de una mano o de un pie, por amputación (y hasta el doble de esta cifra en caso de doble pérdida).

C) Beneficio de rehabilitación: La participación en un programa de rehabilitación patrocinado por el gobierno o por un grupo profesional, que la compañía haya aprobado de antemano, no implicará por sí sola la desaparición de la incapacidad total.

D) Las prestaciones serán aumentadas en un 5 por 100 o en un 10 por 100 si las primas se pagan, respectivamente, semestral o anualmente.

III. Limitaciones.

A) La póliza no indemniza por:
1. Lesiones sufridas o enfermedad iniciada antes de la emisión de la póliza.
2. Lesiones o enfermedad causada por la guerra o durante el servicio militar.
3. Lesiones intencionalmente producidas a sí mismo.
4. Embarazo.

B) La indemnización mensual no es pagadera si no se está al cuidado de un médico, a no ser que tales cuidados no resulten necesarios cuando la incapacidad total ha sido consecuencia de la pérdida de la vista o de la amputación de dos extremidades.

IV. Otras particularidades.

A) Se garantiza el derecho a la renovación hasta el vencimiento inmediatamente posterior al cumplimiento de los 65 años de edad hasta cumplir los 72 años, al tipo de tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, siempre que continúe trabajando a jornada completa. A partir de los 65 años se cubre un máximo de prestaciones de dos años en caso de incapacidad total debida a enfermedad o a accidente.

B) La póliza tiene derecho a la participación en los beneficios; los dividendos (no garantizados) pueden aplicarse a la reducción de las primas.

C) No se exige la reclusión en hogar.

D) No se aplica período de carencia a la incapacidad total que comience durante la vigencia de la póliza y dentro de los cinco años siguientes a la terminación de un período previo de incapacidad total con derecho a indemnizaciones mensuales y que haya durado más de seis meses.

TABLA 16.4 (*continuación*)

Ejemplo de tarifa de primas brutas con participación en los beneficios

Solamente varones, clase profesional 5, primas para prestaciones de ingresos mensuales de $ 100

Edad a la emisión	*Períodos de carencia (enfermedad y accidente)*						
	7 días	*14 días*	*30 días*	*2 meses*	*3 meses*	*6 meses*	*1 año*
25	$ 56,22	$ 49,49	$ 41,48	$ 36,43	$ 32,97	$ 30,47	$ 28,25
30	63,53	50,42	47,45	43,36	39,50	36,26	33,49
35	73,96	65,90	56,14	51,30	48,53	44,35	40,70
40	88,91	79,58	68,43	62,94	59,49	53,94	49,11
45	108,56	97,56	84,57	78,02	73,56	66,24	59,65
50	121,51	108,32	92,89	85,03	79,22	70,36	62,15
55	146,41	130,34	111,94	102,53	94,78	83,07	71,86

Edad a la emisión	*Sumar para accidente y enfermedad parcial*						
	7 días	*14 días*	*30 días*	*2 meses*	*3 meses*	*6 meses*	*1 año*
4	$ 3,20	$ 2,60	$ 2,00	$ 1,60	$ 1,20	$ 0,80	$ 0,00
3	8,00	6,50	5,00	4,00	3,00	2,00	0,00

Edad a la emisión	*Sumar para las demás clases*						
	7 días	*14 días*	*30 días*	*2 meses*	*3 meses*	*6 meses*	*1 año*
25	$ 7,24	$ 5,56	$ 3,55	$ 2,29	$ 1,52	$ 1,20	$ 1,06
30	7,69	5,92	3,67	2,65	1,79	1,39	1,19
35	8,43	6,41	3,97	2,76	2,20	1,67	1,41
40	9,96	7,62	4,84	3,46	2,76	2,06	1,70
45	12,01	9,26	6,01	4,37	3,49	2,59	2,08
50	14,76	11,46	7,60	5,64	4,52	3,35	2,64
55	18,26	14,27	9,67	7,31	5,91	4,38	3,39

Cobertura máxima y límites de participación

Período de prestaciones	*Cobertura mensual y límites de participación*
Cinco años o menos	Sin limitación
Todos los demás períodos de prestaciones.	$ 3.200

Sin perjuicio de los límites de cobertura y de participación de la compañía, se asegurará el 60 por 100 de los ingresos del varón, hasta $ 2.500 mensuales, haciendo deducción de cargos por las prestaciones que siguen de la Seguridad Social:

TABLA 16.4 (*continuación*)

— Menos de $ 100 al mes, cuando la edad no excede de 35 en clases de ocupación 5, 4 ó 3.
— Menos de $ 200 al mes para los demás casos.

Este cargo por Seguridad Social no se imputa a los planes de un año. Cuando se aplica más de $ 1.500 al mes, se acude a una fórmula especial que tiene en cuenta hasta el 75 por 100 de los ingresos, menos impuestos, de la Seguridad Social prevista y de una deducción por rentas de inversiones.

Para primas semestrales, dividir por dos; para las trimestrales, por cuatro.

La póliza no es anulable y se garantiza su renovación hasta la edad de sesenta y cinco años; a partir de esta edad se renueva condicionadamente hasta los setenta y dos años con una prima que depende de la edad alcanzada y mientras el asegurado siga trabajando a jornada completa. Entre la edad a la emisión y los sesenta y cinco años la compañía no se reserva el derecho a modificar la prima, y la póliza no puede ser anulada por la aseguradora. Se trata de una cobertura de enfermedad, a largo plazo, razón por la cual se exige un examen médico previo.

Este tipo de plan satisface las necesidades del cabeza de familia que desee proteger los ingresos en caso de incapacidad. El asegurado tiene derecho a prestaciones durante toda su vida si queda incapacitado antes de cumplir los 50 años, y hasta la edad de sesenta y cinco años si la incapacidad se produce entre las edades de cincuenta y cincuenta y cinco. Una vez cumplidos los sesenta y cinco años cabe dudar de la necesidad de esta cobertura, pues se presume como edad de jubilación. Cuando el asegurado continúa trabajando, podrá conservar la póliza con renovaciones año por año, con una prima que depende de la edad y con unas prestaciones máximas de dos años.

En el supuesto de un hombre casado de 35 años de edad y con unas prestaciones máximas de dos años.

En el supuesto de un hombre casado de treinta y cinco años de edad, la prima anual de unas prestaciones de ingresos mensuales de $ 1.000 (accidente y enfermedad a partir del trigésimo-primer día), sería de $ 501,40. Hay que subrayar que, si se incluyera una franquicia de 365 días para las prestaciones de accidente y enfermedad, se ahorrarían más de $ 332,60 en comparación con el caso de cobertura de accidente y enfermedad a partir del

séptimo día. La reducción supone un 45 por 100, y ello demuestra el ahorro que implica la eliminación de las reclamaciones más frecuentes y pequeñas.

La breve exposición hecha sobre los planes específicos de cobertura trata de servir de base para la discusión de los planes individuales de seguro de enfermedad ofrecidos por las diversas compañías de seguros. El resto del capítulo se ocupará brevemente de otros planes, como son los de cobertura *Blue Cross-Blue Shield.*

Seguro industrial de enfermedad

Las pólizas individuales de seguro de enfermedad pueden también contratarse en un plano industrial, con primas cobradas semanal o mensualmente en el propio domicilio del asegurado. Este tipo de seguro, al igual que sucede con el seguro de vida industrial, se contrata por cuantías muy reducidas, con unos importes que dependen primordialmente de la capacidad económica del asegurado, y no de sus necesidades económicas. Como se trata de unas primas bajas, la emisión de estas pólizas se simplifica enormemente; tampoco se lleva a cabo una investigación profunda previa a la emisión, ni la propuesta figura acompañando a la póliza. Las prestaciones y las primas se hacen constar en un cuadro sencillo, sin apéndices ni modificaciones, ni primas graduadas de acuerdo con la ocupación del asegurado. El procedimiento para la liquidación de las reclamaciones es bastante simple, hasta el extremo de que la mayoría se tramita en las mismas agencias locales que se encargan del cobro de las primas. Es muy corriente que sea el mismo agente quien colabore en la preparación de la declaración del accidente y entregue las cantidades de las prestaciones. También es normal que el clausulado de la póliza incluya unas definiciones más restringidas de los riesgos cubiertos y unas prestaciones menos generosas que las usuales en otros tipos del seguro individual de enfermedad.

Las pólizas industriales se ofrecen a quienes por razones de suscripción o por su coste no pueden contratar una póliza individual, en especial a aquellos que se ven obligados a pagar la prima cada semana o cada mes, como puedan ser los obreros de ingresos más bajos.

Es usual que se obligue a contratar un importe mínimo de seguro de vida industrial, al mismo tiempo que el seguro de enfermedad; este mínimo puede oscilar entre los 10 y los 25 centavos a la semana.

Seguro colectivo de enfermedad

Los planes de grupo constituyen otra fuente importante del seguro de enfermedad. Sus prestaciones benefician a grupos de individuos; acogidos a un único contrato base, generalmente emitido a propuesta del patrono, de una asociación o de una unión sindical, para la protección de los empleados o de los miembros, y sin hacer una selección individual de riesgos (4). A cada componente del grupo se le emite un certificado, en prueba de su participación. Lo normal es que el empresario, la asociación o el sindicato pague la prima, aunque en ciertos planes colectivos cada sujeto contribuye al pago de la prima mediante una retención hecha en su nómina o mediante el pago de cuota adicionales. En el capítulo 34 estudiaremos las ideas y los principios básicos del seguro colectivo.

Seguro flotante (5)

El seguro flotante se parece al colectivo, pues consiste en una póliza única emitida a una compañía u organización para la cobertura de un grupo. Sin embargo, presenta algunas diferencias, ya que la índole del riesgo asegurado es más limitada o temporal que el seguro colectivo.

Por ejemplo, se puede emitir una póliza flotante a un servicio voluntario de bomberos, que quedan cubiertos solamente cuando estén atendiendo a un siniestro o durante los ejercicios de entrenamiento. Los individuos cubiertos pueden estar cambiando constantemente, al igual que ocurre con la póliza flotante emitida a un porteador común (por ejemplo, una compañía de autobuses) para la cobertura de los pasajeros. Los individuos cubiertos por la póliza flotante no están identificados, cosa que no sucede con el plan colectivo de enfermedad.

(4) En algunos Estados en los que no rijan normas para el seguro colectivo, gran parte del negocio colectivo denominado de asociaciones se emite con una póliza base y con certificados, condicionados a la demostración del buen estado de salud.

(5) HIAA: *Principles of Individual Health Insurance I* (Nueva York, 1968), págs. 57-58.

Los beneficios de la póliza flotante son, por regla general: 1) gastos médicos; 2) muerte y mutilación por accidente; 3) pensión por incapacidad. Los gastos médicos constituyen el capítulo más importante, y en ciertos casos como las pólizas emitidas a los colegios, suponen la única prestación habitual; le sigue en importancia el riesgo de muerte y mutilación por accidente, que es la prestación más usual en las pólizas flotantes para viajeros.

La póliza flotantes es un tipo de cobertura de importancia creciente. Los factores que se explican este desarrollo son la frecuencia con que viajan los equipos deportivos, la creciente preocupación de las empresas y organizaciones por los directivos o personas clave que hagan frecuentes desplazamientos y el interés de los distritos escolares por proteger a los alumnos en sus viajes al centro de enseñanza.

Seguro de privilegio

Las pólizas individuales pueden también emitirse a ciertos grupos con la denominación de *seguro de privilegio*. El término se aplica a menudo al seguro vendido a grupos reducidos de patrono y empleados que no excedan de 25 individuos; este seguro es similar al seguro de vida «al por mayor» o «de empleados». Otro tipo del seguro de privilegio es el emitido a un grupo profesional, como un colegio médico. Este método de cobertura es usual cuando al menos el 50 por 100 de los miembros del grupo solicita el seguro. En estas circunstancias, algunos aseguradores renuncian a la exclusión de las reclamaciones debidas a enfermedad o lesión anterior a la emisión de la póliza, exclusión que es normal en las pólizas individuales. El término de *seguro de privilegio* se aplica también a las pólizas emitidas a propuesta del individuo, con pago de las primas mediante retención hecha al pago de los salarios, sistema corriente en el seguro de vida. Estas pólizas se ajustan, por regla general, a los procedimientos de emisión del seguro individual, con inclusión de tarifas *sub-standard* y de apéndices de exclusión. En el seguro de privilegio la aseguradora

se compromete normalmente a renunciar al derecho a cancelar o a modificar una cualquiera de las pólizas individuales, a no ser que cancele o modifique todas las pólizas del grupo. Esta idea es la base de un grupo distintivo de pólizas que en los informes financieros anuales de las compañías se denominan «renovables colectivamente».

Apéndices de incapacidad en el seguro de vida

Como se ha dicho, las compañías de vida aseguran la incapacidad total y permanente a través de apéndices añadidos a la póliza ordinaria. Los beneficios de incapacidad ofrecidos son: 1) la renuncia a las primas; y 2) los ingresos por incapacidad. La incapacidad está entendida en un mismo sentido en una y otra prestación, pero por regla general su concepto es más limitado que el aplicado en los contratos individuales del seguro de enfermedad (6). Existe, además, una prestación adicional en caso de muerte por accidente.

Ingresos por incapacidad. — Con esta cláusula se cubre solamente la incapacidad total y permanente, a diferencia de otros tipos del seguro de enfermedad. No hay unanimidad sobre el concepto de esta incapacidad, pero podemos citar como cláusula típica la que sigue:

> Si el asegurado, una vez pagada la prima del primer año, y mientras la póliza esté en pleno vigor y no se haya cumplido la edad de 60 años, presenta prueba de que ha quedado total y permanentemente incapacitado, de suerte que haya quedado de forma permanente, continuada y total, impedido de realizar cualquier tipo de trabajo, o de ocuparse de algún modo mediante compensación o lucro, y de que esta incapacidad ha existido continuamente durante un período de seis meses, la compañía renunciará al cobro de las primas futuras, sin perjuicio de las prestaciones estipuladas en el contrato.

Una de las principales ventajas de la inclusión de la cláusula de incapacidad en el contrato de vida es el ahorro que se consigue en el coste de la adquisición. Es fácil vender esta cobertura al

(6) Véase en el capítulo 17: «La definición de la incapacidad».

mismo tiempo que el seguro de vida, y la emisión de la póliza es más simple ya que se aprovecha el examen médico realizado para la cobertura de vida. En esencia no cabe conflicto entre las cláusulas de incapacidad de un apéndice al contrato de vida y los contratos individuales de seguro de enfermedad que conceden una cobertura amplia. El apéndice solamente ofrece protección frente a los riesgos de accidente y enfermedad; no pretende cubrir incapacidades parciales ni las totales temporales, ni tampoco a las personas de más de sesenta o sesenta y cinco años de edad, ni los riesgos sub-standard, ni a las mujeres en general. No cubre los gastos de hospitalización, de médico ni de cirugía, que son usualmente asumidos por los contratos individuales de enfermedad.

Muchas aseguradoras de vida abandonaron esta línea de cobertura después de la desastrosa experiencia sufrida en los años treinta, pero han ido volviendo al mercado, aunque con una actitud más cautelosa en cuanto a límites y coberturas, reconociendo en todo caso la necesidad de asumir el riesgo tanto en el plano de la morbilidad como en el de la mortalidad.

Los ingresos por incapacidad se ofrecen normalmente a todos los riesgos standard de varones con menos de sesenta años; la prestación mensual acostumbra ser de $ 5 a $ 10 por cada $ 1.000 de seguro de vida, cuando el asegurado queda total y permanentemente incapacitado antes de cumplir los sesenta años; casi todas las compañías limitan el importe total de los ingresos mensuales a la suma de $ 500, además de otras limitaciones impuestas a la línea de indemnizaciones en su totalidad (con inclusión del seguro individual de enfermedad). Algunas compañías ofrecen la cobertura de los ingresos por incapacidad a las mujeres de riesgo standard, y esta práctica es cada vez mayor a causa de la actividad legislativa y reglamentaria en el campo de los derechos civiles.

Recientemente, muchas aseguradoras de vida han caído en la cuenta de que la gran flexibilidad dada a las pólizas no anulables de ingresos por incapacidad han reducido enormemente la demanda de apéndices de ingresos por incapacidad, razón por la cual se tiende a restringir los beneficios reconocidos en aquéllas.

Renuncia a las primas. — Es bastante usual la emisión del

seguro de renuncia a las primas por motivo de incapacidad, en favor de riesgos standard de varones por debajo de la edad de sesenta o sesenta y cinco años, y de riesgos standard de mujeres cuando la incapacidad se produzca antes de los cincuenta y cinco años. En el caso del sexo femenino, la tarifa por esta cobertura acostumbra ser el doble de la aplicada al varón. Como sucede en el campo de las prestaciones adicionales de muerte por accidente, las aseguradoras de vida imponen un límite al importe del beneficio de renuncia reconocido a cada sujeto en particular; estos límites dependen de la política de producción de la compañía, y vienen a oscilar entre $ 25.000 y $ 250.000.

La cobertura de las mujeres, que acostumbraba ser más estricta que para los varones, tiende en la actualidad a colocarse sobre una base equivalente, en aplicación de las leyes y sentencias dictadas desde 1973, que han estimado la ilegalidad de la discriminación en razón del sexo, en el campo del seguro, en ciertos Estados de importancia como Nueva York, Oregon, Pennsylvania y California. Lógicamente, las tarifas pueden siempre reflejar las diferencias de morbilidad, pero no ser distintas por razón de cobertura y aptitud.

Muerte por accidente.—Además de las cláusulas de los ingresos por incapacidad y de la renuncia a las primas, las pólizas de vida pueden incluir un apéndice o acuerdo suplementario por el que se estipula el pago de una suma adicional, igual a la suma asegurada por la póliza, en caso de fallecimiento del asegurado por un medio accidental. Mediante una prima pequeña, la póliza paga el doble (en algunos casos, el triple) del importe cuando se trata de muerte por accidente; esta doble indemnización se especifica normalmente en el clausulado como «muerte resultante de una lesión corporal causada únicamente por un medio externo, violento y accidental, con independencia y exclusión de cualquier otra causa, siempre que el fallecimiento tenga lugar dentro de los noventa días siguientes al hecho accidental». El uso de la expresión «medio accidental» trata de eliminar aquellos supuestos en los que el *resultado* pueda ser considerado como accidental, sin que lo sea la *causa*. En el capítulo que sigue haremos un estudio más detenido de la cláusula.

Algunas compañías emiten la cobertura por muerte por accidente para las edades de cero a sesenta, pero lo más usual es de diez o quince hasta cincuenta y cinco años, con una cobertura que puede continuarse hasta los sesenta y cinco, en que generalmente se da por terminada. Las sumas cubiertas se limitan casi siempre a $ 100.000, aunque algunas compañías acepten hasta $ 200.000. En fechas recientes se tiende a ofrecer indemnizaciones múltiples, con unos límites lógicamente mayores.

PLANES PRIVADOS NO COMERCIALES

Hay muchos planes de seguro de enfermedad, montados sobre una base lucrativa, que cubren gastos de hospitalización, de cirugía, etc., en grupos de organización privada (7). Estos grupos se forman en empresas, sindicatos, hospitales, colegios médicos, etcétera, y, en ocasiones, se acogen a normas legales que las eximen de ciertos impuestos que gravan a las compañías comerciales. Estos grupos pueden dividirse en dos categorías: 1) *Blue Cross* y *Blue Shield;* 2) los demás planes independientes.

Planes Blue Cross y Blue Shield

En 1975 funcionaban en los Estados Unidos y en Puerto Rico un total de 73 planes *Blue Cross* y 70 *Blue Shield*, junto con otros relacionados con éstos que operaban en Canadá, Jamaica y en el Reino Unido (8). Los planes norteamericanos operan en zonas restringidas, en unos casos a nivel de Estado y en otros a nivel de región dentro de un Estado. Estas asociaciones constituyen, sin duda alguna, la mayor competencia privada a las compañías comerciales que operan en el campo del seguro de enfermedad. Su enfoque se diferencia del existente entre las compañías comerciales.

(7) Para un resumen excelente de estos planes, véase E. J. FAULKNER: *Health Insurance* (Nueva York, McGraw-Hill, 1960), capítulo 2. Asimismo, JOHN G. TURNBULL, C. ARTHUR WILLIAMS, Jr., y EARL F. CHEIT: *Economics and Social Security*, 3.ª edición (Nueva York, Ronald Press, 1967), y O. D. DICKERSON: *Health Insurance*, 3.ª edición (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1968).

(8) *Blue Cross and Blue Shield Fact Book* (Chicago, Blue Cross Association and National Association of Blue Shield Plans, 1975).

Blue Cross.—Los planes *Blue Cross* constituyen planes de pago anticipado de los gastos de hospitalización, sin ánimo lucrativo; normalmente han sido organizados por los propios hospitales de la zona donde el plan opera; los hospitales designan el consejo de administración, entre cuyos miembros se cuentan por regla general hombres públicos y profesionales de la medicina, así como administradores de hospitales. El Comité para la *Blue Cross* ejerce directamente una autoridad mínima sobre los planes locales, limitada casi exclusivamente a la determinación de los standards mínimos exigibles a sus miembros.

Muchos de estos planes facilitan a sus asociados unas prestaciones «tipo servicios». Las pólizas emitidas por las compañías comerciales establecen normalmente el pago directo al asegurado de los diversos gastos cubiertos, mientras que la *Blue Cross* garantiza el pago de ciertos tipos y de ciertos importes de servicios hospitalarios. *Blue Cross* no paga directamente al asegurado, sino que éste recibe la factura de aquellos servicios no cubiertos por el certificado de la *Blue Cross*, y ésta a través de un convenio separado establecido con el hospital hace reembolso de los servicios cubiertos.

En un principio, los contratos *Blue Cross* sólo se estipulaban con determinados grupos elegibles, pero en el día de hoy se permite la asociación individual. En casi todos los planes, cuando el individuo abandona el grupo se le permite la contratación a título individual, sin necesidad de presentar prueba de asegurabilidad, aunque normalmente se le aplique una prima más alta.

Estos planes implican un contrato celebrado con los suscriptores y con los hospitales asociados; es usual el empleo de un único tipo de contrato, aunque en muchos casos se ofrezca a los suscriptores más de un tipo para elegir (9).

En la actualidad, casi todos los planes *Blue Cross* incluyen cobertura en favor de pacientes sin internar (normalmente para servicios por lesiones por accidente y para operaciones quirúrgicas de poca entidad); asimismo, también ofrecen prestaciones suplementarias o ampliadas, no incluidas en el contrato básico. Estas prestaciones adicionales pueden ser: la estancia en residencias, las atenciones prestadas en la casa después de salir del hospital, servicios de odontología, medicina y cobertura en caso de enfermedad de tipo catastrófico. Los miembros de un plan *Blue Cross* que se trasladen a otra zona tienen derecho a acogerse al plan local. La mayoría de los planes *Blue Cross* están en coordinación con los de *Blue Shield*, que ofrecen cobertura médica y quirúrgica.

(9) En un principio, los planes *Blue Cross* funcionaban estrictamente sobre una base de «servicio», en contraste con el enfoque de «indemnización en metálico» seguido por las aseguradoras comerciales. Poco a poco los rasgos de límites monetarios y el coaseguro se introdujeron en los planes *Blue Cross* por motivos varios, por lo que en la actualidad las diferencias tienden a disminuir.

Los planes *Blue Cross* que cubren ciertos gastos médicos o quirúrgicos efectúan los pagos directamente al interesado; esta práctica contradice la idea de servicio que estos planes prestan, y demuestra la poca diferencia que a veces existe entre *Blue Cross* y los planes comerciales.

En 1948 se creó la Asociación *Blue Cross*, para prestar servicios a nivel nacional o interestatal, y sus funciones han sido objeto de constante ampliación. La Asociación era necesaria porque cada plan *Blue Cross* constituye una entidad separada en su propio Estado, con contratos y cuadros de tarifas y prestaciones diferentes. La Asociación interviene, además, en nombre de *Blue Cross* para las atenciones en favor de militares acogidos al programa federal de Medicare.

Aparte de la Asociación, los planes *Blue Cross* cuentan con una compañía anónima para seguro de accidentes denominada *Health Service, Inc.*, constituida en 1948 con el fin de suministrar unos contratos uniformes a las organizaciones de nivel nacional; la compañía cubre las prestaciones requeridas por los componentes de grupos nacionales, que no puedan obtenerse con un plan concreto de *Blue Cross*.

Los suscriptores acuden normalmente a los hospitales que colaboran con el plan; si un miembro se hospitaliza en un centro no incluido en el plan, lo usual es que se le reconozca una cierta prestación, pero un tanto menos generosa que la normalmente reconocida; si el individuo se hospitaliza en un centro situado fuera de la zona del plan a que pertenezca, el Inter-Plan Service Benefit Bank procura que sea tratado provisionalmente como miembro del plan local, acogiéndose a sus beneficios. Para lle-

var a efecto estas coberturas inter-planes se acude a un sistema de cámara de compensación.

La instrumentación del Medicare en favor de millones de ancianos ha sido uno de los mayores éxitos del sistema *Blue Cross*. En 1966, la Asociación formalizó un convenio con el gobierno de los Estados Unidos con el fin de operar un servicio administrativo a nivel nacional del Medicare. Al funcionar como intermediario de Medicare y de Medicaid ante la inmensa mayoría de los hospitales del país, de las instalaciones sanitarias y de los departamentos de Sanidad, *Blue Cross* presta un elevado número de servicios necesarios para el funcionamiento del programa, incluyendo los pagos de las reclamaciones por las atenciones que estas instituciones presten a los beneficiarios de Medicare y de Medicaid. A lo largo de 1973,*Blue Cross* prestó servicios en este plano administrativo a 25,7 millones de personas.

Blue Shield.—Los planes *Blue Shield* constituyen organizaciones de índole no lucrativa que ofrecen unos planes de pago anticipado para la cobertura de los gastos médicos y quirúrgicos; todos los planes son miembros de la Asociación Nacional de Planes *Blue Shield*. Lo más corriente es que guarden una estrecha coordinación con los planes locales *Blue Cross* y que estén gobernados por el colegio local de médicos. El control se lleva por medio de un consejo de administración con representación de los consumidores y de la profesión médica, el cual concierta acuerdos con los médicos para la prestación de las atenciones cubiertas.

Los planes *Blue Shield* se agrupan en tres categorías, según sea la naturaleza de los beneficios cubiertos:

1. Los contratos de servicios completos, que dan derecho al titular al pago íntegro de los gastos originados por los beneficios relacionados en el contrato; el pago se hace directamente al médico (en muchos planes la cobertura parte de una base habitual o razonable).
2. Planes de indemnización, o sea, planes de beneficios en metálico, que abonan ciertas sumas prefijadas a los titulares, de acuerdo con un cuadro de prestaciones.
3. El tercer tipo de contrato ofrece una combinación de los dos anteriores. Al titular se le reconoce una cobertura íntegra de prestaciones cuando sus ingresos no llegan a un tope determinado; este nivel de ingresos depende de cuál sea el tipo de combinación de contratos. Un tope usual es el de $ 6.000 para el individuo, y de $ 7.500 para la familia. Cuando los ingresos del sujeto o de la familia superen el límite, el asegurado está cubierto con un contrato de indemnización (10).

Al igual que con la *Blue Cross*, existen diferencias de un plan a otro, ya que cada uno opera de forma autónoma. Cuando se trata de prestaciones a nivel nacional (en favor de grupos cuyos miembros se extienden por zonas diversas) la Asociación Nacional ha introducido una serie de contratos combinados, que garantizan un trato y una gestión uniforme para los componentes de grupos extensos.

El plan típico *Blue Shield* facilta beneficios similares a los reconocidos por las compañías de seguros mediante pólizas para gastos quirúrgicos y de hospitalización.

Cuando los beneficiarios se reparten por varias zonas y se quiere reconocer unas prestaciones que no sea standard, o bien complementar las posibilidades del plan local, la Asociación Nacional de los Planes *Blue Shield* y la Asociación *Blue Cross* han creado dos compañías de seguros denominadas *Health Service, Inc.* y *Medical Indemnity of America, Inc.*

Plan básico Blue Cross-Blue Shield.—Como ya se ha indicado, en algunas zonas, las prestaciones básicas de hospitalización de la *Blue Cross* y las de atenciones médicas de la *Blue Shield* han dejado de ser prestaciones de servicios íntegros para aproximarse al enfoque de las compañías de seguros acudiendo a limitaciones monetarias para los servicios cubiertos. A menudo la competencia y las exigencias ambientales han obligado, tanto a la *Blue Cross* y a la *Blue Shield*, como a las aseguradoras, a adoptar prácticas y procedimientos que, en un principio, eran exclusivos de un grupo o del otro.

La tabla 16.5 ofrece un resumen de un plan básico de gastos médicos *Blue Cross-Blue Shield*, con una cobertura amplia de 365 días de hospitalización. Como sucede con los planes de las aseguradoras comerciales, para ciertos gastos existe una limitación de la cuantía cubierta. Por regla general, haciendo excepción

(10) J. F. FOLLMAN, Jr.: *Medical Care and Health Insurance* (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1963), pág. 123.

de ciertas diferencias posibles en cuanto a los costes de adquisición, al tratamiento fiscal y a los ahorros en los costes de siniestros a causa de los descuentos otorgados a *Blue Cross* o a *Blue Shield* por sus hospitales asociados o por los médicos participantes, los costes de beneficios por unidad son muy parecidos a los de las compañías de seguros.

TABLA 16.5

Ejemplo de plan de gastos médicos básicos «Blue Cross-Blue Shield»

Descripción breve del plan:

I. Prestaciones por gastos de hospital («Blue Cross»)

A) Hospital, habitación, manutención y servicios ordinarios: Totalmente cubiertos en habitación semi-privada (su coste medio se acredita cuando se trata de habitación privada) hasta 365 días de atenciones hospitalarias por año natural para cada interna miento independiente. Para determinadas afecciones las prestaciones tienen un límite.

B) Gastos adicionales de hospitalización: Casi todos los gastos están totalmente cubiertos, incluso el uso de quirófano, anestesia, vendajes quirúrgicos, laboratorio, medicinas, drogas, rayos X y fluoroscopio, oxígeno, terapia y demás servicios médicos.

C) Atenciones a pacientes no internados: Cobertura total para atenciones de urgencia dentro de las 72 horas siguiente al accidente, o bien en casos en que la intervención sea de pequeña entidad.

D) Prestaciones por maternidad: Cobertura total hasta 10 días de atenciones por cada embarazo. Se incluye el parto y las atenciones ordinarias a madre e hijo mientras aquélla esté internada.

II. Prestaciones por gastos médico-quirúrgicos («Blue Shield»):

A) Atenciones quirúrgicas: Hasta $ 600 por honorarios del cirujano, según el cuadro y la naturaleza de la intervención.

B) Servicios no hospitalarios de rayos X y de laboratorio: La cobertura se presta de acuerdo con un cuadro, hasta un máximo de $ 100 por diagnóstico de rayos X, y de $ 100 por servicios de laboratorio durante cada período de doce meses consecutivos.

C) Visitas del médico en el hospital: Cubiertas con limitaciones diarias dentro de los 365 días de ingreso en hospital ($ 15 para el primer día; $ 10 para el segundo; $ 4 para el tercero hasta el décimo; $ 3 para cada día siguiente). En ciertas afecciones los beneficios se limitan a 30 días (cuando concurren con otras atenciones quirúrgicas o de obstetricia, con beneficios limitados a unas o a otras).

TABLA 16.5 (*continuación*)

III. Servicios no cubiertos.

A) Por «Blue Cross»: Los servicios de las personas no empleadas por el hopital; la hospitalización dirigida principalmente a estudios de diagnóstico o a terapia física; los servicios que no estén en relación con el diagnóstico.

B) Por «Blue Shield»: Las atenciones prestadas por quien no sea doctor en medicina, o en cirugía dental o en osteopatía. Los honorarios de un médico por efectuar un examen; la cirugía estética; la extirpación o atenciones ordinarias de la dentadura.

C) Por «Blue Cross» o «Blue Shield»: Los servicios de ambulancia; sangre o plasma sanguíneo; el suministro o el uso de equipos, instrumentos o de ortopedia especiales; las atenciones de convalecencia o de reclusión; las lesiones sufridas en el puesto de trabajo o cuando la cobertura aplicable, en todo o en parte, corra a cargo del gobierno federal, del estatal o de local; los servicios prestados en relación con las lesiones sufridas como consecuencia de guerra, sea o no declarada, o de acto bélico; los gastos cubiertos por Medicare.

IV. Otros particulares («Blue Cross-Blue Shield»)

A) Renovable hasta la edad de 65 (marido y esposa), cubriendo a los hijos solteros desde el nacimiento hasta los 19 años de edad, siempre que vivan en el hogar paterno (se reconoce el privilegio de «conversión»).

B) Cobertura especial cuando el individuo tiene derecho a las prestaciones de Medicare.

C) Las primas pueden ser reajustadas.

D) La calidad de miembro puede ser trasladada a otra zona con plan «Blue Cross-Blue Shield», en el supuesto de cambio permanente de residencia.

Cobertura de los gastos médicos de importancia en Blue Cross-Blue Shield.—Los planes *Blue Cross-Blue Shield* han introducido los beneficios de gastos médicos de importancia, aunque algunos rasgos como la imposición de elevadas franquicias o del coaseguro (participación porcentual) entren en contradicción con sus ideas fundamentales.

La cobertura de los gastos médicos de importancia reconocida por estos planes es bastante similar a la de las compañías comerciales. Desde 1965 casi todos los planes colectivos *Blue Cross-Blue Shield* incluyen los gastos médicos de importancia; además, también ofrecen esta cobertura individualmente hasta un límite de $ 250.000.

Características distintivas de Blue Cross y Blue Shield (11).— Presentan muchas semejanzas en cuanto a coberturas y procedimientos con las de las compañías de seguros, pero hay varias características significativas que distinguen a *Blue Cross-Blue Shield* del seguro de enfermedad de tipo comercial.

1. *El planteamiento como servicio.*—Como se ha dicho, una de las características distintivas más importantes es su planteamiento bajo el enfoque de servicio en el campo de las prestaciones. El contrato comercial es del tipo de indemnización, y facilita pagos en metálico, hasta unos máximos especificados, que pueden ser inferiores al total del gasto real, beneficios que son pagaderos directamente al asegurado. Bajo un enfoque de servicio puro, el convenio entre el asociado y *Blue Cross-Blue Shield* no implica el reembolso en metálico de los gastos cubiertos, sino más bien la garantía de que ciertos servicios contractuales serán prestados sin cargar al interesado.

2. *Relaciones contractuales con los hospitales y los médicos.* Partiendo del concepto de servicio, otro rasgo típico de los planes *Blue Cross-Blue Shield* es el convenio celebrado entre éstas y los hospitales y médicos que facilitan los servicios cubiertos. La base de un contrato típico entre la organización *Blue Cross* y un hospital miembro está constituida por el cuadro de reembolso al hospital, que especifica las cantidades y las condiciones para que el plan abone a los hospitales, «sin cargo» a los titulares, los servicios prestados. Un tipo simple de cuadro es el denominado de reembolso por día, por el que *Blue Cross* se compromete a pagar al hospital miembro una suma determinada de dólares por cada día de hospitalización.

Paralelamente a estos cuadros de reembolso, existen también los «baremos médicos» estipulados en los contratos con los profesionales que participan en el plan. Estos baremos establecen el nivel de remuneración al médico por los servicios médicos y quirúrgicos prestados.

Las relaciones contractuales entre *Blue Cross-Blue Shield* y los hospitales o médicos, representan una peculiaridad que contribuye a la mayor competitividad de estos planes. La ventaja se

(11) HIAA: *Principles I*, págs. 65-68.

deriva del hecho de que el nivel de pagos exigido por los reembolsos y los baremos permite que *Blue Cross-Blue Shield* reciba un descuento sobre los costes reales de los servicios prestados. Estos descuentos han sido motivos de enfrentamiento con la industria aseguradora, la cual mantiene que los asegurados por ella han de pagar no sólo los costes íntegros de sus propios beneficios, sino también compensar ciertos déficits financieros de los hospitales, tal vez debidos en parte a los descuentos reconocidos a los planes *Blue Cross-Blue Shield;* éstos, por su lado, niegan la validez de esta postura y hacen ver que están en ventaja en el plano del control de los costes hospitalarios y médicos, con lo que pueden beneficiar a sus clientes.

3. *Procedimentos de tarificación.* — Tradicionalmente, *Blue Cross-Blue Shield* han seguido el sistema que se denomina *tarificación por comunidades.* Cuando se trata de una cobertura de grupo, implica la consolidación de la experiencia global de *todos* los grupos cubiertos y la determinación de una tarifa media suficiente para hacer frente a esta experiencia. Esta tarifa se aplicaría a todos los grupos cubiertos por el plan; en base a la tarificación por comunidades, los grupos con mayor siniestralidad pagarían básicamente la misma prima que los grupos con experiencia más favorable.

Por su lado, las compañías de seguros han aplicado normalmente a sus planes colectivos el principio de la tarificación en base a la experiencia, la cual implica el reconocimiento de niveles diversos de pérdidas para los diversos grupos cubiertos, y el cargo de primas diferentes, en razón de la experiencia de siniestros. La competencia opuesta por las compañías de seguros ha llevado a *Blue Cross-Blue Shield* a adoptar una tarificación sobre experiencia, de forma semejante a la seguida por las aseguradoras.

Con coberturas que no son del grupo *Blue Cross-Blue Shield* también ha aplicado el sistema de tarificación por comunidades. Se han establecido tres clasificaciones amplias: suscriptores individuales, suscriptores con un familar a su cargo y suscriptores con dos o más familiares, y se han desarrollado tres niveles distintos de tarifas, uno para cada clasificación. De este modo, los suscriptores individuales pagarían una misma prima, cualquiera

que sea la edad al estipular la cobertura; igualmente, el matrimonio con un hijo pagaría la misma prima que una familia con seis u ocho.

Entre las compañías de seguros, el enfoque de la cobertura individual y familiar de los gastos médicos y quirúrgicos es el de cargar las primas que mejor se ajusten a la siniestralidad total anticipada; esto se logra mediante una estructuración de las primas, con índices graduados de acuerdo con la edad a la emisión y con una prima adicional por cada persona cubierta.

Cualquiera que sea el criterio de la tarificación, hay que hacer notar que existe una notable diferencia entre los importes de las retenciones (cantidades retenidas para gastos de funcionamiento, reservas adicionales y beneficios) en los planes *Blue Cross-Blue Shield* y en las compañías comerciales. En 1973 las retenciones ascendieron al 9,5 por 100 de los ingresos de suscripción en los primeros, comparado con el 15,1 por 100 de las primas percibidas entre las segundas. No obstante, no debemos olvidar que la retención entre los seguros colectivos comerciales fue solamente del 7,1 por 100 (12).

4. *Ausencia de lucro y el trato fiscal favorable.* — Los planes *Blue Cross-Blue Shield* no tienen naturaleza lucrativa, lo cual significa que cualquier ganancia neta obtenida en las operaciones beneficiará a los suscriptores, bien sea con una reducción de las primas, bien con una cobertura más amplia. La idea es similar a las de las mutuas, cuyas ganancias también se distribuyen entre los asegurados en forma de dividendos anuales.

Otra ventaja es el trato fiscal favorable que a las organizaciones *Blue Cross y Blue Shield* conceden las autoridades federales, estatales y locales. Las compañías de seguros han sido siempre sometidas a impuestos sobre el beneficio, así como a diversos impuestos estatales (uno muy significativo sobre las primas cobradas) e, incluso, a ciertos impuestos locales. Por el contrario, *Blue Cross* y *Blue Shield* han quedado exentos de los tributos más importantes; no pagan impuesto sobre el beneficio, y muchos Estados en que son sometidas a tributación, las cuantías imputadas son de poca consideración si las comparamos con las de las compañías de seguros en operaciones similares.

(12) Véase *Social Security Bulletin*, febrero 1975, pág. 40.

Las razones de estas exenciones hay que buscarlas en el origen histórico de estos planes. En un principio, estas organizaciones no lucrativas realizaban un servicio comunitario único, al otorgar a muchas personas una cobertura de hospitalización y de gastos médicos muy necesaria, que difícilmente podían conseguir a través de otras entidades. El mecanismo del pago anticipado adoptado por *Blue Cross-Blue Shield* contribuyó decisivamente a la estabilidad económica de los hospitales y, en gran medida, liberó a los Estados de la carga del mantenimiento de estos establecimientos. Por tanto, las organizaciones *Blue Cross* y *Blue Shield* han sido consideradas como instituciones sociales y benéficas, y esto explica el trato fiscal concedido.

Con el paso de los años han cambiado las circunstancias que explicaron estas exenciones tributarias. Por ejemplo, las compañías de seguros operan ahora en zonas más amplias de nuestra geografía, y ofrecen una mayor variedad de coberturas de seguro de enfermedad; de otro lado, *Blue Cross-Blue Shield* ha abandonado, al menos en cierta medida, algunas de sus prácticas primtivas, como la tarificación por comunidades, que le caracterizaban como organización de interés social. El trato favorable en el ámbito fiscal ha sido motivo de queja por parte de las compañías de seguros, que insisten en la ventaja que ello supone en el plano de la competencia.

Planes independientes

Los denominados planes independientes son los de baja por enfermedad que los empresarios reconocen a sus empleados, los planes *complementarios* de accidentes del trabajo, con los que las empresas tratan de complementar las prestaciones en caso de accidente laboral o de enfermedad profesional, y un grupo heterogéneo de planes colectivos de gastos médicos (13).

Los planes independientes de gastos médicos se pueden clasificar en industriales y no industriales. Un ejemplo del primer grupo es el *Welfare and Retirement Fund of the United Mine Workers of America.* En el grupo no industrial podemos incluir los planes patrocinados por las asociaciones fraternales y bené-

(13) HIAA: *Principles I.*

ficas, por las asociaciones médicas (que no sean *Blue Shield*), por las comunidades o por las clínicas de grupos privados; como ejemplo podemos mencionar el *Health Insurance Plan of Greater New York*.

PLANES DE SEGURIDAD SOCIAL

Los planes estatales y federales de seguridad social facilitan, aunque muchas veces con restricciones, prestaciones de seguro de enfermedad. Antes de la introducción de Medicare, fueron las leyes estatales las que establecieron los planes de accidentes del trabajo y de incapacidad por razones no profesionales.

Todos los Estados han promulgado normas para los accidentes laborales, basadas en el principio de que estos accidentes, así como la enfermedad profesional, deben ser parte del coste de la producción, por lo que han de ser indemnizados sin discutir la culpabilidad. Estas normas contienen un cuadro de prestaciones en caso de muerte y para cada tipo de lesión, que van a cargo del patrono (14). En algunos Estados se han creado fondos monopilistas, pero en la mayoría se permite al empresario que asegure sus responsabilidades con cualquier compañía comercial. Los beneficios reconocidos no son muy generosos y varían bastante de un Estado a otro.

California, Hawaii, Nueva York, Rhode Island y Puerto Rico, han promulgado normas que exigen a los empresarios la prestación de beneficios por incapacidad debida a causas no profesionales (15). En Rhode Island la cobertura ha de ser estipulada con un fondo único, pero en los demás Estados se puede contratar con cualquier compañía o con el fondo estatal. En los demás Estados

(14) En muchos Estados el seguro de los accidentes de trabajo puede parecer «optativo», pero las consecuencias de una opción disconforme con las normas son tan graves que, en un plano práctico, puede afirmarse que todas las normas son obligatorias.

(15) Para la discusión más detallada de estos planes, véase PAUL A. BRINKER: *Economic Insecurity and Social Security* (Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1968), págs. 241-47. También GRANT M. OSBORNE: *Compulsory Temporary Disability Insurance in the United States* (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1958).

se han presentado varios proyectos de ley sobre este tema, pero hasta la fecha no se ha aprobado ninguna ley (16).

El aumento notable del número de ancianos en nuestro país, observado en estos últimos tiempos, ha atraído la atención hacia sus necesidades de seguro de enfermedad, sobre todo hacia la cobertura de gastos médicos. Las Reformas de la Seguridad Social de 1965 han introducido tres elementos significativos en este campo: el primero es el Título XVIII de las reformas, popularmente conocido como Medicare (17). El programa Medicare llevó, por primera vez, al gobierno federal al área del negocio del seguro de enfermedad, con un programa combinado de prestaciones médicas que, en esencia, cubre a todos los que hayan cumplido los sesenta y cinco años. Medicare constituye un doble programa de seguro; bajo la Parte A, esto es, el Plan de Seguro de Hospitalización, se cubre a todos los que tengan sesenta y cinco años o más con amplias prestaciones de hospitalización; la Parte B es optativa y facilita un programa complementario de atenciones médicas y quirúrgicas, además de otras ventajas, a los que se afilíen y tengan más de sesenta y cinco años. Medicare también puede acoger a ciertas personas incapacitadas, aunque no hayan cumplido la edad fijada. De este programa nos ocuparemos en el capítulo 37.

El segundo elemento a destacar de la Reforma es el Título XIX, conocido como Medicaid. Medicaid ha ampliado la intervención del gobierno federal asistiendo a los Estados federados en lo relativo a las atenciones médicas a los necesitados, ampliando las funciones de la Ley Kerr-Mills.

El tercer elemento es la liberalización de las cláusulas sobre la incapacidad contenidas en la Ley de la Seguridad Social, gracias a las reformas introducidas en 1965 y 1967. Los cambios efectuados no han implicado la modificación de las ideas fundamentales de la Seguridad Social, como sucedió con la introducción del Medicare y del Medicaid; la simple liberalización fue su-

(16) En 1949 se aprobó una ley en Washington que fue rechazada en el referéndum de 1950. Véase DICKERSON: *Health Insurance*, pág. 183. Existen, lógicamente, otros programas estatales y sociales que facilitan, entre otras, ciertos beneficios de seguro de enfermedad. Véanse las demás fuentes citadas en el presente capítulo.

(17) Véase ROBERT J. MYERS: *Medicare* (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1969).

ficiente para que muchos aseguradores efectuaran reajustes en sus coberturas de prestaciones de ingresos por incapacidad.

El Título XVI de la ley reformada sobre la Seguridad Social incluye como nuevo programa nacional el pago de ingresos complementarios, ya que procura unos ingresos mínimos y uniformes a los que hayan cumplido los sesenta y cinco años, o estén ciegos o incapacitados, siempre que no tengan otros ingresos o éstos sean escasos. También establece que aquellos Estados que hubieran fijado un nivel de asistencia superior al federal, tendrían que abonar importes complementarios a quienes estuvieran inscritos en el programa al mes de diciembre de 1973, para mantener dicho nivel superior.

El nuevo programa sustituye a los anteriores de asistencia con pago en metálico, con periodicidad mensual, a los ancianos, ciegos o incapacitados. Los ingresos complementarios son administrados por la Seguridad Social, y los primeros pagos se hicieron en enero de 1974.

17

Contratos individuales de seguro de enfermedad: I

El capítulo presente y el que sigue se dedicarán al estudio del contrato individual del seguro de enfermedad, incluyendo el examen de las combinaciones más importantes de cobertura ofrecidas por las pólizas.

Todas las pólizas individuales de seguro de enfermedad, tanto si ofrecen ingresos por incapacidad y beneficios de principal, como si pagan los gastos médicos, o si se trata de una combinación de estas dos modalidades, contienen: 1) una cláusula de seguro; 2) una cláusula de prestaciones; 3) una cláusula causal (hace referencia a la proposición, si forma parte del contrato, y a la prima como contraprestación del asegurado); 4) las condiciones y los términos de la cancelación y de la renovación; 5) las excepciones, las reducciones y las limitaciones; y 6) las condiciones generales.

El contrato de seguro constituye una promesa condicionada de pago, esto es, el asegurado ha de satisfacer los requisitos del contrato y ha de sufrir una pérdida cubierta para que la compañía quede obligada al pago de las sumas estipuladas. Para recibir las prestaciones de una póliza de seguro de enfermedad, el asegurado ha de: 1) tener una póliza válidamente emitida y en debida vigencia; 2) haber sufrido una pérdida físico-económica, causada por los riesgos cubiertos; 3) cumplir con las condiciones impuestas por el contrato.

CLAUSULA DE COBERTURA

En la cláusula de cobertura se hacen constar los riesgos o causas de pérdida que están cubiertos, haciendo excepción de las exclusiones y las limitaciones. Aunque una gran mayoría de las pólizas de gastos médicos se emitan contra «todo riesgo», las pólizas que incluyen los ingresos por incapacidad están consideradas como contratos «de riesgo específico», esto es, que los riesgos asegurados son accidente y/o enfermedad, normalmente con prestaciones distintas, con importes también distintos y con condiciones exclusivamente aplicables a cada riesgo.

La gran variedad de las cláusulas de cobertura tradicionalmente usadas en las pólizas del seguro de enfermedad ha dado origen a interpretaciones judiciales a veces contradictorias. Como consecuencia de ello, y a causa de las presiones exteriores, ha surgido la tendencia hacia la simplificación de las pólizas individuales de reciente emisión. La cláusula de cobertura que sigue es un ejemplo típico del modelo tradicional usado hasta 1966 en las pólizas que reconocían los ingresos por incapacidad; persiste en muchas pólizas individuales y todavía se utiliza en la cobertura *industrial.*

> La compañía asegura por la presente: 1) la pérdida que sea consecuencia directa e independiente de cualquier otra causa de una lesión corporal sufrida durante la vigencia de esta póliza y que tenga lugar exclusivamente por la acción de medios accidentales; y 2) la pérdida que sea consecuencia de enfermedad o afección del asegurado, que haya sido contraída y haya comenzado (o que se haya manifestado por primera vez) durante la vigencia de la póliza y que exija y reciba un tratamiento médico.

Un ejemplo típico de una cláusula liberal es la utilizada cada vez con mayor frecuencia en los seguros individuales de reciente emisión (para prestaciones de ingresos por incapacidad y/o gastos médicos):

> La compañía asegura contra la pérdida determinada en la presente póliza, que sea consecuencia de unas lesiones corporales accidentales que se hayan producido, o de una enfermedad que se haya manifestado por vez primera, durante la vigencia de la póliza.

Para comprender la diferencia entre la forma tradicional y la cláusula moderna de cobertura hay que subrayar dos expresiones: 1) «pérdida que sea consecuencia *directa e independiente* de cualquier otra causa»; y 2) «que tenga lugar exclusivamente por la acción de *medios accidentales*».

Consecuencia directa e independiente

La frase «pérdida que sea consecuencia directa e independiente de cualquier otra causa» trata de excluir la dolencia o enfermedad corporal como un factor que sea causa o contribuya a la pérdida (frecuencia y/o gravedad de la pérdida). La compañía pretende que la prestación por accidente sólo proceda cuando la lesión accidental es la *causa próxima de la pérdida* (esto es, que la lesión ha de ser, no sólo la *única*, sino también la causa *original* de una cadena ininterrumpida de eventos que son causa de la pérdida). Cuando la enfermedad o la anormalidad son factores que contribuyen a la lesión, o que contribuyen a la cuantía de la pérdida derivada de la lesión, entonces la pérdida no es consecuencia directa e «independiente de cualquier otra causa». De forma semejante, cuando se trata de la enfermedad, cuando la anomalía o la situación preexistente (1) es un factor que contribuye a la causa de la enfermedad o a su duración, entonces la pérdida no es tampoco consecuencia «directa e independiente de cualquier otra causa». Es natural que una interpretación literal de esta frase diera motivo a la reclamación de las prestaciones ocasionadas por una enfermedad sucesiva a un accidente, siempre que se pudiera demostrar que la lesión fue la causa predominante, eficiente o productora de la pérdida (doctrina de la causa próxima). La muerte o la incapacidad producida por una pulmonía que sea consecuencia de la estancia en cama posterior a un accidente, podría ser reclamada como prestación por accidente; tan sólo se pretende eliminar, como causas cubiertas de la pérdida, aquellas enfermedades o condiciones preexistentes que aumenten la frecuencia o la gravedad de la pérdida.

(1) El término *preexistente* se usa para expresar las situaciones y enfermedades existentes antes de la emisión de la póliza.

Aunque se omita en las cláusulas de tipo moderno la frase «consecuencia directa e independiente de cualquier otra causa», continúa todavía en muchas pólizas individuales de enfermedad y en la casi totalidad de los contratos de tipo industrial emitidos en la actualidad.

Con una interpretación literal, esta cláusula puede suponer una desventaja para el asegurado; por otro lado, los tribunales no siempre la interpretaron en su acepción literal y estricta. Como los jueces tienden a determinar la política de siniestros de las compañías, habrá que tener en cuenta la doctrina jurisprudencial. Casi todos los tribunales han sostenido que el asegurado ha de ser cubierto cuando sufre un accidente que, pudiendo causar una lesión por sí sólo, provoque o agrave un defecto o afección existente que no hubiera estado sometido a tratamiento ni hubiera sido causa de incapacidad antes del suceso, pero que da origen al fallecimiento o a la incapacidad. Por el contrario, cuando la enfermedad o la afección han estado sometidas a tratamiento y son causa de problemas, muchos jueces se deciden en favor de la compañía. Cuando el defecto o enfermedad es en realidad un factor que contribuye como causa del accidente, del que se derivan lesiones, lo más usual es que la sentencia niegue la posibilidad de reclamar contra la compañía.

Medios accidentales

Tal vez la mayor confusión que tiene lugar en el tema de la cláusula de cobertura es la que se centra en el problema del condicionado sobre los *medios accidentales*. En lugar de hacer constar que la póliza cubre la lesión «que tenga lugar exclusivamente por la acción de medios accidentales», las cláusulas más modernas se limitan a hacer referencia a la «lesión corporal accidental». Es de interés hacer una distinción clara entre una frase y otra, ya que no toda lesión corporal accidental es resultado de unos medios accidentales.

Según la cláusula de los medios accidentales, la lesión corporal ha de satisfacer dos exigencias para que esté cubierta: 1) la *causa;* y 2) el *resultado* de la lesión han de ser inesperados

o imprevistos. No se cubre la simple lesión inintencionada; por ejemplo, la definición tradicional no cubriría el caso de insolación como consecuencia de los baños de sol en la playa, ya que el «medio» o causa de la insolación es intencional. Como el resultado es accidental, la reclamación sería considerada como «lesión corporal accidental». De modo semejante, el individuo que se rompe una pierna al saltar un muro provoca un resultado inesperado, aunque el salto haya sido voluntario; sin embargo, cuando la pierna se la rompe al saltar involuntariamente, tanto la causa (o «medio») como el resultado son accidentales, y las prestaciones por accidente son procedentes.

Para aclarar aún más lo que se entiende por lesión accidental, los aseguradores añaden las palabras «externo y violento» a la cláusula de los medios accidentales; de este modo la cláusula diría «lesiones corporales... que tenga lugar exclusivamente por la acción de medios externos, violentos y accidentales».

Muchos tribunales han interpretado que la cláusula de los medios accidentales quiere decir lesión corporal accidental, y por esta razón muchas aseguradoras prefieren adoptar la cláusula moderna; no obstante, la cláusula de los medios accidentales, aunque modificada con la adición de las palabras «externos» y «violentos», sigue utilizándose en las pólizas industriales y en algunas individuales.

CLAUSULAS DE LAS PRESTACIONES

Después de determinar que la pérdida ha sido causada por el riesgo cubierto, el asegurado ha de tener en cuenta las cláusulas de las prestaciones, para conocer: 1) sus derechos al cobro (o sea, la *causa* cubierta de la pérdida ¿ha determinado el *efecto* exigido, que es la incapacidad o los gastos médicos?); 2) la índole del pago de la prestación. En pocas palabras, los diversos tipos de beneficios ofrecidos pueden ser clasificados en: 1) *prestaciones de ingresos por incapacidad;* 2) *beneficios colaterales por lesión accidental,* y 3) *prestaciones por gastos médicos.* Con la excepción de las prestaciones de gastos médicos de

importancia, que normalmente se estipulan separadamente, la cobertura puede incluir uno, varios o todos los tipos de beneficios arriba relacionados.

Del primer tipo nos ocuparemos a continuación, y del segundo y tercero en el capítulo 18.

Prestaciones de ingresos por incapacidad

Estas prestaciones consisten en pagos mensuales o semanales durante el período de la incapacidad, de acuerdo con las condiciones y limitaciones de la póliza. Para valorar estas prestaciones hay que tener en cuenta cuatro factores principales: 1) la definición de la incapacidad; 2) el importe de la prestación; 3) la duración de los pagos; 4) otras disposiciones que limiten la responsabilidad de la compañía.

Definición de la incapacidad. — El pago de las prestaciones por incapacidad, así como su importe y duración, dependen de la cualificación del asegurado como persona incapacitada y del *status* de su incapacidad. La persona incapacitada de acuerdo con los requisitos de la póliza *se entiende* que ha sufrido una reducción de sus ganancias. Puede estar totalmente incapacitada por accidente o por enfermedad, o bien la incapacidad puede ser parcial. La definición de la incapacidad puede encontrarse en la cláusula donde se haga constar el importe y la duración de las prestaciones, pero lo más normal es que esta definición figure como estipulación separada.

1. *Incapacidad total.* — La definición tradicional, todavía empleada en las pólizas individuales menos liberales, define a la incapacidad total como la imposibilidad de dedicarse a una ocupación laboral, *cualquiera que sea*, remunerada o lucrativa. La práctica de las compañías y la jurisprudencia han dado a esta definición una interpretación más amplia que su contenido literal; de aquí que casi todas las aseguradoras hayan adoptado las interpretaciones judiciales de «ocupación laboral, cualquiera que sea», añadiendo a sus contratos, en su lugar, «cualquier ocupación para la que sea apto razonablemente en virtud de su educación, su adiestramiento o su experiencia». Así, por ejemplo, el cirujano que pierda un brazo en un accidente podría seguir ejerciendo como médico de medicina general.

La definición más usada en las pólizas individuales emitidas en la actualidad es un reflejo de la doctrina jurisprudencial más extendida, que impone una normativa doble: el asegurado ha de quedar imposibilitado para el ejercicio de las tareas de su propia ocupación durante un tiempo determinado; la norma, por tanto, centra su atención en las tareas de cada ocupación laboral.

Esta definición hace una distinción en el plano temporal entre la incapacidad ocupacional (la relativa a la propia ocupación) y la general (cualquier ocupación), con lo que las intenciones de la aseguradora no ofrecen lugar a dudas; la definición, de otro lado, usa una terminología exacta que ha sido objeto de estudio por los tribunales. El período inicial de incapacidad para la profesión propia es, por regla general, de cinco años, aunque algunas compañías establezcan hasta diez años en los grupos profesionales de menos riesgo. Ciertas aseguradoras incluyen su propia cláusula sobre la ocupación cuando el asegurado cuenta con una edad comprendida entre los cincuenta y cinco y los sesenta y cinco años. Otras compañías, una vez expirado el período inicial, vuelven a la definición de la aptitud razonable, en lugar de adoptar la expresión de «ocupación, cualquiera que sea».

Tanto con una como con otra definición, son pocas las compañías que añaden una estipulación por la que las prestaciones por incapacidad total jamás serán pagadas durante el tiempo en que el asegurado se ocupe lucrativamente, como también son pocas las que exigen que durante la incapacidad total, la lesión o la enfermedad tenga que requerir el cuidado y las atenciones de un médico. La finalidad de estas condiciones es la de reflejar con claridad la intención de la compañía de reconocer los beneficios únicamente cuando el asegurado esté totalmente incapacitado.

Algunas aseguradoras siguen adoptando la distinción entre la incapacidad total y la incapacidad total que impida salir a la calle. Las pólizas de enfermedad pueden exigir que, además de satisfacer los requisitos de la definición básica de la incapacidad

total, el asegurado «esté por necesidad recluido en su casa», y algunas pólizas industriales añaden la permanencia en cama o en el hospital. A causa de los riesgos morales envueltos en la incapacidad por enfermedad, sobre todo cuando se trata de incapacidad por enfermedad larga, algunas compañías rechazan la cobertura del riesgo a una prima razonable si no se incluye la cláusula de la permanencia en cama.

Sin embargo, debido a la severidad y ambigüedad de la cláusula de la permanencia en cama, los tribunales se han inclinado a interpretarla en el sentido más favorable al asegurado. El asegurado puede salir de casa o del hospital para seguir el tratamiento o por motivos terapéuticos, sin perder sus derechos a las prestaciones. La mayoría de las pólizas de ingresos por incapacidad, sobre todo cuando la duración máxima de las prestaciones por enfermedad no excede de uno o dos años, han dejado de incluir en el clausulado el requisito de la permanencia en cama. Las pólizas individuales de enfermedad que incorporan esta condición establecen que las prestaciones se pagarán hasta un total de seis o doce meses de incapacidad total derivada de enfermedad, con independencia de si el asegurado queda confinado a la cama, y con unas prestaciones *vitalicias* reconocidas a partir de la expiración de dicho plazo cuando la incapacidad obliga a la permanencia en el lecho.

Algunos contratos, con el fin de promover la participación en programas formales de rehabilitación, amplían la definición normal de la incapacidad total para incluir unos períodos limitados, de entre seis y doce meses, durante los que el beneficiario sigue cobrando las prestaciones mientras toma parte en un programa «organizado» de rehabilitación, entendiendo por tal, normalmente, a los patrocinados por el gobierno o por los empresarios.

2. *Incapacidad parcial.* — Casi todas las pólizas de accidente prometen unas prestaciones reducidas en caso de incapacidad parcial, definida frecuentemente como «la imposibilidad por parte del asegurado de realizar una o varias de las funciones cotidianas más importantes de su profesión». Unas prestaciones similares se pueden reconocer también en caso de enfermedad, a modo de una prestación de convalecencia que sigue a una situación cubierta de incapacidad total; en caso contrario, no se reconoce prestación a la incapacidad parcial debida a enfermedad.

En una línea teórica, las prestaciones por incapacidad parcial pretenden reducir la frecuencia y la duración de los pagos por incapacidad total en aquellas circunstancias en que el asegurado es capaz de desarrollar una cierta actividad. Sin embargo, en la práctica, estas prestaciones por incapacidad parcial siguen a veces pagándose después de que el asegurado ha vuelto a realizar su jornada laboral completa; en estas circunstancias, la prestación deja de ser un beneficio sustitutorio de su remuneración, y no tiene nada que ver con la pérdida económica, excepto en aquella parte en que sirva para hacer frente a los gastos médicos. Por esta razón, y puesto que la incapacidad parcial está definida en unos términos más liberales, son muchas las pólizas actuales que no cubren la incapacidad parcial.

La renuncia a las primas durante la incapacidad total continuada es una ventaja usual de las pólizas no anulables y de renovación garantizada. Algunas aseguradoras también incluyen este rasgo en las pólizas de renovación opcional. A las primas se renuncia, por regla general, cuando la incapacidad total ha permanecido durante un período determinado, que suele oscilar entre los tres y los seis meses. Se hace renuncia a las primas de vencimiento *posterior* a la expiración de dicho período; sin embargo, recientemente las compañías incluyen a veces un beneficio de renuncia *retroactiva* a las primas, de suerte que, cuando el asegurado ha estado incapacitado totalmente durante el tiempo exigido, la compañía no sólo renuncia a las primas futuras mientras la incapacidad subsista, sino también a las primas pagadas después del comienzo de la incapacidad, que son devueltas al asegurado. La renuncia tiene efecto mientras dure la incapacidad o durante el tiempo en que se paguen las prestaciones.

Otra de las ventajas usuales de las prestaciones de ingresos por incapacidad es la cláusula de la «asegurabilidad garantizada». En ciertos casos, la cláusula establece que en un vencimiento concreto, como pueda ser al expirar la tercera o la quinta anualidad, el asegurado podrá contratar un determinado impor-

te adicional de pago mensual sin necesidad de demostrar su asegurabilidad; en otros casos, la garantía queda condicionada a la prueba de los ingresos percibidos por el asegurado, que dará derecho al vencimiento especificado a aumentar los importes de las prestaciones mensuales.

Importe y duración de las prestaciones.—El importe y la duración de los ingresos por incapacidad dependen del grado de incapacidad del sujeto (total o parcial) y del riesgo cubierto (accidente o enfermedad).

Los beneficios por incapacidad total se conceden normalmente sobre una base ya valorada; en otras palabras, cuando se establece la incapacidad cubierta se presume que el importe de la pérdida equivale a la cuantía de las prestaciones estipuladas en la póliza. Esta cuantía es objeto de decisión por el proponente, aunque sujeta a las normas de suscripción de la compañía. A excepción de las pólizas no anulables o de renovación garantizada (en que se puede utilizar la cláusula del «promedio de las ganacias») (2) el importe de la prestación no tiene que ajustarse al nivel de los ingresos del asegurado en el momento del siniestro.

El empleo de la valoración previa junto con la posibilidad de fluctuación en el potencial de los ingresos del asegurado (a causa de su edad, de los cambios de motivación y de sus habilidades, y a causa de las oscilaciones generales de la economía) han obligado a las aseguradoras a fijar unas normas de suscripción aplicables a la cuantía máxima de las prestaciones.

Los límites varían de una compañía a otra, pero lo usual es fijar como importe máximo a asegurar entre el 50 y el 60 por 100 de las ganancias brutas. En la generalidad de los casos, estos límites son aceptables en razón de la exención fiscal otorgada a las prestaciones de ingresos por incapacidad cuando la póliza ha sido estipulada personalmente; otra razón es que, durante la incapacidad, los gastos de la persona son inferiores, sobre todo cuando la cobertura médica básica y de gastos médicos de importancia forma parte del plan de seguro.

Muchas compañías imponen también una limitación a la suma de dinero de la prestación mensual, que acostumbra ser de unos $ 1.000/2.000; en ciertas pólizas no anulables esta suma puede llegar hasta $ 3.000, con prestaciones hasta los sesenta y cinco años o más. Hay otros límites impuestos a la participación global de todas las compañías en un mismo riesgo, que suelen ser de unos $ 3.000 al mes.

(2) Véase, más adelante, en este mismo capítulo.

Las compañías acostumbran a abonar las prestaciones por incapacidad total durante toda la vida del asegurado, siempre que quede en todo momento bajo la categoría de incapaz total. Es muy corriente que las prestaciones por incapacidad total derivada de enfermedad se reconozcan hasta cumplir los sesenta y cinco años de edad; son pocas las aseguradoras que pagan prestaciones vitalicias por incapacidad derivada de enfermedad que no obligue a guardar cama, aunque a condición de que la incapacidad total se haya declarado antes de cumplir una cierta edad (normalmente cincuenta años).

Las prestaciones por incapacidad parcial acostumbran a tener un importe reducido, normalmente el 50 por 100 de las sumas pagaderas por la total; la duración de las prestaciones es generalmente de veintiséis semanas, pero puede extenderse hasta el año.

En fechas recientes, las aseguradoras tienden a incluir en las pólizas de ingresos a largo plazo por incapacidad la cláusula denominada «de prestaciones por incapacidad residual», que da derecho a ellas después de un período de incapacidad total continuada que haya producido una sustancial *pérdida de ingresos*, con independencia del nivel de la categoría profesional y de si la vuelta al trabajo tiene lugar a jornada completa. Las prestaciones usuales proceden cuando, como consecuencia de la incapacidad, los ingresos del individuo quedan al menos un 25 por 100 por debajo de los que percibía antes del siniestro. El importe de la prestación se determina mediante la multiplicación del porcentaje de pérdida de ingresos por el importe mensual percibido como prestación por la incapacidad total.

El importe y la duración de los ingresos por incapacidad reconocidos por las pólizas industriales son bastante inferiores a los de las coberturas individuales.

En estos últimos años se ha extendido mucho una póliza es-

pecial de incapacidad «para los gastos del negocio», también conocida como póliza «para los gastos generales comerciales y/o profesionales». La cobertura implica el pago, durante la incapacidad total del asegurado, de ciertos gastos precisos para el mantenimiento de la plantilla y de las instalaciones. El salario del propio asegurado normalmente se excluye de estos gastos cubiertos, ya que no se pretende un seguro de ingresos por incapacidad, sino únicamente el mantenimiento del negocio, del personal y de las instalaciones durante un período de imposibilidad de obtener los ingresos brutos necesarios para hacer frente a tales responsabilidades. Las prestaciones se limitan a una suma fija mensual, con un período de carencia de entre catorce y treinta días (véase más adelante) y con una duración máxima de entre doce y veinticuatro meses. La cobertura se emite solamente al propietario y a los socios colectivos.

Cláusulas de limitación de la obligación de pagar del asegurador.—Aparte de la definición de la incapacidad y de las estipulaciones relativas al importe y a la duración de las prestaciones, existen otras varias cláusulas que aclaran las responsabilidades de la compañía. Estas cláusulas pueden figurar en el condicionado de las prestaciones, en las exclusiones o en las condiciones generales.

1. *Limitaciones usualmente recogidas en las cláusulas sobre las prestaciones.*—En la cobertura individual de ingresos por incapacidad pueden figurar una o varias de las cinco limitaciones que condicionan la obligación de pago de la compañía.

La primera es el *período de carencia,* o plazo contado a partir del primer día de incapacidad, durante el cual no se pagan las prestaciones del seguro. En el supuesto de una incapacidad total derivada de enfermedad, el período de carencia puede comenzar a contarse a partir del primer día de tratamiento por parte de un profesional médico, una vez comenzada la incapacidad. La duración de este período de carencia puede ser de entre siete y trescientos sesenta y cinco días, y en ciertas ocasiones más largo aún.

Las prestaciones por accidente se devengan desde el primer día de incapacidad, aunque se tienda últimamente a introducir una carencia similar a la empleada en caso de enfermedad. Son

muy pocas las compañías que reconocen prestaciones a partir del primer día de incapacidad por enfermedad.

No cabe abrigar dudas sobre la conveniencia de un período de carencia; supone un plazo de espera, a modo de franquicia, y persigue la eliminación de muchas incapacidades breves que, por regla general, no producen perjuicio económico al asegurado. Además, la cobertura de los ingresos por incapacidad rara vez se precisa en los primeros días, a causa de los planes privados para la continuación del salario. Es natural que el período de carencia suponga un gran ahorro, ya que elimina muchas reclamaciones frecuentes, de poca entidad. A mayor período de carencia, menor será la prima.

La segunda limitación es la que requiere que el asegurado esté *regularmente atendido por un médico legalmente calificado.* Este requisito se incluía siempre en las coberturas individuales de seguro de enfermedad; algunas pólizas modernas, más liberales, exigen que la incapacidad sea tal que «requiera y reciba tratamiento por parte de un médico».

La tercera cláusula hace referencia a la *incapacidal total y parcial que no siga inmediatamente al accidente.* Debido a la dificultad de la determinación de la relación directa entre la incapacidad y la lesión corporal accidental, las compañías exigían en un tiempo que el asegurado quedara incapacitado continuamente a partir de la fecha de la lesión. Sin embargo, se presentan casos defendibles en los que la incapacidad no sigue inmediatamente a la lesión, razón por la que las pólizas estipulan normalmente que la incapacidad ha de comenzar dentro de un plazo limitado a contar desde la lesión, de normalmente entre treinta y ciento veinte días. Algunas compañías no imponen esta limitación. La incapacidad parcial que siga inmediatamente a un período de incapacidad total también puede quedar cubierta por el seguro.

La necesidad de esta cláusula se explica por las diferencias de cobertura entre accidente y enfermedad. Las incapacidades que no puedan ser imputadas a una lesión accidental se consideran como causadas por la enfermedad.

Otra cláusula es la del *período de prueba,* que estipula la carencia por enfermedad contraída o iniciada en los primeros quince días (o treinta días) de vigencia; la compañía quiere dejar

claro que no desea cubrir la enfermedad iniciada antes de la entrada en vigor del seguro (enfermedad preexistente). Se busca la minimización del número de los casos fronterizos en los que es difícil establecer el origen del mal, poniendo así un dique a la antiselección. Esta cláusula figura a veces entre las exclusiones.

Otra limitación de la responsabilidad de pago de la compañía la encontramos en los períodos de *recuperación temporal.* Cuando un período de recuperación temporal se interpone entre dos períodos de incapacidad, puede plantearse el problema grave de si la segunda constituye un evento nuevo o si es continuación de la primera. Esto tiene gran importancia, porque la duración máxima de la incapacidad por enfermedad está limitada en la póliza, y las prestaciones podrían continuar indefinidamente mediante la alegación de una recuperación temporal para reclamar a continuación por una nueva enfermedad. Este problema ha de ser puesto en relación también con las pólizas no anulables o de renovación garantizada.

Para evitar malentendidos, casi todas las pólizas no anulables o de renovación garantizada, y muchas de las de renovación opcional, contienen una *definición de la incapacidad recurrente,* que determina que antes de que la última incapacidad pueda ser considerada como una nueva enfermedad, el asegurado tiene que haberse reintegrado a su trabajo, a jornada completa, durante un período continuado de seis meses por lo menos. Esta cláusula implica una ventaja y un inconveniente; cuando la recurrencia se produce dentro del plazo de los seis meses, sólo podría reclamarse hasta cubrir la parte no desembolsada del límite cubierto, sin volver a aplicar un período de carencia; si la recurrencia se produce después de los seis meses, vuelve a aplicarse el período de carencia, pero también se aplica un nuevo límite a la duración de las prestaciones.

2. *Limitaciones normalmente recogidas entre las exclusiones.*—Las pólizas más modernas de seguro individual de enfermedad ofrecen una cobertura amplia, pero no pretenden proteger contra todos los accidentes o enfermedades. En cuanto a estos riesgos, las pólizas excluyen las pérdidas producidas o causadas: 1) por una lesión o estado preexistente; 2) por la guerra, declarada o no, o por actos bélicos; 3) por lesiones sufridas o enfermedad contraída cuando el asegurado preste servicio en las fuerzas armadas de un país o bajo una autoridad internacional, como pueda ser las Naciones Unidas; 4) por lesiones sufridas en aeronave, a no ser que el asegurado sea pasajero de línea aérea regular; 5) por la autodestrucción intencionada, se esté o no en el sano juicio.

Como tanto la cláusula de cobertura como la estipulación de las prestaciones establecen por regla general que la incapacidad ha de producirse mientras la póliza esté en vigor, la exclusión de la situación preexistente no pasa de ser una nota aclaratoria. Sin embargo, conviene subrayar que algunas compañías se ajustan a la interpretación jurisprudencial y estipulan que las enfermedades o situaciones preexistentes serán excluidas como causa de reclamación, únicamente cuando se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de entrada en vigor. No hay que olvidar que las situaciones preexistentes solamente pueden ser alegadas por la compañía dentro de un plazo determinado (3).

Las compañías han liberalizado cada vez más la exclusión de aviación, de modo que la cobertura se aplica al asegurado cuando es pasajero de cualquier tipo de aeronave; en algunos casos no se estipula exclusión del riesgo de aviación.

Ciertas exclusiones son de aplicación concreta al riesgo de accidente: 1) la enfermedad o la afección mental; 2) toda infección, sea o no accidental, a no ser que se trate de una infección séptica de una herida accidental o visible en ella; 3) la hernia. Estas exclusiones significan un corolario de las intenciones de la aseguradora de hacer una distinción entre accidente y enfermedad.

La lesión o la enfermedad profesional quedan a veces excluidas de las pólizas emitidas a asalariados, que gozan de la cobertura de los accidentes del trabajo. El precio de la protección puede reducirse considerablemente, disminuyendo el peligro del sobreseguro.

(3) Las cláusulas uniformes lo fijan en tres años; véase EDWIN L. BARTLESON y otros: *Health Insurance,* 2.ª edición (Chicago, Society of Actuaries, 1968), pág. 232.

3. *Limitaciones recogidas en las condiciones generales.*—En general, las condiciones del texto de la póliza hacen referencia a problemas de índole administrativa. Sin embargo, en ocasiones, en las pólizas de ingresos por incapacidad se incluyen dos cláusulas que limitan el importe de las prestaciones reclamables de una misma aseguradora, o bien otras que limitan las prestaciones en general. Estas cláusulas denominadas de prorrateo, que se refieren al cambio de profesión y a la declaración inexacta de la edad, pretenden ajustar el nivel de las prestaciones a la clasificación tarifaria adecuada (4); las demás hacen referencia a otros seguros y a los ingresos percibidos, y pretenden limitar peligros de naturaleza moral.

Las demás cláusulas del seguro (cláusulas uniformes optativas 4 y 5) se conocen a menudo como «Seguro con otras aseguradoras», y permiten la reducción a prorrata de los pagos de prestaciones si se descubre la existencia de un seguro adicional en el momento del siniestro. La reducción efectuada se determina mediante la comparación de las prestaciones ofrecidas por una póliza, con todas las prestaciones de las demás pólizas de otras compañías *de las que no se había tenido conocimiento.* De esta forma, si el asegurado tenía una póliza con prestaciones de $ 400 al mes y no notificó a la aseguradora la existencia de otra por el mismo importe, la aplicación de esta cláusula reduciría los pagos a 400/800 de $ 400, o sea, a $ 200. La fórmula sería:

$$\frac{\text{Prestaciones de la póliza}}{\text{Prestaciones de todas las pólizas}} \times \text{Importe que la póliza pagaría si fuera la única en vigor} = \text{Importe pagado por la póliza}$$

Cuando las prestaciones sufren esta reducción en virtud de esta cláusula, hay que devolver al asegurado una parte proporcional de las primas.

(4) Estas cláusulas figuran entre las «optativas standard» establecidas en la Ley de Cláusulas Uniformes en Pólizas Individuales. Véase en el capítulo 18: «Condiciones generales».

Otra cláusula denominada «relación entre los ingresos y el seguro» (cláusula uniforme optativa núm. 6) puede figurar en ocasiones en las pólizas no anulables o de renovación garantizada. En principio, esta cláusula estipula que si el total de las prestaciones supera a los ingresos mensuales que el asegurado percibía, los importes de aquéllas serán disminuidos proporcionalmente. Así, si el asegurado ha contratado dos pólizas con prestaciones de ingresos mensuales de $ 200 y $ 400, pero sus ingresos eran de $ 500 al mes, la póliza pagará los 500/600 de la prestación estipulada:

$$\frac{\text{Ingresos medios}}{\text{Total de prestaciones de todas las pólizas}} \times \text{Presentación de la póliza} = \text{Importe a pagar por la póliza}$$

Esta cláusula establece, además, que no se aplicará cuando la suma de todas las prestaciones mensuales es inferior a $ 200, ni tampoco en la medida en que su aplicación redujera las prestaciones a menos de $ 200 al mes. También en este caso se devuelven al asegurado las primas, en la proporción en que las prestaciones hayan sido disminuidas.

Como es lógico, estas cláusulas de prorrateo tienden a desaconsejar la contratación de sumas excesivamente elevadas de ingresos, al tiempo que se protege a la compañía frente al peligro del sobreseguro, tanto si se debe a la deflación de la economía, como a la contratación por el asegurado de futuros seguros adicionales (5). La cláusula de «los demás seguros» se aplica a las pólizas anulables o no renovables, aunque la aseguradora cuente con la posibilidad de terminar la cobertura al

(5) La definición de la incapacidad total fue liberalizada en la Sección 303 del Título III de Reforma de la Ley de la Seguridad Social, de 1965. La liberalización aumenta los riesgos de sobreseguro en el campo de las prestaciones voluntarias por incapacidad, y ha llevado a muchos aseguradores a reforzar sus normas de emisión y participación, en relación con los ingresos percibidos por el individuo. Cabe incluir las prestaciones por incapacidad de la Seguridad Social, como «otras coberturas válidas», en la cláusula de la «relación entre ingresos y seguro», siempre que se parta de una definición apropiada del concepto «otras coberturas válidas».

llegar a conocimiento de la existencia de otras pólizas; no da protección en el caso de pólizas no anulables o de renovación garantizada, razón por la cual no la incluyen. Como se ha dicho, la cláusula de la «relación entre ingresos y seguro» es muy usual en este último tipo de contratos, sobre todo cuando se reconoce un período máximo de prestaciones.

Puesto que los contratos de ingresos por incapacidad se basan en una clasificación de profesiones, la cláusula del «cambio de profesión» (cláusula uniforme optativa núm. 1) determina que cuando el asegurado sufre una incapacidad después de haber cambiado a una ocupación más arriesgada que la mantenida al tiempo de la emisión de la póliza, las prestaciones serán reducidas a la proporción que la tarifa de la profesión primitiva guarde con la nueva.

La cláusula de «la declaración inexacta de la edad» (cláusula uniforme optativa núm. 2) establece que la prestación pagada será igual a la que la prima que el asegurado abona hubiera comprado declarando la edad correcta. Las prestaciones se reajustan (en más o en menos) en la misma proporción que la prima pagada guarda con la que debiera haber pagado en base a la edad correcta.

Finalmente, la cláusula «otros seguros con la misma aseguradora» (cláusula uniforme optativa núm. 3) se refiere a la situación de más de una póliza con la misma compañía. La cláusula deja sin efecto la parte del total de las prestaciones que exceda de un límite determinado.

No debe olvidarse que muchas pólizas no hacen ninguna mención de estas cláusulas de prorrateo, y será rara una póliza que las recoja todas.

18

Contratos individuales de seguro de enfermedad: II

CLAUSULAS DE LAS PRESTACIONES

Prestaciones complementarias

La prestación de los ingresos por incapacidad (se deba a siniestro por accidente o por enfermedad) se complementa a veces con otros beneficios pagaderos únicamente cuando la incapacidad sea consecuencia de una lesión accidental conforme con su definición. También caben otras combinaciones de beneficios complementarios, contratados separadamente o bien dentro de la misma póliza básica.

Prestaciones por muerte por accidente. — Tradicionalmente, las compañías han ofrecido siempre la prestación de muerte por accidente como parte de la póliza de ingresos por incapacidad. El importe de esta prestación es el de la *suma cubierta* por el contrato, que puede oscilar entre unos cientos de dólares, y miles; sin embargo, las compañías prefieren emitir esta cobertura sobre la base de un nivel determinado, de suerte que la proporción entre la suma cubierta y los ingresos mensuales no exceda de 200 a uno. La práctica ha demostrado que una proporción superior tiende a aumentar los costes de la reclamación por muerte accidental. De acuerdo con las nuevas pólizas con cuadros de cobertura, en las que el asegurado puede elegir

el importe de la suma a cubrir y/o de las prestaciones de ingresos, existe la tendencia a reducir la cuantía de la suma principal y a prestar una mayor atención a una cuantía adecuada para el seguro de los ingresos por incapacidad.

Prestaciones por mutilación accidental y por pérdida de la vista. — A veces se pagan prestaciones por ciertas incapacidades que, en razón de su gravedad, *se presume que son totales y permanentes.* Cuando la suma principal asegurada, o una parte de la misma, se destina a pagar una prestación por mutilación o ceguera se dice que se paga una *suma de capital* (1). He aquí un cuadro típico de prestaciones de sumas de capital por mutilación y pérdida de la vista:

Pérdida	*Prestación de suma de capital*
Las dos manos o pies o pérdida de la visión en ambos ojos	La suma principal
Una mano y un pie	La suma principal
La pérdida de un ojo y de una mano o un pie.	La suma principal
Una mano, un pie o un ojo	La mitad de la suma principal

La idea originaria era la de pagar una suma al contado, liquidando el siniestro, en lugar de pagar cantidades mensuales por incapacidad. Esto ha dejado de ser legal en casi todos los Estados, por lo que esta prestación está considerada como una «gratificación» para compensar los dolores y el sufrimiento.

A los efectos de esta cláusula, la pérdida de la mano o del pie se entiende como la amputación completa por la muñeca o por el tobillo por lo menos. La pérdida de la visión ha de ser completa e incurable. Sin embargo, hay que señalar que muchas compañías pagan actualmente por «la pérdida del uso de» las manos o de los pies; algunas compañías, además, reconocen el derecho a prestaciones por pérdida del habla o del oído, y en ciertos casos se la considera como prueba suficiente de una incapacidad total y permanente.

(1) En los contratos que reconocen prestaciones de ingresos semanales o mensuales, los beneficios de capital pueden expresarse en relación con la suma de los ingresos reconocidos (por ejemplo, 200 semanas de prestaciones).

Las prestaciones pueden abonarse de formas distintas. La más generosa sería el pago con independencia de las demás prestaciones de la póliza, pero muchas compañías relacionan esta prestación con el cobro de los ingresos mensuales, de alguna de las formas siguientes:

1. La cláusula menos liberal paga automáticamente la prestación en lugar de cualquier otra que figure cubierta (esta cláusula está hoy prohibida en casi todos los Estados).
2. El asegurado puede elegir, dentro de un cierto plazo a partir del accidente, el cobro de una indemnización durante el resto de su vida o durante un período determinado de tiempo, en lugar de la indemnización de capital (algunos Estados prohíben esta solución).
3. El asegurado puede elegir, dentro de un cierto plazo a contar desde el accidente, el cobro de una indemnización de capital en lugar de unos ingresos mensuales.
4. La prestación de capital será la suma mínima que el asegurado vaya a percibir a causa de la mutilación o de la ceguera. Las cantidades que no se hayan pagado al fallecimiento del asegurado se acreditan al patrimonio del asegurado o al beneficiario. De esta forma, cuando los pagos de ingresos mensuales realizados ante del fallecimiento no ascienden al importe de la prestación de la suma de capital, la diferencia se abona al patrimonio del asegurado o a su beneficiario.

En relación con los sistemas segundo y tercero, muchas pólizas establecen que las prestaciones de ingresos serán pagaderas desde el comienzo de la incapacidad total hasta la fecha de la pérdida de la vida, del miembro o de la vista, además del pago de la suma de capital.

Prestaciones de doble indemnización.—Muchos seguros de incapacidad contienen una cláusula de doble indemnización por la que se establece que todas las coberturas, a excepción de la de gastos médicos, serán pagadas al doble cuando la lesión se produce en determinadas circunstancias. Por regla general, el doble beneficio se reconoce cuando la lesión se debe a un accidente en que el asegurado fuera un pasajero en un medio de transporte o en un elevador, o bien cuando la causa fue una explosión de calderas, un huracán, un tornado, el rayo, el hundimiento de muros o el incendio. A veces se reconocen indemni-

zaciones triples o cuádruples. Debido a la poca probabilidad de estos eventos, parece que esta prestación quiere incitar los instintos especulativos del asegurado, induciéndole a contratar otras coberturas que son de mayor interés para su seguridad personal.

Acumulaciones. — En ocasiones, las pólizas establecen que las prestaciones de suma de principal serán incrementadas en un porcentaje determinado cada año si la póliza continúa en vigor, hasta que las *acumulaciones* alcancen un cierto límite (normalmente el 50 por 100 de la suma principal). Se pretende incitar al sujeto a renovar la cobertura con la misma compañía, lo cual no pasa de ser un aspecto de la lucha competitiva en este campo del negocio asegurador.

Beneficio de la indemnización electiva.—Muchas pólizas ofrecen al asegurado la oportunidad de cobrar una suma determinada por ciertas incapacidades menores o parciales (fracturas, dislocaciones, amputaciones), en lugar del cobro de ingresos por incapacidad o de otras prestaciones debidas por la póliza en base a la lesión. Las cantidades se hacen constar en un cuadro, normalmente en cantidades múltiplos de la prestación por incapacidad total. En algunas pólizas más liberales, estas prestaciones electivas figuran como la prestación mínima que el asegurado va a recibir de acuerdo con la cláusula de ingresos por incapacidad.

Prestaciones por una lesión no incapacitadora.—Muchas pólizas de ingresos por incapacidad incluyen una prestación global de gastos médicos para hacer frente al coste real del tratamiento médico de las lesiones no incapacitadoras, hasta un importe igual a una cuarta parte de las prestaciones mensuales. Esta cobertura excluye normalmente cualquier otro pago.

Prestaciones de los gastos médicos

Casi todas las coberturas individuales de seguro de enfermedad con inclusión de los gastos médicos reconocen las prestaciones partiendo de un presupuesto concreto; en otras palabras, las cláusulas de cobertura son distintas, así como sus límites, para los gastos de hospital, para los de cirugía y para los demás

gastos médicos. Las prestaciones pueden combinarse en una sola póliza con la cobertura de ingresos por incapacidad; en caso contrario, los gastos de hospital pueden contratarse en una póliza independiente, a la que se añaden los demás tipos de gastos médicos. Otros beneficios de posible inclusión son los de atención por parte de enfermera y los de maternidad. Si nada se establece en contrario, los riesgos asegurados o causas de siniestro pueden ser la lesión corporal accidental y la enfermedad.

El primer responsable del pago de los gastos médicos es el propio asegurado, que será reembolsado por la compañía de seguros. Sin embargo, la aceptación general del Plan de Ingresos en los Hospitales, propuesto por el Consejo del Seguro de Enfermedad, ofrece la posibilidad de que el asegurado ceda al hospital los beneficios de la póliza. En tal caso, el asegurado recibe la factura de la diferencia entre el importe de la hospitalización y la suma de los beneficios pagados por el seguro, que generalmente se reconocen sobre una base compensatoria. La compañía paga los costes reales del servicio hasta una suma máxima determinada; sin embargo, estos beneficios pueden ajustarse al tradicional criterio de *valoración*. El beneficio *valorado* o *fijo de hospitalización* implica el pago de una suma especificada por cada día de internamiento, cualquiera que sea el coste real de los servicios recibidos.

Las prestaciones de los gastos médicos también cubren a las personas dependientes del asegurado; cuando esta cobertura forma parte de una póliza de ingresos por incapacidad, se le acompaña el *apéndice de personas dependientes*. También es usual la inclusión de la cláusula de *grupo familiar*, como parte de una póliza de gastos médicos. Las pólizas acostumbran a definir a los dependientes familiares que son el cónyuge y los hijos a su cargo que no hayan cumplido los dieciocho años de edad. A los hijos recién nacidos se les cubre automáticamente, aunque tenga que transcurrir un número especificado de días antes de que tenga efecto la cobertura. Las primas se ajustan a cada vencimiento, para tener en cuenta los cambios en el número de las personas dependientes.

Prestaciones de gastos hospitalarios.—Por regla general, se emite cobertura para dos tipos de gastos: 1) la prestación dia-

ria por hospitalización; 2) la prestación de gastos o de servicios hospitalarios.

La *prestación diaria por hospitalización* hace frente a los gastos de habitación, de manutención, de enfermera de planta y de otros servicios rutinarios, que son calculados sobre una base diaria. Como se ha dicho, este beneficio puede ajustarse a un criterio compensatorio o a uno valorado, en el que el importe de la prestación puede oscilar entre $ 15 hasta $ 100 por día. El período con derecho a prestación oscila entre treinta días y un año; aunque lo más común es entre setenta y ciento veinte días.

La *prestación de gastos varios* o de *servicios hospitalarios*, casi siempre sobre una base de compensación, hace frente a los cargos no incluidos en la prestación por día. En concreto, cubre el coste de la anestesia y de su administración, el servicio de ambulancia, el quirófano, rayos X y fluoroscopio, las medicinas, drogas, vendajes, oxígeno y demás equipos y suministros médicos que son cargados por el hospital. A veces el importe máximo de esta prestación se expresa en múltiplos de la cantidad pagada por día de hospitalización. Ciertas compañías ofrecen a elegir las limitaciones impuestas a estas prestaciones, de modo que el contratante pueda escoger la cifra preferida de cobertura para los servicios hospitalarios, entre un mínimo de $ 50 y un máximo de $ 1.000, de $ 2.500 o incluso superior. Caben otras variaciones, como la de la inclusión de una cláusula de participación del 80 por 100 (coaseguro), con unas cifras elevadas de cobertura y una franquicia, que puede ser de entre $ 25 y $ 50, aplicable a las prestaciones combinadas de habitación y servicios (2).

Es habitual que la póliza contenga la definición de «hospital», entendido típicamente como «una institución que funciona de acuerdo con la ley, dedicada a la atención y al tratamiento de los enfermos y de los accidentados, con unas instalaciones organizadas para prestar servicios importantes de cirugía y con un servicio de enfermeros durante las veinticuatro horas del día». Con la definición se pretende eludir los riesgos del internamiento en establecimientos que fundamentalmente prestan servicios

(2) El empleo de la franquicia y/o del coaseguro o de la participación porcentual contribuye a reducir el importe de la prima, como se verá más adelante.

de estancia y de atención en la habitación, como son las casas de reposo y las residencias.

Las prestaciones de gastos médicos solamente se reconocen a quien esté internado, esto es, a quien esté en la cama de un hospital y sea facturado al menos por un día de estancia y manutención. Algunas pólizas determinan el derecho a la prestación cuando se trata de un paciente del hospital que no esté internado, cuyas lesiones exigen tratamiento de urgencia o intervención quirúrgica; el importe de esta prestación, siempre cubierta sobre una base de compensación, se hace coincidir casi siempre con el importe de la cobertura de los gastos varios de hospital (3).

Prestaciones de gastos quirúrgicos. — Esta cobertura hace frente al pago de las facturas del médico por las operaciones quirúrgicas realizadas, de acuerdo con un baremo fijado para cada intervención, en un cuadro que puede llegar a contener hasta un centenar de conceptos; se trata así de fijar los costes relativos de las operaciones, de las más caras y de las más económicas, siguiendo los resultados obtenidos a nivel inter-aseguradoras con los estudios de los costes de las diversas intervenciones.

Puesto que el cuadro pretende recoger los costes relativos, el importe de la prestación cubierta se expresa en términos de beneficio máximo a pagar; estos importes oscilan entre un mínimo de $ 100 y un máximo de $ 2.000 o más, para los que viven en zonas de alto nivel de vida o que tienen ingresos elevados. La prima de esta cobertura depende de los importes máximos elegidos por las prestaciones.

Es imposible hacer una relación de todas las intervenciones quirúrgicas que puedan llevarse a efecto, razón por la que la póliza sólo hace mención de las más frecuentes. Ello no impide la cobertura de las operaciones no relacionadas, por un importe que dependerá de su coste relativo puesto en comparación con las intervenciones expresamente enumeradas.

(3) Algunas compañías cubren los «diagnósticos de pacientes externos» en caso de accidente o enfermedad, aunque normalmente con una limitación.

A continuación ofrecemos algunas operaciones tomadas de un cuadro de $ 300; en el cuadro de $ 600 las prestaciones serían por un importe doble, y triple en el supuesto de un cuadro de $ 900.

Clase de operación	*Importe*
Apendectomía	$ 150
Extirpación de la vesícula	225
Extirpación de un pulmón	300
Tonsilectomía	45
Tratamiento de una fractura simple:	
— Cadera	111
— Antebrazo	37,50
Histerotomía	225
Herniotomía:	
— Simple	150
— Doble	187,50
Alumbramiento	75
Cesárea	150
Hemorroides:	
— Externa	37,50
— Interna	75

Es habitual, cuando se realizan dos o varias operaciones en la misma incisión, o cuando las condiciones son iguales o están relacionadas, que el pago máximo aplicable sea el de la prestación máxima. Teniendo en cuenta el hecho de que ciertas enfermedades o lesiones excepcionalmente complicadas puedan requerir una cirugía múltiple, algunas compañías ofrecen cuadros «elásticos», en base a los cuales la prestación puede exceder del límite estipulado en general cuando se trate de complicaciones anormales. También se acostumbra a definir lo que sea la intervención quirúrgica; he aquí una definición típica:

> «Operaciones» quiere decir los procesos quirúrgicos que se relacionan, realizados por un médico legalmente cualificado: corte, sutura, tratamiento de fractura, reducción o dislocación, electrocauterización, sonda, administración de neumotórax o neumoperitoneo artificial, eliminación de piedra o de cuerpo extraño por medios endoscópicos, el tratamiento por inyección de la hernia, hemorroides o venas varicosas.

Hace algunos años se introdujeron los que se denominaron «cuadros de valores relativos», en los que los valores atribuidos a cada intervención consistían en «unidades» o puntos de valoración. El límite real de las prestaciones se determina asignando un «valor de unidad» al cuadro, como puedan ser $ 3, $ 5 ó $ 10 por punto o unidad. Este sistema tiene la ventaja de una mayor flexibilidad al determinar el valor en dólares del cuadro concreto de cada póliza, lo cual permite una mayor adecuación a la localidad o al nivel de los ingresos del asegurado (4).

Prestaciones de los honorarios médicos. — Esta prestación es relativamente rara en las pólizas de seguro de enfermedad individual. Su objeto es el pago del coste de los servicios del profesional médico, siempre que no sean por intervención quirúrgica o por atenciones post-operatorias. La prestación parte, normalmente, de una base valorada y su importe es bastante inferior al valor real de los servicios prestados.

La cobertura está sujeta a dos limitaciones: la *limitación por visita* depende del importe cargado por el médico, y en las visitas a su consulta o al hospital es de unos $ 7, mientras que en las visitas domiciliarias es de $ 10 ó de $ 15; la *limitación máxima global* puede expresarse en el número máximo de visitas por cada enfermedad o lesión. En muchas pólizas la cobertura sólo se aplica a las visitas del médico en el hospital.

Este tipo de prestaciones rara vez se cubre en los seguros individuales (en los que no se puede tener en cuenta la experiencia del riesgo individual) a causa del elevado riesgo moral, del peligro de antiselección y de la elevada frecuencia de estas reclamaciones comparativamente reducidas. Sin embargo, conviene tener en cuenta que estas prestaciones figuran incluidas en las pólizas de gastos médicos de importancia de que nos ocupamos más adelante.

Prestaciones por gastos de enfermera. — Las pólizas incluyen a veces la cobertura de las atenciones prestadas por enfer-

(4) Estos cuadros de valores relativos han sido adoptados por las sociedades estatales de médicos, con la idea de controlar los valores. El cuadro más antiguo y más usado es el Estudio de Valor Relativo de California, publicado en 1954. Véase EDWIN L. BARTLESON y otros: *Health Insurance*, 2.ª edición (Chicago, The Society of Actuaries, 1968), pág. 31.

mera, de forma semejante a la prestación de gastos de hospitalización, en la que se aplica un límite máximo por día y una limitación temporal. La prestación puede cubrir las atenciones de «una enfermera profesional, colegiada y privada», o bien las de «enfermeras prácticas autorizadas» o de «enfermeras vocacionales». Lo más normal es que los beneficios se reconozcan solamente cuando el asegurado está internado en el hospital, pero a veces puede incluir al tratado en su propio domicilio.

Prestaciones por maternidad. — El embarazo y el parto no constituyen un verdadero riesgo asegurable, pero es usual que las coberturas individuales incluyan ciertos beneficios limitados. Por regla general, se exige un período de carencia de al menos nueve o diez meses, para evitar la posibilidad de una selección adversa. Las pólizas acostumbran a cubrir el embarazo cuando comienza después del período de carencia o después de la emisión de la póliza, de suerte que se puedan cubrir los abortos.

La prestación más usual hace frente a los gastos de hospitalización, normalmente limitados a un importe múltiplo de las prestaciones por día; no se cubren los gastos varios de hospital. Las prestaciones de obstetricia también pagan a veces los gastos de las operaciones quirúrgicas relacionadas con el embarazo.

Por regla general, las prestaciones de maternidad sólo se incluyen en las pólizas familiares.

Atenciones de odontología. — Algunas aseguradoras ofrecen pólizas o apéndices de cobertura individual, con un cuadro de servicios de odontología similar al cuadro de cirugía. Sin embargo, las dificultades de este tipo de cobertura, junto con la gran frecuencia de reclamaciones, han limitado grandemente la disponibilidad de esta cobertura en un plano individual (5)

Prestaciones de los gastos médicos de importancia (6). — Las prestaciones de gastos médicos de que nos hemos ocupado pretenden pagar una porción sustancial de los costes de lesiones y enfermedades de poca entidad, pero no cubren adecuadamente los casos graves. Como el seguro persigue aminorar las consecuencias económicas de la lesión o de la enfermedad graves y puesto que los mecanismos aseguradores solamente funcionan eficazmente cuando las reclamaciones no son frecuentes, es lógico que surja la necesidad de un seguro de los gastos médicos de importancia.

(5) *Ibídem*, pág. 33.
(6) Véase HIAA: *Principles of Individual Health Insurance I* (Nueva York, 1974), págs. 43-61.

Las primeras prestaciones tuvieron su origen en la necesidad de pagar gastos muy elevados, causados por el accidente; la póliza *flotante de gastos por accidente*, que sólo se emite junto con pólizas de ingresos por incapacidad, de muerte por accidente o de mutilación, indemniza por los gastos de las atenciones médicas debidas a lesión accidental. El importe de la cobertura puede ascender hasta $ 5.000 por cada accidente, y cubre todos los gastos (hospital, médicos, enfermeras), aunque con la aplicación frecuente de una franquicia.

La gran desventaja de esta póliza es que no cubre el caso de enfermedad importante, y para obviarla se ideó la póliza de los *gastos médicos de importancia*, que pretende complementar los seguros básicos de hospitalización y de cirugía, y que hace frente a casos en que se incurre en elevados gastos en plazos breves de tiempo, que pueden significar una desgracia económica para el asegurado o para la familia. Esta cobertura se puede conseguir en forma de apéndice a la póliza básica, o bien por medio de una póliza separada.

Cuando el apéndice de los gastos médicos de importancia se hace acompañar a la póliza de gastos de hospitalización y quirúrgicos, cubre, una vez deducida la franquicia, las pérdidas sufridas al superar los gastos las limitaciones estipuladas en la póliza básica. No es preciso, sin embargo, que el individuo o la familia sea titular de una póliza básica, ya que para los gastos de hospital y de cirugía el asegurado puede asumir el riesgo en la parte no cubierta por la franquicia de los gastos de importancia.

El seguro de los gastos médicos de importancia se emite sobre una *base de gastos producidos*, teniendo en cuenta que dentro de un período limitado de tiempo se va a incurrir en *gastos médicos cubiertos*, que superen la franquicia estipulada, período que se acostumbra denominar de *acumulación*. Cuando los gas-

tos médicos cubiertos superan la franquicia, es usual que el asegurado siga pagando una porción de los mismos y el asegurador la otra parte. Este «coaseguro» puede estructurarse de dos modos: en algunas pólizas se cubre un porcentaje de los gastos que excedan de la franquicia, que suele ser un 75 ó un 80 por 100, y el asegurado paga la otra parte con el fin de que esté motivado para que evite las atenciones innecesarias; otras pólizas pagan el 100 por 100 de los gastos que superen la franquicia, pero introduciendo unos límites en ciertos tipos de gastos, como pueden ser los de estancia y manutención en el hospital, los honorarios del cirujano, etc. El coaseguro de porcentaje puede también ser aplicado a ciertas categorías de gastos, como honorarios de enfermeras, terapia física, etc. En fechas recientes se tiende a introducir una limitación anual, de unos $ 1.000 a $ 1.500, a los gastos familiares no cubiertos por la póliza de gastos médicos de importancia.

Las condiciones generales relativas a la cláusula de cobertura, a la renovabilidad, a la terminación, las definiciones y aspectos semejantes, son muy parecidas a las de la póliza básica de gastos hospitalarios y quirúrgicos.

No obstante, la definición de la enfermedad es bastante diferente a la de la póliza básica, pretendiendo que los beneficios de la póliza sean aplicables sobre la base de cada enfermedad. En el supuesto de que en un mismo período de prestaciones haya dos o más enfermedades, la franquicia se aplicaría separadamente a los gastos ocasionados por cada una de ellas. La enfermedad puede definirse como cada enfermedad o dolencia *debida a una misma causa o a causas entre sí relacionadas;* también puede ser definida para incluir *todas las enfermedades o dolencias sufridas concurrentemente,* aunque no mantengan ninguna relación entre sí. Esta última definición implica que todos los gastos médicos causados por el asegurado o en su nombre, se deban a una o a varias causas, estarían cubiertos durante el período de prestaciones, una vez se haya satisfecho la franquicia inicial.

Al igual que sucede con las pólizas que cubren los gastos de la atención médica, las definiciones de lesión o de enfermedad excluyen las que el asegurado podría reclamar contra la cobertura de accidentes del trabajo, de enfermedades profesionales,

de responsabilidad del empresario, o en virtud de otras disposiciones legales.

1. *Gastos cubiertos.*—La póliza de los gastos médicos de importancia incluye una cláusula por la que se determinan los tipos de gastos por atención médica cubiertos por el seguro. Estos gastos cubiertos son los únicos que pueden computarse al objeto del pago de la franquicia. Hay que recordar que estas pólizas presentan gran diversidad en cuanto a los tipos de gastos reclamables y a la forma en que son tratados.

Los gastos de *habitación y manutención en el hospital,* con inclusión de las atenciones de enfermeras, pueden estar sujetos a un límite; lo más usual es que el coaseguro porcentual no sea aplicable cuando se imponen limitaciones a la cuantía de ciertos gastos. Por ejemplo, en el plano de los gastos de estancia y manutención, las prestaciones pueden ser:

1. Habitación y manutención en el hospital, con inclusión de las atenciones de enfermeras, sin que se supere el límite por día establecido en el cuadro.
2. Cargos efectuados por el hospital por estancia y manutención, y por servicios que usualmente se incluyen adicionalmente, hasta el importe de la tarifa ordinaria del hospital para una habitación semiprivada aumentando en $ 10 diarios, o hasta $ 60 por día de internamiento, cuando el primer concepto sea superior.

Los conceptos de *gastos diversos,* como son los servicios médicos o los suministros, siempre que no sean estancia y manutención, ni servicios generales de atenciones de enfermeras, pueden considerarse cubiertos, aunque con una cierta limitación como pueda ser la del coste del quirófano, o un límite por examen por rayos X, etc.

Los gastos cubiertos de *intervenciones quirúrgicas* pueden serlo: 1) por un importe ilimitado, esto es, el importe que sea usual en tales casos, sin otra limitación; 2) pueden estar limitados a una cifra determinada; o 3) pueden estar limitados en base a un cuadro de operaciones, con sus respectivas valoraciones.

Los cargos de los *demás servicios* que normalmente están cubiertos incluyen las atenciones de odontología por fracturas

y dislocaciones de la mandíbula, o por lesión a los dientes naturales; los servicios de enfermera diplomada o de anestesista profesional; los rayos X y las pruebas de laboratorio; la receta de drogas y medicinas, así como de ciertos dispositivos como miembros artificiales u ojos de cristal; otros gastos especiales de las atenciones médicas.

Se denomina «límite interno» a la limitación impuesta por unidad de cargo o a la cifra máxima reconocida a ciertos tipos de cargos.

2. *Franquicia.* — La franquicia puede expresarse: 1) como un importe específico de dinero; 2) como un importe de dinero determinado haciendo referencia a un cuadro basado en los ingresos netos de los cónyuges; 3) equiparándola a los beneficios obtenidos por otra cobertura de seguro, con una cuantía mínima fija. El sistema más usual es el primero; el tercero es el más reciente y tiende a reducir considerablemente el ritmo de crecimiento de las primas.

3. *Período de prestaciones.*—Normalmente es de unos dos o tres años cuando los gastos cubiertos que excedan de la franquicia, debidos a enfermedad o a lesión, se acumulan dentro de un período de entre noventa y ciento ochenta días, denominado de *acumulación.* Una vez fijado el período de las prestaciones, la compañía paga los beneficios de acuerdo con el condicionado de la póliza.

4. *Prestaciones médicas de importacnia.*—Estas prestaciones constituyen el compromiso de la aseguradora de pagar un porcentaje específico, normalmente entre el 75 y el 80 por 100 de los gastos cubiertos incurridos por encima de la franquicia. En algunas pólizas se aplican limitaciones internas aplicables a tipos concretos de gastos, en lugar de aplicar el coaseguro porcentual. En otros casos, el límite interno coexiste con el coaseguro porcentual. En todos los casos la prestación de los gastos médicos de importancia está sujeta a un límite máximo, que puede oscilar entre $ 5.000 y $ 25.000.

5. *El accidente común.*—La póliza estipula normalmente que cuando dos o más miembros de la familia sufren lesiones como

consecuencia de un accidente común, sólo se aplicará una franquicia; sin embargo, el límite máximo de las prestaciones se aplica separadamente a cada persona.

6. *Exclusiones.*—Las exclusiones de la póliza de los gastos médicos de importancia están en relación con la guerra, con el servicio militar activo, con las operaciones voluntarias de cirugía estética, con la refracción del ojo o la colocación de uno de cristal, con la atención dental a no ser que se incluya la lesión de los dientes naturales, con la enfermedad o la lesión considerada como accidente laboral, como enfermedad profesional, como responsabilidad del empresario, o en virtud de disposición legal semejante, y con las atenciones prestadas a los antiguos miembros de las fuerzas armadas por los hospitales o los servicios sanitarios del gobierno.

Estas pólizas contienen usualmente, además, limitaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto, a no ser que se presenten las que se denominan «complicaciones del embarazo», que están cubiertas por el seguro. Existen ciertas limitaciones aplicables a los gastos habidos por las atenciones y el tratamiento de las enfermedades mentales; en algunos casos están totalmente excluidos; en otros, la cobertura se limita a los gastos causados durante el internamiento en un hospital general, o bien se estipula una cuantía máxima que puede expresarse como límite por cada período determinado, o bien como un límite para toda la duración del seguro.

Ante el hecho del rápido aumento de los costes, de la alta siniestralidad y del aumento de los índices en los denominados planes «incontrolados», muchas aseguradoras se inclinan cada vez más hacia diversos tipos de limitaciones internas, que pongan un tope a sus pérdidas provocadas por la inflación de los costes médicos. La limitación interna más usual es la del máximo diario por estancia en hospital; en otros contratos se aplica un cuadro quirúrgico, o unas limitaciones acumuladas a los honorarios del cirujano. Las limitaciones internas, como es lógico, se oponen a la idea primitiva del seguro de los gastos médicos de importancia, y su empleo es motivo de gran controversia en el campo del seguro (7).

(7) BARTLESON y otros: *Health Insurance,* págs. 37-38.

Las cláusulas que limitan la obligación de pago de la aseguradora.—Casi todas las cláusulas que limitan la obligación de pago de la aseguradora, de que nos ocupamos al tratar de las prestaciones de ingresos por incapacidad, también son aplicables a las coberturas de los gastos médicos. Además, las pólizas que cubren los gastos contienen otras estipulaciones adicionales.

1. *Limitaciones usualmente contenidas en las cláusulas de prestaciones.*—Las pólizas de los gastos médicos pueden incluir una *franquicia* aplicable a los gastos de hospitalización y/o de cirugía. A diferencia de la cobertura de los gastos médicos de importancia, esta franquicia acostumbra ser pequeña, de entre $ 25 y $ 50.

Algunas pólizas de gastos médicos establecen un *período de carencia* aplicable a la póliza en su conjunto, de una duración de entre siete y treinta días. A veces se incluye un período adicional de carencia para ciertas intervenciones quirúrgicas como: 1) la curación de una hernia abdominal; 2) extirpación o tratamiento de hemorroides; 3) extirpación de amígdalas, de vegetaciones o de ambas; 4) la extirpación del apéndice; 5) el tratamiento causado o motivado por el estado de los órganos reproductores femeninos (8). La finalidad del período de prueba, y sobre todo de este adicional que acostumbra ser de seis meses, es la eliminación de la posibilidad de antiselección.

Como se ha dicho, las pólizas de ingresos por incapacidad no anulables o de renovación garantizada incluyen normalmente una cláusula sobre las *incapacidades recurrentes*. Las pólizas de gastos médicos, con independencia de toda cláusula de anulación o de renovación, incluyen estipulaciones en las que se fijan las intenciones de la compañía en lo relativo a la *hospitalización recurrente* y/o las *operaciones sucesivas*. En la primera se establece que los períodos sucesivos de hospitalización serán considerados como un único internamiento, a no ser que: 1) la causa del internamiento subsiguiente no mantenga ninguna relación con las causas y situaciones del tratamiento precedente; o bien que 2) los períodos sucesivos de internamiento estén separados por un intervalo durante el cual el asegurado haya reanudado

(8) No es legal en los Estados que prohiben la discriminación por razón del sexo.

completamente sus actividades normales, durante un plazo continuo de por lo menos seis meses. La cláusula de las operaciones sucesivas se expresa de forma muy parecida. Las definiciones de la hospitalización recurrente y de las operaciones sucesivas son necesarias, ya que la póliza determina usualmente el período máximo de hospitalización, o bien un importe máximo para la intervención quirúrgica debida a una única lesión o enfermedad. De no hacerse así, el asegurado podría cobrar límites múltiples por la misma dolencia, simplemente simulando una recuperación temporal.

2. *Limitaciones recogidas en las exclusiones.*—Además de las exclusiones usualmente contenidas en la póliza de ingresos por incapacidad, la de gastos médicos hace exclusión de los gastos de odontología y de refracciones de ojos, de los relativos a curas de reposo, de los ocasionados por lesión o enfermedad cubierta por las normas de accidentes laborales o de enfermedades profesionales, de los gastos originados estando internado en un hospital propiedad del gobierno de la nación, del estado o de la provincia, o de alguna subdivisión política del mismo o bien que esté regido o tenga una relación contractual con alguna de esas entidades oficiales; de los gastos ocasionados por el tratamiento de miembros o antiguos miembros de las fuerzas armadas, y en ciertos casos de los gastos ocasionados por el tratamiento de enfermedades mentales. Conviene hacer constar que la cirugía dental queda cubierta normalmente si se debe a una lesión accidental. La exclusión de las enfermedades mentales y de las prestaciones en los hospitales del gobierno o de las asociaciones de veteranos se explican por el hecho de que las atenciones en estos establecimientos constituyen un derecho del paciente, sin necesidad generalmente de probar la falta de «medios»; no obstante, recientemente se puede constatar una tendencia a cubrir estos gastos. Cada póliza en particular puede recoger otras exclusiones adicionales.

3. *Limitaciones recogidas en las condiciones generales.*—Algunas compañías incluyen en las pólizas de gastos médicos de renovación opcional la cláusula del «Seguro con otras compañías». En esencia, determina que cuando el asegurado es titular de otro seguro paralelo con otras compañías, sobre una base de

gastos originados o de prestación del servicio, del que no ha dado noticia a la aseguradora en forma escrita, la póliza pagará las prestaciones en la proporción en que los beneficios de la compañía, sumados en su caso a los de los seguros en otras compañías, de los que se haya dado en su día noticia a la primera, se hallen con el total de prestaciones garantizadas por todas las pólizas en vigor. Al asegurado se devuelve la proporción de la prima que corresponda a la parte de beneficios que no se pagan.

Hace algunos años se plantearon problemas y dificultades con ciertos Estados, a propósito de los hospitales del sector público. Muchos Estados seguían el sistema de cobrar los tratamientos en los establecimientos mantenidos por el gobierno cuando el paciente disponía de medios económicos. Tales Estados partían de la presunción de que el paciente que fuera titular de una cobertura de hospitalización demostraba poseer medios; en consecuencia, exigían a las compañías el pago de las facturas en la medida en que estuvieran cubiertas, o bien el pago de los importes cargados a falta de seguro a las personas pudientes. Las compañías no estaban de acuerdo en cuanto a la procedencia de estas reclamaciones, aunque en realidad estas pretensiones frente a la aseguradora parecen bastante razonables.

DUPLICIDAD EN LAS PRESTACIONES DE MEDICARE

La promulgación del Título XVIII de las Reformas de 1965 de la Ley de Seguridad Social planteó de inmediato ciertos problemas al seguro privado de enfermedad, al presentarse la posibilidad de un sobreseguro masivo por la duplicidad de las prestaciones (9). La gran mayoría de las aseguradoras hizo una revisión de sus carteras de cobertura individual, con el fin de suspender la venta de pólizas vitalicias con renovación garantizada y de otros planes similares de seguro que podrían implicar una duplicidad con Medicare. Al mismo tiempo, se intentaba la

(9) Este resumen está basado en BARTLESON y otros: *Health Insurance*, págs. 49-55.

interrupción o la conversión de las pólizas existentes que pudieran suponer duplicidad de cobertura (10).

La industria aseguradora proyectó tres sistemas diferentes para vender una cobertura adecuada, que fuera complementaria de la del Medicare:

1. Prestaciones amplias con una exclusión general de los gastos reembolsables por Medicare; o, en algunos contratos, con la exclusión de aquellos gastos realmente reembolsados por Medicare. Esta distinción es de gran interés en relación con la Parte B del Título XVIII, que ofrece la cobertura de los honorarios de médico y de cirujano como rasgo opcional.
2. Beneficios ideados para cubrir concretamente los gastos no cubiertos por Medicare.
3. Beneficios que, en realidad, duplican los de Medicare en cierta medida, pero que se reconocen sobre una base limitada, de suerte que no se prevé un auténtico sobreseguro.

Para evitar la posible duplicidad de las pólizas de gastos médicos originariamente a personas que no tenían aún la edad para optar por el Medicare, casi todas las aseguradoras siguen uno de estos dos métodos básicos:

1. La terminación automática cuando la persona alcanza la edad para el Medicare (es el método seguido por aquellas compañías que no quieren verse implicadas en programas complementarios de Medicare).
2. El cambio automático de las prestaciones cubiertas, convertidas en complementarias de Medicare, empleando una cláusula de exclusión general de Medicare (preferida por los aseguradores que desean continuar con prestaciones vitalicias complementarias de Medicare).

Cada uno de estos dos métodos presenta ventajas e inconvenientes, y no podrán perder de vista la futura liberalización de los beneficios de Medicare.

Aparte de estos reajustes, el seguro privado de enfermedad

(10) La NIAC, a través de su Sub-Comité para el Estudio del Efecto de Medicare en el Seguro de Enfermedad, promulgó una serie de recomendaciones para que los aseguradores adoptaran las medidas que prefirieran, para efectuar el reajuste al Medicare. Véase O. D. DICKERSON: «The Impact of Medicare on Private Medical Expense Insurance», en *Annals of the Society of C.P.C.U.*, vol. XIX, núm. 3 (otoño 1966).

se ha de enfrentar con los graves problemas de duplicidad derivados de la aplicación del Título XIX de la Ley de Seguridad Social. Este título, generalmente conocido como Medicaid, se ocupa de las subvenciones a los Estados para llevar a cabo sus programas de asistencia médica. Este problema va a ser más grave que el anterior, porque el nuevo programa no se limita a crear un plan definido de beneficios reclamables a partir de una cierta edad, como es el caso de Medicare (11).

CLAUSULAS DE CONTINUIDAD DEL SEGURO

Las pólizas individuales de seguro de enfermedad pueden clasificarse, según sus condiciones de anulación y renovación, en: 1) no anulables; 2) de renovación garantizada; 3) de renovación condicionada; 4) renovables colectivamente; 5) renovables a opción del asegurador; 6) anulables, y 7) temporales (12).

Los contratos *no anulables* son aquellos en los que el asegurado tiene el derecho a la renovación mediante el pago puntual de las primas establecidas en el contrato, al menos durante un plazo de tiempo considerablemente amplio, en el que la compañía no puede unilateralmente cambiar las condiciones de la póliza mientras ésta se halle en vigor. Tales contratos no son anulables por el asegurador, garantizándose el derecho a la renovación o a la continuidad hasta una edad avanzada, como es la de los sesenta y cinco años. La prima puede ser uniforme desde el momento de la entrada en vigor, o bien ir en aumento de acuerdo con una tabla recogida en el contrato. La compañía no puede modificar las primas ni la cobertura.

Los contratos *con renovación garantizada* reconocen al asegurado el derecho a continuar con la cobertura, mediante el pago puntual de las primas, durante un cierto período de tiempo en el que la aseguradora no puede unilateralmente modificar las condiciones, a excepción de aquellas relativas al tipo de tarificación aplicable a cada clase de asegurado; estas clases tienen su origen en el tipo de contrato, el territorio aplicable, la edad, el tiempo de emisión o en cualquier otra base objetiva, haya sido o no establecida a la emisión de la póliza.

(11) Véase ROBERT J. MYERS: «Medicaid Legislative Provisions», en *Medicare* (Homewood, Ill., Richard Irwin, 1969).

(12) Esta clasificación está basada en O. D. DICKERSON: *Contract Analysis in Health Insurance* (Bryn Mawr, Pa., American College of Life Underwriters, 1970), págs. 9-10.

Los contratos de *renovación condicionada* establecen que el asegurado puede renovar el contrato hasta una fecha o edad fijada, aunque reconociendo al asegurador el derecho a oponerse a la renovación en las fechas de vencimiento, fundándose en causas determinadas, como pueda ser la jubilación del asegurado; entre estas causas no puede contarse el deterioro de la salud del individuo; en ciertos contratos se establece que el asegurador renuncia a su derecho a terminar la cobertura en base a determinadas causas, entre las que se incluye el deterioro de la salud del asegurado.

Los contratos de seguro de enfermedad *renovables colectivamente* facultan al asegurado a continuar con la vigencia del contrato mediante el pago puntual de las primas, a no ser que la aseguradora cancele todas las pólizas de una clase concreta o en una situación específica (o de una clase en una situación concreta). El término se emplea también en relación con las pólizas de privilegio, en que hay pólizas individuales que no pueden ser terminadas por la compañía si no se anulan todas las pólizas de la asociación.

Los contratos *renovables a opción del asegurador* son aquellos en los que la compañía se reserva el derecho a terminar la cobertura a cualquier vencimiento, pero no cuenta con el derecho a cancelarla durante el transcurso de la anualidad.

Los contratos *anulables* son los que pueden ser terminados por la compañía (y/o por el asegurado) en cualquier momento (aunque con el requisito de la notificación).

Los contratos *temporales* no tienen cláusulas relativas a la renovación ni a la cancelación, pues terminan a la expiración del plazo estipulado. Por regla general se trata de contratos de corta duración.

Desde el punto de vista del asegurado, los contratos más favorables son los no anulables, pero normalmente son más caros que los demás, y no todos están dispuestos a abonar una prima más alta. Los contratos con renovación garantizada ofrecen las mismas ventajas que los no anulables, pero la prima

puede ser objeto de modificación; acostumbran a ser más económicos que los no anulables. Los contratos de cobertura de los gastos médicos rara vez son no anulables, ya que la facultad del cambio de las primas es una ventaja que la aseguradora quiere conservar para hacer frente a los incrementos futuros de los costes. Casi todas las pólizas individuales de gastos médicos tienen la renovación garantizada o son renovables colectivamente. A las pólizas de renovación condicionada, a las anulables y a las renovables a opción del asegurador se las denomina «comerciales»; estos contratos son más económicos que los anteriores y se ofertan a un mercado más amplio, gracias a sus standards menos estrictos.

EXCLUSIONES Y SUSPENSION DE LA COBERTURA

Como se explicó en el capítulo anterior, en el contrato usual de seguro individual de enfermedad se recogen determinadas exclusiones y suspensiones de la cobertura, que pueden clasificarse en: 1) determinados tipos de reclamaciones; 2) situaciones que impliquen un riesgo excesivo; 3) situaciones que impliquen una duplicidad de prestaciones.

Algunos tipos de reclamaciones, como las derivadas de situaciones preexistentes, del embarazo o de una determinada enfermedad, se excluyen preferentemente para liberar a la compañía de responsabilidades ante situaciones cuyo conocimiento pueda haber inducido al individuo a buscar la cobertura. En algunos casos, como en las actividades de aviación o en el servicio militar, las compañías tienden a excluir un riesgo que consideran excesivo; en el último caso, el seguro no es necesario, ya que el gobierno cubre los gastos y las pérdidas de las incapacidades sufridas durante el servicio militar. El seguro no puede cubrir actos deliberados del propio asegurado, y por esta razón se excluyen el suicidio y la autolesión. Tampoco se cubren, por regla general, el embarazo y el parto.

Finalmente, y con la idea de evitar la duplicidad de coberturas y del pago de las prestaciones, las pólizas excluyen casi siempre la cobertura de accidentes del trabajo, la de Medicare

o la de cualquier otro beneficio oficial. La exclusión de los accidentes laborales pretende evitar la duplicidad de prestaciones, ya que las pólizas y las normas laborales facilitan unas atenciones médicas completas. El mismo razonamiento cabe aplicar a la exclusión de las prestaciones de Medicare; sirve, de otro lado, para reducir el importe de las primas, además de evitar la mencionada duplicidad de prestaciones.

La exclusión relativa al servicio militar o al de guerra puede tener una naturaleza distinta. Por esta exclusión se establece que la pérdida sufrida *cuando* el asegurado se encuentre en servicio militar no está cubierta por el seguro. Esta cláusula suspende la cobertura durante un cierto período de tiempo, con derecho al extorno de las primas correspondientes. Conviene mencionar la distinción entre la cláusula de guerra del tipo «status» y la del tipo «resultado»: la primera suspende la cobertura mientras el individuo se encuentre en un cierto «status» (por ejemplo, mientras preste el servicio militar); la segunda solamente excluye la pérdida sufrida como consecuencia de un riesgo específico (como, por ejemplo, la «muerte en acción de guerra»). El contrato debe ser estudiado cuidadosamente, con el fin de conocer el tipo de cláusula aplicado.

A veces, como requisito del cobro de ciertas prestaciones, se establece la exigencia de que el asegurado esté recluido en su domicilio; es el caso de las pólizas de ingresos por incapacidad derivada de enfermedad. Otras veces, las prestaciones por enfermedad sólo se reconocen cuando obligan a quedar en casa; o bien, en caso de enfermedad que no obligue a quedar en casa, las prestaciones se pagan en cuantía reducida o durante un período inferior. Hubo un tiempo en que la norma para las prestaciones de ingresos por enfermedad que obligara a la reclusión en el domicilio; esta cláusula es rara en la actualidad y su importancia es cada día menor.

Hay otras cláusulas que parecen exclusiones, pero en realidad persiguen evitar riesgos de índole moral y delimitar con mayor nitidez el riesgo asegurado. Entre estas cláusulas podemos citar la exigencia de que el asegurado esté al cuidado de un profesional médico legalmente cualificado; las pólizas que cubren los gastos de hospitalización pueden exigir el ingreso del paciente, con internamiento en el hospital; a veces se exige que sea un

paciente «con cama asignada». También se acude a definiciones de lo que son los gastos de enfermera y las prestaciones accesorias. Se tiende en general a excluir aquellas reclamaciones no incluidas en la definición, aunque primordialmente se consideren como controles de siniestros, de costes y de utilización.

CONDICIONES GENERALES

Hasta aquí nos hemos ocupado de lo que se denomina «condiciones generales» del contrato individual del seguro de enfermedad. Muchas de estas condiciones generales son cláusulas standard legalmente exigibles. En la actualidad, todos los Estados reglamentan los impresos de pólizas del seguro individual de enfermedad. La Ley Uniforme sobre el clausulado de las pólizas individuales de accidente y enfermedad fue recomendada en 1950 por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros, y ha entrado en vigor en casi todos los Estados, en derogación de otras normas opuestas. La Ley Uniforme (13) establece 12 cláusulas obligatorias y 11 opcionales. Al igual que sucede con las cláusulas standard del seguro de vida, en caso de inclusión de las cláusulas obligatorias o de las opcionales el texto se ha de ajustar al legal o, al menos, expresarse en forma igualmente favorable al asegurado.

Además de las cláusulas uniformes, la Ley contiene otros requisitos relativos a la tipografía, a la proposición, a quiénes pueden ser cubiertos y a la interpretación general de la ley. Las 12 cláusulas exigidas son, en esencia, las que siguen:

1. *La totalidad del contrato.*—Se establece que los apéndices y documentos acompañados forman parte integral del contrato de seguro.

2. *Limitación temporal a la posibilidad de ciertas alegaciones o inimpugnabilidad.*—Se determina que cuando la póliza ha estado en vigor por lo menos durante tres años (en muchos Estados, dos años), la compañía no podrá rechazar la reclamación a causa de situaciones preexistentes o de declaraciones inexactas en la proposición.

(13) Véase el Apéndice.

3. *Período de gracia.*—Se obliga a un período de gracia (de siete días en las pólizas con prima semanal, de diez días en las de prima mensual y de treinta y un días en las demás) concedido para el pago de las primas de renovación, y durante este período la cobertura sigue en vigor.

4. *Rehabilitación.*—Se establecen los requisitos de la rehabilitación.

5. *Declaración de siniestro.*—Se establecen los procedimientos para que el asegurado declare los siniestros.

6. *Impresos de declaración de siniestros.*—Determina cuándo se facilitan estos impresos por parte de la compañía.

7. *Prueba de la pérdida.*—Se determina el plazo dentro del cual el asegurado ha de dar prueba de su pérdida a la compañía.

8. *Momento para el pago de las reclamaciones.*—Se determina el plazo, una vez probada la pérdida, dentro del cual ha de efectuarse el pago.

9. *Pago de las reclamaciones.*—Se determina la persona a la que se pagan las reclamaciones.

10. *Examen físico y autopsia.*—Se reconoce a la compañía el derecho a examinar la persona del asegurado, o bien a realizar la autopsia, siempre que no esté prohibida por la ley.

11. *Acciones legales.*—Se establecen los plazos dentro de los cuales el asegurado puede ejercitar una acción frente a la aseguradora.

12. *Cambio de beneficiario.*—Se reconoce al asegurado el derecho a cambiar de beneficiario.

A continuación facilitamos de forma resumida las cláusulas opcionales:

1. *Cambio de ocupación.*—Permite una reducción proporcional de las prestaciones en el caso de un cambio a una ocupación más peligrosa; y una reducción de la prima si se cambia a una profesión menos arriesgada.

2. *Declaración inexacta de la edad.*—Se establece el reajuste de los beneficios en caso de declaración inexacta de la edad.

3. *Otros seguros con el mismo asegurador.*—Se establece una reducción proporcional de los beneficios cuando existen otros seguros con la misma compañía.

4. *Seguros con otros aseguradores.*—Se establece una reducción proporcional del *reembolso de gastos* en el supuesto de seguros con otras compañías que no se hubieran notificado por escrito a la aseguradora.

5. *Seguros con otros aseguradores.*—Se establece una reducción proporcional de las *prestaciones de indemnización* en el supuesto de seguros con otras compañías, que no se hubieran notificado por escrito a la aseguradora.

6. *Relación entre ingresos y seguro.*—Se establece una reducción proporcional de las prestaciones de ingresos por incapacidad (en pólizas no anulables y en las de renovación garantizada) cuando todas las prestaciones pagaderas exceden de los ingresos medios del asegurado durante un período de dos años antes de producirse el siniestro.

7. *Prima pendiente.*—Las primas pendientes en el momento de pagar una reclamación pueden ser deducidas de la misma.

8. *Cancelación.*—Se autoriza la cancelación de la póliza en cualquier momento, tanto por la compañía como por el asegurado.

9. *Adecuación a las normas jurídicas del Estado.*—Se reforma cualquier cláusula de la póliza que no esté conforme con la ley del Estado.

10. *Ocupación ilegal.*—Se excluyen las prestaciones en virtud de pérdidas originadas cuando el asegurado se dedicara a una ocupación ilegal.

11. *Narcóticos y licores intoxicantes.*—Se excluyen las pérdidas sufridas por el asegurado con motivo del uso de narcóticos o de licores intoxicantes.

BIBLIOGRAFIA de la PARTE IV

BARTLESON, EDWIN L. y otros: *Health Insurance*, 2.ª edición (Chicago, The Society of Actuaries, 1968).

BASSFORD, HORACE R.: «Premium Rates, Reserves, and Nonforfeiture Values for Participating Policies», en *Transactions of the Actuarial Society of America*, XLIII, págs. 328-64.

BLUE CROSS ASSOCIATION AND NATIONAL ASSOCIATION OF BLUE SHIELD PLANS: *The Blue Cross and Blue Shield Fact Book* (Chicago, 1974).

BRINKER, PAUL A.: *Economic Insecurity and Social Security* (Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1968).

DICKERSON, O. D.: *Health Insurance*, 3.ª edición (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1968).

FAULKNER, E. J.: *Health Insurance* (Nueva York, McGraw-Hill, 1960).

FOLLMAN, J. F., Jr.: *Medical Care and Health Insurance* (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1963).

HEALTH INSURANCE ASSOCIATION OF AMERICA: *Principles of Individual Health Insurance I* (Nueva York, 1974).

— *Principles of Individual Health Insurance II* (Nueva York, 1974).

— *Principles of Group Health Insurance I* (Nueva York, 1972).

— *Principles of Group Health Insurance II* (Nueva York, 1971).

HEALTH INSURANCE INSTITUTE: *Source Book of Health Insurance Data* (Nueva York, 1974-75).

HERRICK, KENNETH W.: *Total Disability Provisions in Life Insurance Contracts*, S. S. Huebner Foundation Studies (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1958).

MYERS, ROBERT J.: *Medicare* (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1969).

— *Social Security*, McCahan Foundation (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1975).

OSBORNE, GRANT M.: *Compulsory Temporary Disability Insurance in the United States*, S. S. Huener Foundation Studies (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1958).

TURNBULL, JOHN G., C. ARTHUR WILLIAMS y EARL F. CHEIT: *Economics and Social Security*, 4.ª edición (Nueva York, Ronald Press, 1973).

parte V

MATEMATICAS DEL SEGURO DE VIDA

19

Medida del riesgo en el seguro de vida

El seguro ha sido definido como una institución que elimina el riesgo, o que sustituye a la incertidumbre por la certidumbre. La ocurrencia de los hechos contra los que se toma el seguro no puede evitarse completamente, pero sí puede eliminarse la incertidumbre de la pérdida financiera mediante el reparto de tal pérdida entre el grupo de los afectados por el mismo riesgo. No se puede estar seguro de que la casa nunca vaya a incendiarse, por muchas medidas preventivas que se adopten, pero si la casa se quema, la propiedad se pierde definitivamente; se destruye un valor material. El propietario, sin embargo, no ha de sufrir la pérdida él sólo; antes de la ocurrencia del incendio nadie sabe si se va a incendiar una casa u otra, por lo que los respectivos propietarios pueden acordar con los demás la contribución a un fondo común que reembolsaría la pérdida al propietario que sufriera el incendio de su casa. De este modo, la pérdida no recae sobre uno, sino que se divide equitativamente entre todos.

Esta es la esencia del seguro, que explica el significado del aserto de que consiste en la eliminación de la incertidumbre, sustituida por la certidumbre. La contribución común al fondo de que se ha hablado constituye la pérdida segura, cuyo importe está representado por la prima; la pérdida incierta es el incendio de una casa concreta. En el seguro de vida se da un planteamiento idéntico; la muerte no es lo que se distribuye, sino sus consecuencias financieras. El individuo, durante un cierto período de

su vida, tiene una capacidad de ganancia que puede perderse a causa de una muerte prematura, pero nunca se sabe de antemano a quien va afectar. Por ello, los individuos pueden contribuir a un fondo que se destine a satisfacer las necesidades de la industria o de la familia de los que fallezcan a edad temprana.

Estos ejemplos dan una idea de las posibilidades que se abren al principio del seguro. Donde quiera que haya riesgo, el principio del seguro puede ser aplicado. La elaboración de un plan científico de seguro requiere un método para la medida del riesgo en cuestión, con el fin de fijar el importe de la contribución individual al fondo común. Por tanto, la medida concreta del riesgo es el fundamento del sistema asegurador. Esta medida es posible gracias a la aplicación a los datos estadísticos referentes al fenómeno en cuestión de unas leyes matemáticas conocidas, en general, como la teoría de la probabilidad. Estas leyes serán objeto de estudio a continuación, antes de pasar a la consideración de su aplicación al cálculo de las tarifas del seguro de vida.

LEYES DE LA PROBABILIDAD

Las leyes de la probabilidad ofrecen tres principios empleados en la práctica del seguro de vida y enfermedad: 1) la ley de la certidumbre; 2) la ley de la probabilidad simple; 3) la ley de la probabilidad compuesta. El uso de estos principios facilita la determinación del riesgo en términos de valores matemáticos. Las tres leyes las podemos enunciar como sigue:

1. La certidumbre se puede expresar con la unidad.
2. La probablidad simple, o probabilidad de que un evento se produzca o no, puede expresarse por medio de una fracción, con un valor de cero a uno.
3. La probabilidad compuesta o probabilidad de que se produzcan dos eventos mutuamente independientes (1), es el producto de las dos probabilidades separadas de que tales sucesos se produzcan.

(1) Existen las leyes de la probabilidad compuesta, cuando dos sucesos son dependientes entre sí, pero de ellas no nos ocuparemos en esta exposición.

Vamos a explicar estas afirmaciones. Si en una caja hay veinte bolas y se sabe que cinco son negras y el resto blancas, ¿cuál es la probabilidad de sacar una negra? Cada bola cuenta con las mismas posibilidades de ser extraída, pero como cabe un total de veinte extracciones y cinco son negras, las probabilidades de extracción de una negra son cinco sobre veinte, o sea 5/20. En cuanto a la probabilidad de que se extraiga una que *no* sea negra, siguiendo el mismo razonamiento llegaríamos a la fracción 15/20. A partir de estos hechos se puede formular el método para la determinación de las *probabilidades simples*: el *denominador* será el número total de intentos o probabilidades de que un suceso se produzca o no, o sea, el número total de casos (en el ejemplo dado, el número total de bolas); el *numerador* equivaldrá al número de casos que satisfagan las condicones exigidas (en el ejemplo, el número de bolas negras).

En el símil empleado se trataba solamente de dos tipos de bolas, negras y blancas, de suerte que la extraída habría de ser de uno o de otro color. Eran dos los tipos de probabilidades: la de extraer una bola negra y la de extraer una bola blanca. La certidumbre se expresa con la unidad, con un valor «uno», que representa el hecho de extraer una bola cualquiera. La bola extraída a ciegas va a ser blanca o negra, y sus probabilidades son 15/20 y 5/20; por tanto, la *certidumbre* ha de ser igual a la *suma de todas las probabilidades separadas*, en este caso,

$$5/20 + 15/20 = 1$$

El corolario de que la certidumbre es igual a la suma de las probabilidades separadas, puede ser aclarado aún más con el ejemplo de la moneda. La moneda tirada al aire caerá sobre uno de sus lados, y el hecho se representa por un valor «1»; pero como la moneda tiene dos lados, la suma de las probabilidades de que salga cara o cruz tiene que la unidad. La probabilidad de que se produzcan dos sucesos independientes entre sí será expresada con el *producto* de las probabilidades simples de que se produzcan separadamente. Supongamos que echamos al aire dos monedas y deseamos conocer la probabilidad de que en ambas salga cara. Según la ley enunciada, sería $1/2 \times 1/2 = 1/4$, puesto que sabemos que para cada moneda por separado la probabilidad es de 1/2. Este resultado es de fácil demostración: supon-

gamos que se trata de una moneda de níquel y de una de plata; las formas distintas en que van a caer son:

	Níquel	*Plata*
1.	Cara	Cara
2.	Cara	Cruz
3.	Cruz	Cara
4.	Cruz	Cruz

Estas cuatro combinaciones comprenden todas las posibilidades con las dos monedas, y la primera es la única que satisface las condiciones fijadas de que las dos fueran cara. La probabilidad es de una sobre cuatro, o sea, 1/4.

Según la ley de la probabildad compuesta, la probabilidad de que los dos se produzcan será igual al producto de las probabilidades simples, únicamente cuando los dos sucesos son independientes entre sí. La ocurrencia de uno no debe tener efecto sobre la ocurrencia o no del otro, o sea, no debe determinar la necesidad ni la imposibilidad del segundo. Si no se exigiera esta independencia llegaríamos a resultados absurdos. La probabilidad de que una moneda salga cruz es de 1/2, y los mismo se puede decir de que salga cara; la probabilidad de que las dos salgan cara o cruz será de $1/2 \times 1/2 = 1/4$. Llegaríamos a un absurdo si la ocurrencia del primer suceso imposibilitara la ocurrencia simultánea del segundo.

EMPLEO DE LA PROBABILIDAD PARA LA PREVISION DE LOS HECHOS FUTUROS

Las tres leyes de la probabilidad son utilizadas para estimar las posibilidades de ocurrencia de los hechos futuros, que pueden ser previstos de dos formas: 1) *a priori* por razonamiento deductivo; 2) por razonamiento inductivo, o sea, partiendo del conocimiento de lo que ha sucedido en el pasado en circunstancias similares. La validez del razonamiento *a priori* depende de la integridad con que sean conocidas todas las causas que intervienen en la determinación de cada fenómeno. Las limitaciones de la mente humana implican que el razonamiento *a priori* no logre

facilitar una base sólida para el desarrollo de una superestructura que garantice el grado de certidumbre que el seguro requiere. El razonamiento inductivo, sobre la presunción de que lo que ha sucedido en el pasado volverá a suceder en el futuro siempre que se den las mismas condiciones, no exige el análisis de las causas de los fenómenos a fin de predecir los hechos futuros. Debajo de esta afirmación se halla la presunción de que todas las cosas están regidas por normas; en el ejemplo de las monedas, en la base de la predicación se encuentra la *ley de la pura probabilidad*. Son iguales las posibilidades de que salga cara o cruz; cuando en un número elevado de intentos se llega a la conclusión de que la cara sale, poco más o menos, la mitad de las veces, se puede afirmar que el resultado será aproximadamente el mismo si repetimos la operación.

El razonamiento inductivo también es de aplicación al seguro de vida. A partir de los datos del pasado sobre la duración de la vida y las edades, se pueden predecir las probabilidades futuras de muerte y de supervivencia. La predicción se basa en el presupuesto de que los seres humanos mueren de acuerdo con una *ley de mortalidad*, de que intervienen ciertas causas determinantes de que, partiendo del nacimiento de un elevado número de personas, cada año dejará de existir un cierto número de ellas, hasta llegar al fallecimiento de los últimos supervivientes; esta ley de mortalidad podría ser objeto de medición si se pudieran conocer todas las causas intervinientes. Sin embargo, para predecir con suficiente exactitud el índice de mortalidad de un grupo de personas, no es necesario el estudio completo de esta ley de mortalidad ni el conocimiento de todas las causas intervinientes. Si estudiamos el índice de mortalidad de un grupo (siempre que sea bastante amplio) y tomamos en cuenta todas las circunstancias que, según nuestros mejores conocimientos, puedan afectar a este índice, sería posible prever que otro grupo de personas bajo circunstancias similares siga regido por este mismo índice de mortalidad. De este modo, contaremos con el punto de partida para la previsión de los índices futuros. A partir de aquí obtendremos las estadísticas que nos lleven al desarrollo de un plan científico para el seguro de vida.

EXACTITUD DE LAS PREVISIONES DE MORTALIDAD. LA LEY DE LOS GRANDES NUMEROS

La exactitud con que las estimaciones teóricas se aproximan a la experiencia real influye notablemente en el éxito del método del seguro de vida. Esta exactitud depende de dos factores: 1) la exactitud de los datos estadísticos que estén en la base de las estimaciones; 2) el número de unidades o de ensayos que se haya empleado.

En cuanto al primer factor, es obvio que un dato exacto es fundamental para la medida justa de la ley de mortalidad. Cualquiera que sea su origen, las estadísticas deben ser cuidadosamente estudiadas, para descubrir si hubo alguna inexactitud en los datos originarios.

El segundo factor es el número. Si volvemos al ejemplo de la moneda, se afirmó que la probabilidad de que salga cara es de 1/2, y no cabe inexactitud en los datos que sirven para llegar a esta fracción, porque las caras son dos, y una de ellas es cara (2). La demostración práctica de la exactitud depende del número de intentos; digamos que la moneda la echamos al aire 300 veces, tomando nota cada cien intentos. Para que la experiencia probable coincida absolutamente con la real, los resultados darían cinco caras y cinco cruces por cada diez intentos. Los resultados reales aparecen en la tabla 19.1.

TABLA 19.1

Resultados de cada cien intentos, en grupos de diez

Primer grupo de cien intentos	Cara	8-2-6-4-3-4-3-5-6-4 = 45
	Cruz	2-8-4-6-7-6-7-5-4-6 = 55
Segundo grupo de cien intentos	Cara	5-6-5-5-8-5-6-6-2-5 = 53
	Cruz	5-4-5-5-2-5-4-4-8-5 = 47
Tercer grupo de cien intentos	Cara	7-5-1-5-5-6-7-5-5-6 = 52
	Cruz	3-5-9-5-5-4-3-5-5-4 = 48

(2) Existe también la posibilidad de que la moneda quede de canto, pero es insignificante y la ignoramos a los efectos del presente ejemplo.

La tabla revela que en treinta ensayos de diez intentos cada uno, la experiencia real coincide con la probable en once casos, que en dos de los ensayos la cara salió ocho veces en diez intentos, y que en uno salió una sola vez. Los resultados en grupos de diez pueden combinarse para formar grupos de 20, 30, 50, 100 ó un grupo único de 300 intentos, con lo que podemos hacer comparaciones sobre las fluctuaciones. Así, los datos originarios adoptarán las formas que aparecen en la tabla 19.2.

TABLA 19.2

Resultados de 300 intentos agrupados de modo diverso

Número de intentos en cada grupo	*Número de veces con cara o cruz*		*Número de grupos*
20	Cara	10-10- 7- 8-10-11-10-13-12- 7-12- 6-11-12-11	15
	Cruz	10-10-13-12-10- 9-10- 7- 8-13- 8-14- 9- 8- 9	
30	Cara	16-11-14-15-18-17-14-11-18-16	10
	Cruz	14-19-16-15-12-13-16-19-12-14	
50	Cara	23-22-29-24-23-29	6
	Cruz	27-28-21-26-27-21	
100	Cara	45-53-52	3
	Cruz	55-47-48	
300	Cara	150	1
	Cruz	150	

En la tabla 19.2 los datos han sido agrupados en quince grupos de 20 intentos cada uno, en diez de 30, en seis de 50, en tres de 100 y en uno de 300; para cada gruyo se hace constar el número de veces en que sale cara o cruz. Lo más interesante a tener en cuenta es *la relación entre la experiencia esperada y la real en cada agrupación* de datos. Por ejemplo, en los grupos de 20 intentos, la probabilidad es de que la cara salga diez veces, pero las cifras demuestran que en un caso salió trece veces y en otro solamente salió seis veces ;en grupos de 30, la cara salió dieciocho veces en dos casos, y se quedó en once en otros dos.

La tabla 19.3 recoge los números de veces máximos y mínimos en que la moneda salió cara en cada ensayo de cada grupo.

TABLA 19.3

Fluctuaciones en el número en que sale cara

En grupos de	*Número de intentos*	*Máximo número en que sala cara*	*Mínimo número en que sale cara*
10 intentos	30	8	1
20 intentos	15	13	6
30 intentos	10	18	11
50 intentos	6	29	22
100 intentos	3	53	45
300 intentos	1	150	150

Si los datos los reducimos a porcentajes podremos efectuar una comparación mejor de los resultados, ya que la entidad de las fluctuaciones contará con una base común. Se parte de que la probabilidad de que salga cara es de 1/2, que representaremos por el 50 por 100; la desviación del porcentaje real de dicho 50 por 100 será la medida de la variación. La tabla 19.4 ofrece los resultados obtenidos.

TABLA 19.4

Porcentaje de veces en que sale cara

En grupo de	*Porcentaje máximo*	*Porcentaje mínimo*
10	80	10,0
20	65	30,0
30	60	36,7
50	58	44,0
100	53	45,0
300	50	50,0

La tabla 19.4 constituye la base de una generalización importante en el plano de la teoría de la probabilidad. Cuando la moneda se tira diez veces, los resultados oscilan entre un mínimo del 10 por 100 y un máximo del 80 por 100; en los grupos de 20 intentos, la variación es menor, entre el 30 y el 65 por 100; conforme aumente el número de intentos, la desviación es cada vez menor y el porcentaje se va aproximando a 50, que es el probable. Ciertamente podemos considerar un accidente el que de 300 intentos la cara haya salido 150 veces; con la misma certidumbre podríamos mantener la extrema improbabilidad de que de 300 intentos la cara saliera un 80 por 100 de las veces, o en un 10 por 100 de las veces.

La generalización mencionada es como sigue: la experiencia real refleja una desviación de la probabilidad, pero si se aumenta el número de los intentos, la desviación disminuye, y en un número elevado de intentos la realidad y la probabilidad terminan coincidiendo. Concretamente, si la moneda se tira al aire diez millones de veces, los resultados reales se aproximarían tanto al 50 por 100 que la diferencia no debería ser apreciada. A esta generalización se le da el nombre de *ley de los grandes números* (3). La ley es fundamental para todo tipo de seguro; las tarifas de primas se basan en las probabilidades futuras de las pérdidas, y las estimaciones no reflejarían válidamente la experiencia futura si en el seguro no incluimos un número suficiente elevado de casos que garantice la minimización de las fluctuaciones de los resultados. En el seguro de vida, la predicción de los índices futuros de mortalidad puede llevarse a cabo en relación con un grupo elevado de personas, siempre que se fundamente en la experiencia del pasado; no cabría en el supuesto de un único inviduo, ni tampoco en el de un número reducido (por ejemplo, mil). Cuando la tabla de mortalidad nos dice que las personas de una cierta edad mueren a razón de siete por mil, esto no quiere decir que de cada grupo de mil sean siete exactamente las que vayan a fallecer en el año, sino que en un grupo elevado, que contenga *muchos* millones, los fallecimientos se producirán aproximadamente en la proporción indicada.

En cuanto a la predicción de los índices de mortalidad futura, la ley de los grandes números tiene una *aplicación doble*. La mortalidad futura se estima sobre la base de los datos de la del pasado, pero la estadística empleada a tal fin debe incluir un grupo suficientemente amplio de individuos representativos para garantizar la operatividad de la ley de los grandes números. Si suponemos que los datos recogidos son aproximadamente correctos y basados en una muestra bastante amplia, podrán ser utili-

(3) Este principio de estadística se conoce en la terminología matemática como Teorema de Bernoulli's.

zados para la estimación de la mortalidad futura; entonces, al aplicar estos índices, debe hacerse intervenir a un número suficiente de individuos para que la ley de los grandes números pueda actuar y para que la futura experiencia real se aproxime lo más posible razonablemente a la experiencia pretérita.

ESTADISTICAS DE MORTALIDAD

La implantación de un plan de seguro frente a una muerte incierta exige un medio que dé valores matemáticos a las probabilidades de fallecimiento. El estudio que se ha hecho de las leyes de probabilidad demuestra que el objetivo puede conseguirse mediante la aplicación de dichas leyes a las estadísticas o datos de mortalidad obtenidos en el pasado. Las tablas de mortalidad recogen estos datos organizados de tal modo que sean utilizables para la estimación del curso de los fallecimientos futuros.

Son dos las fuentes fundamentales de la estadística de la mortalidad:

1. Las estadísticas de la población obtenidas del censo, y los fallecimientos conocidos por los registros.

2. La estadística derivada de los seguros de vida.

El censo y los registros de fallecimientos continen errores de importancia; sobre todo, los datos del censo recogidos en entrevistas personales. Por ejemplo, es frecuente la clasificación errónea de la información; otras veces los entrevistados facilitan una información inexacta, intencionadamente o por negligencia; se cometen errores en la tabulación; y en muchas ocasiones se hace constar una edad desconocida. Las certificaciones de fallecimiento censadas por el Registro Nacional de Estadística de la Vida son con frecuencia incompletas e inexactas (4).

En el mejor de los casos, las tablas de mortalidad basadas en

(4) Esto lo demuestra sobradamente el hecho de que la cualificación para el reconocimiento como «área registrable» requiere exige tener en cuenta solamente un 90 por 100 de los fallecimientos probables en esa zona.

los datos de la población y de los fallecimientos solamente representan con una cierta aproximación la mortalidad real del período estudiado. De otro lado, las estadísticas de fallecimiento de las vidas aseguradas resultan bastante exactas. La índole del proceso asegurador tiende a registrar atentamente la fecha de nacimiento, el sexto y la fecha del fallecimiento de los sujetos asegurados; esto facilita la obtención de índices exactos para los diversos grupos de edad y sexo.

La mortalidad entre los asegurados es bastante diferente de la correspondiente a la población en general, ya que aquéllos están sometidos a un proceso de selección de riesgos por parte de la compañía aseguradora. Por consiguiente, casi todas las tablas de mortalidad empleadas por las aseguradoras están basadas en la experiencia de las vidas aseguradas.

Hay que recordar que, por muy inexactos que sean los datos básicos de la mortalidad, gran parte de ellos resultan esenciales para llevar a efecto unas predicciones fiables.

ELABORACION DE UNA TABLA DE MORTALIDAD

La teoría de la probabilidad se aplica al seguro de vida mediante el empleo de un modelo matemático conocido como tabla de mortalidad. Representa un registro de la mortalidad observada en el pasado y se estructura de modo que refleje las probabilidades de muerte y de supervivencia a cada edad. La tabla de mortalidad ha sido descrita como «una generación de individuos en su paso por el tiempo» (5); muestra a un grupo de individuos a su llegada a una cierta edad y sigue la historia de ese grupo, año tras año, hasta el fallecimiento de todos. Como no podemos entender perfectamente lo que sea una tabla sin observar una en concreto, en la tabla 19.5 puede verse la *Tabla de Mortalidad Standard 1958 de los Comisionados*, normalmente citada como *Tabla 1958 CSO* (6).

(5) ARTHUR NEWHOLME: *Elements of Vital Statistics*, 3.ª edición (Nueva York. MacMillan: Londres, Sonnenschein & C., 1899), pág. 255.

(6) Como los índices reales de mortalidad en el sexo femenino son inferiores a los de los varones de la misma edad, las aseguradoras de vida pueden reflejar esta diferencia mediante el empleo de un retroceso

El núcleo de la tabla lo hallamos en la columna de la «probabilidad anual del fallecimiento», y la probabilidad de supervivencia no es más que la diferencia entre la probabilidad anual de morir y la certidumbre, o sea, la unidad. Los demás datos esenciales de la tabla son las dos columnas del «número de seres vivos» y del «número de los fallecidos» a cada una de las edades. En el caso de la *Tabla 1958 CSO*, se presume que se ha estudiado un grupo de diez millones de varones exactamente al comienzo de su vida (edad cero). Del grupo, en el primer año fallecieron 70.800 (10.000.000 × 0,00708) quedando 9.929.200 para empezar el segundo año. La tabla continúa registrando el número de fallecidos cada año de su vida y el número de supervivientes al comienzo del año siguiente, hasta llegar a 6.415 que son los que llegan al centésimo año de su vida (edad 99), que fellecen en este año.

TABLA 19.5

Tabla de Mortalidad 1958 CSO

Edad al comenzar el año	*Número de los que viven al comenzar el año designado (l_x)*	*Número de los que mueren durante el año designado (d_x)*	*Probabilidad anual del fallecimiento (q_x)*	*Probabilidad anual de supervivencia (p_x)*
0	10.000.000	70.800	0,00708	0,99292
1	9.929.200	17.475	0,00176	0,99824
2	9.911.725	15.066	0,00152	0,99848
3	9.896.659	14.449	0,00146	0,99854
4	9.882.210	13.835	0,00140	0,99860
5	9.868.375	13.322	0,00135	0,99865
6	9.855.053	12.812	0,00130	0,99870
7	9.842.241	12.401	0,00126	0,99874
8	9.829.840	12.091	0,00123	0,99877
9	9.817.749	11.879	0,00121	0,99879
10	9.805.870	11.865	0,00121	0,99879
11	9.794.005	12.047	0,00123	0,99877
12	9.781.958	12.325	0,00126	0,99874
13	9.769.633	12.896	0,00132	0,99868
14	9.756.737	13.562	0,00139	0,99861

de hasta tres años al calcular sus reservas en base a la *Tabla 1958 CSO* (véase el capítulo 24). Las tarifas para las mujeres son, por ello, un poco más baratas que las de los varones de la misma edad. Los ejemplos que ofrecemos en esta sección («Las Matemáticas del Seguro de Vida») se basan en vidas de varones, pero el lector debe tener en cuenta que se hace una clara distinción de sexos al fectuar el proceso actuarial.

TABLA 19.5 *(continuación)*

Edad al comenzar el año	*Número de los que viven al comenzar el año designado (l_x)*	*Número de los que mueren durante el año designado (d_x)*	*Probabilidad anual del fallecimiento (q_x)*	*Probabilidad anual de supervivencia (p_x)*
15	9.743.175	14.225	0,00146	0,99854
16	9.728.950	14.983	0,00154	0,99846
17	9.713.967	15.737	0.00162	0,99838
18	9.698.230	16.390	0,00169	0,99831
19	9.681.840	16.846	0,00174	0,99826
20	9.664.994	17.300	0,00179	0,99821
21	9.647.694	17.655	0,00183	0,99817
22	9.630.039	17.912	0,00186	0.99814
23	9.612.127	18.167	0,00189	0,99811
24	9.593.960	18.324	0,00191	0,99809
25	9.575.636	18.481	0,00193	0,99807
26	9.557.155	18.732	0,00196	0,99804
27	9.538.423	18.981	0,00199	0,99801
28	9.519.422	19.324	0,00203	0,99797
29	9.500.118	19.760	0,00208	0,99792
30	9.480.358	20.718	0,00219	0,99781
31	9.460.165	20.718	0,00219	0,99781
32	9.439.447	21.239	0,00225	0,99775
33	9.418.208	21.850	0,00232	0,99768
34	9.396.358	22.551	0,00240	0,99760
35	9.373.807	23.528	0,00251	0,99749
36	9.350.279	24.685	0,00264	0,99736
37	9.325.594	26.112	0,00280	0,99720
38	9.299.482	27.991	0,00301	0,99699
39	9.271.491	30.132	0,00325	0,99675
40	9.241.359	32.622	0,00353	0,99647
41	9.208.737	35.362	0,00384	0,99616
42	9.173.375	38.253	0,00417	0,99583
43	9.135.122	41.382	0,00453	0,99547
44	9.093.740	44.741	0,00492	0,99508
45	9.048.999	48.412	0,00535	0,99465
46	9.000.587	52.473	0,00583	0,99417
47	8.948.114	56.910	0,00636	0,99364
48	8.891.204	61.794	0,00695	0,99305
49	8.829.410	67.104	0,00760	0,99240
50	8.762.306	72.902	0,00832	0,99168
51	8.689.404	79.160	0,00911	0,99089
52	8.610.244	85.758	0,00996	0,99004
53	8.524.486	92.832	0,01089	0,98911
54	8.431.654	100.337	0,01190	0,98810
55	8.331.317	108.307	0,01300	0,98700
56	8.223.010	116.849	0,01421	0,98579

TABLA 19.5 (*continuación*)

Edad al comenzar el año	*Número de los que viven al comenzar el año designado (lx)*	*Número de los que mueren durante el año designado (dx)*	*Probabilidad anual del fallecimiento (qx)*	*Probabilidad anual de supervivencia (px)*
57	8.106.161	125.970	0,01554	0,98446
58	7.980.191	135.663	0,01700	0,98330
59	7.844.528	145.830	0,01859	0,98141
60	7.698.698	156.592	0,02034	0,97966
61	7.542.106	167.736	0,02224	0,97776
62	7.374.370	179.271	0,02431	0,97569
63	7.195.099	191.174	0,02657	0,97343
64	7.003.925	203.394	0,02904	0,97096
65	6.800.531	215.917	0,03175	0,96825
66	6.584.614	228.749	0,03474	0,96526
67	6.355.865	241.777	0,03804	0,96196
68	6.114.088	254.835	0,04168	0,95832
69	5.859.253	267.241	0,04561	0,95439
70	5.592.012	278.426	0,04979	0,95021
71	5.313.586	287.731	0,05415	0,94585
72	5.025.855	294.766	0,05865	0,94135
73	4.731.089	299.289	0,06326	0,93674
74	4.431.800	301.894	0,06812	0,93188
75	4.129.906	303.011	0,07337	0,92663
76	3.826.895	303.014	0,07918	0,92082
77	3.523.881	301.997	0,08570	0,91430
78	3.221.884	299.829	0,09306	0,90694
79	2.922.055	295.683	0,10119	0,89881
80	2.626.372	288.848	0,10998	0,89002
81	2.337.524	278.983	0,11935	0,88065
82	2.058.541	265.902	0,12917	0,87083
83	1.792.639	249.858	0,13938	0,86062
84	1.542.781	231.433	0,15001	0,84999
85	1.311.348	211.311	0,16114	0,83886
86	1.100.037	190.108	0,17282	0,82718
87	909.929	168.455	0,18513	0,81487
88	741.474	146.997	0,19825	0,80175
89	594.477	126.303	0,21246	0,78754
90	468.174	106.809	0,22814	0,77186
91	361.365	88.813	0,24577	0,75423
92	272.552	72.480	0,26593	0,73407
93	200.072	57.881	0,28930	0,71070
94	142.191	45.026	0,31666	0,68334
95	97.165	34.128	0,35124	0,64876
96	63.037	25.250	0,40056	0,59944
97	37.787	18.456	0,48842	0,51158
98	19.331	12.916	0,66814	0,33185
99	6.415	6.415	1,00000	0,00000

El primer paso es la determinación de una serie apropiada de índices de fallecimientos sobre los que fundamentan una tabla de mortalidad; como la tabla es la base sobre la que la compañía aseguradora se va a comprometer financieramente, hay que conocer el proceso de su elaboración.

Deducción de los índices de fallecimiento

Es prácticamente imposible que una compañía de seguros logre asegurar a un grupo de diez millones de personas de la misma edad y a partir de una misma fecha, como también resulta imposible el mantener a este grupo bajo observación hasta la fecha de su fallecimiento. Las pólizas de seguro se emiten en cualquier fecha del año, en favor de asegurados de edades diferentes. Sin embargo, es posible que una compañía o grupo de compañías lleve un registro de todas las vidas aseguradas, con indicación de la edad, del período de observación y del número de los fallecidos. La tabla de mortalidad puede conseguirse si se trabaja con un volumen suficiente de datos, en que aparezcan: 1) la edad de las personas en observación; 2) la duración del período de observación; 3) el número de los que, de uno y otro sexo, fallecen a cada edad.

Supongamos, por ejemplo, que se han recogido los datos que siguen, sin hacer distinción de sexo:

Edad	*Número de años-vida en observación*	*Número de fallecidos antes de finalizar el año*
0	10.000	80
1	30.000	90
2	150.000	600
3	80.000	360
etc.	etc.	etc.

A partir de estas cifras se pueden calcular los índices de fallecimiento para cada edad, como sigue:

Edad	Indice de fallecimientos expresado en fracción	Indice de fallecimientos expresado en decimales
0	80 / 10.000	0,0080
1	90 / 30.000	0,0030
2	600 / 150.000	0,0040
3	360 / 80.000	0,0045
etc.	etc.	etc.

Si el período de observación, como es normal, excede de un año, el número de los sujetos estudiados es objeto de reajuste para acomodarse a la variación. Así, cuando el período de observación es de cinco años, el sujeto ha de ser estudiado a cinco edades diferentes, a no ser que fallezca durante ese período. Por consiguiente, hay que comparar los fallecimientos ocurridos a cada edad con el riesgo total. Por razones similares hay que tener también en cuenta el hecho de que las pólizas que expiran solamente quedan expuestas al riesgo durante una parte del año. Se parte del presupuesto de que los datos reflejan estos reajustes técnicos y todos los que sean necesarios.

El índice de mortalidad a una edad determinada es el *cociente entre el número de fallecimientos y el riesgo correspondiente al período estudiado* (7). El índice representa la probabilidad de que una persona que haya llegado a una cierta edad logre sobrevivir hasta el año siguiente. El índice de mortalidad se expresa usualmente con el número de fallecimientos por mil. La tabla

(7) La distinción entre «índices de mortalidad», como los actuarios los denominan, y las «probabilidades de fallecimiento», y el método para obtener el segundo a partir del primero, no puede ser explicada en este trabajo. Para simplificar, se presume que son idénticos el índice de fallecimiento y las probabilidades del mismo; para la elaboración de una tabla de mortalidad hay que contar con las *probabilidades del fallecimiento*, que hacen referencia a los índices de muerte de un grupo de personas, a partir de una cierta edad.

de mortalidad se puede elaborar con un número arbitrario de personas (conocido como raíz), siempre que vivan a la edad más joven para la que se disponga de índices de mortalidad, aplicando los índices de mortalidad a cada edad sucesiva.

El proceso quedará aclarado si aplicamos los índices de mortalidad obtenidos:

(1) Edad	(2) Número de personas vivas a cada edad	(3) Indices de fallecimientos	(4) Número de fallecimientos a la edad sucesiva (2) × (3)	(5) Número de personas vivas a la edad sucesiva (2) — (4)
0	10.000.000	0,0080	80.000	9.920.000
1	9.920.000	0,0030	29.760	9.890.240
2	9.890.240	0,0040	39.561	9.850.679
3	9.850.679	0,0045	44.328	9.806.351
4	9.806.351	etc.	etc.	etc.

Como la probabilidad del fallecimiento a la edad 0 es de 0,0080, en el año se producirán 80.000 muertes entre los diez millones de personas. Quedan 9.920.000 que comienzan la edad 1, y éstos mueren a razón de tres por mil (,003), lo que significa 29.760 fallecimentos durante el año. De este modo, los diez millones inicales se van reduciendo cada año, hasta el fallecimiento de los últimos supervivientes; de aquí la afirmación de que una tabla de mortalidad representa a «una generación de individuos en su paso por el tiempo».

Como la raíz de la tabla es arbitraria (8), los números de las columnas «Números de personas vivas» y «Número de fallecimientos» no son por sí mismos significativos, sino que simplemente reflejan la serie de índices de fallecimientos, que es el núcleo de una tabla de mortalidad.

A veces, la tabla de mortalidad cuenta con una columna adicional que recoge las «expectativas de vida» a cada edad. En esta columna la cifra relativa a cada edad expresa el número *medio* de años de vida que van a vivir los que lleguen a tal edad. La «expectativas de vida» es una expresión equivacada, no tiene nin-

(8) La raíz de una tabla de mortalidad es un número arbitrario que representa el número de las personas vivas a cierta edad; para la *Tabla de la Experiencia Americana*, por ejemplo, es de 100.000 a la edad de diez años; para la *Tabla 1941 CSO*, era de un millón a la edad de un año, y para la *1958 CSO*, de diez millones a la edad cero.

gún significado para el individuo y no refleja el ciclo vital futuro; esta vida futra probable depende en cada persona de muchos factores (entre los que se cuenta su estado de salud), por lo que puede ser superior o inferior a la media. Generalmente, se presume que las compañías de seguros calculan sus tarifas partiendo de la base de que cada persona vivirá el período de su «expectativa de vida»; pero no es así, como se verá en los capítulos que siguen. En efecto, la única utilidad práctica de la «expectativa de vida» es la de permitir la comparación entre una tabla de mortalidad y otra.

Adaptaciones a los datos de mortalidad

La tabla de mortalidad empleada por una compañía de seguros de vida al calcular sus primas o sus reservas no refleja exactamente los índices de mortalidad deducidos de los datos obtenidos. Debido a que la experiencia no es uniforme, y a su insuficiencia para llegar a unas estadísticas fidedignas, hay que aplicar a los índices dos tipos de reajustes: 1) los índices se «suavizan» convirtiéndolos en curvas, mediante un proceso denominado *graduación;* 2) a la curva obtenida se le añade un *margen.*

La graduación se efectúa con el fin de eliminar las irregularidades de los datos observados, estimándose que no reflejan fielmente las características universales de que se ha intentado derivar nuestra experiencia. Pueden emplearse diversos métodos de graduación, según el criterio del actuario y según la naturaleza de los datos conseguidos y la finalidad de los cálculos. Sin embargo, en todos los casos el objetivo es el mismo: la introducción de suavidad y regularidad, al tiempo que se respetan las características básicas de los valores observados.

La adición de su margen al índice obtenido se lleva a cabo cuando estos índices van a ser empleados como *tabla de valoración* (9), con el objeto de garantizar la seguridad. En la tabla de mortalidad para el seguro de vida, a fin de valorar las responsabilidades cubiertas, se obtienen unos índices más altos de mortalidad que los previstos en la realidad; en una tabla de valoración de pensiones, por el contrario, se obtienen unos índices in-

(9) Véase en el capítulo 24: «Otros aspectos».

feriores a los previstos. Así, la *Tabla 1958 CSO* constituye una tabla de valoraciones para el seguro de vida, a la que ya se le ha añadido el margen. El margen puede también obtenerse mediante la adaptación de los datos básicos, antes de calcular los índices básicos. De todos modos, la inclusión del margen refuerza la seguridad de la póliza del seguro de vida; su práctica es correcta y aconsejable; no obstante, se debe hacer notar que cuando se usa una tabla para los estudios de las primas brutas y del elemento de ahorro (10), se hace precisa una tabla de «experiencia básica» que refleje el nivel más probable de la mortalidad, sin añadir margen a las tablas básicas derivadas de los índices.

CLASES DE TABLAS DE MORTALIDAD

Tablas seleccionadas, terminales y acumuladas

Las tablas de mortalidad pueden clasificarse en *seleccionadas, terminales* y *acumuladas.* Los términos hacen referencia a la amplitud con que los datos empleados hayan sido afectados por la selección médica. Se sabe que las vidas que han sido recientemente examinadas por una compañía de seguros y que han pasado el examen médico exigido antes de suscribir la póliza, suponen unos índices de mortalidad inferiores a las que no han sido objeto de examen médico. El número de fallecimientos sufridos entre 10.000 asegurados de cuarenta años de edad, con un examen médico reciente, será probablemente inferior al de un grupo de 10.000 asegurados de la misma edad, que suscribieron la póliza al menos diez años antes. De aquí que la aseguradora, al estimar la mortalidad probable, deba saber si es o no elevado el número de las vidas recientemente seleccionadas.

La tabla *seleccionada* de mortalidad se basa únicamente en los datos de las vidas recientemente seleccionadas; la tabla *terminal* excluye los datos antiguos, esto es, los del período comprendido entre los cinco y los quince años después del aseguramiento, y se basa en la mortalidad *terminal* de las vidas aseguradas. Las tablas *acumuladas* incluyen todos los datos de mortali-

(10) Véase el capítulo 25.

dad, tanto los de los primeros años como los de los últimos. Como las vidas recientemente seleccionadas ofrecen una mortalidad más baja, se estima generalmente que el plan más seguro para la compañía es el de calcular las obligaciones de reservas sobre la base de la mortalidad entre los riesgos para los que se ha realizado recientemente el examen médico con resultados favorables.

Técnicamente la tabla de mortalidad seleccionada refleja el *del seguro.* Puesto que los efectos de la selección desaparecen en índice tanto *en razón de la edad* como *en razón de la duración* su mayor parte dentro de un plazo de entre cinco y quince años, los índices de mortalidad son diferenciados normalmente según su duración, limitada a un período determinado. En la tabla 19.6 se recoge un ejemplo de tabla selccionada; los índices de la columna «seis y más» constituyen el nivel de la mortalidad terminal, y pueden servir para la elaboración de una tabla terminal.

Las tablas seleccionadas se emplean para realizar estudios y comparaciones. Las *tablas básicas* preparadas y publicadas por la Comisión de Mortalidad de la Asociación de Actuarios a partir de los datos facilitados por un grupo de aseguradoras de primera línea, sirven para la mortalidad seleccionada y para la terminal, ya que su primer objetivo es el de reflejar las tendencias de la mortalidad (11).

TABLA 19.6

Tabla seleccionada de mortalidad (índices por mil)

Edad a la emisión	*Año de seguro*					*Más de seis*	*Edad alcanzada*
	1	*2*	*3*	*4*	*5*		
25	0,71	0,82	0,88	0,93	0,97	1,01	30
26	0,72	0,82	0,89	0,96	1,00	1,06	31
27	0,73	0,83	0,92	0,99	1,05	1,12	32
28	0,74	0,84	0,93	1,03	1,11	1,21	33
29	0,74	0,84	0,97	1,08	1,20	1,32	34
30	0,74	0,86	1,02	1,16	1,31	1,44	35

(11) Sin embargo, los índices *definitivos* de mortalidad reflejados en esta tabla son muy utilizados para el cálculo de las primas sin participación en beneficios.

Las tablas de mortalidad empleadas para el cálculo de las primas de las compañías de seguro mutuo son generalmente tablas terminales, basadas en los datos de la mortalidad «terminal». La mortalidad seleccionada se usa con frecuencia en los cálculos del elemento de ahorro cuando se trata de hallar unas primas brutas con repartos de beneficios, en los cálculos de dividendos y en los de primas brutas sin elemento de participación en beneficios.

Tablas de mortalidad a efectos de pensión

Son varias las razones que desaconsejan la aplicación a las pensiones de una tabla de mortalidad basada en la experiencia del seguro de vida. De un lado, lo normal es que las pensiones sean contratadas con sujetos que gozan de buena salud; a edad avanzada (sobre todo en el caso de contratos de pensión estipulados con individuos que pagan una prima única y que pretenden unos ingresos inmediatos) los índices de mortalidad entre los pensionistas son por regla general inferiores a los de los que tienen un seguro de vida. La tabla de mortalidad del seguro de vida tiende aumentar los índices previstos, y no serviría para el cálculo de las primas y reservas de los contratos de pensión.

Otra razón importante es la mejora constante experimentada en los índices de mortalidad y que gradualmente presentan márgenes de seguridad cada vez mayores a los efectos del seguro de vida, pero que suponen consecuencias opuestas en el caso de las pensiones. En efecto, hoy se admite que no existe ninguna tabla de mortalidad para pensiones basada en la experiencia del pasado (tabla «estática») que pueda ser empleada sin reparos; lo que se precisa es una tabla que refleja los índices (inferiores) de mortalidad previstos para el futuro, en lugar de los deducidos de la experiencia pasada. A esta tabla se la conoce como «tabla con proyección».

Tablas estáticas comparadas con tablas con proyección

Todas las tablas de mortalidad de seguro de vida utilizadas en la actualidad son tablas «estáticas», ya que se basan en los datos tomados en un período estático de tiempo. Con la persistencia

de las tendencias hacia el mejoramiento de la mortalidad, estas tablas estáticas han sido reemplazadas periódicamente por otras también estáticas basadas en la experiencia más reciente. La menor mortalidad ha llevado al aumento de los márgenes en las primas de vida, ya que el «aplazamiento» del pago en caso de muerte permite a la aseguradora ganar unos intereses adicionales a sus inversiones, además de cobrar más primas. La situación es la contraria cuando se trata de contratos de pensión; en este supuesto, la menor mortalidad ha reducido los márgenes, ya que el mayor retraso del fallecimiento determina la obligación de pagar un número mayor de pensiones. Sin embargo, las aseguradoras americanas siguieron utilizando hasta 1949 las tablas «estáticas» de pensiones. A fin de ahorrarse los grandes gastos exigidos por la elaboración frecuente de nuevas tablas estáticas, se tenía en cuenta la disminución de los índices de mortalidad mediante la aplicación de «retrocesos» en la edad; es decir, se seguía utilizando la tabla estática, pero sus índices se consideraban aplicables a edades inferiores a la real (12). Muchas compañías hacían retrocesos de entre uno y cuarenta años; en 1949 se publicó una tabla (*The Annuity Table for 1949*) que contenía además, factores de proyección sobre bases diferentes, aplicables a la tabla básica de 1949, con el objeto de tener en cuenta las reducciones futuras en los índices de mortalidad. La elaboración de estas tablas de proyección es demasiado técnica para ser analizada aquí, pero lo cierto es que son hoy de uso general. Era muy importante el poder introducir las mejoras en la mortalidad en las tablas de pensiones, ya que estos contratos suponen una parte considerable y creciente del negocio conjunto de cualquier aseguradora de vida (13).

(12) Por ejemplo, si la persona tiene en realidad sesenta y cinco años de edad, a los efectos del cálculo de la prima se presume que está sometida a los índices de mortalidad de sesenta y cuatro o sesenta y tres años, con lo que se aumenta la prima para la percepción de unos ingresos de renta vitalicia.

(13) Las rentas vitalicias, además de estipularse en los contratos para un individuo concreto, pueden también estipularse en contratos de grupo y en otros tipos de pólizas que, en ciertas compañías, suponen más de la mitad de sus reservas.

Tablas publicadas para uso actual

Hoy, en los Estados Unidos, las compañías de seguro de vida emplean numerosas tablas ordinarias de mortalidad, bastante conocidas. Las *Commissioners 1941 Standard Ordinary Table (1941 CSO)* basada en la recopilación de las experiencias de un grupo de compañías americanas y canadienses en la década 1930-1940, fue ampliamente utilizada para las pólizas emitidas entre 1948 y 1966. La *Tabla 1941 CSO* todavía es de gran interés, ya que gran parte de los seguros en vigor a la fecha se han basado en esta tabla. Antes de la *Tabla 1941 CSO* se había aplicado mucho la *American Experience Table of Mortality*, publicada en 1868, obra de SHEPPARD HOMANS, y calculada a partir de la experiencia de la *Mutual Life Insurance Company of New York*. También tuvo un uso limitado la *American Men Mortality Table*, publicada en 1918.

La primera tabla especial, basada en la experiencia de las compañías aseguradoras fue la *Standard Industrial Mortality Table*, que fue muy usada hasta 1948. La *1941 Standard Industrial Mortality Table* fue adoptada en ese año como base de mortalidad para el cálculo de la reserva mínima y de los valores de rescate; pero desde el primero de enero de 1968 todos los contratos tuvieron que adaptarse por ley a la *Commissioners 1961 Industrial Mortality Table* para el cálculo de la reserva mínima y de los valores de rescate. Estas tablas son del tipo terminal, que en párrafos anteriores hemos explicado.

En cuanto a las tablas de rentas vitalicias individuales, podemos citar cuatro muy conocidas: la *Standard Annuity Mortality Table* de 1937, la *Annuity Table for 1949*, la *American Annuity Table* de 1955 y la *Individual Annuity Mortality Table* de 1971; de ellas nos ocuparemos al tratar de la renta vitalicia.

En la actualidad se utilizan tres tablas de grupo: la *Group Annuity Table for 1951*, la *Commissioners 1960 Standard Group Mortality Table*, y la *1971 Group Annuity Mortality Table*, de las que hablaremos más adelante (14).

A pesar de su escasa importancia práctica, bajo el punto de vista histórico hay que mencionar la *Seventeen Offices Table* o de

(14) Véanse los capítulos 34 y 35.

los *Actuarios*, que fue el antecedente de la *American Experience Table*, que, procedente de Gran Bretaña, fue introducida en los Estados Unidos por ELIZUR WRIGHT y sirvió de standard para la valoración de las pólizas emitidas en Massachusetts.

La *Tabla 1958 CSO*, elaborada conjuntamente por la Asociación de Actuarios y por la *National Association of Insurance Commissioners*, es obligatoria para la base de las reservas mínimas (15) y de los valores sin rescate (16) de los contratos ordinarios emitidos en la actualidad; fue preparada, entre otras razones, con la idea de eliminar las reservas de deficiencia (17) que suponían un problema grave para muchas compañías de seguros de vida.

Los datos básicos se obtuvieron de la experiencia de quince compañías importantes, durante el período 1950-54, recogidos por la Comisión sobre Mortalidad de las Vidas Individualmente Aseguradas, de la Asociación de Actuarios. Antes de dar la aprobación a la *Tabla 1958 CSO* se sometieron a examen y comparación otros datos adicionales obtenidos de fuentes diversas.

OTROS ASPECTOS

Aplicación de las leyes de la probabilidad a la tabla de mortalidad

Ya se ha hecho en este mismo capítulo la afirmación de que el riesgo en el seguro de vida se mide por la aplicación de las leyes de la probabildad a la tabla de mortalidad. Ya que sabemos lo que estas tablas son, y después de haber estudiado la ley, podemos pasar a facilitar algunos ejemplos que demuestren la aplicación. Supongamos que se desea estimar la probabilidad del fallecimiento de un hombre, de treinta y cinco años, dentro de unos plazos de uno, dos o cinco años. De acuerdo con las leyes ya discutidas, la probabilidad estará determinada por una tabla seleccionada de mortalidad, y se expresará con una fracción cuyo denominador será igual al número de los que vivan a la edad de

(15) De ellas se trata en el capítulo 24.
(16) Véase el capítulo 26.
(17) Véase el capítulo 24.

treinta y cinco años, y cuyo numerador será el número de los que fallezcan dentro del plazo de uno, dos o cinco años, a partir del cumplimiento de la edad mencionada. Según la *Tabla 1958 CSO*, a la edad de treinta y cinco años vivían 9.373.807 hombres, de los que 23.528 mueren dentro del año siguiente; la probabilidad del fallecimiento es de 23.528/9.373.807. Dentro de los dos años siguientes dejan de existir 23.528 + 24.685, o sea, un total de 48.213; la probabilidad dentro del plazo de dos años es de 48.213/9.373.807. De forma semejante, los fallecimientos en cinco años son 23.582 + 24.685 + 26.112 + 27.991 + 30.132, o sea un total de 132.448, con una probabilidad, por tanto, de 132.488/ /9.373.807.

La tabla también puede recoger las probabilidades de supervivencia. La posibilidad de seguir con vida al año de cumplir los treinta y cinco de edad será una fracción con el mismo denominador que en el caso anterior, y con un numerador igual al número de los supervivientes, que es de 9.350.279. Estos ejemplos permiten aclarar la ley de la certidumbre. Las probabilidades de vida al año serán de 9.350.279/9.373.807, y las de fallecimiento 23.528/ 9.373.807; la suma de estas dos fracciones es de 9.373.807/9.373.807, igual a la unidad, que es la certidumbre; la certidumbre representa la suma de todas las posibilidades independientes, que en el presente caso son dos: la probabilidad del fallecimiento y la probabilidad de supervivencia. Podríamos ofrecer otros muchos ejemplos aclarativos sobre la aplicación de estas leyes a la tabla de mortalidad, pero no nos detendremos en ellos porque serán propuestos en los capítulos dedicados a las primas netas.

Empleo de las tablas de mortalidad en la preparación de las tarifas

La argumentación de los capítulos que siguen se basa en la *Tabla 1958 CSO* para la aclaración de los principios aplicables a la preparación de las tarifas; hay que añadir, sin embargo, que dicha tabla no es la base primaria de la que parten las compañías al elaborar las tarifas de prima del seguro de vida, sino que emplean unas tablas que reflejan la experiencia al día (frecuentemente la experiencia *propia* más reciente de la compañía) en cuanto a la

fijación de sus tarifas, aunque sigan la *Tabla 1958 CSO* a los efectos de la valoración de las reservas y del valor sin rescate. Como se dirá en un capítulo que sigue, las primas brutas y las escalas estimadas de dividendos (en el supuesto de pólizas con participación) han sido objeto de comprobación gracias a estudios que parten de presupuestos realistas, antes de ser llevadas a la práctica.

20

Principios fundamentales para la elaboración de las tarifas

Como ya se ha dicho, el plan de prima uniforme en el seguro de vida lleva a la acumulación de sumas cuantiosas de dinero, que quedan en manos de la aseguradora durante muchos años antes de que se produzca el evento que obligue al pago de la cobertura. Estos fondos se invierten en activos rentables, cuyas ganancias permiten a la compañía el «descuento» de las primas.

El interés o tasa técnica juega un papel fundamental en los cálculos actuariales y en las operaciones de la aseguradora; de aquí que se haga esencial la consideración de algunos de los conceptos más importantes relacionados con la función del interés, antes de pasar al estudio de la elaboración de las primas del seguro de vida.

EL INTERES

Terminología básica

El *interés* puede ser definido como el precio pagado por el uso del dinero. La inversión originaria, llamada *principal* o capital, acumula un interés al final de un período concreto, convirtiéndose en *importe total*. El interés obtenido es igual a la diferencia entre el importe y el principal.

El interés se expresa comúnmente en porcentaje actual del principal. Por ejemplo, si por el uso durante un año de $ 100 se paga un precio de $ 2,50, el interés supone $ 2,50/$ 100, esto es, un 2,5 por 100 al año. Esta proporción de ganancias de interés es lo que se denomina *tipo anual* de interés.

Con el fin de abreviar, podemos utilizar los símbolos para expresar los términos de principal, importe total y tipo anual, como se hace en casi todos los textos y tablas de intereses:

I = Interés
S = Importe total
P = Principal
i = Tipo anual

De este modo, la afirmación de que el *importe total* es igual al *principal* más el *interés* se puede expresar con la fórmula $S = P + I$. La regla de que el interés es igual al principal multiplicado por el tipo anual se expresa $I = Pi$. Si en la primera fórmula sustituimos el interés por la segunda, tendremos que $S = P + Pi$, o bien que $S = P(1 + i)$. La ecuación $S = P(1 + i)$ expresa que la suma total en que el principal se convertirá en un año será igual al principal multiplicado por uno más el tipo anual.

Si el interés se abonara al inversor al terminar cada período, en este caso al final de cada año, el interés sería *simple*. En otros muchos casos, como sucede en los cálculos del seguro de vida, las ganancias de intereses se acumulan al principal a fin de devengar intereses de intereses; éste el es *interés compuesto*, en el que los intereses no se distribuyen sino que se destinan a ganar intereses adicionales.

Funciones básicas del interés compuesto

Al elaborar las tarifas del seguro se tienen en cuenta cuatro funciones básicas del interés compuesto. Es necesario comprender estas funciones, tanto si se trata de problemas de seguro, como de otros problemas relacionados con la financiación.

A veces se hace precisa la posibilidad de proyectar los valores,

sobre todo cuando se quiere dar respuesta a preguntas como las que siguen:

1. ¿En qué cantidad se va a convertir un dólar al cabo de N años a un cierto tipo de interés anual?
2. ¿Qué capital hay que invertir ahora, a un cierto tipo de interés, para acumular un dólar al cabo de N años?
3. ¿Cuál será el importe total de un principal de un dólar depositado al principio de cada año, al cabo de N años a un cierto tipo de interés anual?
4. ¿Cuál tendrá que ser el principal a invertir ahora, a un cierto tipo de interés anual, para obtener pagos de un dólar al final de cada año durante N años?

Para dar respuesta a estas interrogantes se han preparado muchas tablas de intereses; una vez conocidos los valores de los intereses relativos a un dólar, podremos multiplicar los resultados por la cantidad de dólares en cuestión.

Valor acumulado de un dólar

El importe en que un principal se convierte al cabo de un año a un cierto tipo de interés se expresa con la fórmula $S_1 = P(1 + i)$. Si este importe se invierte íntegramente, el interés del segundo año sería i multiplicado por S_1. Al final del segundo año el importe sería $S_2 = P(1 + i) + iS_1$, o bien, $S_2 = P(1 + i) + iP(1 + i)$, o bien, $S_2 = P(1 + i)(1 + i) = P(1 + i)^2$.

Si continuamos con el planteamiento algebraico obtendríamos que el valor acumulado de P al final de N años sería $S = P(1 + i)^N$. Como las tablas de intereses hacen referencia a un principal de un dólar, los valores de $(1 + i)^N$ aparecen en las tablas, y se multiplican por el principal a fin de hallar el importe total.

Valor presente de un dólar

En el campo financiero frecuentemente hay que determinar el importe que se va a necesitar al final de un plazo fijo, para lo que habrá que invertir ahora a fin de lograr el objetivo propuesto.

Una vez hallado que $S = P(1 + i)^N$, se hace preciso dividir los dos términos de la ecuación por $(1 + i)^N$ para despejar P:

$$P = \frac{S}{(1 + i)^N}$$

A fin de determinar el valor presente del importe total, o sea, el principal, será suficiente dividir el importe total por $(1 + i)^N$.

Una vez descubierto que $S/(1 + i)^N$ es igual a S veces $1/(1 + i)^N$, se ha pasado a elaborar tablas en las que se ha calculado el valor de $1/(1 + i)^N$. Las cifras que estas tablas facilitan se consideran como el valor presente de un dólar; a veces el término $1/(1 + i)$ se representa con un valor V, y en lugar de $1/(1 + i)^N$ se da un valor V^N. Las tablas V pretenden evitar la división, pues para obtener los mismos resultados de valor presente solamente hay que efectuar una multiplicación.

Valor acumulado de un dólar pagado cada año

A fin de determinar el importe acumulado cuando al principio de cada año, durante N años, se pagan cantidades iguales, se hace preciso ir sumando los importes en que cada pago se vaya a convertir. Por ejemplo, supongamos una inversión de un dólar al principio de cada año, durante tres años. El primer dólar se convertirá en $(1 + i)^3$; el segundo en $(1 + i)^2$; el tercero, $(1 + i)$. El importe total al final de los tres años se expresa así: $\ddot{S}_{\overline{3}|} = (1 + i) + (1 + i)^2 + (1 + i)^3$, siendo $\ddot{S}_{\overline{N}|}$ la expresión del valor acumulado de un dólar invertido cada año durante N años.

Valor presente de un dólar pagado cada año

El valor presente de pagos anuales iguales hechos al final de cada año durante N años puede calcularse con la suma de los valores presentes de cada pago. Por ejemplo, supongamos que deseamos hallar el valor presente de un dólar pagadero al final de cada año durante tres años. Los valores presentes del primer, segundo y tercer pagos son, respectivamente, V^1, V^2 y V^3. El valor total presente se puede expresar así: $a_{\overline{3}|} = V^1 + V^2 + V^3$; en la fórmula $a_{\overline{N}|}$ significa el valor presente de un dólar pagado al final de cada año durante N años.

Tabla de intereses

La tabla 20.1 recoge las cuatro funciones básicas del interés compuesto. Estos tipos de tablas pueden adquirirse en el mercado, y son válidas para los diversos tipos de interés. La tabla 20.2 refleja el valor presente de la función de un dólar para tres tipos diferentes de interés.

Uso de las tablas de intereses

Después de explicar las funciones básicas del interés compuesto, podemos dar algunos ejemplos que demuestren la utilidad de las tablas:

1. ¿En que importe se convertirán \$ 100 al 2,5 por 100 anual, al cabo de 20 años?
   \$ 100 $(1 + i)^{20}$ = \$ 100 (1,63762) = \$ 163,82
2. ¿Qué capital ha de invertirse ahora al 2,5 por 100 anual a fin de acumular \$ 100 dentro de 20 años?
   \$ 100 (V^{20}) = \$ 100 (0,61027) = \$ 61,03
3. ¿En qué importe total se convertirán \$ 100 depositados al principio de cada año durante 20 años, al 2,5 por 100?
   \$ 100 $(\ddot{S}_{\overline{20}|})$ = \$ 100 (26,18327) = \$ 2.618,33
4. ¿Qué principal ha de invertirse ahora al 2,5 por 100 anual a fin de cobrar \$ 100 al final de cada año durante 20 años?
   \$ 100 $(A_{\overline{20}|})$ = \$ 100 (15,58916) = \$ 1.558,92

PRESUPUESTOS DEL CALCULO DE LAS PRIMAS

Al enfrentarse con el problema del cálculo de las primas se cae en la cuenta de que de pronto se plantean diversas interrogantes; las respuestas que vayan a darse tendrán una enorme influencia en los futuros resultados. Por ejemplo: ¿Cómo se va a pagar la prima? ¿Va a pagarse con un pago único que cubra el riesgo de todo el período, como sucede con otros muchos tipos de seguro, o bien se van a pagar sumas periódicas, cada año, cada seis meses, etc. ¿Cuándo se paga la prima? En el supuesto de primas anuales, ¿van a pagarse a la entrada en vigor del seguro, o en otro momento? ¿Qué va a hacerse con el dinero desde el

momento en que se cobra la prima hasta el pago de la suma cubierta? ¿Cómo se determinarán los índices de mortalidad para períodos inferiores al año cuando, por ejemplo, se acuerdan primas mensuales, si las tablas ordinarias de mortalidad sólo reflejan, como mínimo, los índices de años completos? Finalmente, ¿cuándo se pagan los siniestros? Es lógico que haya que dar respuesta a estas preguntas antes de comenzar el cálculo de las tarifas; las contestaciones darán la pauta del método procesal para la elaboración de la tarifas.

TABLA 20.1

Tabla de intereses de las cuatro funciones básicas del interés compuesto, al tipo del 2,5 por 100 anual

Año	*Valor acumulado de $ 1*	*Valor presente de $ 1*	*Valor acumulado de $ 1 cada año*	*Valor presente de $ 1 cada año*
1	1,02500	0,97561	1,02500	0,97561
2	1,05062	0,95181	2,07562	1,92742
3	1,07689	0,92860	3,15252	2,85602
4	1,10381	0,90595	4,25633	3,76197
5	1,13141	0,88385	5.38774	4,64583
6	1,15969	0,86230	6,54743	5.50813
7	1,18869	0,84127	7,73612	6,34939
8	1,21840	0,82075	8,95452	7,17014
9	1,24886	0,80073	10,20338	7,97087
10	1,28008	0,78120	11.48347	8.75206
11	1,31209	0,76214	12.79555	9.51421
12	1,34489	0,74356	14,14044	10,25776
13	1,37851	0,72542	15,51895	10,98319
14	1,41297	0,70773	16.93192	11,69091
15	1,44830	0,69047	18,38022	12,38138
16	1,48451	0,67363	19.86473	13,05500
17	1,52162	0,65720	21,38635	13,71220
18	1,55966	0,64117	22,94600	14,35336
19	1,59865	0,62553	24.54465	14,97889
20	1,63862	0,61027	26,18327	15,58916
21	1,67958	0,59539	27,86285	16,18455
22	1,72157	0,58086	29,58442	16,76541
23	1,76461	0,56670	31,34903	17,33211
24	1,80873	0,55288	33,15776	17,88499
25	1,85394	0,53939	35,01170	18,42438
26	1,90029	0,52623	36,91199	18,95061
27	1,94780	0,51340	38,85979	19,46401
28	1,99649	0,50088	40,85629	19,96489

TABLA 20.1 *(continuación)*

Año	*Valor acumulado de $ 1*	*Valor presente de $ 1*	*Valor acumulado de $ 1 cada año*	*Valor presente de $ 1 cada año*
29	2,04641	0,48866	42,90269	20,45355
30	2,09757	0,47674	45,00026	20,93029
31	2,15001	0,46511	47,15026	21,39541
32	2,20376	0,45377	49,35402	21,84918
33	2,25885	0,44270	51,61287	22,29188
34	2,31532	0,43191	53,92819	22,72379
35	2,37320	0,42137	56,30139	23,14516
36	2,43253	0,41109	58,73393	23,55625
37	2,49335	0,40107	61,22728	23,95732
38	1,55568	0,39129	63.78296	24,34860
39	2,61957	0,38174	66,40253	24,73035
40	2,68506	0,37243	69,08759	25,10278
41	2,75219	0,36335	71,83978	25,46612
42	2,82099	0,35449	74,66077	25,82061
43	2,89152	0,34584	77,55229	26,16645
44	2,96381	0,33740	80,51610	26,50385
45	3,03790	0,32917	83,55400	26,83303
46	3,11385	0,32115	86.66785	27,15417
47	3,19170	0,31331	89,85954	27,46748
48	3,27149	0,30567	93,13103	27,77316
49	3,35327	0,29822	96,48431	28,07137
50	3,43711	0,29094	99,92141	28,36231

TABLA 20.2

Valor presente a $ 1 a ser recibido al final de diversos períodos, a diversos tipos de interés compuesto

Al final de años	*2 por 100*	*2.5 por 100*	*3 por 100*
1	0,980392	0,975610	0,970874
2	0,961169	0,951814	0,942596
3	0,942322	0,928599	0,915142
4	0,923845	0,905951	0,888487
5	0,905731	0,883854	0,862609
6	0,887971	0,862297	0,837484
7	0,870560	0,841265	0,813092
8	0,820747	0,820747	0,789409
9	0,836755	0,800728	0,766417
10	0,820348	0,781198	0,744094
11	0,804263	0,762145	0,722421
12	0,788493	0,743556	0,701380
13	0,773033	0,725420	0,680951

TABLA 20.2 *(continuación)*

Al final de años	*2 por 100*	*2,5 por 100*	*3 por 100*
14	0,757875	0,707727	0,661118
15	0,743015	0,690466	0,641862
16	0,728446	0,673625	0,623167
17	0,714163	0,657195	0,605016
18	0,700519	0,641166	0,587395
19	0,686431	0,625528	0,570286
20	0,672971	0,610271	0,553676
21	0,646839	0,580865	0,521893
22	0,646839	0,580865	0,531893
23	0,634156	0,566697	0,506692
24	0,621721	0,552875	0,491934
25	0,609531	0,539391	0,477606
26	0,597579	0,526235	0,463693
27	0,585862	0,513400	0,450189
28	0,574375	0,500878	0,437077
29	0,563112	0,488661	0,424346
30	0,552071	0,476743	0,411987
31	0,541246	0,465115	0,399987
32	0,530633	0,453771	0,388337
33	0,520229	0,442703	0,377026
34	0,510028	0,431905	0,366045
35	0,500028	0,421371	0,355383
36	0,490223	0,411094	0,345032
37	0,480611	0,401067	0,334983
38	0,471187	0,391285	0,325226
39	0,461948	0,381741	0,315754
40	0,452890	0,372431	0,306557
41	0,444010	0,363347	0,297628
42	0,435304	0,354485	0,288959
43	0,426769	0,345839	0,280543
44	0,418401	0,337404	0,272372
45	0,410197	0,329174	0,264439
46	0,402154	0,321146	0,256737
47	0,394268	0,313313	0,249259
48	0,386538	0,305671	0,241999
49	0,378958	0,298216	0,234950
50	0,371528	0,290942	0,228107
51	0,364243	0,283846	0,221463
52	0,357101	0,276923	0,215013
53	0,350099	0,270169	0,208750
54	0,343234	0,263579	0,202670
55	0,336504	0,257151	0,196767
56	0,329906	0,250879	0,191036
57	0,323437	0,244760	0,185472

TABLA 20.2 *(continuación)*

Al final de años	*2 por 100*	*2,5 por 100*	*3 por 100*
58	0,317095	0,238790	0,180070
59	0,310870	0,232966	0,174825
60	0,304782	0,227284	0,169733
61	0,298806	0,221740	0,164789
62	0,292947	0,216332	0,159990
63	0,287203	0,211055	0,155330
64	0,381572	0,205908	0,150806
65	0,276051	0,200886	0,146413
66	0,270638	0,195986	0,142149
67	0,265331	0,191206	0,138009
68	0,260129	0,186542	0,133989
69	0,255028	0,181992	0,130086
70	0,250028	0,177554	0,126297
71	0,245125	0,173223	0,122619
72	0,240319	0,168998	0,119047
73	0,235607	0,164876	0,115588
74	0,230987	0,160855	0,112214
75	0,226458	0,156931	0,108945
76	0,222017	0,153104	0,105772
77	0,217664	0,149370	0,102691
78	0,213396	0,145726	0,099700
79	0,209212	0,142172	0,096796
80	0,205110	0,138705	0,093977
81	0,201088	0,135322	0,091240
82	0,197145	0,132021	0,088528
83	0,193279	0,128801	0,086002
84	0,189490	0,125650	0,083497
85	0,185774	0,122595	0,081065
86	0,182132	0,119605	0,078704
87	0,178560	0,116687	0,076412
88	0,175059	0,113841	0,074186
89	0,171627	0,111065	0,072026
90	0,168261	0,108356	0,069928
91	0,164962	0,105713	0,067891
92	0,161728	0,103135	0,065914
93	0,158556	0,100619	0,063994
94	0,155448	0,098165	0,062130
95	0,152400	0,095771	0,060320
96	0,149411	0,093435	0,058563
97	0,146482	0,091156	0,056858
98	0,143610	0,088933	0,055202
99	0,140794	0,086764	0,053594
100	0,138033	0,084647	0,052033

Las primas se pueden abonar con un pago único, denominado prima única, que paga el riesgo en su totalidad para toda la vigencia de la póliza; o también se pueden pagar periódicamente, con una frecuencia que oscila entre la semana y el año. La mayoría de las pólizas tiene una prima de base anual. Cuando los actuarios se dedicaron a la tarea de calcular las tarifas, en primer lugar dieron por sentadas las siguientes normas operativas: 1) las primas se pagarán al principio de cada anualidad cubierta; 2) las reclamaciones por maduración se pagarán a la expiración de la anualidad en que la póliza madure (1). En base a ello, cuando la póliza se paga con una prima única, ésta se pagará a la entrada en vigor; cuando se trate de primas anuales uniformes, el primer pago se efectuará a la emisión de la póliza, y los pagos sucesivos a los respectivos vencimientos anuales.

La regla es evidente cuando se trata de prima única, pero no lo es tanto en el supuesto de las primas anuales, en el que la compañía va a disponer del dinero durante algún tiempo, antes de verse obligada a pagar las reclamaciones maduradas; se plantea el problema del uso del dinero en este intervalo de tiempo. Este dinero se invierte y devenga interés en manos de la aseguradora, siendo justo que estas ganancias de interés sean consideradas como una de las fuentes del fondo disponible para el pago de los siniestros. Sin embargo, como la compañía no sabe de antemano el tipo de interés que va a conseguir, habrá que presuponer un tipo que, con una certidumbre razonable, sea el que se va a devengar durante la vigencia de la póliza. Es normal que las primas cobradas por la compañía queden en su poder durante algunos años, antes del desembolso por reclamación; de aquí que se hagan cálculos de *intereses de intereses*. Es evidente la importancia de las acumulaciones del interés compuesto, como se puede apreciar con las cifras que siguen, en las que, en primer lugar se calcula la suma total obtenida al cabo de cincuenta

(1) Cuando se adoptó la *Tabla 1958 CSO* muchas compañías partieron del supuesto de que los siniestros se pagaban al momento del fallecimiento, en base a las «funciones continuas». Los detalles prácticos del procedimiento exceden de los límites de esta obra.

años con la inversión de $ 1.000 a diversos tipos de interés; en segundo lugar, la suma de dinero precisa para que a los cincuenta años se haya convertido en $ 1.000:

Importe de $ 1.000 a los 50 años	al 2 %	=	$ 2.692
	al 2,5	=	3.437
	al 3	=	4.384
	al 4	=	7.107
	al 5	=	11.467
	al 6	=	18.420
Valor presente de $ 1.000 con vencimiento a 50 años.	al 2 %	=	$ 371,50
	al 2,5	=	290,90
	al 3	=	228,10
	al 4	=	140,70
	al 5	=	87,20
	al 6	=	54,30

En otras palabras, si se pudiera garantizar un tipo de interés compuesto del 6 por 100, la suma de $ 1.000 se convertiría a los cincuenta años en $ 18.420 (2); y para pagar una deuda de $ 1.000 dentro de cincuenta años solamente habría que depositar $ 54,30. Estos hechos son de enorme importancia para la compañía de seguros, que con frecuencia mantiene pólizas en vigor durante cincuenta años. La tabla 20.2 recoge los valores descontados en ciertos supuestos típicos.

Para determinar el tipo de interés que vaya a tomarse para el cálculo de la prima, hay que seleccionar los tipos que la compañía esté *segura* por norma media de conseguir durante un largo período de tiempo. Puede resultar catastrófico la presunción de un interés del 5 ó del 6 por 100, ya que si bien la compañía puede fácilmente obtener este rédito en los años prósperos, en los adversos se puede padecer una disminución de ganancias o del valor de mercado de los títulos-valor o de las propiedades inmuebles. Si la compañía no llega a obtener el interés previsto del 5 ó

(2) Debe subrayarse que solamente con un interés simple se obtendrían $ 4.000; de aquí que $ 14.420, del total de $ 18.420, se deben al interés compuesto.

del 6 por 100, tendría que cubrir sus ganancias insuficientes con otros excedentes, y si no contara con ellos se vería abocada a la quiebra. Ello exige que la aseguradora tome como base un tipo medio de interés que vaya a devengarse con independencia de las fluctuaciones del mercado de inversiones, incluso en los años de depresión. Las compañías que emiten pólizas con participación en beneficios deberán elegir, por regla general, un tipo de interés muy conservador, con la idea y esperanza de devolver al asegurado, a través de sus dividendos, el exceso de interés devengado por encima del tipo elegido. Estas compañías con participación eligen, normalmente, para el cálculo de sus tarifas, el tipo del 2,5 por 100 en este tipo de pólizas, no importa gran cosa cuál sea el tipo de interés elegido, siempre que no sea demasiado elevado, ya que eventualmente todas las ganancias se devolverán al asegurado en forma de dividendos; cuanto más bajo sea el interés, mejor podrá la compañía resistir los períodos de interés reducido. Las demás aseguradoras se inclinarán por un tipo de interés que consideren seguro de obtener durante mucho tiempo; en la actualidad, el tipo normalmente aplicado es el 4,5 por 100.

La segunda norma, de las dos citadas, es la de que se presume que los siniestros o reclamaciones madurados habrán de pagarse al vencimiento de la anualidad. Para que la compañía sepa durante cuánto tiempo el dinero va a devengar interés antes de ser pagado, habrá que determinar con claridad el momento del pago. Se puede partir del supuesto de que los fallecimientos van a distribuirse equitativamente a lo largo del año, en cuyo caso el pago del siniestro tendría lugar a los seis meses del óbito. Esto venía a concordar con la práctica primitiva de las aseguradoras de vida, ya que la prueba del fallecimiento exigía un mínimo de tres meses, y las pólizas antiguas daban a la compañía un plazo de tres meses para el pago de la indemnización. Sin embargo, actualmente los siniestros se abonan sin demora; podemos citar el caso de la compañía que anuncia que más del 95 por 100 de sus siniestros se pagan el día hábil siguiente a la recepción de los documentos justificantes del fallecimiento. El problema es de gran importancia, ya que el descuento de los siniestros puede dejar de tener en cuenta los intereses de seis meses; si el promedio de los fallecimientos coincide con la mitad del año, y si su

prueba se puede hacer en un plazo de una semana, que es lo que hoy se tarda, los siniestros se pagarían, por regla general, a mediados de año. Sin embargo, según la presunción hecha al calcular las primas, los siniestros se pagarían al final de la anualidad cubierta, si las tarifas fueron calculadas al 2,5 por 100, ello implicaría una pérdida de $ 12,50 para una cobertura de $ 1.000. A pesar de ello, casi todas las compañías han respetado, en sus cálculos de las primas netas, la presunción de que los siniestros se pagan al final de la anualidad (3); la presunción es objeto de corrección mediante un pequeño reajuste en la fórmula del cargo de los gastos.

Otra de las presunciones hechas por las compañías al calcular sus tarifas, es la de que los fallecimientos se distribuyen uniformemente a lo largo del año. Así, si de 100.000 personas de una cierta edad fallecen 600 dentro del plazo de un año, se presume que cada mes mueren 50. Es cierto que el índice de fallecimientos disminuye hasta llegar a la edad de diez años, y a partir de este momento comienza a aumentar, aumento que es constantemente creciente hasta llegar al final del ciclo vital (4). Esta presunción tiene una gran importancia financiera, sobre todo en el caso de primas de periodicidad inferior al año. Cuando se trata de primas anuales, la prima ha sido ya cobrada cuando se produce el fallecimiento, pero al tratarse de primas mensuales, si solamente se ha cobrado una doceava parte de la prima del año, y en este primer mes se produce una sexta parte de toda la mortalidad del año, la compañía carecería de fondos para hacer frente a los siniestros.

La situación solamente se puede presentar en los diez primeros años de la vida, período en que el índice de fallecimientos va a menos; pero a partir de los diez años de edad el índice aumenta, y la discrepancia entre la presunción de una distribución uniforme de los fallecimientos y la situación real siempre es favorable a la compañía, por lo que no implica peligro alguno, ya que va a cobrar una doceava parte de la prima y a experimentar en

(3) Véase la nota anterior.

(4) La experiencia corriente revela que la disminución real de los índices se produce entre las edades de veinticinco y treinta. Este hecho no aparece en las tablas de valoración, como puede ser la *1958 CSO*, sino que se refleja en las tablas de «experiencia básica».

este primer mes una siniestralidad inferior a una doceava parte de la del año.

Además de estas presunciones, habrá que tener en cuenta, al calcular las tarifas del seguro de vida, los hechos que siguen:

1. La edad del asegurado.
2. El sexo.
3. Los beneficios que vayan a concederse.
4. La tabla de mortalidad que habrá que utilizar al medir el riesgo.
5. El tipo de interés que la compañía esté segura de conseguir para los fondos de que vaya a disponer.
6. La suma a cargar para cubrir los gastos de las operaciones de la compañía.

Además de estos hechos y de aquellas presunciones, hay que hacer una última al respecto de las tarifas finales a utilizar al comprobar las primas brutas; en la práctica, y por lo general, estas tarifas se diferencian tan sólo en base al plan del seguro. Como se dirá más adelante, estas tarifas se emplean en los cálculos de las primas únicamente a causa de la disparidad entre los valores de rescate y los fondos disponibles para su distribución entre los asegurados que se dan de baja.

21

Primas netas únicas: I

CLASIFICACION DE LAS PRIMAS

Unicas y periódicas

Las pólizas de vida pueden adquirirse mediante el pago de una prima única, o de primas anuales, semestrales, trimestrales, mensuales o semanales. Las primas, a excepción de la única, pueden ser de pago periódico indefinido, hasta el fallecimiento del asegurado o hasta la madurez de la póliza, o bien quedar limitadas a un cierto número de años, como, por ejemplo, en las pólizas de vida a veinte años, en las que la prima se paga durante veinte años siempre que el fallecimiento no se conduzca dentro de este plazo y una vez efectuados los veinte pagos ya no hay que abonar más primas, y la póliza madura al producirse el fallecimiento. Son muy pocas las pólizas que se suscriben a prima única, tal vez con la excepción de las de renta vitalicia; pero es lo cierto que cualquier tipo de póliza admite la modalidad de la prima única. Por ello, al enfrentarnos con el problema del cálculo de la prima, hemos de comenzar con el estudio completo de la prima única, que nos da el método a seguir cuando se trata de determinar las primas periódicas.

Prima neta y prima bruta

La prima establecida en un contrato de vida depende de tres factores: la mortalidad, el interés y los gastos. El coste de la

mortalidad hace referencia a aquella parte de la prima que provee la ocurrencia del hecho o riesgo asegurado. El segundo elemento tiene en cuenta el interés que se presume van a devengar los fondos de la compañía. El tercero cubre primordialmente los costes administrativos de la compañía, como son sueldos, alquileres, comisiones, impuestos, etc., que razonablemente puedan ser cargados a cada póliza. Al calcular las primas se determina en primer lugar la *neta*, que tiene en cuenta los factores de la mortalidad y del interés; a ella se le añade una cantidad, fijada según un método menos científico, esto es, un recargo, para gastos y otras eventualidades; así se llega a la determinación de la prima que va a ser cobrada al asegurado. Por tanto, la prima será *neta* o *bruta* según se haya aplicado o no el recargo mencionado. La prima neta provee el interés y a la mortalidad, mientras que la bruta contiene estos dos elementos más un «recargo» para gastos. El asegurado solamente conoce la prima bruta, pero antes de llegar a esta cifra el actuario ha tenido que calcular la neta. Por consiguiente, si la prima bruta anual va a ser el objetivo final del estudio del cálculo de las tarifas, hemos de comenzar determinando en primer lugar la *prima neta única*, de la que se podrá obtener, como veremos, la *prima neta anual*. A continuación podremos estudiar los diversos sistemas de recargo, a fin de llegar a la prima bruta anual (1).

El cálculo de las primas netas de cualquier póliza requiere información en cuanto a: 1) la edad y el sexo del asegurado; 2) los beneficios o coberturas concedidos; 3) la tabla de mortalidad a emplear para la medida del riesgo incurrido; 4) el tipo de interés previsto para los fondos que vayan a pasar a manos de la compañía. En los cálculos que siguen se aplica la *Tabla 1958 CSO*, se presume un tipo de interés del 2,5 por 100, la suma asegurada será siempre de $ 1.000, y el asegurado será varón si nada se dice en contrario. En cada caso se hace constar la edad del asegurado. No debe olvidarse que estos cálculos de primas parten de las presunciones ya discutibles de que: 1) las primas se pagan anualmente al principio de cada anualidad; 2) los siniestros madurados se pagan al final de la anualidad; y 3) el índice de fallecimientos es uniforme a lo largo del año.

(1) No siempre el procedimiento se ajusta a esta secuencia, pero en todo caso la prima bruta es objeto de verificación con estudios que parten de bases realistas. Véase el capítulo 25.

SEGURO TEMPORAL A PLAZO

El seguro temporal es el tipo más simple de cobertura contra el riesgo de un fallecimiento prematuro; estas pólizas están vigentes durante cinco, diez, quince o veinte años, y se obligan a pagar la suma asegurada si el asegurado fallece dentro del período de vigencia, pero no conceden ningún beneficio en caso negativo. El seguro a plazo fijo es un tipo de *seguro temporal*. Se ha querido popularizar la póliza a plazo de un año, dando opción al asegurado a cada renovación anual, con primas de coste corriente pagaderas al principio de cada anualidad; la prima da protección solamente en el año de vigencia, por lo que la tarifa se incrementa a cada vencimiento. Este tipo de póliza nos permite una explicación completa de los elementos de la tarificación.

Supongamos que hay que calcular la prima neta única para un seguro a plazo de renovaciones anuales con una cobertura de $ 1.000, siendo el sujeto un varón de cuarenta y cinco años de edad. Dos de las presunciones mencionadas en el capítulo anterior nos resultarán de utilidad al calcular la tarifa: las primas se abonan al comienzo de cada anualidad, y las reclamaciones maduradas se pagan al expirar la póliza anual. Por tanto, hay que averiguar la cantidad de dinero a pagar al principio del año a fin de que la compañía devuelva $ 1.000 en caso de maduración de la póliza. Hemos de preguntarnos: ¿Contra qué riesgo se asegura? Se asegura contra la posibilidad del fallecimiento dentro del año, lo cual se puede determinar con ayuda de la tabla de mortalidad; en ella se refleja que de 9.048.999 varones vivos con cuarenta y cinco años, en el año van a morir 48.412. Supongamos que la compañía emite 9.048.999 pólizas de un año a otros tantos varones de cuarenta y cinco años; si la mortalidad de este grupo coincide con la de la tabla, durante el año se producirán 48.412 fallecimientos; cada uno de éstos implica para la compañía una responsabilidad de $ 1.000, que habrá de pagar al terminar el año, por lo que tendrá que disponer de $ 48.412.000 para liquidar los sinies-

tros. Sin embargo, ésta no es la cifra a cobrar de los asegurados, ya que al pagar al principio de la póliza anual han permitido a la compañía la inversión del dinero durante un año al 2,5 por 100 de interés. Un dólar descontado a un año al 2,5 por 100 equivale a $ 0,9756; la compañía necesita disponer al principio del año de la suma de $ 47.230.747,20 (0,9756 × 48.412.000) para poder pagar doce meses después $ 1.000 por cada fallecimiento. Para hallar la prima de cada póliza basta con dividir el importe de este fondo entre los 9.048.999 asegurados, lo que da un resultado de $ 5,22.

Este resultado de $ 5,22 es la prima neta única del seguro de un año, o sea, la cantidad que ha de abonarse al principio de la póliza para que cada individuo contribuya por igual a las pérdidas del grupo (2).

Si se admite que la experiencia de la compañía ha determinado para las mujeres la adopción de un retroceso de tres años en la *Tabla 1958 CSO*, el cálculo, si se tratara de mujeres, sería:

$$\frac{0{,}9756 \times 38.253}{9.173.375} = \frac{37.3119.626{,}80}{9.173.375} = \$\,4{,}07$$

Hemos de añadir que aunque la *Tabla 1958 CSO* sea la que nos ha servido para explicar la tarificación, la aseguradora debe emplear en la práctica unas tablas basadas en su propia experiencia corriente o en la de un grupo de compañías.

Este problema puede ser enfocado bajo un punto de vista diferente para llegar a una fórmula que determine los costes. El punto de partida era un grupo de 9.048.999 varones de cuarenta y cinco años; esto es imposible en la práctica. Supongamos que se trata de asegurar de muerte a una persona de cuarenta y cinco años de edad, con una póliza a plazo de un año, para lo cual hay que calcular la prima aplicable. Si se produce el suceso contra el que se pide protección, la compañía tendrá que pagar $ 1.000, pero ¿qué probabilidad existe de que se produzca el fallecimiento durante la vigencia de la póliza. Hemos visto que del grupo de 9.048.999 varones fallecen 48.412; si nos remontamos a lo explicado sobre la teoría de las probabilidades en el capítulo 19, veremos que la probabilidad del fallecimiento durante el año 46.º es de 48.412/9.048.999; por consiguiente, el coste será las 48.412/9.048.999 de $ 1.000. Esta suma ha de pagarse al terminar el año, y como se supone un interés anual del 2,5 por 100 el asegurado pagaría la cantidad expresada descontada a un año al 2,5 por 100. El resultado sería:

$$\frac{48.412}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}9756 = \$\,5{,}22$$

De lo dicho no podemos llegar a la conclusión de que la compañía pueda asegurar a un individuo único, sino que ha de cubrir en todo momento a un grupo suficientemente extenso, como ya se dijo, que garantice la actuación de la ley de los grandes números. Sin embargo, no es preciso asegurar a todo el grupo con el mismo tipo de cobertura ni a la misma edad. Los resultados seguirán siendo satisfactorios siempre que el grupo de asegurados sea suficientemente amplio, aunque incluya pólizas distintas y se trate de personas de edades diferentes.

Si estudiamos detenidamente el método seguido para la determinación del coste del seguro, veremos que incluye el proceso que sigue: Multiplicación de la probabilidad asegurada por la suma cubierta y nueva multiplicación por un dólar descontado a un año. A partir de aquí podemos dar una formulación general al cálculo del coste de los beneficios, que podríamos expresar como *la probabilidad asegurada multiplicada por la suma cubierta y por el valor de un dólar descontado durante el tiempo en que se disponga del dinero.* Esta expresión será utilizada cada vez que se vaya a calcular una prima neta única. Ahora ya podemos calcular la prima neta única a abonar al comenzar la segunda anualidad; la probabilidad del fallecimiento es la de los cuarenta y seis años de edad, o sea, 52.473/9.000.587, y el coste del seguro sería:

$$\frac{52.473}{9.000.587} \times \$\,1.000 \times 0{,}9756 = \$\,5{,}69$$

(2) Este método para la determinación de las primas netas únicas ha sido denominado el *enfoque de la acumulación*, ya que insiste en el fondo total necesario para el pago de los siniestros conforme se van produciendo los fallecimientos. El enfoque de alternativa es el de las probabilidades, de que nos ocupamos más adelante. Los dos métodos son válidos, pero damos mayor importancia al segundo. Véase también, en el Apéndice C, el enfoque algebraico.

Así podrá hacerse el cálculo en todos los demás casos, cualquiera que sea el sexo o la edad.

Hemos insistido en el seguro a plazo de un año porque es el más apropiado para comprender los principios elementales de la tarificación; sin embargo, hemos de hacer constar que son muy raras las pólizas con vigencia de un año. Lo usual es que las pólizas a plazo rijan durante cinco o más años, con lo que la tarificación se hace un poco más complicada. Supongamos que se desea calcular la prima neta única de un seguro a cinco años para un varón de cuarenta y cinco años, esto es, conocer la cantidad que tenga que pagar en un pago único para asegurarse de muerte durante los cinco próximos años. Hay que tener en cuenta dos hechos: 1) La prima se paga de una vez, a la entrada en vigor del seguro; 2) el siniestro se pagará al final de la anualidad dentro de la cual se haya producido la muerte, y no al final de los cinco años. Esto último tiene gran repercusión sobre el interés que se vaya a devengar y, por tanto, sobre el método de cálculo del coste. Está claro que el coste no puede ser correctamente determinado mediante la multiplicación de la probabilidad total durante los cinco años por el valor asegurado en la póliza, haciendo el descuento de este importe en una operación única, ya que una parte del dinero cobrado devengará intereses solamente durante un año, mientras que otra parte devengará intereses durante los cinco años. Hay que calcular separadamente el coste de la mortalidad de cada año. Las probabilidades que en este caso se aseguran son las de que un varón de cuarenta y cinco años fallezca durante el año siguiente, durante el segundo año, durante el tercero, y así sucesivamente. Estas probabilidades son, respectivamente:

$$\frac{48.412}{9.048.999};\ \frac{52.473}{9.948.999};\ \frac{56.910}{9.048.999};\ \frac{61.794}{9.048.999}\ \text{y}\ \frac{67.104}{9.048.999}$$

Cada una de estas cantidades ha de ser multiplicada por la suma asegurada y por el valor actual de un dólar descontado en cada caso por el período de tiempo en que se disponga del dinero. El dinero disponible para los siniestros del primer año está depositado durante un año, el de los siniestros del segundo año durante dos, y así sucesivamente, de suerte que los fondos para

los siniestros de la quinta anualidad se retienen durante cinco años. Los valores descontados de un dólar a uno, dos, tres, cuatro y cinco años, al 2,5 por 100, son respectivamente: 0,9756; 0,9518; 0,9286; 0,9060 y 0,8839. Por consiguiente, el coste del seguro de cinco años es como sigue:

$$\frac{48.412}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}9756 = \$\,5{,}2194$$

coste del primer año de seguro;

$$\frac{52.473}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}9518 = \$\,5{,}5193$$

coste del segundo año de seguro;

$$\frac{56.910}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}9286 = \$\,5{,}8401$$

coste del tercer año de seguro;

$$\frac{61.794}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}9060 = \$\,6{,}1869$$

coste del cuarto año de seguro;

$$\frac{67.104}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}8839 = \$\,6{,}5547$$

que es el coste del quinto año de seguro.

Prima neta única = $\$\,29{,}3204$
que es el coste del seguro de cinco años.

Este cálculo revela que, dejando a un lado los gastos y los impuestos, la compañía ha de cobrar $\$\,29{,}32$ a cada asegurado, cantidad que, al 2,5 por 100 de interés, se convertirá en una suma suficiente para pagar todos los siniestros que se produzcan dentro del plazo de cinco años. Con este proceso de calcular el coste sobre una base anual podemos determinar la prima neta única de cualquier póliza a plazo fijo.

SEGURO DE VIDA ENTERA

La póliza de vida entera rige durante toda la vida y se obliga a pagar la suma asegurada al fallecimiento del asegurado. Existe

la posibilidad de que éste viva hasta una edad avanzada, y este hecho ha de ser tenido en cuenta al calcular la prima. Esta póliza se parece a los contratos temporales antes estudiados, con la excepción de que, en vez de limitarse a un cierto número de años, siguen en vigor mientras el asegurado viva y, llegado el momento, la suma asegurada habrá de ser pagada necesariamente. Como la *Tabla de Mortalidad 1958 CSO* presume que todos los varones mueren al expirar el centésimo año, la edad máxima posible a la que este seguro ha de proveer es la de noventa y nueve años. La prima neta única de una póliza a vida entera emitida a un varón de cuarenta y cinco años ha de proveer a la posibilidad de que fallezca durante el año 46.º, etc., o sea, en cada año de su vida hasta llegar a incluir su 100.º año de vida. Las probabilidades separadas aseguradas serán 55, para las edades cuarenta y cinco a noventa y nueve.

La probabilidad del fallecimiento en cada año por separado se multiplica por la suma asegurada ($ 1.000) y el resultado se descuenta del número de años que haya entre la emisión de la póliza (o sea, desde el pago de la prima única) y el pago por fallecimiento:

$$\frac{48.412}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}9756 = \$\,5{,}2194$$

que es el coste del seguro temporal a la edad de 45;

$$\frac{52.473}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}9518 = \$\,5{,}5193$$

coste a la edad de 46;

$$\frac{56.910}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}9286 = \$\,5{,}8401$$

coste a la edad de 47;

$$\frac{61.794}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}9060 = \$\,6{,}1869$$

coste a la edad de 48;

$$\frac{67.104}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}8839 = \$\,6{,}5547$$

coste a la edad de 49;

$$\frac{34.128}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}2838 = \$\,1{,}0703$$

coste a la edad de 95;

$$\frac{25.250}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}2769 = \$\,0{,}7727$$

coste a la edad de 96;

$$\frac{18.456}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}2702 = \$\,0{,}5511$$

coste a la edad de 97;

$$\frac{12.916}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}2636 = \$\,0{,}3762$$

coste a la edad de 98;

$$\frac{6.415}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}2572 = \$\,0{,}1823$$

coste a la edad de 99;

Prima neta única = $ 517,4862

Este valor es el valor descontado de todos los siniestros que han de pagarse desde la edad de cuarenta y cinco hasta la edad en que la tabla presume que todos los varones han fallecido; dicho valor equivale al importe de la prima neta única de una póliza a vida entera emitida a los cuarenta y cinco años de edad. Ciertamente, hay que admitir la posibilidad de supervivencia de algunos al cumplir los cien años, pero como los cálculos parten de la base contraria y puesto que ya se ha acumulado dinero suficiente para el pago de las reclamaciones, estas últimas pólizas pueden considerarse maduradas por su valor de cobertura.

LAS DOTES

Dotes puras

Los puros contratos dotales se obligan a pagar al asegurado la suma cubierta en el supuesto de que el titular sobreviva al terminar un cierto período de tiempo. Así, una póliza a diez años pagará la suma si el asegurado vive al terminar este plazo. Por ejemplo, la tabla de mortalidad nos dice que a los cuarenta y cinco años de edad viven 9.048.999 varones, y que a los cincuenta y cinco sobreviven 8.331.317, habiendo fallecido 717.862. La póliza emitida a un varón de cuarenta y cinco años, asegurado para caso de supervivencia, costará 8.331.317/9.048.999 de la suma asegurada, descontada a fin de tener en cuenta los intereses devengados. En otras palabras, la probabilidad contra la que se asegura es de 8.331.317/9.048.999, y como la prima única va a estar en manos de la compañía durante diez años, hasta la maduración de la póliza, la fórmula de la prima neta única será:

$$\frac{8.331.317}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}7812 = \$\,719{,}24$$

El décimal 0,7812 es el valor presente de un dólar descontado a diez años al 2,5 por 100 de interés.

Hay que distinguir claramente el contrato puramente dotal de una cuenta de ahorros cuyos fondos se dejan acumular a un cierto tipo de interés. El asegurado no puede disponer de la suma invertida con la prima antes de la expiración del plazo; si fallece durante este período pierde su dinero, ya que se queda en el fondo para atender a los pagos en favor de los supervivientes. Por el contrario, una cuenta de ahorros no se pierde por el fallecimiento de su titular. Este hecho nos permite dividir los $ 1.000 que van a pagarse *en caso de supervivencia al final del período* en dos fondos distintos: uno que podemos denominar fondo de inversión condicional, y el segundo, fondo especulativo. El primero, en una póliza a diez años emitida a los cuarenta y

cinco años, sería igual a la suma de $ 719,24 más el interés compuesto al 2,5 por 100 a diez años:

$$\$\,719{,}24 \times 1{,}2801 = \$\,920{,}70$$

El importe de $ 920,70 equivale al resultado de invertir la prima única durante diez años. El resto hasta $ 1.000, o sea, $ 79,30 corresponde a las sumas de aquellos asegurados que mueren antes de la maduración de la póliza; técnicamente, no es más que el «beneficio de la supervivencia» o fondo especulativo. La posibilidad de la pérdida de la totalidad de la inversión a causa del fallecimiento del individuo antes de la terminación del plazo contribuye a que este tipo de seguro cuente con escasas preferencias (3); por esta razón se combina o forma un rasgo en otros tipos de seguro. En todo caso, conviene señalar que una póliza de renta vitalicia no es más que una serie de pólizas puramente dotales (véase más adelante).

Seguro dotal

La figura puramente dotal combinada con otras formas da origen a lo que llamamos seguro dotal o dote, en que se promete el pago de una cierta suma si el asegurado fallece durante la vigencia de la póliza, o en caso de supervivencia. El estudio de este contrato nos muestra que incluye rasgos de la dote pura y, además, un seguro de vida para el caso del fallecimiento antes de la expiración del plazo. Veamos el ejemplo de una póliza a cinco años emitida a un varón de cuarenta y cinco, que paga la suma asegurada en el supuesto de que el asegurado fallezca en el primero, segundo, tercero, cuarto o quinto año, y que asimismo paga la misma suma en caso de supervivencia al terminar la quinta anualidad. El coste del seguro será:

$$\frac{48.412}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}9756 = \$\,5{,}2194$$

que es el coste del seguro a plazo en el primer año;

(3) Ciertos sistemas jurídicos prohiben los contratos puramente dotales.

$$\frac{52.473}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}9518 = \$\,5{,}5193$$

coste del segundo año;

$$\frac{56.910}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}9286 = \$\,5{,}8401$$

coste del tercer año;

$$\frac{61.794}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}9060 = \$\,6{,}1869$$

coste del cuarto año;

$$\frac{67.104}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}8839 = \$\,6{,}5547$$

coste del quinto año;

$$\frac{8.762.306}{9.048.999} \times \$\,1.000 \times 0{,}8839 = \$\,855{,}8960$$

coste del seguro dotal puro a cinco años.

Prima neta única = $\$\,885{,}2163$

A veces se emiten otros tipos de pólizas denominadas semi-dotales o de doble dote. Se diferencian en el hecho de que la suma a pagar en caso de que el asegurado sobreviva es la mitad o el doble de la suma pagadera en caso de fallecimiento. El coste de un seguro semi-dotal de $\$\,1.000$ para un varón de cuarenta y cinco años se diferenciaría del cálculo antes hecho en lo relativo al coste del seguro dotal puro, que en este caso sería:

$$\frac{8.762.306}{9.048.999} \times \$\,500 \times 0{,}8839 = \$427{,}9480$$

Este importe, sumado con el coste del seguro a plazo de cinco años, nos daría la prima neta única del seguro semi-dotal.

22

Primas netas únicas: II

Las primas hasta ahora calculadas se refieren a contratos que recogen únicamente dos tipos de riesgo, el del fallecimiento y el de la supervivencia; a estos dos tipos se les denomina a veces seguro y dote, ya que generalmente es el seguro el que se precisa para el caso de una muerte prematura, mientras que las dotes parecen más bien inversiones acumuladas para el futuro. Todo seguro de vida recoge al menos uno de estos elementos: la protección contra la muerte y/o la acumulación para el caso de supervivencia.

SEGURO CON COBERTURA A PLAZOS

En las pólizas hasta aquí estudiadas se ha partido del supuesto de que la suma asegurada (generalmente, $\$\,1.000$ o múltiplo) se paga a la maduración con un desembolso único. Pero es usual la estipulación por la que este pago se pueda hacer en plazos periódicos; hay pólizas con plazos mensuales durante cinco, diez, quince o veinte años. Estos contratos tienen un coste diferente, y esta diferencia tiene que ser calculada. Puede ser de dos tipos: en un tipo de contrato se establece que la suma asegurada ($1.000) se abonará en un número determinado de plazos; en el otro, la maduración es idéntica a la del pago único, pero el asegurado o el beneficiario tiene opción a un plan de pagos periódicos. En el

primer caso, por ejemplo, la póliza pagará $ 100 al fallecimiento del asegurado, y $ 100 cada año durante diez años; en el segundo, la suma de $ 1.000 ha madurado íntegramente, pero el beneficiario puede recibir una cierta suma anual durante diez años, con plazos que no serán de $ 100 sino por la cuantía que suponga la disposición íntegra de $ 1.000.

En el primer tipo de contrato es obvio que la compañía va a pagar un total de $ 1.000, pero durante diez años, durante los cuales los fondos devengan intereses adicionales; en consecuencia, la aseguradora debe contar a la maduración de la póliza con unos fondos que *incrementados con intereses* pueden pagar $ 100 cada año durante un decenio. Los pagos se hacen así: $ 100 inmediatamente, $ 100 al final de un año; $ 100 al final de los dos años, y así sucesivamente, con el décimo pago al final de los nueve años. El primer pago de $ 100 se hace a la maduración de la póliza, por lo que no devenga intereses. Una parte de los fondos restantes devengará intereses durante un año, otra parte durante dos, etcétera, hasta un último pago que devengará intereses durante nueve años. Por tanto, los fondos de que se ha de disponer a la maduración del contrato serán, de un lado, $ 100 para pago inmediato y, de otro lado, unos importes que con los intereses de uno, dos, tres, etc., años equivalgan a $ 100; estos importes son los valores descontados de $ 100 a uno, dos, tres, etc., años. El valor presente de estos diez pagos es:

				Valor presente
$ 100 a pagar inmediatamente			=	$ 100
$ 100 a pagar dentro de 1 año:	100 ×	0,9756	=	$ 97,56
$ 100 a pagar dentro de 2 años:	100 ×	0,9518	=	$ 95,18
$ 100 a pagar dentro de 3 años:	100 ×	0,9286	=	$ 92,86
$ 100 a pagar dentro de 4 años:	100 ×	0,9060	=	$ 90,60
$ 100 a pagar dentro de 5 años:	100 ×	0,8839	=	$ 88,39
$ 100 a pagar dentro de 6 años:	100 ×	0,8623	=	$ 86,23
$ 100 a pagar dentro de 7 años:	100 ×	0,8413	=	$ 84,13
$ 100 a pagar dentro de 8 años:	100 ×	0,8207	=	$ 82,07
$ 100 a pagar dentro de 9 años:	100 ×	0,8007	=	$ 80,07
Valor presente de $ 1.000 en diez plazos anuales			=	$ 897,09

Por tanto, si la compañía dispone de $ 897,09 a la maduración de la póliza, y sigue ganando un 2,5 por 100 a sus fondos, podrá

pagar diez plazos de $ 100 cada uno a sus respectivos vencimientos. Para determinar la prima neta única en esta póliza hay que considerar que la suma asegurada es de $ 897,09, y no de $ 1.000. Cualquier póliza, sea a plazo, a vida entera o dotal, puede ser pagada en diez plazos anuales; el único cambio en el cálculo es la sustitución de la suma asegurada de $ 1.000, por la de $ 897,09.

Cuando la póliza madura con una suma de $ 1.000, pero ofrece la opción del cobro a plazos, es lógico que la prima sea calculada como si la cobertura se fuera a pagar de una vez, ya que el aplazamiento es una opción del asegurado o del beneficiario. El cálculo no varía, pero si se elige el pago a plazos, la suma disponible de $ 1.000 se convertirá en pagos anuales de más de $ 100, que pueden calcularse por simple regla proporcional.

Si $ 897,09 se convierten en plazos de $ 100, una suma de $ 1.000 se convertirá en plazos proporcionalmente mayores.

$$\frac{1.000}{897,09} = \frac{x}{100} \qquad x = \frac{100.000}{897,09} = \$\ 111,47$$

La póliza que madure con $ 1.000 y ofrezca la opción de recibir diez plazos anuales, pagaría $ 111,47 en cada plazo. Los mismos principios pueden aplicarse a contratos que puedan pagarse en plazos distintos.

Los contratos de que hasta aquí nos hemos ocupado se refieren siempre a una sola vida. Sin embargo, las compañías de seguros emiten también pólizas que cubren los riesgos de dos o más vidas. En estos casos el cálculo de los costes nos adentraría en la ciencia actuarial, lo cual no es nuestra intención, ya que la finalidad de estos estudios de las primas no es más que dar una idea del riesgo en los tipos más usuales de pólizas, y del impacto de los intereses y de la supervivencia en el coste del seguro. Por tanto, los cálculos de las primas que hemos visto no son aplicables a los seguros de vidas conjuntas, de último superviviente o de supervivencia (1).

(1) El cálculo de los costes en los contratos de vida conjunta se lleva a efecto mediante la aplicación a la tabla de mortalidad de la ley de probabilidades compuestas, determinando la probabilidad de que las vidas conjuntas terminen, que sobrevivan, etc.

RENTAS A VIDA ENTERA

El otro tipo de contratos a estudiar es el de las rentas a vida entera (2), que prometen a su titular una renta determinada en plazos anuales mientras viva. Como se verá, contienen un elemento de inversión por el que el beneficiario que solamente depende de su capital invertido puede asegurarse unos ingresos mientras viva.

Los contratos de renta vitalicia relativos a una sola vida pueden ser de dos tipos: *inmediatos* y *diferidos*. Los primeros pueden prometer un número mínimo de pagos, con independencia de si el asegurado vive o no. En su momento nos detendremos a estudiar el coste de cada uno de estos contratos.

Rentas inmediatas a vida entera

Una póliza temporal de renta de $ 100 estipulada, por ejemplo, a la edad de setenta años para un período de diez años, promete al beneficiario el pago de $ 100 al año de la entrada en vigor, si sigue vivo, y de $ 100 en los aniversarios siguientes, siempre que el asegurado sobreviva, hasta completar los diez pagos. El coste de este contrato será la suma pagada a la emisión de la póliza, a los setenta años de edad, que pueda hacer frente a los pagos anuales; el coste neto será la suma necesaria para atender estrictamente a los pagos prometidos, sin cargar ningún gasto al contrato. Podemos usar la fórmula aplicada al cálculo de las primas netas únicas: el coste neto es igual a la probabilidad que se asegura multiplicada por la suma asegurada (el importe de la renta) y multiplicada por el valor de un dólar descontado por el tiempo en que los fondos están en posesión de la compañía. En consecuencia, como el pago se efectúa al beneficiario si éste sigue vivo al terminar cada año, habrá que calcular separadamente el coste de cada año, y los importes sumados nos darán el coste total. La probabilidad que se asegura es la de que el beneficiario sobreviva al cabo del primer año, del

(2) Esta discusión se refiere solamente a las rentas de vida única. Como se ha dicho, también pueden contratarse sobre varias vidas conjuntamente.

TABLA 22.1

Tabla de rentas vitalicias para 1949 (sin proyección [Varones])

Edad al comenzar el año	*Número de los que viven al comenzar el año designado (lx)*	*Número de los que mueren durante el año designado (dx)*	*Probabilidad anual del fallecimiento (qx)*	*Probabilidad anual de supervivencia (px)*
10	10.000.000	4,830	0,000483	0,999517
11	9.995.170	4.918	0,000492	0,999508
12	9.990.252	5.015	0,000502	0,999498
13	9.985.237	5.112	0,000512	0,999488
14	9.980.125	5.230	0,000524	0,999476
15	9.975.895	5.357	0,000537	0,999463
16	9.969.538	5.493	0,000551	0,999449
17	9.964.045	5.650	0,000567	0,999433
18	9.958.395	5.816	0,000584	0,999416
19	9.952.579	6.001	0,000603	0.999397
20	9.946.578	6.207	0,000624	0,999376
21	9.940.371	6.441	0,000648	0,999352
22	9.933.930	6.695	0,000674	0,999326
23	9.927.235	6.969	0,000702	0,999298
24	9.920.266	7.272	0,000733	0,999267
25	9.912.994	7.613	0,000768	0,999232
26	9.905.381	7.984	0,000806	0,999194
27	9.897.397	8.403	0,000849	0,999151
28	9.888.994	8.861	0,000896	0,999104
29	9.880.133	9.356	0,000947	0,999053
30	9.870.777	9.910	0,001004	0.998996
31	9.860.867	10.522	0,001067	0,998933
32	9.850.345	11.190	0,001136	0,998864
33	9.839.155	11.935	0,001213	0,998787
34	9.827.220	12.746	0,001297	0,998703
35	9.819.474	13.652	0,001391	0,998609
36	9.800.822	14.642	0,001494	0,998506
37	9.786.180	15.726	0,001607	0,998393
38	9.770.454	16.932	0,001733	0,998267
39	9.753.522	18.259	0,001872	0,998128
40	9.735.263	19.714	0,002025	0,997975
41	9.715.549	21.569	0,002220	0,997770
42	9.693.980	24.051	0,002481	0,997519
43	9.669.929	27.114	0,002804	0,997196
44	9.642.815	30.732	0,003187	0,996813
45	9.612.083	34.844	0,003625	0,996375
46	9.577.239	39.420	0,004116	0,995884
47	9.537.819	44.418	0,004657	0,995343
48	9.493.401	49.802	0,005246	0,994754
49	9.443.599	55.528	0,005880	0,994120

TABLA 22.1 *(continuación)*

Edad al comenzar el año	*Número de los que viven al comenzar el año designado (l x)*	*Número de los que mueren durante el año designado (d x)*	*Probabilidad anual del fallecimiento (q x)*	*Probabilidad anual de supervivencia (p x)*
50	9.388.071	61.558	0,006557	0,993443
51	9.326.513	67.869	0,007277	0,992723
52	9.258.644	74.421	0,008038	0,991972
53	9.184.223	81.189	0,008840	0,991160
54	9.103.034	88.136	0,009682	0,990318
55	9.014.898	95.242	0,010565	0,989435
56	8.919.656	102.496	0,011491	0,988509
57	8.817.160	109.862	0,012460	0,987540
58	8.707.298	117.340	0,013476	0,986524
59	8.589.958	124.915	0,014542	0,985458
60	8.465.043	132.580	0,015662	0,984338
61	8.332.463	140.560	0,016869	0,983131
62	8.191.903	149.084	0,018199	0,981801
63	8.042.819	158.170	0,019666	0,980334
64	7.884.649	167.809	0,021283	0,978727
65	7.716.840	177.997	0,023066	0,976954
66	7.538.843	188.697	0,025030	0,974770
67	7.350.146	199.873	0,027193	0,972807
68	7.150.273	211.484	0,029577	0,970423
69	6.938.789	223.443	0,032202	0,967798
70	6.715.346	235.655	0,035092	0,964908
71	6.479.691	247.991	0,038272	0,961728
72	6.231.700	260.304	0,041771	0,958229
73	5.971.396	272.415	0,045620	0,954380
74	5.698.981	284.106	0,049852	0,950148
75	5.414.875	295.116	0,054501	0,945999
76	5.119.759	305.184	0,059609	0,940391
77	4.814.575	313.987	0,065216	0,934784
78	4.500.588	321.198	0,071368	0,928632
79	4.179.390	326.465	0,078113	0,921887
80	3.852.925	329.437	0,085503	0,914497
81	3.523.488	329.774	0,093593	0,906407
82	3.193.714	327.174	0,102443	0,897557
83	2.866.540	321.376	0,112113	0,887887
84	2.545.164	312.213	0.122669	0,877331
85	2.232.951	299.613	0,134178	0,865822
86	1.933.338	283.638	0,146709	0,853291
87	1.649.700	264.501	0,160333	0,839667
88	1.385.199	242.582	0,175124	0,824876
89	1.142.617	2184.12	0,191151	0,808849

TABLA 22.1 *(continuación)*

Edad al comenzar el año	*Número de los que viven al comenzar el año designado (l x)*	*Número de los que mueren durante el año designado (d x)*	*Probabilidad anual del fallecimiento (q x)*	*Probabilidad anual de supervivencia (p x)*
90	924.205	192.682	0,208485	0,791515
91	731.522	166.196	0,227192	0,772808
92	565.326	139.823	0,247332	0,752668
93	425.502	114.443	0,268960	0,731040
94	311.059	90.866	0,292118	0,707882
95	220,193	69.764	0,316834	0,683166
96	150.428	51.615	0,343122	0,656878
97	98.813	36.657	0,370973	0,629027
98	62.156	24.884	0,400352	0,599648
99	37.271	16.071	0,431199	0,568801
100	21.200	9.824	0,463415	0,536585
101	11.375	5.652	0,496870	0,503130
102	5.723	3.041	0,531389	0,468611
103	2.682	1.520	0,566757	0,433243
104	1.162	700	0,602714	0,397286
105	426	295	0,638956	0,361044
106	167	113	0,675143	0,324857
107	54	38	0,710898	0,289102
108	16	12	0,745822	0,254178
109	4	4	1,000000	0,000000

segundo, etc. Como puede apreciarse, este contrato de renta equivale a una serie de diez seguros puramente dotales, con un primero cuya maduración es al año, otro a los dos años, etc., hasta el décimo pago. Sin embargo, aunque las fórmulas sean equivalentes a las de los demás seguros, la tabla de mortalidad no es la misma, ya que las aseguradoras saben que en el plano de las rentas la experiencia de mortalidad produce unos índices inferiores a los del seguro para caso de fallecimiento. La *Tabla de Rentas de 1949*, sin proyección (tabla 22.1) es la más empleada; de acuerdo con ella, la probabilidad de pagar la primera renta anual equivale a la de la supervivencia de un hombre de setenta años, expresada en forma de fracción, 6.479.691/6.715.346. En caso de supervivencia al año del contrato, se han de pagar $ 100; por tanto, el coste neto del primer pago será el valor de esta suma descontada a un año al 2,5 por 100 y multiplicado por la probabilidad de supervivencia. La operación para el primer año es como sigue:

$$\frac{6.479.691}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}9756 = \$94{,}14$$

que es el coste neto del pago de la primera renta.

El coste neto de los otros nueve pagos se halla de forma semejante, multiplicando la probabilidad de supervivencia a los dos, tres, cuatro, etc., años por el importe de $ 100 descontado a dos, tres, cuatro, etc., años, respectivamente. Empleando la *Tabla de Rentas de 1949*, el cálculo de los diez años es así:

$$\frac{6.479.691}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}9756 = \$\,94{,}1364$$

que es el coste neto del pago de la primera renta;

$$\frac{6.231.700}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}9518 = \$\,88{,}3250$$

coste neto de la segunda;

$$\frac{5.971.396}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}9286 = \$\,82{,}5726$$

coste de la tercera;

$$\frac{5.698.981}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}9060 = \$\,76{,}8877$$

coste de la cuarta;

$$\frac{5.414.875}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}8839 = \$\,71{,}2727$$

coste de la quinta;

$$\frac{5.119.759}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}8623 = \$\,65{,}7415$$

coste de la sexta;

$$\frac{4.814.575}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}8413 = \$\,60{,}3171$$

coste de la séptima;

$$\frac{4.500.588}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}8207 = \$\,55{,}0029$$

coste de la octava;

$$\frac{4.179.390}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}8007 = \$\,49{,}8327$$

coste de la novena;

$$\frac{3.852.925}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}7812 = \$\,44{,}8213$$

coste de la décima;

Coste neto = $ 688,9099

Una renta temporal para un hombre de setenta años de edad tendrá un coste neto de $ 688,91, que es el total de los costes netos de cada pago.

Si al contrato estipulado a la edad de setenta años prometiera una renta vitalicia, habrá que continuar los cálculos hasta la edad límite que en la *Tabla de Rentas de 1949* es el año 110.º El coste neto de la renta a vida entera o renta vitalicia inmediata será igual al coste neto de una serie de dotes puras, la primera de las cuales madura al año del contrato y la última a la edad de ciento nueve, puesto que la tabla presume que al llegar a los ciento diez años fallecen los últimos supervivientes. Hacemos a continuación el cálculo del coste:

$$\frac{6.479.691}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}9756 = \$\,94{,}1364$$

coste neto del pago de la primera renta;

$$\frac{6.231.700}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}9518 = \$\,88{,}3250$$

coste de la segunda;

$$\frac{5.971.396}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}9286 = \$\,82{,}5726$$

coste de la tercera;

$$\frac{5.698.981}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}9060 = \$\,76{,}8877$$

coste de la cuarta;

$$\frac{5.414.875}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}8839 = \$\,71{,}2727$$

coste de la quinta;

o o o

$$\frac{462}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}4214 = \$\,0{,}0029$$

coste de la 35.ª;

$$\frac{167}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}4111 = \$\,0{,}0010$$

coste de la 36.ª;

$$\frac{54}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}4011 = \$\,0{,}0003$$

coste de la 37.ª;

$$\frac{16}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}3913 = \$\,0{,}0001$$

coste de la 38.ª

$$\frac{4}{6.715.346} \times \$\,100 \times 0{,}3817 = \$\,0{,}0000$$

coste de la 39.ª

Coste neto total = $\$\,935{,}0743$

Esta suma representa la suma neta que pagada a la edad de setenta años permita a la aseguradora el pago de $\$\,100$ al año *durante la vida* del beneficiario, siguiendo los presupuestos admitidos de mortalidad y de intereses.

Si el contrato garantizara en todo caso el pago de los cinco primeros plazos, esto es, que no dependieran de la muerte del beneficiario, al calcular el coste neto habría que tener en cuenta esta circunstancia. La diferencia residiría en el hecho de que los cinco primeros pagos no estarían afectados por el fallecimiento, en otras palabras y en términos actuariales, que el riesgo sería igual a la unidad, a la *certidumbre*. El coste neto, por tanto, de los cinco primeros pagos sería:

$$1 \times \$\,100 \times 0{,}9756 = \$\,97{,}56$$

coste neto de la primera renta anual;

$$1 \times \$\,100 \times 0{,}9518 = \$\,95{,}18$$

coste de la segunda;

$$1 \times \$\,100 \times 0{,}9286 = \$\,92{,}86$$

coste de la tercera;

$$1 \times \$\,100 \times 0{,}9060 = \$\,90{,}60$$

coste de la cuarta;

$$1 \times \$\,100 \times 0{,}8839 = \$\,88{,}39$$

coste de la quinta;

Coste total de las rentas seguras = $\$\,464{,}5828$

Los pagos siguientes, a partir del sexto, dependerán de la probabilidad de la supervivencia, y su coste neto se calcularía del mismo modo que en el problema anterior.

Rentas diferidas a vida entera

Las rentas vitalicias inmediatas son contratadas por personas de edad avanzada y estipulan prestaciones a intervalos periódicos a partir de la fecha de entrada en vigor. Por tanto, es imprescindible que la persona que pretenda invertir en este tipo de contrato haya acumulado a la fecha unos fondos que le permitan pagar la póliza; normalmente, estos fondos han sido acumulados con los ahorros de la fase productiva de la vida del sujeto. La práctica de las testamentarías, sin embargo, nos lleva a la conclusión de que casi todos los que mueren con más de sesenta años de edad no dejan capital o dejan muy poco. Ante este hecho, y partiendo de la base de que la gente olvida el futuro, hay quienes muestran interés en un contrato de renta vitalicia que procure unos ingresos durante la vejez, como sucede con los contratos hasta aquí estudiados, pero que puedan ser adquiridos mediante el pago de sumas anuales desembolsadas en los años productivos; en otras palabras, un contrato que permita la formación del fondo con pagos anuales, por ejemplo, entre las edades de cuarenta y setenta, de suerte que el fondo pueda revertir en forma de renta vitalicia a partir de la edad de setenta años. Esto es la *renta vitalicia diferida*, que se asemeja bastante a los esquemas de pensiones privadas, en los que el dinero se va acumulando año tras año con pagos procedentes de los salarios de los empleados y de las contribuciones patronales, y cuyas prestaciones son de carácter vitalicio a partir de la edad de jubilación.

La renta vitalicia diferida es el único tipo de renta sobre vida singular que puede contratarse con una aseguradora contra el pago de una prima anual. Lógicamente, esta póliza puede también pagarse con una prima única al momento de la suscripción, pero en este caso hay que calcular la prima neta única antes de determinar la prima neta anual.

Si se desea, por tanto, hallar la prima neta única a ser abonada por un varón de cuarenta años que quiera recibir una renta vitalicia de $ 100 a partir de los setenta años de edad, el problema puede ser resuelto de dos formas: en primer lugar, se puede averiguar la suma de dinero que la compañía ha de acumular a fin de pagar la renta, lo cual es lo mismo que preguntar de cuanto

dinero hay que disponer a la edad de setenta años para obtener una renta vitalicia de $ 100. Es el mismo problema que el de la renta inmediata a vida entera de que nos hemos ocupado, con la diferencia de que el primer pago de $ 100 se efectúa cuando el beneficiario cumple los setenta años de edad, mientras que en la renta inmediata el primer pago se hacía a los setenta y un años. Por tanto, si la aseguradora dispone a los setenta años del beneficiario del importe necesario para adquirir una renta vitalicia inmediata, con un primer pago al cumplir los setenta y un años, además de una suma adicional de $ 100 para efectuar el pago a los setenta años, y si tomamos las cifras de los cálculos anteriores, $ 935,07 + $ 100 = $ 1.035,07, esta suma será el coste neto *a la edad de setenta años* de una renta vitalicia con un primer pago efectuado al cumplir dicha edad.

Habrá que determinar a continuación la suma de dinero que tenga que pagarse a la aseguradora por un sujeto que desee contratar la póliza a los cuarenta años de edad. El coste del contrato puede calcularse sobre el presupuesto de que la prima única abonada a la edad de cuarenta, o la prima anual pagada entre los cuarenta y los setenta años, constituye una suma destinada a ser utilizada a la edad de setenta, por lo que el asegurado renuncia a cualquier derecho sobre ella si fallece antes de llegar a tal edad. De esta suerte, el asegurado que sobreviva se aprovechará proporcionalmente de todos los fondos aportados por los que no lleguen a esa edad. Es obvio que las probabilidades de que un sujeto de cuarenta años llegue a cobrar las rentas coinciden con la probabilidad de supervivencia. En otras palabras, la fase del aplazamiento no es más que un período puramente dotal.

Este es el momento de plantear el problema en términos actuariales. En el caso de la supervivencia a los setenta años, el beneficiario ha de contar a su favor *con el valor entonces actual* de los pagos de renta vitalicia a partir de la edad mencionada. Para un varón se llegó a la cifra de $ 1.035,07. La cantidad a pagar a los cuarenta años será el valor actual de esta suma descontada a treinta años al interés establecido, y multiplicada por la probabilidad de supervivencia al final del período de aplazamiento de treinta años:

$$\frac{6.715.346}{9.735.263} \times \$\,1.035{,}07 \times 0{,}4767 = \$\,340{,}36$$

El problema del cálculo de la prima neta única de una renta vitalicia diferida también puede ser solucionado por un método distinto, consistente en el tratamiento por separado de cada pago anual, en lugar de obtener el valor *combinado* a la edad de setenta de todos estos pagos, descontándolo en una sola operación a la edad de cuarenta. Si consideramos por separado cada pago de renta anual, podremos averiguar la suma a ser pagada como prima única a los cuarenta años que pudiera proporcionar un pago a los setenta años, en caso de supervivencia, otro a los setenta y uno, también en caso de supervivencia, y así sucesivamente hasta que, de acuerdo con la tabla de mortalidad, el asegurado hubiera fallecido.

Así, si a los setenta años hay que pagar $ 100, en caso de supervivencia, su coste o valor presente a la edad de cuarenta será igual al valor presente de $ 100 descontado a treinta años y multiplicado por la probabilidad de supervivencia a los setenta. De modo semejante, el valor presente a los cuarenta años de la segunda renta de $ 100 será igual a esta suma descontada a treinta y un años y multiplicada por la probabilidad de supervivencia de cuarenta a setenta y un años. El proceso puede seguirse hasta el final de la tabla de mortalidad, y la prima neta única de la renta vitalicia diferida será igual al total de los valores presentes. Los cálculos son:

$$\frac{6.715.346}{9.735.263} \times \$\,100 \times 0{,}4767 = \$\,32{,}8826$$

$$\frac{6.479.691}{9.735.263} \times \$\,100 \times 0{,}4561 = \$\,30{,}9566$$

$$\frac{6.231.700}{9.735.263} \times \$\,100 \times 0{,}4538 = \$\,29{,}0485$$

$$\frac{5.971.396}{9.735.263} \times \$\,100 \times 0{,}4427 = \$\,27{,}1542$$

$$\frac{5.698.981}{9.735.263} \times \$\,100 \times 0{,}4319 = \$\,25{,}2833$$

o o o

$$\frac{462}{9.735.263} \times \$\,100 \times 0{,}2009 = \$\,0{,}0009$$

$$\frac{167}{9.735.263} \times \$\,100 \times 0{,}1960 = \$\,0{,}0003$$

$$\frac{54}{9.735.263} \times \$\,100 \times 0{,}1912 = \$0{,}0001$$

$$\frac{16}{9.735.263} \times \$\,100 \times 0{,}1865 = \$\,0{,}0000$$

$$\frac{4}{9.735.263} \times \$\,100 \times 0{,}1820 = \$\,0{,}0000$$

Prima neta única = $ 340,3577

El total obtenido es la prima neta única de una renta vitalicia suscrita a los cuarenta años y diferida hasta la edad de setenta. Si comparamos este resultado con el obtenido por el primer método, veremos que coinciden. Bajo un aspecto analítico el primer método tiene la ventaja de que subraya la naturaleza de pura dote del período de aplazamiento, en el que el asegurado renuncia a sus contribuciones si fallece antes de cumplir los setenta años.

Lo normal es que la renta diferida se contrate de forma que se elimine el elemento especulativo por el que todas las sumas acumuladas se pierden si el fallecimiento se produce antes de los setenta años. Los esquemas privados de pensiones generalmente incluyen una cláusula por la que si se produce el fallecimiento o la cancelación antes de cumplir la edad, el empleado puede recibir sus contribuciones incrementadas al interés compuesto; también las rentas diferidas pueden llevar una cláusula por la que, en caso de muerte, el beneficiario reciba una suma equivalente a todas las primas abonadas sin interés; también admiten el rescate en muchos casos. De este modo, si la renta vitalicia supone una prima anual entre las edades de cuarenta y setenta de $ 15, y el asegurado muere después de haber abonado quince primas, su herencia recibiría $ 225. Este beneficio de devolución de prima supone el coste de una prima adicional a la exigida por la renta diferida.

23

Primas netas uniformes

SISTEMA DE PRIMAS UNIFORME

Las pólizas de seguro pueden contratarse con un pago único al contado o con pagos periódicos de frecuencia semanal, mensual, trimestral, semestral o anual. En los capítulos 21 y 22 hemos descrito el método para el cálculo de la prima neta única; ya se dijo que, por regla general, las pólizas se pagan con primas periódicas, pero que su determinación solamente es posible una vez haya sido calculada la prima única.

Es fácil explicarse por qué los aseguradores prefieren el pago periódico de las primas, en lugar del pago único. La prima neta única de una póliza a vida entera de $ 1.000 emitida a un varón de treinta y cinco años de edad (*1958 CSO*, 2,5 por 100 anual) es de $ 420,13, mientras que la prima anual uniforme es de $ 17,67. El pago periódico es el preferido por dos razones principales: de un lado, la gente se asegura para proteger su capacidad de ganancia frente al riesgo del fallecimiento o la invalidez, y gracias a ello puede asumir unas responsabilidades concretas de tipo familiar o comercial. La capacidad de ganancias del individuo es lo que le permite ir al matrimonio o emprender negocios con la garantía de hacer frente a sus obligaciones, ya que son pocos los que gozan de un capital a título hereditario. Por consiguiente, las primas se pagan normalmente con los ingresos corrientes. Si la protección de unos ingresos de $ 4.000 requieren un seguro

de $ 10.000, la prima única de una póliza a vida entera por esta suma, a la edad de treinta y cinco años, ascendería a $ 4.201,30, mientras que las primas anuales importarían $ 176,70. Es lo más lógico que el primer importe resulte imposible con los ingresos del año, mientras que la prima periódica no supone un quebranto notable (1).

La segunda razón en favor de la prima periódica es el coste reducido que supone la póliza cuando el asegurado fallece prematuramente. Si el sujeto en cuestión muriera al año de la entrada en vigor, le habría costado $ 4.201,30 con el sistema de prima única, y $ 176,70 con el sistema de pago periódico. La diferencia no es despreciable. Sin tener en cuenta los intereses, hay que abonar veinticuatro primas anuales para llegar a igualar el pago de la prima única; lógicamente, el pago anual resulta más barato en los casos en que el fallecimiento se produce dentro de los veinticuatro años siguientes a la entrada en vigor. Por el contrario, la prima anual es desventajosa cuando el asegurado sobrevive a estos veinticuatro años, pues termina pagando una suma superior a la prima única. No hay que olvidar, sin embargo, que bajo el punto de vista actuarial un sistema es equivalente al otro.

Una tercera razón, ya mencionada, es la de que el concepto básico del plan de primas uniformes pretende evitar los elevados costes del seguro a edades avanzadas (2).

Analogía entre las primas periódicas y las rentas vitalicias

Si al asegurado se le diera a elegir entre la prima única y la prima periódica, el importe de la segunda tendría que calcularse de modo que, con un grupo extenso de asegurados, la compañía percibiera la misma suma de dinero con un sistema o con el otro. Ya conocemos el método para el cálculo de la prima neta única, por lo que el problema puede resolverse hallando una serie de primas netas anuales y uniformes que sean matemáticamente *equivalentes* a la prima neta única; para ello es preciso investigar las circunstancias que influyen en el pago de las primas anuales.

(1) Debe recordarse que se trata en todo caso de primas *netas*.
(2) Véase el capítulo 1.

Las primas anuales se pagan regularmente durante la vida de una persona, que generalmente es el asegurado, o bien durante un número limitado de años, pero en todo caso *dejan de pagarse a su muerte*. La idea coincide con la de la renta vitalicia, según se vio en el capítulo que antecede.

Por tanto, las primas anuales son rentas vitalicias, aunque con cuatro diferencias fundamentales: 1) son rentas pagadas por el asegurado a la compañía, y no por ésta al asegurado; 2) generalmente, las rentas vitalicias se contratan con una prima única; si las primas anuales se parecen a las rentas vitalicias, ¿cómo se contratan las primas anuales? Más claramente, ¿cómo devuelve la compañía el valor recibido con las primas anuales que cobra? Es lógico que no entrega una suma al contado al asegurado en el momento de la emisión de la póliza, sino que su contraprestación *es la póliza* que promete un pago al contado al producirse un hecho futuro, y esta promesa de dinero futuro tiene un *valor presente* que se expresa en dinero; este valor actual se puede comparar con el pago al contado para tener derecho a la renta. 3) La mortalidad en las rentas vitalicias es muy inferior a la mortalidad del seguro de vida, y las tablas de mortalidad para las rentas reflejan esta diferencia; sin embargo, esto no se aplica a las rentas de las primas anuales uniformes, para las cuales se usan las tablas ordinarias de mortalidad. 4) Hay una diferencia fundamental en cuanto al tiempo en que comienzan las primas anuales uniformes y las rentas vitalicias; hemos de recordar que el coste de una renta vitalicia inmediata se calcula con el presupuesto de que el primer pago anual se percibe un año después de la entrada en vigor de la póliza. En la práctica, la prima anual se paga *al emitir la póliza*, y no un año más tarde. Por tanto, la serie de primas anuales equivale a la renta usual incrementada con un pago inmediato. Para distinguir a una figura de la otra, a la serie de primas anuales se le denomina *renta vitalicia debida*, que en realidad no constituye contrato de renta, sino que recibe el nombre para describir la prima anual como si fuera una renta.

Hemos de subrayar que la prima neta uniforme no puede calcularse simplemente dividiendo la suma por el número de plazos que se haya estipulado. La prima neta única es un valor descontado, y la periódica ha de reflejar: 1) la posibilidad de que el asegurado fallezca prematuramente y deje de pagar las

primas futuras; 2) la suma inferior que va a invertirse a interés compuesto, con la consiguiente pérdida de intereses por parte de la compañía.

El problema puede plantearse de esta forma: la serie de primas netas anuales uniformes es una renta vitalicia debida equivalente a la prima neta única.

Primas a vida entera y primas limitadas

Al ocuparnos de las rentas vitalicias hemos visto que el coste de una renta a vida entera permite el pago de la renta, incluso en algunos casos hasta la edad límite de la tabla de mortalidad. Partiendo de la base de que las primas anuales son rentas vitalicias debidas, ¿hemos de presumir que invariablemente se pagan hasta la edad límite de la tabla, si el asegurado vive hasta entonces? Lógicamente, éste no es el caso; las primas anuales nunca se pagan después de la terminación del contrato, bien sea por expiración, bien por maduración; una gran parte de las pólizas termina antes de que el asegurado llegue a la vejez. La póliza a vida entera es el único contrato que puede continuar hasta la edad límite de la tabla de mortalidad; por regla general, los contratos temporales y los dotales no exceden de la edad de sesenta y cinco o de setenta. Por tanto, casi todas las primas anuales son rentas vitalicias debidas no a vida entera, sino para un cierto período, y su duración máxima será la duración máxima del contrato de seguro.

En cuanto al período durante el cual las primas son abonadas, las pólizas de seguro pueden ser de dos tipos: pólizas con primas pagaderas durante la vigencia del contrato, y pólizas denominadas *de pago limitado*, en que las primas se limitan a un período más corto que la vida real del contrato. Por ejemplo, una póliza a vida entera con primas pagaderas mientras viva el asegurado, conocida técnicamente como póliza ordinaria de vida, requiere pagos de primas hasta la maduración del contrato al fallecimiento; una póliza de seguro dotal a treinta años normalmente exige pagos durante treinta años, o menos en caso de que el contrato madure por causa del fallecimiento. Sin embargo, las pólizas pueden contratarse sobre una base limitada de pagos, y una póliza de vida con pagos en veinte años madura y se cobra al fallecimiento, pero las primas se abonan durante un plazo máximo de veinte años, a no ser que el fallecimiento se produzca antes del término. La serie de primas anuales constituye una renta vitalicia debida, pero no durante la vigencia del contrato, sino limitada a veinte años. Por ello podemos ahora modificar la definición dada de la prima neta anual y afirmar que las primas netas anuales uniformes son equivalentes a la prima neta única correspondiente a esa misma póliza.

CALCULO DE LA PRIMA NETA ANUAL UNIFORME

Seguro temporal

Al calcular las primas netas anuales uniformes en primer lugar hay que hallar la prima neta única, como se explicó en los capítulos 21 y 22. A continuación hay que determinar con exactitud el *período de pago de primas* en el que las primas anuales han de abonarse, para lo que ha de calcularse la *renta vitalicia debida*. Supongamos que se desea calcular la prima neta anual uniforme para una póliza temporal a cinco años, por una suma de $ 1.000, para un varón de cuarenta y cinco años, *1958 CSO*, con un interés del 2,5 por 100. En el capítulo 21 se dijo que la prima neta única de esta póliza es de $ 29,32; a partir de la entrada en vigor, la prima uniforme se abonará en cinco años, o hasta el fallecimiento si se produce antes, por lo que equivale a una renta temporal debida.

Se trata de hallar la prima anual uniforme; el cálculo de su valor actual no puede hacerse de inmediato, por lo que conviene partir de una prima presunta, por ejemplo de $ 1, y calcular el valor presente de una renta debida de esta cuantía. En esta póliza concreta, la renta debida de un dólar será igual a una renta temporal inmediata de cuatro años, aumentada en el dólar inicial, y su valor actual se calcula como sigue (debe advertirse que se usa la *Tabla 1958 CSO* y no la *Tabla de Rentas de 1949*, ya que los cálculos son para una póliza de *seguro*):

$ 1 pagadero de inmediato = $1,000000

$$\frac{9.000.587}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}9756 = 0{,}9704$$

$$\frac{8.948.114}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}9518 = 0{,}9412$$

$$\frac{8.891.204}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}9286 = 0{,}9124$$

$$\frac{8.829.410}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}9060 = 0{,}8840$$

Valor actual: $ 4,7080

El valor presente de una renta debida de cinco años, de $ 1, a la edad de cuarenta y cinco años, es igual a $ 4,7080, y la prima anual uniforme de un dólar será igual a $ 4,7080. La póliza de nuestro ejemplo era, sin embargo, de $ 29,32; si el valor presente de la renta debida de un dólar se dividiera por la prima neta única, el resultado nos indicará cuántas veces la prima anual uniforme de un dólar habrá de tomarse para obtener una prima anual uniforme cuyo valor presente equivalga a la prima neta única de $ 29,32. En otras palabras, la prima anual uniforme buscada equivale a tantas veces un dólar cuantas la prima neta única sea el valor presente de una renta debida de un dólar durante el período de pago de las primas. A partir de estas consideraciones se puede dar la regla general para el cálculo de la prima neta anual uniforme: *dividir la prima neta única por el valor presente de una renta temporal debida de un dólar, para el período de pago de las primas.* De este modo, la prima neta anual uniforme para un seguro temporal de cinco años, por una suma de $ 1.000, para una persona de cuarenta y cinco años, es de $ 6,23, calculada como sigue:

$$\frac{29{,}32}{4{,}7080} = \$\ 6{,}23$$

Seguro ordinario de vida

La prima neta única de una póliza a vida entera de $ 1.000, emitida a la edad de cuarenta y cinco años, es de $ 17,49, de

acuerdo con las cifras del capítulo 21. Para hallar la prima neta anual uniforme, dicha suma debe ser dividida por el valor presente de una renta vitalicia debida durante toda la vida, ya que las primas se abonan continuamente a lo largo de toda la vigencia de la póliza. El método para el cálculo del valor presente de la renta vitalicia debida de un dólar es el siguiente:

$ 1 pagadero de inmediato = $1,00000000

$$\frac{9.000.587}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}9756 = 0{,}9704$$

$$\frac{8.948.114}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}9518 = 0{,}9412$$

$$\frac{8.891.204}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}9286 = 0{,}9124$$

$$\frac{8.829.410}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}9060 = 0{,}8840$$

o o o

$$\frac{97.165}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}2909 = 0{,}0031$$

$$\frac{63.037}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}2838 = 0{,}0020$$

$$\frac{37.787}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}2769 = 0{,}0012$$

$$\frac{19.331}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}2702 = 0{,}0006$$

$$\frac{6.415}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}2636 = 0{,}0002$$

Valor presente: $ 19,7831

Por tanto, si $,19,7831 es el valor presente de una renta vitalicia debida de un dólar, entonces una prima anual de un dólar pagada durante toda la vida puede comprar una póliza a vida

entera cuya prima neta única sea de $ 19,7831 y la prima neta anual uniforme precisa para adquirir una póliza de vida $ 1.000 será, según nuestra fórmula la división de la prima neta única de $ 517,49 por aquella otra suma, como se demuestra con el ejemplo que sigue:

$$\frac{\$\ 517{,}49}{\$\ 19{,}783} = \$\ 26{,}16$$

La prima neta anual uniforme de una póliza ordinaria de vida de $ 1.000 emitida a un varón de cuarenta y cinco años, *1958 CSO* y con el 2,5 por 100 de interés, es, por tanto, de $ 26,16.

Póliza de vida de pago limitado

Como se quiere pagar en veinte años una póliza a vida entera, en lugar de pagar toda la vida, hay que calcular la prima anual uniforme que, continuada durante veinte años o interrumpida al fallecimiento, pueda comprar la póliza. Según nuestra fórmula, la prima anual uniforme se halla con la división del valor presente de una renta temporal debida de veinte años por la prima neta única.

El cálculo del valor presente de una renta debida de veinte años para un varón de cuarenta y cinco años es como sigue:

$ 1 pagadero de inmediato = $1,00000000

$$\frac{9.000.587}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}9756 = 0{,}9704$$

$$\frac{8.948.114}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}9518 = 0{,}9412$$

$$\frac{8.891.204}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}9286 = 0{,}9124$$

$$\frac{8.829.410}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}9060 = 0{,}8840$$

o o o

$$\frac{7.698.698}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}6905 = 0{,}5875$$

$$\frac{7.542.106}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}6736 = 0{,}5614$$

$$\frac{7.374.370}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}6572 = 0{,}5356$$

$$\frac{7.195.099}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}6412 = 0{,}5098$$

$$\frac{7.003.925}{9.048.999} \times 1 \times 0{,}6255 = 0{,}4841$$

Valor presente: $ 14,7219

Por tanto, la prima neta anual uniforme de una póliza a vida entera pagadera en veinte años emitada a un varón de cuarenta y cinco años, es igual a

$$\frac{\$\ 517{,}49}{\$\ 14{,}722} = \$\ 35{,}15$$

Hemos de observar que en todos los casos la prima neta única de la póliza a vida entera (el numerador de la fórmula) es siempre la misma, con independencia del período de pago de primas con treinta primas, habría que aplicar el mismo principio, dividiendo la prima neta única ($ 517,49 del varón de cuarenta y cinco años) por el valor presente de una renta vitalicia debida durante un período igual al de pago de las primas.

Renta diferida

Las rentas diferidas se pagan generalmente con primas anuales; la prima es exigible durante todo el período de suspensión o bien, como sucede con la póliza a vida entera que vimos antes, puede estar limitada a un cierto número de años. Al igual que todas las primas, la anual uniforme de estos contratos se paga únicamente en caso de supervivencia; por tanto, si la renta diferida contrata a la edad de cuarenta años estipula el pago de la renta anual de $ 100 a la edad de setenta años si el asegurado

sobrevive, y si la prima neta única es de $ 340,36 de acuerdo con lo dicho en el capítulo 22, la prima anual puede abonarse hasta un año antes de que empiecen los pagos de la renta o bien hasta que el titular cumpla los sesenta y nueve años de edad. En este caso la serie de primas anuales equivale a una renta temporal debida durante treinta años, esto es, entre las edades de cuarenta y sesenta y nueve; el importe de esta prima neta anual será el resultado de la división de la prima neta única por el valor presente de una renta debida de un dólar calculada para el período en cuestión. Como esto significa una prima de renta, habrá que utilizar la misma tabla de mortalidad para rentas que haya sido empleada al calcular la prima neta única. La renta debida se calcula sobre la base de la *Tabla de Rentas de 1949*, con un interés del 2,5 por 100:

$ 1 pagadero de inmediato = $1,00000000

$$\frac{9.715.549}{9.735.263} \times 1 \times 0{,}9756 = 0{,}973624$$

$$\frac{9.693.980}{9.735.263} \times 1 \times 0{,}9518 = 0{,}947764$$

$$\frac{9.669.929}{9.735.263} \times 1 \times 0{,}9060 = 0{,}897396$$

$$\frac{9.642.815}{9.735.263} \times 1 \times 0{,}9060 = 0{,}897396$$

o o o

$$\frac{7.716.840}{9.735.263} \times 1 \times 9{,}5394 = 0{,}427566$$

$$\frac{7.538.843}{9.735.263} \times 1 \times 0{,}5262 = 0{,}407481$$

$$\frac{7.350.146}{9.735.263} \times 1 \times 0{,}5134 = 0{,}387618$$

$$\frac{7.150.273}{9.735.263} \times 1 \times 0{,}5009 = 0{,}367897$$

$$\frac{6.938.789}{9.735.263} \times 1 \times 0{,}4887 = 0{,}348320$$

Valor presente: $ 19,7612

El resultado obtenido representa el valor presente de una prima anual uniforme de un dólar pagada durante el mismo período que las primas de la renta diferida; la prima neta única de la renta diferida dividida por la cifra citada nos dará la prima neta anual uniforme:

$$\frac{\$\ 340{,}36}{\$\ 19{,}761} = \$\ 17{,}22$$

Las primas netas uniformes así calculadas nos permiten el estudio del tema de la prima uniforme. Los principios a que hemos llegado pueden aplicarse al cálculo de las primas anuales de cualquier póliza que cubra el riesgo de una vida. Quedan por considerar dos casos concretos de la prima periódica, que son dos modificaciones de la prima anual: las primas pagadas con una periodicidad inferior al año, y las primas de pólizas que prometan, si se cumplen ciertas condiciones, la devolución de las primas pagadas, sin intereses.

OTROS ASPECTOS

Primas pagadas con una periocidad inferior al año

Por extensión de los principios sentados hasta aquí para el cálculo de las primas únicas y anuales, cabe ahora determinar las primas semanales, mensuales, trimestrales y semestrales; la unidad temporal, en lugar de un año, será una fracción del mismo.

Una de las dificultades de este método la constituye el hecho de que ninguna de las tablas existentes de mortalidad está calculada para períodos inferiores al año; las tablas no nos facilitan la probabilidad del fallecimiento de una persona de, por ejem-

plo, veintinco años dentro de una semana, de un mes o de seis meses a contar desde su cumpleaños. Solamente se puede determinar la posibilidad de fallecimiento *dentro del año*, que es de 18.481/9.575.636 según la *Tabla 1958 CSO*, por lo que no puede precisarse con facilidad las primas semanales, mensuales o trimestrales; hay que utilizar una solución aproximativa. Uno de los métodos es el de la suma porcentual a la prima anual, en base a un meticuloso estudio de la experiencia del pasado, dividiendo el resultado por el número de pagos dentro de cada año. Según este enfoque, la prima está tomada como una prima anual pagada a plazos, que no se interrumpen por el fallecimiento. En otras palabras, al comenzar cada anualidad la prima de la póliza se considera vencida y pagadera, pero al asegurado se le ofrece la ventaja de pagarla a plazos; si el contrato madura por fallecimiento antes del pago de todos los plazos, los pagos pendientes se deducen de la suma asegurada (3). De esta suerte, una póliza de $ 1.000 pagadera con primas trimestrales de $ 10 puede madurar por fallecimiento después de haberse abonado el primer plazo de $ 10; los tres plazos pendientes se deducen de la suma asegurada y el beneficario recibe $ 970. Sin embargo, casi todas las pólizas emitidas en la actualidad establecen que si se produce el fallecimiento antes de haber pagado todos los plazos, al beneficiario no se le deducirán los plazos pendientes. Este beneficio se compensa cargando a las primas una suma adicional.

El porcentaje añadido a la prima anual para obtener la semestral varía de una compañía a otra; algunas cargan el 2 por 100, otras el 2,5, el 3 ó incluso el 4 por 100; una cierta compañía da una cotización bruta anual para una póliza ordinaria de vida, para un varón de cuarenta y cinco años, de $ 32,25 (4). El 2 por 100 supone $ 0,65, con lo que la prima asciende a $ 33, que pagadas semestralmente suponen $ 16,50 cada pago. En otro caso (se trata de una compañía de seguros mutuos, cuyas pólizas tienen

(3) Hoy no es común la deducción de los plazos pendientes. La renuncia a estos cobros se denomina a veces «beneficio de no deducción».

(4) Se ha de subrayar que las primas cotizadas aquí son primas *brutas*. El método para cargar los gastos y llegar a la prima bruta es objeto de estudio en el capítulo 25, pero el cálculo no influye para nada en el problema que aquí se discute, por lo que su conocimiento no es necesario a los efectos del estudio del problema planteado en el texto.

un coste reducido por el reparto de dividendos) la prima anual es de $ 39,55, y la semestral de $ 20,57, pues carga el 4 por 100.

El mismo método se emplea con las pólizas pagadas con veinte primas anuales; las primas anuales de estas dos compañías, para un varón de cuarenta y cinco años, son respectivamente de $ 43,20 y $ 51,06; la adición del 2 por 100 en la primera y del 4 por 100 en la segunda significan primas semestrales de $ 22,03 y $ 26,55, que son las tarifas cotizadas por dichas compañías.

El mismo método se emplea para el cálculo de las primas trimestrales o mensuales, cargándose generalmente entre el 4 y el 5 por 100 sobre la prima anual y dividiendo por 4 ó por 12. Así, por ejemplo, la prima anual de $ 32,35 arriba cotizada se aumenta con un recargo del 4 por 100, esto es, $ 1,29, y el total de $ 33,64 se divide por cuatro; el resultado de $ 8,41 es el pago trimestral.

Este recargo sobre las primas de frecuencia inferior al año se justifica con cuatro razones:

1. Los mayores gastos del cobro, que se hace en dos, cuatro o más veces, en lugar de en una sola vez.
2. La pérdida de intereses, ya que en los cálculos de las primas anuales se presume que la prima se paga al principio de la anualidad, devengando intereses desde ese instante.
3. En algunas compañías existe una marcada tendencia a dejar caducar las pólizas cuando las primas se pagan dos o más veces dentro del año.
4. El coste del benefico de no deducción de los plazos pendientes, como se ha explicado.

Pólizas con devolución de prima

A veces, las pólizas incluyen una cláusula por la que, a la muerte del asegurado, las primas pagadas se devuelven; esta ventaja pretende hacer más fácil la venta de la póliza. A la póliza puramente dotal se le oponen muchas objeciones por la posibilidad de perder totalmente la inversión en caso de fallecimiento antes de la maduración; la cláusula de devolución de las primas constituye un incentivo, y esta cláusula se incluye en varios tipos de contrato. En algunos casos se devuelven todas las primas abonadas, y en otros casos una cantidad inferior. Por ejemplo, si una póliza puramente dotal cuesta $ 50 al año, la

compañía puede ofrecer la devolución de $ 40 por cada prima pagada hasta la fecha del fallecimiento; supongamos que la compañía emite una póliza puramente dotal de diez años por una suma de $ 1.000 a un varón de cuarenta y cinco años de edad; como se vio en el capítulo 21, la prima neta única es de $ 719,24 y la prima anual uniforme es el cociente de dicha suma dividida por el valor presente de una renta temporal debida de $ 1 limitada a un período de diez años, a partir de los cuarenta y cinco años, valor que puede hallarse mediante la suma de las diez primeras anualidades de la correspondiente renta a vida entera. Este valor es de $ 8,712, con lo que:

$$\frac{\$\ 719{,}24}{\$\ 8{,}712} = \$\ 82{,}56$$

La prima neta anual uniforme de una dote para diez años es de $ 82,56.

Supongamos además, que la compañía se compromete, en caso de fallecimiento del asegurado antes de terminar el plazo de diez años, a devolver a su herencia la cantidad de $ 80 por cada prima pagada. Habrá que hallar la prima adicional que compense este beneficio; el beneficio supone la devolución de $ 80 si el asegurado fallece durante el primer año, de $ 160 si fallece en el segundo, de $ 240 si fallece en el tercero, y así sucesivamente, hasta la suma de $ 800 si fallece dentro de la décima anualidad. La probabilidad de cada una de estas devoluciones se compone de las probabilidades separadas de que fallezca dentro de los diez años; equivale a la inclusión de un seguro temporal creciente, de $ 80 en el primer año, de $ 160 en el segundo, etc. El método para el cálculo de este seguro creciente es como sigue:

La prima neta única para un varón de cuarenta y cinco años, *Tablâ 1958 CSO*, 2,5 por 100 de interés, de un seguro creciente de $ 80 es:

$$\frac{48.412}{9.048.999} \times 1 \times \$\ 80 \times 0{,}9756 = \$\ 0{,}4176$$

$$\frac{52.473}{9.048.999} \times 2 \times \$\ 80 \times 0{,}9518 = \quad 0{,}8831$$

$$\frac{56.910}{9.048.999} \times 3 \times \$\ 80 \times 0{,}9286 = \quad 1{,}4016$$

$$\frac{61.794}{9.048.999} \times 4 \times \$\ 80 \times 0{,}9060 = \quad 1{,}9798$$

$$\frac{67.104}{9.048.999} \times 5 \times \$\ 80 \times 0{,}8839 = \quad 2{,}6219$$

$$\frac{72.902}{9.048.999} \times 6 \times \$\ 80 \times 0{,}8623 = \quad 3{,}3346$$

$$\frac{79.160}{9.048.999} \times 7 \times \$\ 80 \times 0{,}8413 = \quad 4{,}1214$$

$$\frac{85.758}{9.048.999} \times 8 \times \$\ 80 \times 0{,}8027 = \quad 4{,}9778$$

$$\frac{92.832}{9.048.999} \times 9 \times \$\ 80 \times 0{,}8007 = \quad 5{,}9142$$

$$\frac{100.337}{9.048.999} \times 10 \times \$\ 80 \times 0{,}7812 = \quad 6{,}9297$$

Prima neta única: $ 32,5817

La prima neta por el privilegio de la devolución de prima, de $ 32,58 se divide por $ 8,712 para calcular la prima neta anual uniforme:

$$\frac{\$\ 32{,}58}{\$\ 8{,}712} = \$\ 3{,}74$$

El resultado de $ 3,74 es la cantidad que ha de sumarse a la prima uniforme de la dote pura, esto es, a $ 82,56 y el total de $ 86,30 es la prima con la cláusula de devolución de primas pagadas.

También es posible el cálculo de la prima neta anual para la devolución de la prima bruta efectivamente pagada por el asegurado, en lugar de devolver una suma arbitrariamente fijada, pero el proceso es bastante más complicado y no conviene detenernos en él. Los principios hasta aquí expuestos son aplicables

a todos los tipos de pólizas, aunque el privilegio de la devolución de primas se aplique normalmente a aquellas pólizas en que sea conveniente ofrecer alguna ventaja adicional a fin de contrarrestar una característica desventajosa que haga creer que el asegurado se expone a una pérdida. Así una póliza puramente dotal, que no incluya un elemento de seguro, conviene que vaya acompañada del privilegio de la devolución de primas; lo mismo puede decirse de las pólizas de supervivencia.

24

Las reservas en el seguro de vida

NATURALEZA DE LA RESERVA

Uno de los aspectos de más difícil comprensión en relación con la gestión de una compañía de seguros de vida, es la existencia de los inmensos activos en poder de las aseguradoras y las razones por las que estos fondos han de ser mantenidos. En realidad, todo este activo representa obligaciones de la compañía frente a sus asegurados; si no se contara con estos fondos acumulados en garantía del pago a los asegurados, no habría lugar a la seguridad que la protección ofrecida por el contrato implica. La obligación principal es la denominada *reserva de la póliza.*

Su importancia financiera

El *Life Insurance Fact Book for 1975* afirma que al 31 de diciembre de 1974 las compañías de seguros de vida de los Estados Unidos mantenían unos activos que ascendían a $ 263.349 millones, cuyo 81,8 por 100, o sea, $ 215.447 millones suponían sus obligaciones de reservas. En la tabla 24.1 se ofrece una comparación entre los activos y las reservas referida a cinco aseguradoras americanas de primera línea. Las cifras reflejan que aproximadamente el 80 por 100 de los fondos constituyen la contrapartida del pasivo de reservas. La importancia de estos recur-

sos justifica el estudio detallado de la naturaleza y fines del pasivo de reservas.

El origen de la reserva

En los capítulos que anteceden se ha dicho que las pólizas de seguro de vida pueden adquirirse mediante un pago único o mediante primas anuales pagaderas durante un cierto número de años. También se hizo ver que el índice de mortalidad aumenta por regla general, con la edad; en los primeros años de la póliza las primas uniformes permiten a la aseguradora la acumulación de fondos que no se consumen de inmediato en la liquidación de siniestros, sino que se mantienen en depósito hasta una fecha futura. De forma semejante, cuando la póliza se paga con una prima única, este pago supone la contribución íntegra del asegurado al pago de los siniestros de este tipo de seguro, y en los primeros años la mayor parte de esta prima tiene que ser reservada para hacer frente a obligaciones futuras.

TABLA 24.1

Comparación entre el total del activo y las reservas de pólizas en cinco compañías americanas de seguros de vida

Compañía	*Activo declarado al 31-12-1974 (en millones)*	*Reservas de pólizas al 31-12-1974 (en millones)*	*Porcentaje de las reservas frente al activo*
A	$ 35.819	$ 27.451	76,6 %
B	32.728	26.845	82,0
C	17.558	13.450	76,6
D	13.002	9.919	76,3
E	11.822	9.439	79,8

Definición de la reserva

La forma más sencilla de definición es: aquella suma que unida a las primas futuras, a los intereses y a los beneficios de la supervivencia, sea suficiente en base a los presupuestos de valoración, para el pago de las reclamaciones futuras. Esta es la definición denominada *prospectiva.*

El cálculo de la prima neta única implica una ecuación en la que un término representa el valor actual de los beneficios

prometidos por el contrato, y el otro término el valor actual de la suma de dinero exigida para el pago de los beneficios. A la puesta en vigor del contrato, los dos términos han de ser equivalentes; tan pronto se paga una prima, sea única o anual uniforme, la situación cambia, ya que el valor actual de los beneficios futuros ya no es igual al de las primas netas futuras. El primer valor ha aumentado porque los beneficios están ya más cerca de la maduración, mientras que el segundo ha disminuido, porque son menos las primas que quedan por pagar; la diferencia es la reserva. Veamos, por ejemplo, un contrato dotal con veinte primas anuales en el momento en que expira la anualidad 18.ª; los fondos disponibles de reserva han de suponer una parte bastante elevada de la suma asegurada, ya que sólo quedan por pagar dos primas anuales, los intereses y los beneficios de la supervivencia, mientras que la suma total asegurada tiene que abonarse dentro de dos años, o antes si se produce el fallecimiento. Bajo este enfoque en perspectiva la reserva puede ser definida como *la diferencia en cualquier momento entre el valor actual de los beneficios futuros y el valor actual de las primas netas futuras.*

Otra forma de ver la reserva es bajo un *enfoque retrospectivo;* según esta visión la reserva se considera como la diferencia entre la acumulación por intereses y supervivencia de las primas netas recibidas en el pasado, y la acumulación por intereses y supervivencia de los siniestros liquidados. En el ejemplo citado, sería la acumulación por intereses y supervivencia de los siniestros ocurridos durante dieciocho años.

Antes de efectuar los cálculos de reservas o la valoración de las obligaciones conviene elegir una tabla de mortalidad (como pueda ser la *1958 CSO*)y un tipo de interés (el 2,5 por 100). Siguendo los procedimientos expuestos en los anteriores capítulos hay que calcular el valor de la prima neta en base a la tabla y al interés elegidos (1). Luego, una vez terminada la duración para la cual buscamos la reserva (en el ejemplo dado, dieciocho años), podremos efectuar los cálculos bien sea con el método prospectivo, bien con el retrospectivo. La reserva será igual en un caso y en el otro, siempre que se parta de unos mismos presupuestos actuariales.

(1) También hay que elegir un método concreto de valoración; véase, más adelante, «Otros aspectos».

Hay que subrayar el hecho de que la reserva retrospectiva (y también la prospectiva) no tiene ninguna relación con la experiencia *real* del pasado de la aseguradora; se calcula sobre el presupuesto de que la experiencia coincide con la tabla de mortalidad y con el interés que fueron elegidos. El término «reserva» tiene un significado técnico en el seguro de vida, ya que casi todos los Estados han aprobado unos mínimos standard que fijan los métodos para evaluar las obligaciones de las pólizas (2).

La reserva es un pasivo

La palabra «reserva» puede inducir a error, ya que su empleo en el campo del seguro no coincide con el de la práctica mercantil usual, en la que «reserva» es sinónimo casi siempre de «superávit». La reserva en la actividad aseguradora constituye un elemento del *pasivo*, es una *obligación* frente a los asegurados. Como se verá más adelante, si la compañía no mantiene las reservas adecuadas puede resultar insolvente y quedar imposibilitada de pagar siniestros. La reserva de la póliza es la obligación más importante en el pasivo de la aseguradora y, como se dijo, puede suponer hasta el 80 por 100 ó más del activo total de una compañía firmemente establecida.

METODO DE CALCULO

La reserva retrospectiva

El método retrospectivo de valoración puede ser explicado bajo el enfoque de una póliza concreta o de un grupo de pólizas.

Enfoque de grupo. — La reserva debe su orgien al empleo del plan de pagos de primas uniformes (3), según el cual las primas de los primeros años de la póliza casi siempre son más que suficientes para los siniestros previstos, con lo que se forma un fondo que puede ser utilizado en los años finales de la póliza en los que el índice de mortalidad sube vertiginosamente y las primas uniformes no resultan suficientes para atender a los siniestros que se van produciendo. La reserva retrospectiva puede ser concebida como una *reserva de primas no devengadas* que es una provisión en las primas iniciales para financiar los beneficios de los asegurados supervivientes; en los estados financieros de la compañía la reserva se hace figurar en el pasivo. En la tabla 24.2 se hace ver la manera en que las reservas se van formando.

(2) Véase, más adelante, «Otros aspectos».

(3) La póliza de prima única, aunque técnicamente no sea una prima uniforme, implica el mismo principio de la financiación anticipada de los costes estrictos del seguro, lo cual exige la reserva.

La tabla 24.2 refleja la progresión de las reservas en un grupo de pólizas ordinarias de vida emitidas a varones de treinta y cinco años de edad por una suma de $ 1.000. De acuerdo con la *Tabla 1958 CSO*, de un grupo primitivo de diez millones a la edad cero, quedan 9.373.807 a la edad de treinta y cinco. Para mayor sencillez, se presume que el grupo de varones con seguro ordinario de vida contratado a los treinta y cinco años de edad procede del grupo primitivo de diez millones. La prima neta anual uniforme, partiendo de la *Tabla 1958 CSO* y a un interés del 2,5 por 100, es de $ 17,671 para una garantía de $ 1.000.

Enfoque individual.—El método retrospectivo para la valoración de la reserva también puede ser explicado haciendo referencia a una póliza concreta. Al estudiar el proceso por el que se forma la reserva neta hay que conocer previamente el concepto del *coste del seguro*. En los capítulos precedentes se ha mencionado el importe neto arriesgado, que es el importe del beneficio por fallecimiento menos la reserva final al terminar la anualidad del seguro (4). Cuando el asegurado muere ya no se precisa mantener la cuenta de su reserva, y los activos que se correspondan con esta reserva quedan liberados a fin de contribuir al pago del siniestro; el saldo hasta cubrir la reclamación, o suma arriesgada, se paga cargando a todos los asegurados, incluso a los que van falleciendo.

La contribución de cada asegurado con su participación proporcional a las reclamaciones por fallecimiento en cada año en particular se llama coste del seguro en base al importe neto arriesgado; es la suma que cada uno ha de pagar por la protección del seguro. Dentro de cada anualidad está determinada por la mul-

(4) Véase el capítulo 1.

TABLA 24.2

Progresión de las reservas bajo el método retrospectivo de valoración, sobre una base anual uniforme, Tabla 1958 CSO y 2,5 por 100 de interés; póliza ordinaria de vida de $ 1.000 emitida a un varón de 35 años; prima neta uniforme de $ 17.671

Duración	*(1) Número de los que viven al comienzo del año*	*(2) Número de los que mueren durante el año*	*(3) Prima pagada al principio del año [(1) × 17,671]*	*(4) Intereses del año 0,025 [(6) del año anterior + (3)]*	*(5) Reclamaciones por fallecimiento [(2) × 1.000]*	*(6) Reserva al terminar el año [(6) del año anterior + + (3) + (4) — (5)]*	*(7) Reserva superviviente al terminar el año [(6)/(1) del año siguiente]*
1	9.373.807	23.528	$ 165.644.543	$ 4.141.114	$ 23.528.000	$ 146.257.657	$ 15,64
2	9.350.279	24.685	165.228.780	7.787.161	24.685.000	294.588.598	31,59
3	9.325.594	26.112	164.792.572	11.484.529	26.112.000	444.753.699	47,83
4	9.299.482	27.991	163.331.146	15.227.121	27.991.000	596.320.966	64,32
5	9.271.491	30.132	163.836.517	19.003.937	30.132.000	749.029.420	81,05
6	9.241.359	32.622	163.304.055	22.808.337	32.662.000	902.519.812	98,01
7	9.208.737	35.362	162.727.592	26.631.185	35.362.000	1.056.516.589	115,17
8	9.173.375	38.253	162.102.710	30.465.482	38.253.000	1.210.831.781	132,55
9	9.135.122	41.382	161.426.741	34.306.463	41.382.000	1.365.182.985	150,12
10	9.093.740	44.741	160.695.480	38.146.962	44.741.000	1.519.284.427	167,90
11	9.048.999	48.412	159.904.861	41.979.732	48.412.000	1.672.757.020	185,85
12	9.000.587	52.473	159.049.373	45.795.159	52.473.000	1.825.128.552	203,97
13	8.948.114	56.910	158.122.122	49.581.267	56.910.000	1.975.921.941	222,24
14	8.891.204	61.794	157.116.466	53.325.960	61.794.000	2.124.570.367	240,63
15	8.829.410	67.104	156.024.504	57.014.872	67.104.000	2.270.505.743	259,12
16	8.762.306	72.902	154.838.709	60.633.611	72.902.000	2.413.076.063	277,71
17	8.689.404	79.160	153.550.458	64.165.663	79.160.000	2.551.632.184	296,35
18	8.610.244	85.758	152.151.622	67.594.595	85.758.000	2.685.620.401	315,05
19	8.524.486	92.832	150.636.192	70.906.415	92.832.000	2.814.331.008	333,79
20	8.431.654	100.337	148.995.758	74.083.169	100.337.000	2.937.072.935	352,54
21	8.331.317	108.307	147.222.703	77.132.744	108.307.000	3.053.121.383	371,29
22	8.223.010	116.849	145.308.810	79.983.720	116.849.000	3.161.564.913	390,02
23	8.106.161	125.970	143.243.971	82.585.376	125.970.000	3.261.424.260	408,69
24	7.980.191	135.663	141.017.955	85.109.154	135.663.000	3.351.888.369	427,29
25	7.844.528	145.830	138.620.654	87.246.571	145.830.000	3.431.925.594	445,78
26	7.698.698	156.592	136.043.692	89.215.793	156.592.000	3.500.593.079	464,14
27	7.542.106	167.736	133.276.555	90.819.992	167.736.000	3.556.953.626	482,34
28	7.374.370	179.271	130.312.492	92.216.569	179.271.000	3.600.211.687	500,37
29	7.195.099	191.174	127.144.594	93.181.615	191.174.000	3.629.373.896	518,19
30	7.003.925	203.394	123.766.359	93.784.239	203.394.000	3.643.520.494	535,77
31	6.800.531	215.917	120.172.183	94.108.480	215.917.000	3.641.884.157	553,09
32	6.584.614	228.749	116.356.714	93.986.765	228.749.000	3.623.478.636	570,10
33	6.355.865	241.777	112.314.490	93.363.867	241.777.000	3.587.379.993	586,74
34	6.114.088	254.835	108.042.049	92.366.739	254.835.000	3.532.953.781	602,97
35	5.859.253	267.241	103.538.860	90.917.624	267.241.000	3.460.169.265	618,77
36	5.592.012	278.426	98.816.444	88.997.717	278.426.000	3.369.557.426	634,14
37	5.313.586	287.731	93.896.378	86.559.676	287.731.000	3.262.282.480	649,10
38	5.025.855	294.766	88.811.884	83.790.027	294.766.000	3.140.118.391	663,72
39	4.731.089	299.289	83.603.074	80.593.843	299.289.000	3.005.026.308	678,06
40	4.431.800	301.894	78.314.338	77.109.091	301.894.000	2.858.555.737	692,16
41	4.129.906	303.011	72.979.569	73.263.564	303.011.000	2.701.787.870	706,00
42	3.826.895	303.014	67.625.062	69.2448.80	303.014.000	2.535.643.812	719,56
43	3.523.881	301.997	62.270.501	64.950.407	301.997.000	2.360.867.720	732,76
44	3.221.884	299.829	56.933.912	60.448.591	299.829.000	2.178.421.223	745,51
45	2.922.055	295.683	51.635.634	55.759.526	295.683.000	1.990.133.383	757,75
46	2.626.372	288.848	46.410.620	50.911.839	288.848.000	1.798.607.842	769,45
47	2.337.524	278.983	41.306.387	45.986.461	278.983.000	1.606.917.690	780,61
48	2.058.541	265.902	36.376.478	41.087.220	265.902.000	1.418.479.388	791,28
49	1.792.639	249.858	31.677.724	36.255.287	249.858.000	1.236.554.399	801,51
50	1.542.781	231.433	27.262.483	31.591.431	231.433.000	1.063.975.313	811,36
51	1.311.348	211.311	23.172.831	27.183.229	211.311.000	903.020.373	820,90
52	1.100.037	190.108	19.438.754	23.062.830	190.108.000	755.413.957	830,19

sigue...

TABLA 24.2 (*continuación*)

Duración	(1) Número de los que viven al comienzo del año	(2) Número de los que mueren durante el año	(3) Prima pagada al principio del año [(1) × 17,671]	(4) Intereses del año 0,025 [(6) del año anterior+(3)]	(5) Reclamaciones por fallecimiento [(2)×1.000]	(6) Reserva al terminar el año [(6) del año anterior + (3)+(4)—(5)]	(7) Reserva supervivente al terminar el año [(6)/(1) del año siguiente]
53	909.929	168.455	16.079.355	19.288.231	168.455.000	622.326.543	839,31
54	741.474	146.997	13.102.587	15.886.489	146.997.000	504.318.618	848,34
55	594.477	126.303	10.505.003	12.868.358	126.303.000	401.388.979	857,35
56	468.174	106.809	8.273.103	10.240.781	106.809.000	313.093.863	866,42
57	361.365	88.813	6.385.681	7.988.164	88.813.000	238.654.708	875,63
58	272.552	72.480	4.816.266	6.086.751	72.480.000	177.077.725	885,07
59	200.072	57.881	3.535.472	4.515.951	57.881.000	127.248.148	894,91
60	142.191	45.026	2.512.657	3.244.216	45.026.000	87.979.021	905,46
61	97.165	34.128	1.717.003	2.241.948	34.128.000	57.809.972	917,08
62	63.037	25.250	1.113.927	1.473.679	25.250.000	35.147.578	930,15
63	37.787	18.456	667.734	894.951	18.456.000	18.254.263	944,30
64	19.331	12.916	341.598	465.196	12.916.000	6.145.057	957,92
65	6.415	6.415	113.359	156.584	6.415.000	—	—

tiplicación del importe neto arriesgado al final del año en cuestión (cobertura de la póliza menos reserva final) por la probabilidad tabular del fallecimiento dentro del mismo año (5). Si partimos de la base de que la reserva de una póliza ordinaria de vida emitida a un varón de treinta y cinco años es de $ 167,90 al final de la décima anualidad, el coste del seguro basado en el importe neto arriesgado durante el año décimo será de $ 382,10 × 4,92/1.000, o sea, $ 4,09. La suma neta arriesgada es de $ 832,10 ($ 1.000 menos $ 167,90), y la probabilidad del fallecimiento de un varón de cuarenta y cuatro años, según la *Tabla 1958 CSO*, es de 4,92 por mil; por tanto, la participación de la póliza en los siniestros producidos durante la décima anualidad será de $ 4,09 por $ 1.000 de la suma asegurada.

El proceso de acumulación que explica la determinación de la reserva retrospectiva de una póliza específica durante el año décimo será:

Reserva final del año noveno	$ 150,12
Adición de la prima neta anual uniforme	17,67
Reserva inicial del año décimo	$ 167,99
Interés tabular al 2,5 por 100	4,20
Fondos al terminar el décimo año	$ 171,99
Deducción del coste del seguro en base a la suma neta arriesgada	4,09
Reserva final del año décimo	$ 167,90

De esta suerte, la reserva final retrospectiva de una póliza concreta para una cierta anualidad, se puede obtener sumando la prima neta anual uniforme, a la reserva final del año precedente, aumentada la suma (que se llama reserva inicial para el año corriente) con los intereses del año al tipo *establecido*, y haciendo deducción del coste del seguro del año corriente de acuerdo con

(5) A fin de determinar la suma neta arriesgada, y de aquí el coste del seguro basado en dicha suma neta, habrá que conocer la reserva final del año, precisamente el valor que se busca con la reserva retrospectiva. El problema no existe si se emplea el método algebraico o cualquier otro, pero en todo caso crea un cierto «impasse» bajo el punto de vista aritmético. Se trata de demostrar el concepto del coste del seguro y su papel en la determinación de la reserva retrospectiva. Para evitar complicaciones nos limitamos a ignorar la contradicción aritmética.

la tabla de mortalidad que se haya aceptado. Conviene añadir que si la póliza ha sido pagada totalmente no habrá que tener en cuenta ninguna prima anual, por lo que el coste del seguro nos será dado por los intereses tabulares de la reserva.

La tabla 24.3 recoge el coste del seguro de una póliza ordinaria de vida de $ 1.000 emitida a un varón de treinta y cinco años, para todas las anulidades hasta el final de la tabla de mortalidad. El coste del seguro aumenta constantemente hasta la edad de cincuenta y cinco, y a partir de entonces disminuye, ya que el importe neto arriesgado, desciende a mayor ritmo que la subida del índice de mortalidad.

Las reservas de las pólizas.—Hay que comprender que ni los activos ni el total acumulado de reservas de la aseguradora pueden, en teoría, ser aplicados individualmente a los asegurados; el seguro de vida es posible gracias a la cooperación de un elevado número de personas; el seguro es un concepto colectivo y lo mismo puede afirmarse de la reserva. Si se tuviera que efectuar un reparto equitativo del conjunto de los activos de la compañía (por ejemplo, en el supuesto de una liquidación), la atribución debiera, en un plano estricto, tener en cuenta el estado de salud de los asegurados y sus respectivas probabilidades de supervi-

TABLA 24.3

Coste del seguro de una póliza ordinaria de vida de $ 1.000, a la edad de 35, Tabla 1958 CSO y al 2,5 por 100 de interés, reservas de primas netas uniformes

(1) Año de la póliza (t)	*(2) Edad alcanzada al comienzo de la anualidad [=35+(t—1)]*	*(3) Indice de mortalidad 1958 CSO [=$q_{35+(t-1)}$]*	*(4) Importe arriesgado durante el año [=1.000 (1— V_{35})]*	*(5) Coste del seguro [=(3)×(4)]*
1	35	0,00251	$ 984,36	$ 2,47
2	36	0,00264	968,41	2,56
3	37	0,00280	952,17	2,67
4	38	0,00301	935,68	2,82
5	39	0,00325	918,95	2,99
6	40	0,00353	901,99	3,18
7	41	0,00384	884,83	3,40
8	42	0,00417	867,45	3,62
9	43	0,00453	849,88	3,85
10	44	0,00492	832,10	4,09

TABLA 24.3 *(continuación)*

(1) Año de la póliza (t)	*(2) Edad alcanzada al comienzo de la anualidad [=35+(t—1)]*	*(3) Indice de mortalidad 1958 CSO [=$q_{35+(t-1)}$]*	*(4) Importe arriesgado durante el año [=1.000 (1— V_{35})]*	*(5) Coste del seguro [=(3)×(4)]*
11	45	0,00535	814,15	4,36
12	46	0,00583	796,03	4,64
13	47	0,00636	777,76	4,95
14	48	0,00695	759,37	5,28
15	49	0,00760	740,88	5,63
16	50	0,00832	722,29	6,01
17	51	0,00911	703,65	6,41
18	52	0,00996	684,95	6,82
19	53	0,01089	666,21	7,26
20	54	0,01190	647,46	7,70
21	55	0,01300	628,71	8,17
22	56	0,01421	609,98	8,67
23	57	0,01554	591,31	9,19
24	58	0,01700	572,71	9,74
25	59	0,01859	554,22	10,30
26	60	0,02034	535,86	10,90
27	61	0,02224	517,66	11,51
28	62	0,02431	499,63	12,15
29	63	0,02657	481,81	12,80
30	64	0,02904	464,23	13,48
31	65	0,03175	446,91	14,19
32	66	0,03474	429,90	14,93
33	67	0,03804	413,26	15,72
34	68	0,04168	397,03	16,55
35	69	0,04561	381,23	17,39
36	70	0,04979	365,86	18,21
37	71	0,05415	350,90	19,00
38	72	0,05865	336,28	19,72
39	73	0,06326	321,94	20,37
40	74	0,06812	307,84	20,97
41	75	0,07337	294,00	21,57
42	76	0,07918	280,44	22,21
43	77	0,08570	267,24	22,90
44	78	0,09306	254,49	23,68
45	79	0,10119	242,25	24,51
46	80	0,10998	230,55	25,36
47	81	0,11935	219,39	26,18
48	82	0,12917	208,72	26,96
49	83	0,13938	198,49	27,67
50	84	0,15001	188,64	28,30

TABLA 24.3 *(continuación)*

(1) Año de la póliza (t)	(2) Edad alcanzada al comienzo de la anualidad [=35+(t−1)]	(3) Indice de mortalidad 1958 CSO [$=q_{35+(t-1)}$]	(4) Importe arriesgado durante el año [$=1.000\,(1-{}_tV_{35})$]	(5) Coste del seguro [=(3)×(4)]
51	85	0,16114	179,10	28,86
52	86	0,17282	169,81	29,35
53	87	0,18513	160,69	29,75
54	88	0,19825	151,66	30,07
55	89	0,21246	142,65	30,31
56	90	0,22814	133,58	30,47
57	91	0,24577	124,37	30,57
58	92	0,26593	114,93	30,56
59	93	0,28930	105,09	30,40
60	94	0,31666	94,54	29,94
61	95	0,35124	82,92	29,12
62	96	0,40056	69,85	27,98
63	97	0,48842	55,70	27,20
64	98	0,66815	42,08	28,12
65	99	1,00000	0,00	0,00

vencia. Un asegurado de salud delicada tendría derecho a una participación relativamente mayor que otro perfectamente sano, pues desde el punto de vista actuarial su póliza vale más, o sea, cuenta con mayores probabilidades de muerte. Como en la práctica no cabe determinar el valor relativo de las pólizas, la reserva de cada una se estima que es la cuota proporcional de la reserva acumulada de todas las demás pólizas idénticas de asegurados del mismo sexo, de la misma edad a su emisión y de la misma duración. La solución es razonable para la aseguradora, ya que todas las vidas de cada grupo presentan, en esencia, *a la emisión* de la póliza unas mismas características.

La reserva prospectiva

Aunque el método de cálculo retrospectivo explique con claridad el origen y objetivos de la reserva, sin embargo es raro su empleo en la práctica. La normativa jurídica de los Estados fija unos requisitos mínimos de reserva deducidos del método prospectivo, que es el más utilizado a causa de su sencillez.

Principales relaciones retrospectivas.—Como se ha dicho, la

reserva es el factor de equilibrio en la ecuación básica del seguro; esto es, en un enfoque prospectivo, la reserva es la diferencia entre el valor presente de los beneficios futuros y el de las primas futuras.

La reserva prospectiva final de una póliza emitida a la edad de x al final de un cierto número de años (t) será igual a la prima neta única de esta misma póliza a la edad de valoración ($x + t$) menos la prima neta anual uniforme a la edad de emisión (x) multipicada por el valor presente de una renta vitalicia debida de $ 1 para el resto del período de pago de primas calculada a la edad de la valoración ($x + t$). O sea, para una póliza ordinaria de vida:

$$ {}_tV_x = 1.000A_{x+t} - P_x\ddot{a}_{x+t} $$

Así, una póliza ordinaria de vida de $ 1.000 emitida a la edad de treinta y cinco años tendría una reserva al año décimo:

$$ {}_{10}V_{35} = 1.000A_{35+10} - P_{35}\ddot{a}_{35+10} $$

o bien:

$$ {}_{10}V_{35} = 1.000A_{45} - P_{35}\ddot{a}_{45} $$

Si sustituimos en la fórmula los valores conocidos, el cálculo de la reserva será un proceso aritmético simple:

$$ {}_{10}V_{35} = \$\,517{,}45 - (\$\,17{,}671 \times \$\,19{,}783) = \$\,167{,}90 $$

La misma idea y el mismo cálculo se pueden ofrecer con menos simbolismos del modo que sigue:

Reserva final a la edad de valoración = Prima neta única a la edad de valoración — (prima neta uniforme a la edad de emisión × valor presente de una renta vitalicia debida de $ 1 para el resto del período de pagos).

Al comienzo del contrato el valor presente de los beneficios futuros es exactamente igual al valor presente de las primas futuras. Pero tan pronto como la póliza entra en vigor y se paga una prima (única o anual), el valor presente de los beneficios futuros casi siempre es superior al valor presente de las primas fu-

turas (6). Esto está claro, ya que quedan menos primas (o ninguna) a pagar, mientras que el valor presente de los beneficios futuros es mayor porque la póliza se encuentra más cerca de su maduración. La diferencia entre uno y otro constituye la obligación de reserva de la compañía:

Reserva final neta a la edad de valoración = valor presente de los beneficios futuros a la edad de valoración — valor presente de las primas futuras a la edad de valoración.

Ya se vio que la prima neta única (PNU) de una póliza es igual al valor presente de los beneficios futuros (VPBF):

Reserva final neta a la edad de valoración = PNU a la edad de valoración — VPBF a la edad de valoración.

También el valor presente de las primas futuras tiene que ser igual a la prima neta anual uniforme (PAU) del contrato en cuestión, multiplicada por el valor presente de una renta vitalicia debida (VPRVD) de $ 1 para el período restante de pago de primas. Por tanto, la ecuación puede expresarse así:

Reserva final neta a la edad de valoración = PNU a la edad de valoración — PNU a la edad de emisión × VPRVD de $ 1 por el período restante de pago de primas.

En esta ecuación el cálculo de la reserva neta en la vigésima anualidad, de una póliza a vida entera con quince pagos, emitida a la edad de treinta y cinco años, sería:

Reserva final neta a los 55 años = PNU a 55 — (PAU a 35 × 0) = PNU a 55.

El resultado demuestra el principio de que en una póliza totalmente pagada no caben las primas futuras y, por tanto, la reserva *tiene que ser* igual al valor presente de los beneficios futuros, que pueden medirse con la prima neta única de la póliza a la edad en que se haga la valoración. El principio es más fácilmente explicable con una póliza de prima única, pagada totalmente una vez que se haya abonado la primera prima; una póliza a vida entera de prima única emitida a un varón de cincuenta y cinco años. La reserva a una cierta edad de todas las pólizas totalmente pagadas del mismo tipo y cobertura son, a la edad de valoración, iguales entre sí y todas equivalen a la prima neta única de este tipo de póliza.

(6) En línea general, esto es cierto en cuanto a las pólizas ordinarias de vida, pero si se emite una a la edad cero, en base a la *Tabla 1958 CSO*, la reserva final del primer año sería negativa. Esto no sucede frecuentemente con el seguro temporal decreciente.

Si tenemos en cuenta una póliza que no esté totalmente pagada, el cálculo del valor presente de las primas futuras implica la determinación de la prima neta uniforme original cargada en el contrato, que ha de multiplicarse por el valor presente de una renta temporal debida de $ 1 para el período restante de pago de primas. De esta forma la reserva neta al año vigésimo de una póliza *ordinaria* de vida emitida a los veinticinco años de edad sería:

Reserva neta final a los 45 años = PNU a los 45 — (PAU a los 25 × VPRVD de $ 1 a los 45).

La reserva neta al año décimo sería:

Reserva neta final a los 35 años = PNU a los 35 — (PAU a los 25 × VPRVD de $ 1 a los 35 por diez años).

Para terminar, la reserva neta al año décimo de una póliza dotal emitida a los veinticinco años de edad sería:

Reserva neta final a los 35 años = PNU a los 35 — (PAU a los 25 × VPRVD de $ 1 a los 35 para diez años).

Cálculo de las reservas.—La tabla 24.4 muestra el cálculo real de estas reservas, siguiendo los principios que hemos desarrollado en los capítulos precedentes en relación con los cálculos tarifarios.

TABLA 24.4.

Cálculo de las reservas netas uniformes prospectivas. (Tabla 1958 CSO y 2,5 por 100 de interés)

	Prima neta única			*Valor presente de una renta vitalicia debida de $ 1*		
Edad	*A vida entera*	*Capital diferido a 20 años*	*Capital diferido a 10 años*	*Vida entera*	*A 20 años*	*A 10 años*
25	$ 339,65	$ 617,92	$ 783,10	$ 27,074	$ 15,665	$ 8,893
35	420,13	623,77	784,01	23,774	15,425	8,856
45	517,49	640,95	787,52	19,783	14,721	8,712
55	624,55	678,56	796,21	15,393	13,179	8.355

La reserva final neta uniforme a la edad de la valoración es igual a la prima neta única a la edad de valoración, menos la prima neta uniforme a la edad de la emisión multiplicada por el valor presente de una renta vitalicia debida de $ 1 por el resto del período de pago de primas.

Cálculo

1. *Reserva final neta uniforme al año vigésimo, de una póliza ordinaria emitida a la edad de 25 años:*

$$\text{Reserva neta uniforme a } 45 = 517{,}49 - \frac{339{,}65}{27{,}074} \times 19{,}783 = \$\,269{,}31$$

2. *Reserva final neta uniforme al año décimo de una póliza de vida con veinte pagos emitida a la edad de 25 años:*

$$\text{Reserva neta uniforme a } 35 = 420{,}13 - \frac{339{,}65}{15{,}665} \times 8{,}856 = \$\,228{,}12$$

3. *Reserva final neta uniforme al año décimo de una capitalización diferida a veinte años emitida a la edad de 25 años:*

$$\text{Reserva neta uniforme a } 35 = 784{,}01 - \frac{617{,}92}{15{,}665} \times 8{,}856 = \$\,434{,}69$$

SIGNIFICADO DE LOS PRESUPUESTOS ACTUARIALES

Al estimar o al valorar sus obligaciones contractuales, la aseguradora debe partir de unos presupuestos relativos a índice de mortalidad entre sus asegurados y a la rentabilidad de los activos que respaldan las reservas. Estas presunciones se reflejan en la tabla de mortalidad y en el tipo de interés fijado al efectuar los cálculos. En nuestro caso hemos partido de la *Tabla 1958 CSO* y hemos fijado un rédito del 2,5 por 100, pero cabe partir de presupuestos distintos. En todo caso, no conviene olvidar el impacto que la elección de la tabla y del tipo de interés tiene sobre las reservas.

Mortalidad

Durante el período de pago de primas, el factor que rige las dimensiones de la reserva es el *ritmo del cambio de una edad a otra*, en otras palabras, la *inclinación* de la curva de mortalidad.

Mientras mayor sea la inclinación mayor será la reserva. Partiendo de una tabla de mortalidad concreta, a una cierta edad puede tener un *nivel* de mortalidad inferior a otra tabla distinta, y sin embargo disponer de una reserva mucho mayor. Debemos añadir, además, que las reservas según una tabla pueden ser mayores a determinada edad y duración que las reservas de otra, e inferiores a otras edades y duraciones.

En la práctica, con frecuencia resulta imposible determinar a simple vista cuál es la tabla que a cierta edad cuenta con una reserva mayor; la determinación del efecto que tenga sobre las reservas un cambio en los presupuestos de mortalidad constituye un problema matemático complejo que excede de los límites de este libro (7).

La tabla 24.5 hace una comparación entre las reservas de la *Tabla 1958 CSO* y las de la *Tabla 1941 CSO*, partiendo de un interés en ambos casos del 2,5 por 100. Por regla general, las reservas de la primera son un poco inferiores a las de la segunda en los seguros de vida, y un poco superiores en los dotales. En su conjunto, las de *1958 CSO* son ligeramente inferiores.

TABLA 24.5

Reservas finales netas uniformes por $ 1.000 *(Tablas de mortalidad 1941 y 1958 CSO al 2,5 por 100 de interés, emitidas a un varón de 35 años)*

	Póliza ordinaria			*Capitalización a 20 años*	
Duración	*1941 CSO*	*1958 CSO*	*Duración*	*1941 CSO*	*1958 CSO*
1	$ 16,49	$ 15,64	1	$ 38,42	$ 39,04
10	174,39	167,90	5	202,29	208,83
20	362,45	352,54	10	430,62	435,25
30	546,80	535,77	15	692,05	696,74
50	824,54	811,36	20	1.000,00	1.000,00
60	906,44	905,46			

El interés

El impacto sobre las reservas de un cambio en el presupuesto del tipo de interés puede ser visualizado con mayor facilidad que el cambio en los presupuestos de mortalidad; si el tipo de inte-

(7) Véase C. WALLACE JORDAN, Jr.: *Life Contingencies*, 2.ª edición (Chicago, Society of Actuaries, 1967), págs. 118-23.

rés fijado disminuye el resultado será un aumento de las reservas. La explicación es simple: unas ganancias previstas de menor entidad han de quedar compensadas por una reserva mayor en todo momento, para que la suma asegurada pueda acumularse dentro de un mismo plazo de tiempo.

No es fácil de explicar el impacto del cambio de tipo de interés en el plano de los convencionales métodos de cálculo prospectivo y retrospectivo. La explicación se complicaría por el hecho de que *ambas* ganancias sobre reserva y sobre primas netas resultan afectadas por el cambio, y el efecto neto de estas modificaciones conduce al nivel de la reserva final.

TABLA 24.6

Reserva final por $ 1.000, *Tabla 1958 CSO,* **diversos tipos de interés**
(Póliza ordinaria de vida, varón de 35 años)

Duración	*2,5 por 100*	*3 por 100*	*3,5 por 100*
1	$ 15,64	$ 14,30	$ 13,08
10	167,90	156,29	145,49
20	352,54	334,23	316,81
30	535,77	516,21	497,20
50	811,36	799,12	786,82
60	905,46	898,40	891,21

En la tabla 24.6 se recoge el impacto de un cambio de interés sobre las reservas de un contrato concreto, enbase a la *Tabla 1958 CSO.*

En razón de la disminución en el nivel general de los tipos de interés durante los años treinta y cuarenta, casi todas las aseguradoras redujeron el tipo en los cálculos de primas y de reservas para todos los contratos nuevos de vida y de renta vitalicia. En el momento presente, la mayoría de los contratos presumen unos tipos de 2,5, de 2,75 ó de 3 por 100, siendo el más común el 2,5 por 100. Los tipos de interés tienden ahora a subir, y esto ha determinado muchos cambios significativos en los presupuestos de intereses aplicables a las nuevas contrataciones, cambios que fueron introducidos al adoptar la *Tabla 1958 CSO.*

En los años cuarenta fueron muchas las compañías que redujeron sus presupuestos de interés sobre su cartera *vieja* a los efectos de la valoración de las reservas (con un consecuente incremento de éstas), a pesar de que no se pudieron alterar las tarifas garantizadas. La operación se llevó a acabo cargando las ganancias acumuladas de los ejercicios precedentes, de una vez o durante un período de varios años. Una vez se hubo traspasado la suma apropiada a las reservas, las pólizas fueron tratadas como si hubieran sido contratadas desde el principio sobre la base del interés reducido; no obstante, los valores de rescate no fueron aumentados en muchos casos (8). Gracias a unas reservas mayores las compañías pudieron satsfacer los requisitos establecidos aplicando a sus inversiones un tipo inferior de interés, con lo que sus reservas reflejaban una visión más conservadora de sus obligaciones frente a los asegurados.

Los planes de seguro

En la tabla 24.7 se recogen las reservas correspondientes a los diversos planes de seguro a vida entera.

La tabla demuestra el hecho de que todas las pólizas con limitación de pagos, partiendo de una misma edad de emisión y de una misma garantía, tienen la misma reserva que una póliza de prima única, una vez hayan sido completamente pagadas. Aplicando la fórmula arriba expresada, la renta temporal se hace igual a cero una vez se hayan pagado todas las primas, y la reserva equivale a la prima neta única a la edad alcanzada por el asegurado. Unas normas parecidas se aplican a los seguros dotales.

OTROS ASPECTOS

Regulación legal de las reservas

Las primas del seguro de vida, en cuanto tales, normalmente no están reguladas por el ordenamiento jurídico. La adecuación de las primas queda indirectamente regulada por la normativa aplicable a las reservas. Esta normativa es la razón por la que

(8) Cuando el cambio en los presupuestos del interés excede de 0,5 por 100 muchos Estados exigen aplicar unos valores superiores de rescate. Véase el capítulo 26.

son denominadas *reservas legales*, y la expresión de *compañía de seguros de vida con reservas legales* se aplica usualmente a las que reflejan su pasivo de reservas en el balance. En realidad, los

TABLA 24.7

Reservas finales, pólizas a vida entera de $ 1.000, varón de 35 años
(Tabla 1958 CSO, y 2,5 por 100 de interes)

Duración	*Vida ordinaria*	*Totalmente pagada a los 65 años*	*Con 20 pagos*	*Con 10 pagos*
1	$ 15,64	$ 19,12	$ 25,47	$ 46,23
2	31,59	38,63	51,52	93,62
3	47,83	54,58	78,14	142,19
4	64,32	78,81	105,32	191,94
5	81,05	99,43	133,05	242,90
10	167,90	207,59	280,22	517,49
20	352,54	448,66	624,55	624,55
30	535,77	730,81	730,81	730,81
40	692,16	821,49	821,49	821,49
50	811,36	890,62	890,62	890,62
60	905,46	945,18	945,18	945,18
65	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00

Estados determinan las bases sobre las que se han de calcular las reservas *mínimas*, pero las compañías pueden utilizar otras bases que conduzcan a reservas iguales o superiores a las del método legal. La base se fija en relación con la *tabla de mortalidad a ser utilizada*, con el *tipo máximo de interés a ser asumido* y con el *método de valoración a ser aplicado*. Los requisitos difieren según se trate de seguro de vida y de renta vitalicia o de seguro de vida ordinario, de grupo e industrial. Los acuerdos suplementarios referentes a los fondos en poder de la compañía de seguros están sometidos a normas especiales.

Hasta 1948 la norma legal mínima, en la mayoría de los Estados de Norteamerica, para el cálculo de las reservas del seguro ordinario era la *Tabla Experimental Americana* y el 3,5 por 100 de interés, aunque generalmente se permitía una cierta modificación de la reserva neta uniforme (9). La base mínima para la valoración de las reservas de las pólizas de nueva emisión fue modificada (y adoptada por las compañías no más tarde del primero

(9) Véase el capítulo 25.

de enero de 1948) y la *Tabla 1941 CSO* y al 3,5 por 100 de interés (10). Aunque este standard contituya todavía la base mínima para las reservas, a partir del primero de enero de 1966 se hizo obligatorio la *Tabla 1958 CSO* para las pólizas ordinarias emitidas a partir de dicha fecha (11). Como se explicará, tanto la ley standard de valoración como la más reciente, que es una *reserva modificada*, son las que regulan las bases mínimas, y no el método de la prima neta uniforme.

Todos los Estados exigen una valoración anual de las obligaciones asumidas por las pólizas. En la práctica las aseguradoras de vida utilizan por regla general una base de reserva más conservadora que la exigida por la ley; a pesar de que el ordenamiento jurídico parta del presupuesto de un interés del 3,5 por 100, muchas compañías parten del mismo interés que el aplicado a sus primas brutas finales, que viene a ser el 2,5 por 100. Ya se explicará más adelante (12) que las primas brutas se calculan sobre una mortalidad realista y puesta al día y sobre la experiencia de intereses y gastos, y no sobre los presupuestos utilizados al calcular la prima neta que servirá para llegar a la bruta final. De todos modos, el cálculo de las reservas en base a las tablas *1941* ó *1958 CSO* y al interés del 2,5 por 100 es bastante conservador, y en realidad ofrece un margen mayor de seguridad que el mínimo exigido por las normas de valoración.

Otro factor que ofrece un margen adicional de seguridad a través de la normativa sobre las reservas, es el requisito de un método de valoración de las primas *netas*. Con este método se parte de la base de que sólo se dispone cada año de la prima neta basada en la reserva, para el pago de los siniestros; no se toma en cuenta, ni para las primas del pasado ni para las futuras, el hecho del *recargo*, la suma que se añade a la prima neta para gastos, eventualidades, beneficios y, en ciertos casos, derramas.

Hubo un tiempo en que era muy general la valoración de las primas *brutas;* más aún, era usual que se ignoraran los gastos

(10) En Nueva York, el presupuesto del interés está limitado al 3 por 100.

(11) El standard de valoración mínima es la *Tabla de Mortalidad Standard Industrial de los Comisionados de 1961*, y el 3,5 por 100 de interés para los seguros de vida industriales emitidos a partir del 1 de enero de 1968.

(12) Véase el capítulo 25.

futuros y que se presumiera que toda la prima bruta estaba destinada al pago de los siniestros. El método presente de valoración de primas *netas* presume que los recargos no se destinan al pago de siniestros (13). La verdad normalmente está entre los dos extremos, según sean los presupuestos de mortalidad e interés que fundamentan la prima bruta. Unos recargos excesivos, por encima de lo requerido por los gastos, pueden ser tenidos en cuenta al enjuiciar la situación financiera de la compañía, pero hoy día la práctica tiende hacia el conservadurismo.

Reservas de deficiencia

Desde hace tiempo las normas estatales han exigido el requisito de las denominadas reservas de deficiencia, que en los últimos años revisten una importancia particular. Estas reservas fueron la causa que motivó el desarrollo de la *Tabla 1958 CSO* y de la nueva normativa sobre la valoración.

Cuando la *prima bruta* cargada por una aseguradora para un cierto tipo de póliza de vida es *menor* que la prima neta de valoración, a la compañía se le exige mantener para estas pólizas una reserva suplementaria, que se denomina *reserva de deficiencia.* La prima neta de valoración es la prima neta usada para el cálculo de las reservas de la compañía, y en el pasado siempre fue muy inferior a la prima bruta de las diversas pólizas emitidas. Recientemente, sin embargo, la mejora constante en el índice de mortalidad y una competencia creciente han llevado los niveles de las primas brutas a la altura o por debajo de las primas netas de valoración. El problema era particularmente grave entre las compañías pequeñas, que contaban con unos excedentes limitados que no eran suficientes para estas reservas suplementarias.

Las normas sobre la reserva de deficiencia se basan en el hecho de que el empleo, bajo la fórmula de reserva prospectiva, de una prima neta uniforme de valoración superior a la prima bruta, al ser realmente cobrada exagera el valor presente de las primas futuras y, en consecuencia, rebaja el importe de la reserva. La deficiencia está representada por el valor presente del exceso de prima neta de valoración sobre la prima bruta anual. A diferencia de las reservas ordinarias, las de deficiencia para un cierto tipo de pólizas, disminuyen con el transcurso del tiempo y desaparecen totalmente al final de período de pago de primas.

(13) Bajo el Método de Valoración de las Reservas, de los Comisionados, la totalidad del recargo solamente se aplica a pólizas con una prima neta igual o inferior a las de vida entera con 20 pagos. Véase el capítulo 25.

Se ha estudiado la posibilidad de modificar las normas sobre la reserva de deficiencia, a fin de permitir el uso de la prima neta de valoración para las reservas *mínimas,* con independencia de los presupuestos reales de valoración adoptados por cada compañía en particular.

Reservas finales, iniciales y medias

Dependiendo del momento dentro de cada anualidad del seguro en que la valoración se realiza, las reservas pueden clasificarse en *finales, iniciales* y *medias.* Los cálculos antes explicados se han ocupado principalmente de la reserva final, esto es, de la reserva al terminar el año de seguro. La reserva inicial de un año concreto es la reserva a principios de la anualidad, y es equivalente a la final del año precedente incrementada con la prima neta anual uniforme (si la hay) del año corriente. La reserva media es la media aritmética entre la inicial y la final, y en ningún caso es inferior a la mitad de la prima neta anual.

La *reserva inicial* se emplea sobre todo en relación con la determinación de los dividendos de las pólizas que reparten derramas; generalmente sirve de base para la distribución de las ganancias de intereses que exceden de los presupuestos en la reserva.

La *reserva final* también sirve para la distribución de dividendos, ya que los ahorros de mortalidad se atribuyen sobre la base de la «suma neta arriesgada» que se puede determinar gracias a esta reserva. El concepto de la reserva final se emplea asimismo para la determinación de los valores no sacrificables, aunque desde 1948 se emplee la denominada prima ajustada en lugar de la prima neta uniforme (14). Sirve también para la forma de reaseguro que se basa en un seguro temporal de renovación anual.

(14) Véase el capítulo 26.

La *reserva media* se emplea en relación con los informes anuales de las compañías de seguros de vida. Como las pólizas se emiten en fechas distintas a lo largo del año y los informes llevan fecha 31 de diciembre, sería muy complicado y encarecedor el intento de hacer un cálculo exacto para cada póliza; en consecuencia, y a los efectos de los informes financieros, se presume que los vencimientos de las pólizas se distribuyen uniformemente a lo largo del año natural, acudiéndose a la reserva media para hacer la valoración.

Otras reservas

Beneficios especiales.—La norma jurídica exige que se mantenga una reserva mínima para cubrir las obligaciones derivadas de una muerte por accidente y de los beneficios de renuncia a las primas, así como para los compromisos de los contratos complementarios sin garantías sobre la vida, de las acumulaciones de dividendos y de otros beneficios semejantes.

Las reservas mínimas para los beneficios por muerte accidental, se determinan del mismo modo que las reservas de las pólizas ordinarias, empleando una tabla de mortalidad (normalmente, la tabla de beneficios por muerte accidental de 1959) basada en las causas específicas del fallecimiento.

Las reservas para las renuncias de primas se basan, como es lógico, en las correspondientes tablas de mortalidad y de enfermedad, que constituyen las bases de la predicción de la probabilidad conjunta de muerte e invalidez y, suponiendo que se ha incluido la renta, de la posibilidad conjunta de muerte o recuperación.

Los contratos complementarios sin garantías sobre la vida, las acumulaciones de dividendos y demás beneficios semejantes son de fácil valoración, ya que solamente exigen un cálculo de intereses compuestos.

Reservas voluntarias.—Además de las reservas legales, mantenidas para satisfacer unas obligaciones concretas asumidas por las pólizas, las compañías de seguros de vida forman otras reservas *voluntarias* que en realidad significan un superávit destinado a unas finalidades específicas, que pueden o no ser obligaciones asumidas. De estas reservas nos ocuparemos en el capítulo 42.

25

Primas brutas

En los capítulos anteriores nos hemos detenido en el estudio de la prima neta, que es la parte de la prima que cubre las reclamaciones contra la póliza. La prima bruta incluye, además de la neta, una suma denominada *recargo*, cuyo objeto es atender a los gastos incurridos y al margen de las posibles eventualidades. Entre éstos hay que destacar la experiencia desfavorable de mortalidad, la no consecución del tipo de interés presupuestado y las pérdidas derivadas de los rescates. Además, se ha extendido mucho la práctica del pago de dividendos, de suerte que los recargos aplicados a pólizas con participación casi siempre tienen en cuenta una recuperación rápida de los gastos de venta y de emisión y la creación de un fondo para el reparto de futuros dividendos.

El recargo y la distribución del superávit plantean a los actuarios los problemas más difíciles, debido a la complejidad del concepto de gastos y a la imposibilidad de cargarlos a cada asegurado de modo proporcional y equitativo. A causa de las dimensiones alcanzadas por las principales compañías de seguros, de las diversas ramas y actividades en que trabajan y de la organización de representaciones y agencias que cubre todo el territorio de los Estados Unidos, la suma total de los gastos causados en un ejercicio asciende a una cantidad considerable. Lógicamente, el dinero ha de venir de los asegurados a través del pago de las primas, o de los intereses devengados de la

inversión de parte de las mismas. El problema se plantea al querer determinar la parte de los gastos a ser cargada a una o a otra póliza.

IDEAS GENERALES

Naturaleza de los gastos de la compañía de seguros

Se han ofrecido muchas clasificaciones de los gastos del seguro de vida, a veces con sistemas más o menos formales, con el objeto de evitar una enumeración extensa y complicada. Sin embargo, las clasificaciones solamente pueden justificarse por el hecho de que sirvan para aclarar los puntos del problema, y uno de los fines de la clasificación de los gastos del seguro de vida debe ser la exposición clara de los problemas de la obtención de la prima bruta. En la división de los gastos que sigue se ha tratado en primer lugar de separar los gastos de «inversión» de los gastos del «seguro»; entre los primeros se cuentan los costes de la inversión, de su administración y de su protección, y puesto que se refieren directamente a la producción de ingresos por inversiones, estos gastos se deducen de sus ingresos brutos; en consecuencia, se toman en cuenta al determinar el tipo neto de interés a ser utilizado para el cálculo de las primas, y no para el cálculo del recargo.

Los gastos del seguro no tienen una naturaleza inversora, y pueden agruparse como sigue:

1. La venta, la intervención del agente suscriptor y la emisión de nuevas pólizas (por ejemplo, comisiones, publicidad, examen médico, el coste de la aprobación de las proposiciones y el de la preparación de las pólizas a emitir).
2. El cobro de las primas y su contabilización.
3. El servicio (por ejemplo, el coste de la tramitación de los siniestros, el de los pagos de rescate y de los valores madurados, y el coste de la correspondencia con el asegurado).
4. Gastos generales (como la investigación, la contabilidad y los gastos generales de índole actuarial y jurídica).

Al resumir estos gastos, podemos ver que algunos de ellos tienden a cambiar en razón de la cuantía de la prima cargada, otros en razón de la suma asegurada, y otros en razón del número de pólizas. Antes de determinar la cifra apropiada del recargo habrá que analizar más profundamente estos diversos gastos, y agruparlos en tres categorías principales:

1. Gastos que varían con la cuantía de la prima, como por ejemplo, la comisión del agente y los impuestos. Suponen, en esencia, un porcentaje de la prima.
2. Gastos que varían con la cuantía del seguro, como el coste del examen médico y el de la aprobación de la proposición, que varían un poco según sea la suma asegurada.
3. Gastos que varían con el número de pólizas, como el coste de la preparación de su emisión, la llevanza de los asientos contables, la expedición de las notificaciones de vencimiento, etc.

De otro lado, hay un grupo de gastos en que se incurre íntegramente dentro del primer año del seguro; otros se producen cada año y otros, finalmente, a la terminación de la póliza. Esto subraya la diversidad de los factores que determinan los gastos imputables a cada póliza y nos lleva a los dos problemas principales del recargo, excepción hecha del que supone el cobro de la suma precisa para hacer frente a todos los gastos: 1) la distribución equitativa de los gastos entre los *diversos tipos* de pólizas y entre los asegurados de *edades diferentes*, esto es, el problema de que cada uno pague sus propios gastos; 2) la *incidencia* del gasto, o sea, el problema de hacerle frente cuando se produzca. La solución de estos problemas se complica con la necesidad de mantener una prima uniforme, con la del cumplimiento de las normas legales sobre las reservas, con la continuación de una política coherente en cuanto a los valores de rescate y a los dividendos, y finalmente, con la competencia de las demás compañías.

Las primas brutas definitivas representan normalmente un compromiso, ya que los objetivos de adecuación y de equidad se hallan a veces en conflicto con el objetivo de mantener o de mejorar la situación competitiva de la compañía; no obstante, la adecuación ha de respetarse en conjunto.

Naturaleza de la fórmula del recargo

Un sistema equitativo de recargo debe pretender que cada asegurado pague los gastos que su póliza causa a la compañía, con la exactitud que pueda alcanzarse. El estudio que acabamos de hacer de los gastos nos da a entender que el recargo de la prima neta debiera consistir, en una parte, de un procentaje de la prima, en otra parte, de una cantidad por cada $ 1.000 de suma asegurada, y en otra de una cantidad por cada póliza. Si se fuera a establecer la fórmula del recargo, los gastos fijos «por póliza» serían un porcentaje de la prima total que disminuiría en consonancia con el aumento de la suma asegurada. El resultado sería un sistema de tarifas que variaría con la cuantía de la póliza.

Las compañías de vida de los Estados Unidos sólo recientemente graduaron sus primas de acuerdo con la cuantía de la póliza; muchas de ellas introdujeron primas especiales para ciertos tipos de pólizas con una cobertura mínima y otras adoptaron tarifas que escalonan el tipo aplicable a la prima en cada plan de seguro, en base a clasificaciones múltiples de cuantías o por medio de una prima lineal adicional, de carácter periódico, para cada póliza (derechos de póliza) (1). En cuanto a las clasificaciones, se establecían cuatro o cinco grupos con tipos uniformes dentro de cada uno por cada $ 1.000 de garantía.

Con independencia de que las primas varíen o no según la cuantía, los gastos por póliza se aplican por cada $ 1.000 de suma asegurada, referidos a la *póliza de cuantía media* emitida. Por ejemplo, si los estudios de costes de la compañía indican que la cuota de cada póliza sobre los gastos generales de la empresa es de $ 5, una póliza de cuantía media de $ 5.000 supondría un cargo de un dólar por cada $ 1.000 añadido a la fórmula de recargo, y si la póliza media es de $ 10.000 el cargo sería de $ 0,50 por cada $ 1.000. A fin de guardar una mayor equidad entre los diversos tipos de pólizas cuando la cuantía media difiere considerablemente, casi todas las compañías utilizan una cuantía media distinta para cada uno de los diversos planes de

(1) Véase, más adelante, en este mismo capítulo.

seguro, así como grupos por edades, para el cálculo de sus primas.

Una vez que los gastos por póliza se imputen en base a «una cantidad por cada $ 1.000», la fórmula hipotética del recargo se reduce a dos factores: 1) un porcentaje de la prima, y 2) una cifra constante por cada $ 1.000.

Niveles de las primas brutas

Aunque la prima bruta esté considerada como una prima neta aumentada con el recargo, al determinar el *nivel* de aquélla con mucha frecuencia es vista como una cantidad obtenida con independencia de la prima neta, en base a todos los factores que integran la prima bruta. Los elementos fundamentales para el cálculo de la prima bruta son: 1) un índice apropiado de mortalidad; 2) un tipo apropiado de interés; 3) un índice de cancelaciones o de persistencia; 4) los factores del gasto por unidad, que sirvan para fijar unos márgenes adecuados del gasto; 5) un factor para contingencias y para las fluctuaciones de la experiencia futura, y 6) un factor que dé margen a los beneficios (2). De este modo ya se pueden elegir los presupuestos aplicables a estos elementos, hallar la fórmula que los exprese y calcular, entonces, la tarifa. Estas primas brutas provisionales son verificadas por medio de estudios financieros (véase más adelante), para cerciorarse de que se ajustan a los objetivos de la compañía. La prima bruta final se expresa en términos de la prima neta de valoración (o de cualquier otra prima neta) y se deriva matemáticamente una fórmula del recargo que reproduzca los niveles de primas brutas que los estudios confirmaron.

Probablemente la parte más complicada del proceso del cálculo de la prima sea la determinación de los factores apropiados del gasto. No se puede olvidar que tanto si las primas se gradúan según la cuantía de la póliza, como si se emplea un tipo único por cada $ 1.000, los principios del cálculo de las primas brutas siguen siendo los mismos. Esto también es válido cuando se trata de la diferenciación por sexos. Las diferencias en los

(2) ALFRED H. GUERTIN: «Life Insurance Premiums», en *The Journal of Risk and Insurance*, vol. XXXII, núm. 1 (marzo 1965), pág. 24.

niveles de primas para cada tipo de póliza, serán debidas a los *diferentes índices experimentales* dentro de las diversas subdivisiones y al uso de factores concretos aplicables a cada elemento, en razón de las diferencias entre las pólizas de cuantía media.

Los apartados que siguen se ocuparán del desarrollo de las primas brutas provisionales para unas edades seleccionadas, del uso de los cálculos financieros que comprueben los niveles obtenidos para las primas brutas y de las modificaciones a introducir en las primas provisionales, gracias al desarrollo de una fórmula del recargo, que añadido a la prima neta, coincida con los *niveles* de las primas brutas que fueron establecidos para los planes y edades elegidos.

DESARROLLO DE LAS PRIMAS BRUTAS PROVISIONALES

Las primas brutas provisionales, se pueden establecer con un cuidadoso desarrollo de una fórmula del recargo, que refleje todas las categorías de gastos e imputaciones para contingencias y dividendos, que vayan a añadirse a la prima neta. También pueden partir de un conjunto de presunciones actuariales. Como las primas provisionales son comprobadas por medio de un cálculo de participación en el activo, con independencia del método que se haya seguido para su obtención, las compañías pueden adoptar procedimientos diversos. Cuando estos cálculos son una etapa de un proceso general de revisión de tarifas, la prima provisional de cada póliza en concreto es, usualmente, la prima que corrientemente se carga, modificada, si es preciso, a fin de reflejar los cambios que se sabe se han producido en los diversos factores desde la fecha de la última revisión.

Cuando, para fijar las primas brutas provisionales, se desarrolla una fórmula del recargo basada en la experiencia tenida hasta la fecha, la diferencia principal entre la obtención de primas brutas con participación en beneficios y sin ella, reside en que el punto de partida de las primeras frecuentemente es una prima neta basada en los mismos presupuestos de mortalidad y tipo de interés que fundamentan la prima neta de valoración,

mientras que el punto de partida de las segundas es una prima neta basada en presupuestos realistas de mortalidad o interés. Los dos procedimientos implican el desarrollo de unos índices fiables de gastos, su adición a la prima neta para obtener una prima bruta provisional, y la verificación de esta última mediante el cálculo de la participación en el activo.

Principio básico

El principio básico que fundamenta la obtención de la fórmula del recargo, es el mismo que sirve para el cálculo de las primas netas única y uniforme. Se ha de recordar que en el caso de la prima neta uniforme, se calcula el valor presente de los beneficios prometidos en el contrato, y la suma, que es la prima neta única, se convierte en plazos anuales equivalentes, dividiéndola por el valor presente de una renta vitalicia debida de $ 1, por el período de pago de las primas.

De forma semejante, el valor presente de cada concepto del gasto a ser causado por una póliza concreta, se reparte a lo largo de todo el período de pago de primas, dividiéndolo por la renta vitalicia debida que corresponda. En teoría, conviene que el problema sea visto como la combinación del *valor presente de los beneficios y de los gastos*, repartido entre los años de pago de primas, pero el problema más importante es el estudio detenido de los costes operacionales y de las probables tendencias futuras. El proceso básico implica la imputación de los gastos directos e indirectos a un conjunto predeterminado de clasificaciones funcionales, y la conversión de estas imputaciones en índices de gastos por unidad, como son el porcentaje sobre la prima, una cifra por cada $ 1.000 de seguro o un importe por cada póliza. Al igual que sucede con el análisis de costes, la imputación de costes conjuntos (como son los gastos generales) requiere una considerable capacidad de crítica.

Factores del gasto

Los índices del gasto por unidad expresados en porcentaje de la prima, como son las comisiones y los impuestos, por su propia

naturaleza son una proporción de la prima y su obtención es extremadamente fácil. El verdadero problema reside en la obtención de los índices relativos a los demás tipos de gastos. Como el objetivo es la determinación del *valor presente* de estos gastos, han de ser sometidos a una ulterior clasificación bajo el punto de vista de su incidencia o tiempo de ocurrencia. A continuación ofrecemos una clasificación típica:

1. Gastos expresados en porcentaje de la prima:
   a) Causados al tiempo de la emisión.
   b) Causados solamente durante un limitado número de renovaciones.
   c) Causados todos los años, incluso en el primero.
2. Gastos expresados en una cantidad por cada $ 1.000 de garantía:
   a) Causados antes de la emisión.
   b) Causados todos los años.
   c) Causados solamente en el año de la maduración.

La determinación de los índices del gasto por unidad implica, por tanto, la de la suma de gastos causados, según figure en el estudio de los costes, y la del momento de su ocurrencia. Ciertamente la obtención de los índices específicos del gasto por unidad, excede de los límites de esta obra, pero en todo caso conviene hacer unos comentarios adicionales (3). Los gastos por siniestros y los costes del pago de los valores de rescate se contabilizan separadamente, y son tratados como *beneficios adicionales*. El coste de la emisión de la póliza y de su registro puede ser estimado por unidad; los derechos de valoración que se pagan al departamento estatal de seguros se aplican sobre la base de cada $ 1.000 de garantía; los gastos de agencia y suscripción se dividen en dos, unos aplicables por cada $ 1.000 y otros por cada póliza. Como ya se dijo, las comisiones y los impuestos se calculan en porcentajes de las primas. Los salarios se imputan sobre la base del trabajo realizado, de acuerdo con estudios del tiempo y con otras mediciones adecuadas. Los alquileres, la electricidad, la calefacción, etc., se imputan con los mismos criterios que los salarios.

Una vez desarrollados todos los factores del gasto por unidad, se combinan para lograr un patrón de los gastos: 1) por póliza, 2) por $ 1.000 y 3) por porcentaje, durante el primer año y durante las anualidades sucesivas.

(3) Véase GUERTIN: «Life Insurance Premiums», págs. 38-40.

Los índices del gasto por unidad, desarrollados en base a unos escrupulosos estudios de costes, pueden ser comprobados en cuanto a su exactitud, aplicándoles los adecuados elementos de operación de la compañía. Si esta aplicación da por resultado unos *gastos totales* que se aproximen a los reflejados en el estado anual de la compañía, se podrá pensar que en efecto reflejan los costes operacionales de la aseguradora. Es lógico que puedan introducirse modificaciones de juicio, que dependan del optimismo o del pesimismo de la dirección ante el futuro.

Una vez averiguado el valor presente de todos los gastos, y una vez haya sido repartido por el período de pago de primas, sólo queda incluir un margen para beneficio y para contingencias, y en su caso, para dividendos, para que sumados a la prima neta apropiada se obtenga la prima bruta provisional.

Los márgenes

Como se ha dicho, en la fórmula del recargo debe incluirse una provisión para beneficios y contingencias. Aunque la compañía con distribución de dividendos parta de unos presupuestos conservadores en cuanto al tipo de interés, a la mortalidad y a los gastos, lo cierto es que el recargo ha de recibir un incremento concreto, a fin de hacer frente a eventualidades poco comunes; como los márgenes no utilizados pueden ser devueltos en forma de dividendos, se hace previsión de un dividendo mínimo, a ser incrementado si se producen desviaciones favorables de los presupuestos conservados que fueron base de la tarificación. Estas decisiones pertenecen a la política de la alta dirección y varían de una compañía a otra. Una previsión moderada puede suponer el 5 por 100 de la prima bruta, o alternativamente, una suma equivalente expresada en función de la prima y de cada $ 1.000 de seguro.

La fórmula del recargo en pólizas con distribución de dividendos se expresa generalmente en función de la prima neta (base de la reserva) tabular.

COMPROBACION DE LAS PRIMAS BRUTAS PROVISIONALES

El conjunto de las primas brutas obtenidas por aplicación de la fórmula de recargo a las primas netas, es de naturaleza provisional y ha de ser comprobado a las edades cero, quince, veinticinco, treinta y cinco, cuarenta y cinco y cincuenta y cinco, para ver si bajo unos presupuestos *realistas* sobre mortalidad, tipo de interés devengado, gastos y expiraciones, desarrollan unas acumulaciones de activo suficientemente elevadas para hacer frente a los valores de rescate prometidos en el contrato, a los requisitos de reservas, y para garantizar que los costes netos resultantes son razonables y sustanciales. Las primas brutas se comparan luego con las de la competencia, para ver si se hallan a un nivel competitivo. Conviene añadir que los estudios de la participación en el activo, aunque tengan su interés para la valoración del nivel de las primas brutas, tienen como finalidad primordial asegurarse de la *adecuación* de la prima bruta a las obligaciones futuras de la compañía.

Cálculos de la participación en el activo

Estos cálculos constituyen la base de las pruebas de adecuación, que persiguen determinar, dentro de un bloque de pólizas (de un mismo plan de seguro y con la misma edad a la emisión), el fondo previsto por cada $ 1.000 de seguro contratado con la compañía al final de cada anualidad (lo normal es que la prueba se haga para un máximo de veinte o treinta años), una vez se haya efectuado el pago de las reclamaciones por fallecimiento, de los gastos, de los dividendos y de los rescates, y teniendo en cuenta las ganancias reales por intereses. El *fondo* acumulado al final de cada anualidad, se divide por el número de unidades de riesgo representadas por los asegurados supervivientes. El proceso se parece al del cálculo de la reserva retrospectiva, pero se basa en una previsión realista de la experiencia, en lugar de en la experiencia tabular, y teniendo en cuenta las cancelaciones de las pólizas. Así como el valor de rescate debe ser inferior a la

participación media en el activo, así también las comparaciones que siguen entre participaciones medias y valores de rescate producen ganancias y pérdidas nominales y no reales.

Si los valores de rescate fueran exactamente iguales en cualquier momento a la participación en el activo, nuestros cálculos podrían ignorar los índices de cancelaciones, pero como lo más usual es que los valores de rescate sean, en los primeros años de la póliza, superiores a la acumulación de la participación en el activo, habrá que tener en cuenta las terminaciones (4). La prima definitiva ha de reflejar las pérdidas ocasionadas, cuando el asegurado que rescata recibe un valor superior a la participación en el activo que a la póliza corresponde. Una vez pasados los primeros años del seguro, la participación en el activo normalmente supera al valor de rescate, y la terminación del contrato supone una ganancia.

Aunque la compañía obtenga una ganancia por los rescates producidos después de los años iniciales, sin embargo, la cantidad tomada de los excedentes para cubrir el exceso de gastos del primer año no se recupera íntegramente mientras la participación en el activo ni iguale o supere la reserva; hasta entonces los fondos han sido tomados a «préstamo» del excedente. La presión sobre los excedentes puede ser aliviada mediante un sistema modificado de reservas (5). La decisión sobre el término a que tenga que acumularse íntegramente la reserva de la póliza (cuando la participación en el activo iguala o supera la reserva neta uniforme) pertenece a la dirección de la compañía y puede estar influenciada por la competencia. Mientras más corto sea el plazo de amortización del exceso de gastos, mayor será la prima bruta.

No es de extrañar que en una compañía sólidamente establecida, se tarde veinte o veinticinco años en amortizar los gastos de adquisición de un tipo concreto de pólizas; las compañías con gran volumen de negocio de nueva emisión, amortizan estos gastos en un plazo mucho más breve, entre cinco y diez años.

---

(4) Debe tenerse en cuenta que el valor *ideal* de rescate no puede ser superior en ningún momento al de la participación en el activo; en realidad, debe ser un poco inferior. Véase el capítulo 26.

(5) Véase más adelante, al tratar de los «sistemas modificados de reservas».

En el instante en que la participación en el activo excede de la reserva plena la póliza no sólo ha devuelto el excedente que había tomado a «préstamo» en los libros contables, sino que incluso empieza a contribuir al superávit (6). De todas las pólizas se espera la contribución al superávit, pero el grado de esta contribución constituye una decisión de la dirección que está condicionada por criterios de seguridad, equidad y competitividad (7).

Reajuste de las primas brutas provisionales

En el supuesto de que las participaciones en el activo obtenidas por las primas brutas provisionales, fueran insuficientes para ajustarse a los objetivos de la compañía, tales primas han de aumentarse de un modo u otro, o bien ha de reducirse algún concepto del gasto. Si la acumulación del fondo se muestra excesiva, esto es, si la participación en el activo supera al valor de rescate con un margen excesivo o si se iguala con la reserva en un plazo demasiado breve, las primas tendrán que ser objeto de reducción. Como es lógico, las compañías con participación en beneficios también pueden adaptar la participación en el activo, mediante la modificación de la escala de dividendos provisionales.

La principal finalidad del cálculo de la participación en el activo es la evaluación de la adecuación de la prima bruta a los objetivos de la compañía, a la incidencia del gasto, a los beneficios, etc. Los cálculos de la participación en el activo efectuados sobre todos los bloques de pólizas, sirven también para verificar la equidad que debe existir entre los diversos tipos de póliza.

Modificación de las primas brutas

Pólizas con participación en forma de dividendos.—Una vez que se haya determinado el nivel de las primas brutas de las diversas edades seleccionadas, para cada plan de seguro, el último

(6) En realidad, cuando en una anualidad de seguro el activo aumenta más que el pasivo, la póliza puede empezar a contribuir al excedente haciendo que su propio excedente negativo sea cada vez menor.

(7) El Estado de Nueva York ha dictado reglas sobre la contribución que las pólizas con participación en los beneficios puedan hacer al excedente en su conjunto.

paso en una compañía con dividendos es el de hallar la prima neta de valoración (a la fecha de emisión los presupuestos de mortalidad y de tipo de interés coinciden generalmente con las tarifas y con las primas netas de valoración) y, a través de su ensayo, el de determinar una fórmula concreta del recargo (porcentaje y factores constantes) que reproduzcan los niveles de prima bruta que fueron fijados para los principales planes y edades. De esta forma, una compañía con participación puede expresar sus primas brutas finales en base a la *Tabla 1958 CSO*, al 2,5 por 100 y a una fórmula del recargo que incluya un porcentaje específico de la prima neta para el plan en cuestión, y otro porcentaje específico de la prima neta para un plan de seguro ordinario de vida emitido a la misma edad, además de una cantidad constante por cada $ 1.000 de seguro. El empleo de dos elementos en la fase porcentual de la fórmula, refleja el hecho de que los gastos no varían directamente con las primas netas del plan en cuestión; en otras palabras, los gastos de una capitalización a veinte años no guardarían con los gastos de una póliza ordinaria de vida, la misma proporción que una prima neta grava, con otra. De este modo el empleo de dos elementos en la fase porcentual, tiende a reflejar las diversas escalas de comisiones pagadas en cada plan de seguro.

Pólizas sin participación.—En este supuesto, el último paso en el proceso del desarrollo de las primas brutas definitivas puede ser un poco diferente. Una vez determinado el nivel adecuado de las primas brutas a las edades seleccionadas, para cada uno de los planes de seguro, la compañía puede interpolarlas para hallar las primas intermedias, sin preocuparse de expresar la prima en términos de prima neta de valoración y de fórmula de recargo. Sin embargo, hoy día, gracias a los equipos modernos de ordenadores, casi ninguna compañía acude a la interpolación; la mayoría sigue el mismo proceso usado por las compañías con participación.

EXPLICACION DEL CALCULO DE LA PARTICIPACION EN EL ACTIVO

Selección de los presupuestos más probables

Si los cálculos de participación en el activo van a constituir una prueba razonable de la adecuación y equidad de la prima entre un bloque y otro de pólizas, habrá que elegir con gran atención los factores que intervienen en este cálculo. Las presunciones que fundamentan un modelo matemático son las que determinan su efectividad como instrumento de predicción.

La mortalidad.—La selección del presupuesto más probable sobre la mortalidad se complica con la tendencia secular hacia la mejora de sus índices. Puede argumentarse que las primas sin participación en dividendos debieran reflejar la mejora prevista para la mortalidad futura; pocas son las compañías que reflejan la mejora de la mortalidad en sus primas del seguro de vida, aunque sean muchas las que empiezan a reajustar sus tarifas de *renta vitalicia*, en previsión de una mayor longevidad futura. En todo caso, todas las compañías se basan en la última experiencia disponible del pasado.

Las mejores fuentes de información sobre las tendencias corrientes, la incidencia y el nivel de mortalidad entre los asegurados ordinarios, han sido los *Reports* del Comité sobre mortalidad en seguros ordinarios y en rentas vitalicias, publicados anualmente por la Sociedad de Actuarios. El Comité recoge los datos a partir de las estadísticas suministradas por las 16 compañías más importantes de seguros de vida. La experiencia se da a conocer sobre una base seleccionada relativa a las 15 primeras anualidades de las pólizas y sobre la base de todas las pólizas con una duración de dieciséis o más años. Los índices de fallecimiento se hacen constar en todas las edades de las vidas juveniles, pero entre los adultos se reflejan por grupos de edades quinquenales. El Comité publica periódicamente una tabla graduada de mortalidad en base a sus datos (la última tomó como base el período 1955-60), y estas tablas son muy utilizadas por las compañías pequeñas para efectuar el cálculo de sus primas, y para calcular los dividendos en el caso de pólizas con participación.

Las compañías de mayor importancia elaboran sus propias tablas de mortalidad en base a su experiencia, y las utilizan para la determinación de las primas y, en su caso, de los dividendos.

El interés.—El tipo de interés usado para los cálculos de la participación en el activo ha de ser seleccionado con mucho cuidado. Implica la estimación de los tipos que vayan a aplicarse a las inversiones que se realicen en los próximos veinte a cincuenta años; la estimación ha de efectuarse conociendo el hecho del gran impacto a largo plazo que el tipo de interés tiene sobre el seguro de vida y de capitalización. Desde el punto de vista del accionista, tiene una enorme importancia la diferencia que pueda existir entre los tipos de interés reales y los presupuestados.

El tipo seleccionado quedará normalmente comprendido dentro de la gama de los tipos posibles, siendo su límite superior (en un período de intereses crecientes) el que se devengue en las inversiones *nuevas*, y el inferior el tipo de valoración de las pólizas corrientemente emitidas. Las compañías con participación, generalmente utilizan el mismo tipo para expresar las primas brutas finales y para los cálculos de las reservas, ya que ambas reciben la misma consideración. Muchas compañías sin participación adoptan para las primas brutas definitivas un tipo más alto que para los cálculos de las reservas. En la actualidad, el presupuesto típico para la expresión de las primas brutas definitivas y para los cálculos de las reservas es el tipo del 2,5 por 100; es usual que las compañías sin participación combinen el 3,75 o el 4 por 100 para las primas, y el 3 por 100 para los cálculos; pero las compañías con participación siguen usando el 3,75 o el 4 por 100 para comprobar el nivel de las primas brutas provisionales, y al elegir el tipo las aseguradoras han de tener en cuenta la repercusión del impuesto federal sobre la renta. De otro lado, se puede admitir también la posibilidad del cambio en el tipo de interés de los años venideros, y así se puede asumir un tipo del 4 por 100 para los primeros diez años, y otro del 3 por 100 para los siguientes.

Gastos operacionales. — Tanto en un grupo de compañías como en el otro, el índice del gasto se calcula del mismo modo. Se halla el tamaño medio de las pólizas nuevas según cada plan

y edad a la emisión y se le aplica el gasto constante por póliza que permita la expresión de los índices del gasto en términos de porcentaje de la prima, incrementado en una suma de dólares por $ 1.000 de seguro. Como los factores del gasto se basan en la frecuencia *media* de cobros, las primas finales han de ser ajustadas para que reflejen la frecuencia concreta con que vayan a ser abonadas. Si las primas brutas provisionales se basan en el análisis detallado de los gastos corrientes, estos mismos índices del gasto serán utilizados como base para la estimación del gasto futuro a los efectos del cálculo de la participación en el activo; de lo contrario, el estudio detallado del coste tendría que preceder al cálculo de la participación en el activo. Hay que tener en cuenta también, el efecto que sobre los gastos de las operaciones puedan tener los avances en curso del sistema de ordenadores.

Indices de cancelación.—Normalmente, la predicción de los índices futuros de cancelaciones o abandonos, es una de las tareas más difíciles del cálculo de la participación en el activo. La dificultad reside en las profundas fluctuaciones entre año y año, sobre todo como consecuencia de la situación económica. Los índices de cancelación no son, a los efectos de la prueba de adecuación, tan importantes como los otros tres factores, pero sus implicaciones financieras pueden ser muy graves, en el caso de aseguradoras pequeñas con índices de cancelación muy elevados en los primeros años de la póliza.

Al igual que con los demás factores, lo usual es que se utilicen índices basados en la experiencia de la misma compañía, aunque se cuente con la ayuda de estudios generales ya publicados (8). Los índices de cancelación están afectados por muchos factores, entre los que podemos citar la calidad de los agentes de venta, la edad a la emisión, el plan de seguro, el importe de la prima, la frecuencia del pago, etc. En la práctica, estos índices

(8) Véase M. A. LINTON: *The Record of The American Institute of Actuaries*, vol. XIII (1924), págs. 283-316. También C. F. B. RICHARDSON y JOHN M. HARTWELL: *Transactions of the Society of Actuaries*, vol. III (1951), págs. 338-72, y el estudio reciente de ERNEST J. MOREHEAD: «The Construction of Persistency Tables», en *Transactions of the Society of Actuaries*, vol. XII (1960), págs. 545-63.

se agrupan según el *plan de seguro*, la *edad a la emisión* y la *frecuencia del pago de la prima*. Cualquiera que sea el plan considerado, el índice es alto durante los dos primeros años de seguro, y disminuye con el paso del tiempo.

Hemos de recordar que los índices de cancelación únicamente se emplean en los cálculos de primas, a causa de la disparidad entre los valores de rescate y las participaciones en el activo disponibles, para su distribución entre los asegurados que cancelan.

Cálculo de la participación en el activo

El proceso por el cual se verifica un conjunto de primas brutas puede ser objeto de explicación satisfactoria si acudimos a un cálculo concreto de participación en el activo. Para nuestro ejemplo hemos elegido una prima bruta provisional de $ 23,59 para una póliza ordinaria de seguro de vida emitida a un varón de treinta y cinco años. Como va se dijo, la prima bruta provisional puede basarse en cualquier conjunto de presupuestos actuariales, o en ninguno de ellos. Si los cálculos son una fase de la revisión general de las tarifas, la prima provisional de una póliza en concreto podría ser la prima que en el momento se esté cargando; o bien podría ser la prima de una compañía de la competencia; o una prima neta recargada de acuerdo con la experiencia de la aseguradora. En todo caso, los presupuestos en que se apoya la fórmula de la participación en el activo son elegidos con sumo cuidado y se basan en los «presupuestos (realistas) más probables», desde el punto de vista de la compañía en cuestión.

En este ejemplo, los presupuestos de índices de mortalidad, de cancelación, del gasto y de tipo de interés son un tanto arbitrarios, para evitar complicaciones. Los valores de rescate y las escalas de dividendos son decisiones independientes de la dirección, que también son «verificados» por medio del cálculo de la participación en el activo.

Si disponemos de los presupuestos sobre el número y el volumen de las primas a cobrar cada año, sobre el número de relaciones por muerte, de una suma de $ 1.000, que se formulen cada año (en base a los índices de mortalidad que fueron empleados para determinar el número de primas a cobrar), sobre

el número e importe de los pagos de rescate a ser desembolsados anualmente, y sobre el tipo de interés a ser devengado sobre los fondos acumulados, tendremos la materia prima (columnas 1 a 8 de la tabla 25.1) para la elaboración del cálculo; los presupuestos se combinan en la misma tabla (columnas 9 a 17) para llegar a la participación en el activo por $ 1.000 a cada duración.

TABLA 25.1

Cálculo de la participación en el activo para una póliza ordinaria de vida de $ 1.000 emitida a un varón de 35 años, prima bruta por cada $ 1.000

(1) Año de póliza	*(2) Número de los que pagan primas al principio del año*	*(3) Número de los que fallecen (a)*	*(4) Número de los que cancelan (b)*	*(5) Número de los que viven al final del año, con deducción de las cancelaciones =(2)—(3)—(4)*	*(6) Índice del gasto por cada $ 1.000 (c)*
1	100.000	99	9.990	89.911	$ 27,01
2	89.911	98	5.389	84.424	2,83
3	84.424	106	4.216	80.102	2,83
4	80.102	113	3.520	76.469	2,83
5	76.469	122	3.054	73.293	2,83
6	73.293	131	2.634	70.528	2,83
7	70.528	142	2.252	68.134	2,83
8	68.134	155	1.971	66.008	2,83
9	66.008	170	1.778	64.060	2,83
10	64.060	186	1.597	62.277	2,83
11	62.277	205	1.490	60.582	2,83
12	60.582	224	1.388	58.970	2,83
13	58.970	246	1,292	57.432	2,83
14	57.432	270	1.200	55.962	2,83
15	55.962	296	1.113	54.533	2,83
16	54.553	325	1.085	53.143	2,83
17	53.143	353	1.056	51.734	2,83
18	51.734	383	1.027	50.324	2,83
19	50.324	414	998	48.912	2,83
20	48.912	447	969	47.496	2,83
21	47.496	—	—	—	—

(a) Los fallecimientos están basados en la tabla de mortalidad seleccionada y definitiva. Se presume que los fallecimientos se producen, por línea media, a mediados de la anualidad.

(b) Las cancelaciones se basan en los índices A de Linton. Se presume que se producen al final de la anualidad.

(c) Los gastos se basan en la Fórmula II de costes por unidad, de Arthur Pedoe, «Further Notes on the Trend of Life Insurance Company Expenses», T. S. A. XIII (Parte I), p. 1. Se presume que la cuantía media es de $ 10.000.

TABLA 25.1 *(continuación)*

(1) Año de póliza	*(7) Valor de liquidación por cada $ 1.000 al cancelar*	*(8) Dividendo por cada $ 1.000*	*(9) Fondo al principio del año = (16) pr*	*(10) Ingresos de primas =($ 23,59)×(2)*	*(11) Desembolsos de gastos =(2)×(6)*
1	—	—	—	$ 2.359.000	$ 2.701.000
2	$ 15,18	$ 2,59	$ —456,660	2.121.000	254.448
3	33,28	2,88	1.065.865	1.991.562	238.920
4	51,68	3,15	2.425.125	1.889.606	226.689
5	70,38	3,46	3.741.593	1.803.904	216,407
6	89,36	3,75	4.949.279	1.728.982	207.419
7	108,59	4,05	6.096.202	1.663.756	199.594
8	128,10	4,34	7.197.451	1.607.281	192.819
9	147,86	4,62	8.259.330	1.557.129	186,803
10	167,90	4,87	9.282.590	1.511.175	181.290
11	185,81	5,24	10.275.829	1.469.114	176.244
12	203.97	5,58	11.227.980	1.429.129	171.447
13	222,24	5,95	12.144.445	1.391.102	166,885
14	240,63	6,29	13.023.634	1.354.821	162.533
15	259,12	6,67	13.868.402	1.320.144	158.372
16	277,71	7,03	14.677.191	1.286.905	124.385
17	296,35	7,40	15.435.689	1.253.643	150.395
18	315,05	7,79	16.144.656	1.220.405	146.407
19	333,79	8,18	16.801.160	1.187.143	142.417
20	352.54	8,58	17.404.219	1.153.834	138,421
21	—	—	—	—	—

Año de póliza	*(12) Reclamaciones por fallecimiento = $ 1.000×(3)*	*(13) Cantidad pagada al rescate = (4)×(7)*	*(14) Total de dividendos pagados = (5)×(8)*	*(15) Interés devengado durante el año =0,04[(9)+(10)— —(11)—1/2 (12)]*
1	$ 99.000	—	—	$ — 15.660
2	98.000	$ 81.805	$ 218.658	54.436
3	106.000	140.308	230.694	110.620
4	113.000	181.914	240,877	162,342
5	122.000	214.941	253.594	210.724
5	131.000	235.374	264.480	256.214
7	142.000	244.545	275.943	299.575
8	155.000	252.485	286.475	341.377
9	170.000	262.895	295.957	381.786
10	186.000	268.136	303.289	420.779
11	205.000	276.917	317.450	458.648
12	224.000	283.110	329.053	494.946
13	246.000	287.134	341.720	529.826
14	270.000	288.756	352.001	563.237
15	296.000	288.401	363.869	595.287
16	325.000	301.315	373.595	625.888
17	353.000	312.946	382.832	654.497
18	383.000	323.556	392.024	681.086
19	414.000	333.122	400,100	705.555
20	447.000	341.611	407.516	727.845
21	—	—	—	—

TABLA 25.1 *(continuación)*

Año de póliza	(16) Fondo al final del año = (9) +(10)—(11)—(12) —(13)—(14)+(15)	(17) Participación en el activo al final del año = (16)—(5)	(18) Reserva (d) al final del año	(19) Excedente por cada $ 1.000 al final del año = (17)—(18)
1	$ — 456,660	$ — 5,08	$ 15,64	$ — 20,72
2	1.065.865	12,63	31,59	— 18,96
3	2.452.125	30,61	47,83	— 17,22
4	3.741.593	48,93	64,32	— 15,39
5	4.949.279	67,53	81,05	— 13,52
6	6.096.202	86,44	98,01	— 11,57
7	7.197.451	105,64	115,17	— 9,53
8	8.259.330	125,13	132,55	— 7,42
9	9.282.590	144,90	150,12	— 5,22
10	10.275.829	165,00	167,90	— 2,90
11	11.227.980	185,34	185,85	— 0,51
12	12.144,445	205,94	203,97	1,97
13	13.023.634	226,77	222,24	4,53
14	13.868.402	247,82	240,63	7,19
15	14.677.191	269,04	259,12	9,92
16	15.435.689	290,46	277,71	12,75
17	16.144.656	312.07	296,35	15,72
18	16.801.160	333,86	315,05	18,81
19	17.404.219	355,83	333,79	22,04
20	17.951.350	377.95	352,54	25,41
21	—	—	—	—

(d) Reservas netas de primas uniformes, *1958 CSO*, 2,5 por 100.

El fondo de participación en el activo es semejante a una cuenta corriente: cada año se acreditan como ingresos las primas y los intereses, y se cargan las reclamaciones por fallecimiento, los pagos de dividendos y rescate y los gastos. El saldo final de cada año (columna 16, «Fondo al final del año») se divide por el número de asegurados supervivientes y con póliza en vigor para obtener la participación proporcional de cada uno, esto es, la participación en el activo. La tabla 25.1 muestra que al terminar el año décimo, los 62.277 asegurados supervivientes participan con una suma de $ 165.

El estudio de la participación en el activo revela muchos factores de interés. En primer lugar, la participación es negativa al terminar el primer año, pues refleja unos gastos iniciales relativamente elevados, como son los de la venta, la emisión y la suscripción de las nuevas pólizas.

La comparación entre la columna 7 y la 17 muestra que el valor de rescate es superior al de la participación en el activo

durante los doce primeros años de la póliza, lo cual significa que la aseguradora sufre pérdidas cada vez que se cancele una póliza antes de doce años de vigencia. A partir del año duodécimo la compañía obtiene una ganancia neta con los rescates (9).

La columna 18 revela la reserva neta uniforme (*1958 CSO* 2,5 por 100) que se presume para este bloque de pólizas. La columna 19 recoge el efecto neto acumulado del superávit en cada año, y de acuerdo con los presupuestos, será a partir del año duodécimo cuando se produce una acumulación positiva, que reembolsa las cantidades «tomadas a préstamo» del superávit durante los años anteriores.

Como se ha dicho, el cálculo de la participación en el activo comprueba también el efecto sobre el valor proyectado para el rescate y sobre las escalas de dividendos, y podría asimismo servir para comprobar un proyecto definitivo de escala de dividendos. Con los ordenadores se ha facilitado esta investigación, pues permiten un análisis rápido y económico del impacto de los cambios proyectados en un factor, sobre la experiencia financiera de un bloque de pólizas de vida.

TARIFAS GRADUADAS EN RAZON DE LA CUANTIA DE LA POLIZA

Ya se indicó que ciertos gastos varían en razón del *número de pólizas*, como son los gastos de emisión, de registro, de notificaciones de vencimiento, etc. Si la fórmula de la prima tuviera que incorporar una constante, en razón de este elemento, que no variara con la cuantía del seguro, la prima por $ 1.000 de garantía variaría en razón inversa a la suma asegurada.

Las compañías inglesas de seguro de vida han escalonado sus primas, desde hace mucho tiempo, en razón a la cuantía de la póliza, pero en los Estados Unidos, donde el gobierno reglamenta minuciosamente esta actividad aseguradora, se ha tardado bas-

(9) Desde un punto de vista distinto, la compañía sigue perdiendo el valor presente de los beneficios futuros y la posibilidad de repartir sus gastos generales entre un volumen mayor de negocio. No es tan convincente la conclusión de que las pólizas rescatadas suponen una «ganancia» verdadera para la compañía.

tante en admitir la cuantía de la póliza como una variable independiente. No hubo en el pasado una prohibición legal contra la graduación de las primas según la cuantía del riesgo, pero se dudaba de su legalidad en virtud de lo establecido contra la discriminación. No obstante, las compañías han emitido desde hace mucho tiempo pólizas especiales con unas sumas aseguradas mínimas que podían ser de $ 25.000 o de $ 50.000. Las aseguradoras eludían las normas contra la discriminación, mediante la presentación de planes concretos de seguro que sólo se podían estipular por una suma mínima establecida; por ejemplo, una compañía podía emitir una póliza ordinaria de riesgo preferente por un mínimo de $ 25.000 a tarifa preferencial, y no podía emitir una póliza por una suma inferior, pero en la práctica se terminaba emitiendo pólizas por sumas inferiores, pero para planes «diferentes», como las de capitalización a los ochenta y cinco años. Técnicamente no era discriminación, ya que a todos se les cargaba la misma tarifa según su *clase;* la diferencia práctica era insignificante, ya que es casi lo mismo una póliza de vida pagada a los ochenta y cinco años que una póliza ordinaria de vida, aunque ciertamente quepa alguna diferencia.

Casi siempre que se ha planteado este problema de la discriminación y de la graduación, la solución ha sido aportada por las resoluciones de los departamentos o entidades de seguro. Además, la National Association of Insurance Commissioners aprobó una resolución por la que se reconoce que no cabe en sí la discriminación en el principio de la graduación de las primas en razón a la cuantía de la póliza. Siempre que la graduación se aplique en general a todos los planes y edades, la compañía podrá adoptar libremente unas primas graduales para cada cuantía; el principio ha sido aceptado en los Estados Unidos y en Canadá.

Cuando se emplean clasificaciones múltiples por cuantías, se acude en la práctica a uno de estos dos sistemas (10):

1. *El sistema del descuento de las cantidades,* en el que se establecen varias «bandas de cuantía», aplicando a cada clase

(10) ELGIN G. FASSELL: «Premium Rates Varying by Policy Size», en *Transactions of the Society of Actuaries,* vol. VIII, núm. 22 (noviembre 1956).

tarifas diferentes de primas; en base a este sistema ofrecemos a continuación un cuadro típico:

Banda de cuantías	*Prima por cada $ 1.000 para cada plan y edad en concreto*
$ 2.000 - 4.999	$ 20,00
5.000 - 9.999	18,00
10.000 - 24.999	17,25
A partir de 25.000	17,00

2. *El sistema libre de póliza,* por el que la prima de la póliza se expresa como el producto de la multiplicación de la cuantía de la póliza por un tipo básico por cada $ 1.000, aumentado en una cantidad fija, denominada «derechos de póliza». La prima, para un plan y una edad en particular, puede ser de $ 7,00, más un importe de $ 16,50 por cada $ 1.000; esto significaría una suma de $ 40,00 para una póliza de $ 2.000, de $ 89,50 para una de $ 5.000, y de $ 172 para una de $ 10.000.

En ambos casos la fórmula del recargo ha sido modificada, de suerte que el gasto se considera independiente de la cuantía y se carga cada anualidad. Sin embargo, debe hacerse notar que la suma total necesaria para cubrir los gastos no cambia con estas graduaciones, por lo que las pólizas de menor cuantía habrán de pagar una tarifa superior, a fin de equilibrar el «descuento» otorgado a las pólizas mayores.

RECARGO E INCIDENCIA DEL GASTO

El problema de que cada póliza pague su propio coste, como se ha explicado, es un problema de justicia para con todo asegurado. Desde el punto de vista de la compañía, sin embargo, este aspecto no tiene la misma importancia que el de la incidencia del gasto, o sea, el problema de hacer frente a los gastos en el momento en que se causen. La dificultad primordial es que los gastos del primer año de seguro exceden con mucho de los de años sucesivos; exceden, incluso, del importe de la prima. Es lógico que los gastos iniciales sean elevados si tenemos en cuenta los

gastos de la venta, como son la comisión del agente, los gastos del examen médico, de la aceptación de la proposición, de la emisión de la póliza y del registro y antecedentes de la misma, que se producen dentro de la primera anualidad. El problema principal de la incidencia del gasto es que las pólizas no pueden pagar los gastos del primer año únicamente con el recargo aplicado a la primera prima neta. Estos gastos han de ser atendidos cuando se producen, pero al mismo tiempo la aseguradora se ve obligada a mantener una prima uniforme, a pagar los siniestros del primer año y a poner en la reserva el resto de la prima neta. Una prima neta de $ 17,67 para una póliza ordinaria de vida a la edad de treinta y cinco años se convierte al final del año en $ 18,11, al 2,5 por 100; de esta suma hay que apartar $ 2,47 para pagar el coste estimado del seguro, y $ 15,64 constituyen la reserva que ha de mantenerse en anticipación de los siniestros futuros. El recargo es la única porción de la prima de que se dispone para afrontar los gastos del primer año; por esta razón la compañía no puede respetar la prima uniforme ni apartar desde el primer momento la reserva íntegra, si al mismo tiempo ha de procurar que cada póliza pague sus gastos en la anualidad en que se producen. Las exigencias del primer año son superiores a los fondos de que se dispone; a estos gastos del primer año habrá que atender con fondos ajenos, si no se modifica el sistema de la prima uniforme. En el supuesto de una compañía bien establecida desde hace tiempo, con disponibilidad de excedentes de importancia, la solución del problema es bastante simple, ya que los gastos de la nueva contratación pueden ser atendidos con estos excedentes, y el reembolso de estos pagos se puede conseguir con los márgenes del recargo de las primas sucesivas. Esto no es posible en una compañía de reciente introducción en el mercado, ya que cuenta con escasos excedentes, y en consecuencia estas compañías pequeñas se expanden con gran lentitud, puesto que no pueden hacer frente a toda la demanda de un negocio en rápido crecimiento.

SISTEMAS MODIFICADOS DE RESERVA

Existe la posibilidad de solventar este problema a través de

la modificación del sistema de valoración de las reservas, por el que se permite la creación de una reserva reducida en el primer año o en los primeros años de vigencia de la póliza. En los Estados Unidos se emplean sobre todo dos métodos para la modificación de las reservas, denominados el método del plazo previo completo y el método del plazo previo modificado.

Método del plazo previo completo

Este método de valoración parte del supuesto de que toda la prima neta del primer año (a excepción del coste del seguro corriente) puede ser destinada a la atención de los gastos del primer año en la cuantía en que excedan del recargo, cualquiera que sea el tipo de contrato o la edad del asegurado. Con este método de valoración no existe la reserva final del primer año, y la reducción operada en la reserva podrá ser amortizada durante el período de pago de primas.

La idea vino a los Estados Unidos procedente de Europa, y bajo un punto de vista técnico se trata de considerar el primer año de seguro como un seguro temporal, cualquiera que sea el tipo de contrato, presumiendo que el contrato original permanente entre en vigor al comenzar la segunda anualidad; esto explica la denominación de «plazo previo».

Este método de valoración establece que la prima del primer año ha de pagar el seguro temporal de un año, y que la póliza regular, a efectos de la reserva, entre en vigor un año más tarde, por lo que el período de pago de primas queda abreviado en un año. De esta forma la compañía se libera de la obligación de establecer una reserva final en el primer año, por lo que la prima queda disponible para el pago de los gastos y de los siniestros corrientes. La suma requerida por los siniestros del primer año es la prima neta del seguro temporal de un año (que en un varón de treinta y cinco años de edad es de $ 2,45), y por tanto para atender a los gastos se cuenta con el recargo y con el exceso de la prima neta sobre la del seguro temporal. En el caso de una póliza ordinaria de vida para un varón de treinta y cinco años, será el exceso de $ 17,67 sobre $ 2,45, o sea, $ 15,22; en un plan con veinte primas anuales a la misma edad, el exceso sería de

$ 24,79, y en el plan de capitalización a veinte años sería de $ 37,99. La prima *neta* de las anualidades sucesivas sería objeto de un incremento al tiempo que se reduce el recargo, ya que no se modifica la prima bruta pagada por el asegurado. En este caso la prima neta se convierte en la que correspondería a un seguro emitido un año después, a una edad de un año más, y por un período inferior en un año, y las reservas de la póliza en el segundo año y en los siguientes se basarían en la nueva prima neta. Así un seguro ordinario de vida a los treinta y cinco años de edad se convierte en un seguro temporal de un año y en una póliza ordinaria a la edad de treinta y seis; una póliza de vida con veinte primas anuales se convierte en un seguro temporal de un año y en otro a los treinta y seis años con 19 pagos. El efecto de este método es el de que la suma adicional «tomada a préstamo» en el primer año se devuelve en los años sucesivos reduciendo el recargo y aumentando la prima neta del segundo y sucesivos años.

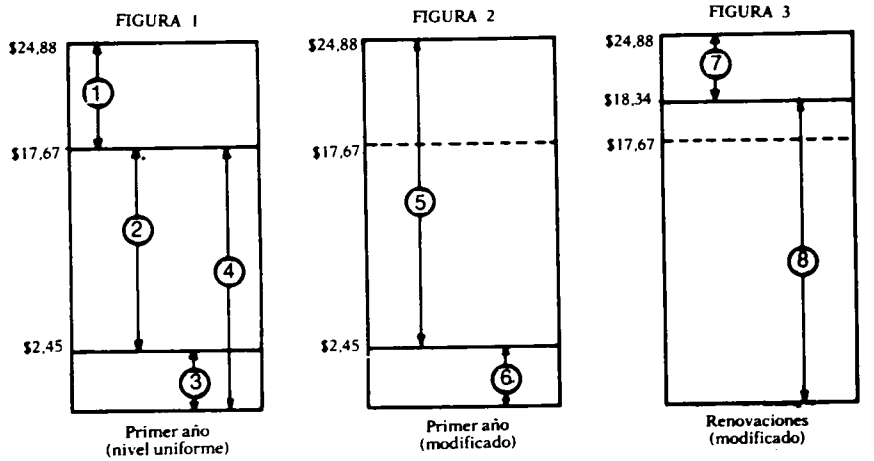


GRAFICO 25.1.—Método de valoración de plazo previo completo, seguro ordinario de vida, para un varón de 35 años, recargo de $ 7,21. Tabla 1958 CSO, 2,5 por 100 de interés.

Estas relaciones se describen gráficamente en las figuras 1, 2 y 3 del gráfico 25.1.

1. Recargo normal uniforme para gastos y contingencias ($ 7,21).
2. Reserva normal uniforme del primer año ($ 15,22).
3. Coste tabular del primer año de seguro ($ 2,45).
4. Prima neta uniforme (es constante a todo lo largo del seguro) ($ 17,67).
5. Recargo modificado para gastos y contingencias en el primer año ($ 22,43).
6. Prima neta modificada del primer año (o sea, prima de un seguro temporal de un año) ($ 2,45).
7. Recargo modificado para gastos y contingencias de las renovaciones ($ 6,54).
8. Prima neta modificada precisa para acumular la reserva exigida en el resto del período de pago de primas (o sea, prima uniforme para un seguro ordinario de vida a la edad de 36 años) ($ 18,34).

Debe observarse que en la figura 1 el importe aplicado a la reserva neta uniforme (área 2), sumado al importe del coste del seguro para el año (área 3), siempre es igual a la prima neta uniforme de la póliza (área 4). Por tanto, la suma disponible para gastos y contingencias (área 1) es de $ 7,21 cada año.

En la figura 2 la prima de un seguro temporal de un año a la edad de treinta y cinco (área 6), sumada al importe aplicado a los gastos del primer año (área 5), es igual a la prima bruta total de $ 24,88. Esto es posible porque con este método de valoración no se requiere reserva al final del primer año.

En base al método de valoración de plazo previo completo, una póliza ordinaria de vida emitida a la edad de treinta y cinco años, se considera como una combinación de una póliza temporal de un año y de una póliza ordinaria con una prima neta uniforme y emitida un año después; por consiguiente, la prima neta de renovación (área 8) es igual a la prima neta uniforme a la edad de treinta y seis, y resulta suficiente para los beneficios de una póliza ordinaria de vida con prima uniforme, emitida a la edad de treinta y seis años. El resto de la prima bruta (área 7) queda disponible cada año para hacer frente a los gastos.

El efecto neto de este método es el de aplazar la acumulación de la reserva, amortizando esta suma durante los restantes años de primas. Hay que subrayar que este método de valoración no hace distinción alguna entre los diversos tipos de contratos permanentes.

En casi todas las pólizas de prima baja emitidas por las aseguradoras, el recargo adicional del primer año que queda disponible al considerar el primer año como un seguro temporal, no resulta suficiente para hacer frente a los elevados gastos del primer año; el resto de la suma exigida ha de obtenerse del excedente. En el supuesto de una compañía en rápido desarrollo se puede plantear el problema de la «capacidad», aunque siga el sistema del plazo previo.

En los planes de seguro con primas más elevadas, por el contrario, la reserva del primer año tomada a «préstamo» es bastante mayor, ya que sigue sin modificarse el coste del seguro temporal del primer año. Para una capitalización a diez años en el caso de un varón de treinta y cinco, la suma adicional para los gastos es de $ 86,01; si un importe de $ 15,15 añadido al recargo del primer año es considerado suficiente para la capitalización, no se requerirán más de cinco veces dicha suma. La lógica de esta postura ha llevado a las autoridades administrativas a regular la introducción de algunas modificaciones en el método de valoración de plazo previo completo; la modificación más importante es la conocida como Método de los Comisionados para la Valoración de las Reservas (o del plazo previo modificado).

Método del plazo previo modificado para la valoración de las reservas

Este método convierte a la póliza de vida con 20 pagos en la base máxima sobre la que se puede acumular una reserva diferida, y de esta suerte divide a las pólizas en dos grupos:

1. El método del plazo previo completo antes descrito se emplea cuando la prima neta del segundo año y de los servicios no excede de la prima neta modificada correspondiente a un plan de vida con 20 pagos.

2. Cuando se trata de planes con primas elevadas, el importe adicional para los gastos se limita aproximadamente a una suma igual a la permitida por el método de plazo previo completo para una póliza con 20 pagos. La suma no es exactamente igual en el caso de pólizas que exijan más o menos de 20 primas anuales, ya que la suma «tomada en préstamo» es «reembolsada» gracias

a una prima uniforme pagadera cada año del período de pago, con inclusión del primer año.

Por ejemplo, para un seguro ordinario a la edad de treinta y cinco años, es imprescindible el método del plazo previo completo, ya que la prima neta para un varón de treinta y seis años es inferior a la prima correspondiente con 20 pagos sobre una base de plazo previo en los años segundo y sucesivos, que es de $ 28,95 (que es la tarifa de un seguro de vida con 19 pagos para un varón de treinta y seis años).

Sin embargo, en el caso de una capitalización a veinte años para un varón de treinta y cinco, es de aplicación el método modificado, ya que la tarifa a diecinueve años para un varón de treinta y seis, que es de $ 43,07, es superior a la tarifa de vida con 19 pagos de un varón a la edad de treinta y seis, que es de $ 28,95. Si se sigue el método del párrafo 2 que antecede, el importe adicional para gastos será de $ 24,79, que es igual a la suma ya indicada para un plan de vida con 20 pagos bajo el sistema de plazo previo completo.

No obstante, cuando el período de pago de primas no es de veinte años, el resultado sería un poco diferente, al igual que sucede con la capitalización a diez años para un varón de treinta y cinco, ya que la aplicación del método del párrafo 2 nos lleva a un importe adicional disponible para gastos de $ 23,51.

La tabla 25.2 representa los valores de reserva final en base a los diversos métodos de valoración que hemos comentado.

TABLA 25.2

Reservas finales por $ 1.000, métodos diversos de valoración
(Tabla 1958 CSO, 2,5 por 100 de interés, varón de 45 años)

Plan	*Año de póliza*	*Método de plazo previo completo*	*Método de plazo previo modificado*	*Método de prima neta uniforme*
Ordinario de vida	1	—	—	$ 21,58
	5	$ 90,00	$ 90,00	109,64
	10	204,74	204,74	221,90
	15	319,26	319,26	333,95
	20	429,80	429,80	442,10

TABLA 25.2 *(continuación)*

Plan	*Año de póliza*	*Método de plazo previo completo*	*Método de plazo previo modificado*	*Método de prima neta uniforme*
De vida con 20 pagos	1	—	—	30,85
	5	133,59	133,59	159,11
	10	312,61	312,61	330,84
	15	508,40	508,40	518,34
	20	730,81	730,81	730,81
De capitalización a 20 años ...	1	—	8,64	39,49
	5	172,57	179,72	205,25
	10	409,09	414,19	432,42
	15	677.54	680,33	690,27
	20	1.000,00	1.000,00	1.000,00

26

Valores de rescate

NATURALEZA DE LOS VALORES DE RESCATE

Ya se ha dicho que el plan de primas uniforme supone el cargo, en los primeros años de la póliza, de una prima neta que es superior a la precisa para pagar el seguro corriente, con el objeto de acumular un fondo suficiente que permita a la compañía hacer frente al coste del seguro en los años últimos de la vida del asegurado, en que la prima neta no basta para pagar el coste corriente de la cobertura. Las reservas se van acumulando al mismo tiempo que este fondo crece, como se ha visto en el capítulo 24 en relación con una póliza ordinaria de vida de $ 1.000 para un varón de treinta y cinco años, emitida de acuerdo con la *Tabla 1958 CSO* y al interés del 2,5 por 100. Se vio que la prima neta anual de $ 17,67 implicaba una reserva de $ 15,64 al finalizar el primer año, y que a partir de aquí la acumulación continuaba hasta que en el año 65.º del contrato, o al llegar al límite extremo de la vida del asegurado, según la tabla de mortalidad, su importe equivalía a la suma cubierta por la póliza.

¿Qué se va a hacer con estas acumulaciones en el caso en que el asegurado desee rescatar la póliza o deje de pagar la prima a su vencimiento? Es obvio que en estas circunstancias, al cesar en sus responsabilidades contractuales, la compañía ya no tiene necesidad de mantener una reserva para el fin originariamente proyectado. La práctica ha demostrado que ya no es preciso para

la proteccion de la compañía o para la de los demás asegurados que el asegurado que deje de serlo pierda todo el valor de reserva de su póliza. Se ha impuesto el uso de que en caso de rescate o interrupción el asegurado reciba un valor de rescate. En los primeros años de la póliza el valor de rescate normalmente es inferior a la reserva íntegra; la diferencia entre el valor de rescate y la reserva se ha conocido en el pasado bajo el nombre de *gasto del rescate*. La expresión no es la apropiada, ya que da a entender que el asegurado es penalizado, mientras que, como se explicará más adelante, el pago inferior a la reserva tiende a proteger a los asegurados que siguen con pólizas en vigor, y no a penalizar a los que las dan por terminada.

La costumbre del pago del rescate es bastante antigua, pero las compañías lo concedían discrecionalmente; unas la reconocían y otras no la aceptaban. En todos los Estados americanos están hoy en vigor normas que se denominan de no renuncia, que fija la cantidad mínima que ha de devolverse al rescatar la póliza (1); casi todas las compañías ofrecen valores de rescate superiores a los mínimos legales.

PRACTICAS DE LAS COMPAÑIAS

Al determinar el valor apropiado a ser reconocido a los que abandonan el plan de seguro, las compañías se basan en ciertos principios. Veamos estos principios antes de examinar la normativa legal.

Conceptos de equidad

El tratamiento dado a los asegurados que cancelan la póliza puede explicarse con uno de tres conceptos posibles de la equidad. Bajo uno de estos puntos de vista hay que aducir que a falta de normas legislativas que establezcan lo contrario, el tomador del seguro no debiera recibir *nada*, ya que la única función del contrato de seguro de vida es la de procurar unos ciertos beneficios en caso de fallecimiento o de supervivencia a la fecha de maduración del capital. Las primas pueden estar ya descontadas a la vista de los rescates previstos (también los dividendos pueden ser incrementados cuando se trate de un contrato con participación en beneficios), y la renuncia al derecho al rescate puede reflejarse en una reducción en el coste del seguro. En una primera época, esta postura fue generalmente aceptada y aplicada, en ocasiones incluso sin introducir reajustes en la prima. Esta costumbre provocó la promulgación de normas tendentes a evitar la renuncia, que son las que hoy se aplican. Además, las previsiones de los índices futuros de cancelación están sujetas a profundas fluctuaciones, por lo que no ofrecen gran fiabilidad.

(1) Bajo el gobierno de Elizur Wright el Estado de Massachussetts fue el primero que puso en vigor esta norma, el 10 de mayo de 1861.

Si nos colocamos en el otro extremo, al asegurado que cancela su póliza se le puede reconocer el derecho a la devolución de todas las primas pagadas (deducidos los dividendos) más intereses al tipo contractualmente estipulado, menos la parte proporcional de los siniestros aceptados y los gastos medios de la compañía; en otras palabras, a la *reserva plena* establecida en el contrato, cualquiera que sea la anualidad en que el rescate se produzca. Esta postura, como es lógico, ignora el problema de la incidencia del gasto y parte del supuesto de que los gastos no amortizados de la adquisición, en el caso de pólizas rescatadas en los primeros años de vigencia, han de ser soportados por los demás asegurados o bien cargados al excedente general de la aseguradora.

Los que defienden esta postura alegan que el crecimiento sano de una compañía es esencial para todos los asegurados y, en consecuencia, las pérdidas atribuidas a las cancelaciones en los primeros años de vigencia han de ser cargadas a todas las pólizas y no únicamente a las de nueva contratación. La aplicación estricta de esta teoría significaría la equiparación entre el valor de rescate y la reserva plena, incluso en el primer año del seguro. Una forma modificada sería la imputación de los gastos causados por las cancelaciones tempranas en una parte a todos los demás asegurados, y en otra parte al negocio de una nueva contratación, con lo que obtendríamos un valor de rescate un poco inferior al de la reserva plena y un poco superior al de la participación en el activo (véase más adelante), mientras no se

hayan amortizado completamente los gastos de adquisición; a partir de este momento el valor sería igual al de la reserva.

El tercer concepto basado en la equidad, que es el comúnmente aplicado, programa que el asegurado que cancela la póliza ha de recibir un valor de rescate que se aproxime lo más posible a su contribución a los fondos de la compañía, hecha deducción del coste de la cobertura que ha recibido y de los gastos causados a la compañía al emitir y administrar la póliza. La finalidad de esta postura es la de que las cancelaciones no deben suponer beneficio ni desventajas para los demás asegurados. En esta línea, la suma recibida por el asegurado que cancela, hacía relación a la cuota proporcional de los activos acumulados por la compañía por cada grupo de pólizas, esto es, a la denominada *participación en el activo.*

Razones que justifican un pago inferior al de la participación en el activo

Se ha de recordar que el valor de participación en el activo, es igual a la cuota proporcional de los activos acumulados por la compañía en aquel bloque de pólizas a que pertenezca a póliza en cuestión. Este valor refleja la incidencia del gasto y sus relaciones con la duración de la póliza. El beneficio real del rescate puede ser un poco inferior debido a diversas causas, entre las que podemos citar: 1) una situación financiera adversa; 2) una selección adversa de la mortalidad; 3) la contribución a la reserva de contingencias o a los beneficios; 4) el coste del rescate.

Situación financiera adversa. — Una razón aducida para que el asegurado no obtenga toda la participación en el activo de su política, es la posibilidad de que durante los períodos de crisis o depresión económica, los asegurados pueden acudir en tal número al privilegio del rescate, que la posición financiera de la compañía puede quedar debilitada en detrimento de los restantes asegurados. En tiempos normales, las aseguradoras de vida tienen unos ingresos superiores a los gastos, suficientes para hacer frente a las demandas de anticipos y rescates; en períodos de crisis económica estas demandas pueden ser tan grandes, que obliguen a liquidar activos valiosos a precios bajos. El derecho

a reclamar el valor de liquidación en cualquier instante de la póliza podría obligar a una política de inversiones más líquidas (2). Son muchas las compañías que entienden que los asegurados que rescatan sus pólizas debieran ser cargadas con la pérdida de ganancias de inversión, incluso con las pérdidas de capital, ocasionadas por su decisión, razón por la cual tienen en cuenta estas circunstancias al fijar el importe del valor a la cancelación.

Selección adversa de la mortalidad.—Otro argumento aducido en favor de un valor de rescate inferior al valor total de la participación en el activo (aunque algunos autores pongan en tela de juicio su exactitud o su importancia) es el relativo a una «selección adversa de la mortalidad», que se presume vaya a producirse, si se aceptan valores muy generosos de rescate. Los que siguen esta tesis mantienen que la póliza de seguro de vida es un contrato unilateral que ha de ser cumplido en todo caso por la compañía, pero que el asegurado puede dar por terminado en cualquier momento, simplemente mediante la interrupción del pago de las primas. Por tanto, siempre que este pago suponga una dificultad, el asegurado en buen estado de salud, que no siente la necesidad inmediata del seguro, no dudará en abandonar el pago de las primas; por el contrario, los asegurados con salud delicada apreciarán el valor de su cobertura y se esforzarán al máximo para seguir al día con las primas. De acuerdo con esta idea, las pólizas con buenos riesgos tendrán mayores probabilidades de cancelación si se reconocen valores generosos de rescate. Se llegará al resultado de una disminución en la duración media, de la vida de los asegurados que continúen con sus pólizas, razón por la cual los que las cancelen deben recibir una suma inferior a la cuota proporcional de sus pólizas, a fin de constituir un fondo que haga frente a un índice mayor de mortalidad entre los riesgos que quedan cubiertos. No obstante, hemos de observar que aunque parezca lógica, esta tendencia es de difícil demostración con datos estadísticos.

Otras razones.—Otras razones aducidas para el pago de un

(2) En la actualidad la aseguradora está *legítimamente facultada* para posponer el pago del valor de rescate durante un plazo de seis meses. Bajo el aspecto práctico, sin embargo, este derecho solamente debe ejercerse en circunstancias económicas de extrema gravedad.

valor de rescate inferior se basan en el principio obedecido por algunas compañías, según el cual cada contrato ha de contribuir a una reserva de contingencias generales o excedentes de la compañía, precisa para absorber las fluctuaciones desfavorables producidas por catástrofes ocasionales, como son las guerras y las epidemias, que pueden tener lugar muy de cuando en cuando. El rescate ha de ser reducido en la cuantía de esta contribución «permanente».

En las sociedades anónimas debe efectuarse, además, otro reajuste del valor de rescate, que tenga en cuenta la contribución de la póliza a los beneficios de los accionistas.

Finalmente, al procesar el rescate se produce un cierto gasto, por lo que algunas compañías reajustan su valor en base a este factor, en lugar de incluirlo en su fórmula del recargo de la prima neta.

Liberalidad de la compañía

Uno de los factores más importantes que afectan a la práctica de la compañía es el hecho de la competencia. En estos últimos años muchas compañías se han visto constreñidas a otorgar valores de rescate muy superiores a los niveles mínimos exigidos por la ley. En algunos casos, las compañías han llegado a valores de rescate equivalentes a la *reserva total* al final de la segunda o la tercera anualidad, y en algunos casos al valor de la *reserva total* al final del *primer* año. Cuando se produce la cancelación del contrato antes de que la participación en el activo sea igual a la reserva total (entre diez y treinta años), los gastos no amortizados de la adquisición han de ser imputados a los demás asegurados; estamos forzando el argumento de que «el negocio nuevo es vital para una administración saneada de una aseguradora de vida». Siempre que los valores de rescate sean iguales o superiores a los mínimos legales, sólo queda acudir a la equidad con que han de ser tratados los asegurados que cancelan sus pólizas y los que las mantienen en vigor. En este caso, la «equidad» es algo que queda a la discrecionalidad de la compañía.

LEY STANDARD DE LA IRRENUNCIABILIDAD

Como se ha dicho, las primeras leyes sobre la irrenunciabilidad fueron promulgadas con el fin de evitar la renuncia a los fondos propios formados por las primas uniformes. Por costumbre, los valores que tenían que ser devueltos han sido conocidos como valores irrenunciables, y las formas en que pueden recibirse han sido denominadas opciones de la irrenunciabilidad. La expresión «valor de rescate» se ha introducido poco a poco, excepto en los casos en que se hace referencia directa a la legislación, y la ha sustituido a causa de su simplicidad y claridad (3).

Finalidad

La norma se dictó para que entrará en vigor en la «fecha de iniciación de las operaciones» de cada compañía, pero no más tarde del primero de enero de 1948; generalmente se la conoce como Legislación Guentin, y pretendía introducir cuatro cambios:

1. Exigía el uso de una tabla de mortalidad más actual, la *Tabla Ordinaria Standard 1941 de los Comisionados* (a partir del primero de enero de 1966 para el cálculo de los valores mínimos irrenunciables se hizo obligatoria la *Tabla 1958 CSO* (4).

2. Permitía una separación sustancial entre reservas y beneficios irrenunciables. Antes estos beneficios estaban directamente relacionados con las reservas, mientras que con el nuevo plan, se obviaba esta inter-relación, logrando un resultado más justo entre los asegurados de las distintas edades y bajo los diversos planes de seguro.

3. Se introducía un nuevo método para el cálculo de los valores no renunciables. Según los métodos anteriores, estos va-

(3) Hay que distinguir entre «rescate» y «anulación»; esta última significa la terminación de la póliza por dejar de pagar las primas cuando no existe un valor aceptado de rescate.

(4) Para el seguro de vida industrial se usa la *Tabla Standard Industrial de Mortalidad de los Comisionados de 1961*, que entró en vigor el 1 de enero de 1968.

lores se basaban directamente en la reserva, aunque los gastos fueran en el primer año mucho más elevados que en los años siguientes, sobre todo a causa de los gastos de comisiones de primer año, de suscripción, de emisión de póliza y de preparación del expediente. Por consiguiente, la legislación anterior no exigía la concesión del beneficio durante los tres primeros años de la póliza, al tiempo que permitía un recargo aplicable al rescate (una deducción de la reserva) durante varios años más. Para hacer frente al fuerte gasto inicial y para mantener el nivel de las reservas, las aseguradoras se veían obligadas a tomar dinero del excedente o bien, como era común, a acudir a unas reservas, modificadas o no, de plazo previo, que eran muy inferiores en los primeros años a las reservas de prima neta uniforme anual. En todo caso, según la legislación anterior, el mismo recargo que podía deducirse de la reserva de prima uniforme, se podía también deducir de las reservas menores de plazo previo. *El objeto del plan standard del valor no renunciable es el reflejar con una fidelidad razonable las participaciones en el activo acumuladas con la póliza.*

4. Se reconocía la necesidad de un margen seguro en las reservas, al aceptar la posibilidad de un tipo de interés más bajo a los efectos del cálculo de las reservas (con lo que se conseguía unas mayores reservas), que el tipo empleado para los valores no renunciables, siempre que se contara con la aprobación del comisionado de seguros. Este diferencial en los presupuestos de intereses se basaba en la premisa de que unos tipos excepcionalmente bajos en el mercado de inversiones, puedan dar lugar a que la acumulación de reservas elevadas se convierta en una medida de prudencia para hacer frente a los siniestros futuros. Para evitar los abusos, la nueva legislación establece que cuando la diferencia entre los tipos de interés presupuestados para la reserva y para los valores no renunciables, exceda de 0,5 por 100, las compañías tendrán, o bien que aumentar los valores no renunciables en el caso de pólizas con participación en beneficios, o bien demostrar ante los organismos oficiales del seguro la inconveniencia del aumento.

Definición del valor no renunciable

El valor mínimo no renunciable, en cualquier momento de la póliza, es el valor presente en dicho momento de los beneficios futuros de la póliza, hecha deducción del valor presente de las «primas ajustadas» futuras. En esencia se trata de la fórmula de la reserva prospectiva en la que se usa una «prima ajustada» en lugar de la prima uniforme ordinaria. La «prima ajustada» es la prima uniforme necesaria para pagar los beneficios garantizados por la póliza (la prima neta uniforme, aumentada en el gasto imputado al primer año. Este equivale a la prima neta uniforme ajustada a la imputación especial del gasto del primer año, lo que explica el nombre de «prima ajustada».

Para la determinación final de los valores no renunciables, se especifican tres factores adicionales usados en la fórmula: 1) una tabla concreta de mortalidad (originariamente la *Tabla 1941 CSO;* a partir de enero de 1966 se hizo obligatoria la *Tabla 1958 CSO*); 2) un tipo máximo de interés (3,5 por 100); y 3) una imputación máxima del gasto específico del primer año. En la mayor parte de los planes de seguro este tercer factor se fija en una cifra constante de $ 20 por cada $ 1.000 de seguro, más un porcentaje (40 por 100) de la prima ajustada empleada, y un porcentaje (25 por 100) de la prima ajustada de una póliza a vida entera. Según la norma legal, el gasto específico de primer año no puede exceder de $ 46 por cada $ 1.000 de seguro.

Los factores porcentuales de la fórmula para la limitación del gasto, tienden a reflejar los gastos que dependen de la prima y del plan de seguro elegido. El factor constante de $ 20 por cada $ 1.000 tiende a reflejar los gastos que dependen del número de pólizas o de la cobertura del seguro. Todos los factores de la fórmula del valor no renunciable, tienen unos márgenes y se calculan a unos niveles, que permiten márgenes amplios para cualquier compañía bien administrada.

Ejemplo del método de prima ajustada

De acuerdo con la ley standard, el primer paso para llegar a los valores de rescate es la determinación de la importancia del gasto específico del primer año, que puede basarse en la

situación del gasto de la compañía, en la presión de la competencia o en otros motivos, siempre que no se sobrepase el límite máximo legal.

El segundo paso es el cálculo de la prima ajustada. El problema puede resolverse de dos maneras. Puede ser considerada como la prima neta anual uniforme precisa, para amortizar un principal igual al valor presente de los beneficios ofrecidos por la póliza, y a la imputación del gasto específico del primer año. De este modo, el valor presente de los beneficios futuros (VPBF) de una póliza ordinaria de vida, emitida a un varón de treinta y cinco años, será igual a la prima neta única de esta póliza, o sea, $ 420,13. La imputación máxima del gasto específico del primer año es, en este caso, de $ 32,27 (5); el total de estas sumas es de $ 452,50. La prima neta anual uniforme que amortizará esta suma puede obtenerse con la división de $ 452,50 por $ 23,775, que es el valor presente de una renta vitalicia debida a $ 1 a la edad de treinta y cinco. El resultado de $ 19,033 es la prima ajustada.

La segunda manera es la de considerar la prima ajustada como el resultado obtenido con la suma de la prima neta anual ordinaria uniforme, y del importe anual preciso para amortizar los gastos específicos de la adquisición, a lo largo del período de pago de primas. De este modo, si dividimos $ 32,37 (imputación máxima del gasto específico del primer año) por el valor presente de una renta vitalicia debida de $ 1 durante el período de pago de primas, o sea, $ 23,775, se obtiene la suma anual de $ 1,362, que añadida a la prima neta, la suma de una póliza ordinaria de vida emitida a un varón de treinta y cinco años ($ 17,671), asciende a $ 19,033 que es la misma prima ajustada ya obtenida.

El último paso es el de la sustitución de la prima ajustada por la prima ordinaria neta uniforme, en la fórmula utilizada para el cálculo de las reservas perspectivas. Así, el valor mínimo no renunciable es igual al valor presente de los beneficios futuros a la edad alcanzada, menos el valor presente de las primas futuras ajustadas.

(5) Para una clara exposición de cómo se obtienen algebráicamente la limitación del gasto y la prima ajustada, véase FREDERIC P. CHAPMAN: *The Standard Nonforfeiture and Valuation Legislation* (Filadelfia, American College of Life Underwriters, 1949), pág. 8.

La aplicación de los principios expuestos puede verse en el resumen que sigue, del cálculo del valor mínimo no renunciable al año décimo de una póliza ordinaria de vida emitida a un varón de treinta y cinco años (*1958 CSO* e interés del 2,5 por 100):

1.	Hallar la prima neta única de una póliza ordinaria de vida para un valor de 35 años	$ 420,12
2.	Hallar la imputación de los gastos específicos del primer año	32,37
3.	Sumar 1 y 2	452,50
4.	Hallar el valor presente de una renta vitalicia debida de $ 1 a la edad de 35 años	23,775
5.	Dividir 3 por 4 para la prima ajustada	19,033
6.	Hallar la prima neta única de una póliza ordinaria de vida de un varón de 45 años	517,49
7.	Hallar el valor presente de una renta vitalicia debida de $ 1 para un varón de 45 años	19,783
8.	Mutiplicar 5 por 7 para hallar el valor presente de las primas ajustadas futuras a la edad de 45 años	376,53
9.	Restar 8 de 6 para hallar el valor mínimo no renunciable al año décimo	140,96

VNR (edad de valoración) = Valor presente beneficios futuros — — Valor presente de primas ajustadas futuras

$$\text{VNR (edad de valoración)} = \text{PNU (edad de valoración} - \left(\frac{\text{PNU (edad originaria)} + \text{imputación gasto específico}}{\text{VPRD de \$ 1 PPP}} \times \text{VPRVD de \$ 1 por el resto del período de pago de primas}\right)$$

$$\text{VNR (45)} = \text{PNU (45)} - \left(\frac{\text{PNU (35)} + \text{imp. gasto}}{\text{VPRVD de \$ 1 PPP}} \times \text{VPRVD de \$ 1 por vida a la edad de 45}\right)$$

$$\text{VNR (45)} = 517{,}49 - \left(\frac{420{,}13 + 32{,}37}{23{,}775} \times 19{,}783\right)$$

VNR (45) = $ 140,96

Debe subrayarse que la única diferencia entre esta fórmula y la fórmula de la reserva mínima ya empleada antes, es la adición del factor del gasto a la prima neta única original, con lo que se obtiene una prima neta *ajustada* uniforme. De esta forma, y bajo un enfoque prospectivo, el valor no renunciable es el valor presente de los beneficios futuros, menos el valor presente de las primas ajustadas futuras.

El valor mínimo no renunciable también puede averiguarse mediante un proceso retrospectivo, pero en él no vamos a detenernos.

Modificaciones del método de la prima ajustada

El ejemplo que antecede refleja el cálculo de unos valores mínimos de rescate con un presupuesto de un 2,5 por 100 de interés. Como se ha dicho, son muchas las compañías que ofrecen valores de rescate superiores a los exigidos por la ley; esto se logra de modos diversos: 1) presupuestando unos gastos de primer año inferiores al máximo permitido; 2) presupuestando unos gastos máximos y amortizándolos a un tipo variable a lo largo del período de pago de primas; 3) o bien mediante una combinación de ambos.

Si se parte del supuesto de unos gastos menores de primer año, la «prima ajustada» será menor, y lo mismo se puede decir del «valor presente de las primas ajustadas futuras», con lo que resultan unos valores de rescate superiores. De forma semejante, en el caso de la amortización del exceso máximo permitido del gasto del primer año a lo largo de un período más corto o con un tipo variable, la prima ajustada se ajusta para que resulten unos valores modificados de rescate. En estos casos en los que la prima ajustada se ajusta para que produzca unos valores mayores de rescate, la prima ajustada modificada se conoce como un *factor no renunciable;* igualmente, el término *método de prima ajustada* hace referencia únicamente a la derivación de valores *mínimos*. Cuando se derivan unos valores más altos gracias al empleo de los factores no renunciables, se utiliza la expresión *método standard del valor no renunciable*. Se ha de recordar que la ley solamente exige unos valores que no sean inferiores a los obtenidos por el método de la prima ajustada.

Dividendos de rescate

En toda compañía bien administrada, la participación en el activo atribuible a una póliza concreta, normalmente excede del valor de rescate, una vez haya transcurrido un plazo razonable de vigencia; eventualmente, incluso llegará a ser superior a la reserva. El tiempo preciso para ello dependerá, entre otras cosas, de la filosofía adoptada al determinar el nivel de la prima bruta en un bloque específico de pólizas. Ya nos hemos ocupado de la justificación del pago de un valor de rescate inferior a la participación en el activo, y se dijo que algunas compañías mantienen que cada póliza ha de hacer una contribución «permanente» a su excedente o reserva de contingencia. Como el valor de rescate generalmente es equivalente a la reserva, una vez han transcurrido algunos años, la participación en el activo ha de exceder en los casos normales del importe de la reserva, para que dicha contribución pueda tener lugar. Mientras la participación en el activo supere a la reserva en más de lo estrictamente necesario para que contribuya equitativamente al excedente permanente de la compañía, el asegurado que cancela la póliza tendrá derecho a cobrar el excedente «en exceso», a esta liquidación final se le denomina *dividendo de rescate*.

Aunque la Ley Standard no exija los dividendos de rescate, sin embargo determina que cuando el tipo de interés utilizado para el cálculo de las reservas de las pólizas con participación en beneficios es inferior en más del 0,5 por 100 al tipo sobre el que se basen los valores de rescate, se tendrá que adoptar un *plan* que prevea «aumentos equitativos» de los valores de rescate, en la medida aprobada por el comisionado de seguros. Debe recordar que en el Estado de Nueva York, cuando exista *cualquier* diferencia entre los tipos de intereses aplicados al cálculo de la reserva y al del valor de rescate, la compañía deberá incluir un dividendo de rescate, o bien demostrar al comisionado que no tiene razón de ser el incremento en el valor de rescate.

RELACIONES ENTRE LOS VALORES DE RESCATE, LAS RESERVAS Y LAS PARTICIPACIONES EN EL ACTIVO

Hasta aquí se ha pretendido dar una idea de lo que son los valores de rescate, las reservas y las participaciones en el activo.

El *valor de rescate* representa el importe que por contrato se ha de entregar a un asegurado que abandona su plan de seguro. Este valor refleja la distribución equitativa de la suma neta acumulada por una póliza en concreto, en comparación con las demás pólizas.

La *reserva* es un valor más conservador, y representa las obligaciones de la compañía frente a sus asegurados. Como sucede con el valor de rescate, también es un reflejo del plan de seguro escogido, de la edad a la emisión de la póliza y de su duración. Pero no refleja el elemento del gasto, a no ser que se trate de algún tipo de reserva modificada. Por otro lado, el valor de rescate refleja la incidencia del gasto, de acuerdo con la política de la compañía en cuanto al período en que haya de recuperarse el exceso de los gastos del primer año, con las circunstancias de la competencia, etc.

La *participación en el activo* no es más que la parte proporcional del activo acumulado, en base a la experiencia real de la aseguradora, por el bloque de pólizas al que pertenezca la póliza en cuestión.

Ya se ha dicho que la participación en el activo es, en los primeros años, inferior a la reserva, a causa de la incidencia irregular del *gasto*, comparada con la *provisión de gastos* de la prima uniforme. El tiempo exigido para que la participación en el activo sea igual a la reserva, está en función de la decisión de la alta dirección, sobre la recuperación más o menos rápida de los gastos de primera emisión, reflejada en el nivel de las primas brutas que se haya adoptado y/o en la escala de los dividendos. Una vez igualadas la reserva y la participación en el activo, ambas siguen aumentando, pero lo más frecuente es que la segunda lo haga a un ritmo un poco mayor.

Como se ha afirmado en este capítulo, el valor de rescate es un valor un tanto arbitrario, y refleja los elementos de la incidencia del gasto, de la competencia y de la política de la compañía,

sobre la equidad que haya de reinar entre los asegurados que sigan cubiertos y los que anulan su seguro. En los primeros años de la póliza, el rescate se sitúa en una cuantía que se halla entre la participación en el activo y la reserva de la prima neta uniforme; una vez se haya amortizado sustancialmente la porción del gasto de adquisición atribuido a los asegurados que quedan y a los que cancelan, el valor de rescate normalmente es igual a la reserva de la prima neta uniforme, si se trata de compañías que valoran sus reservas de acuerdo con este método. Sin embargo, hay que subrayar que la Ley Standard *permite* que el valor líquido del rescate sea inferior a la reserva en cualquier momento de la póliza anterior a la terminación del período de pago de primas.

TABLA 26.1

Relaciones entre los valores de rescate, las reservas netas uniformes finales y las participaciones en el activo; pólizas ordinarias de vida, varón de 35 años, sobre una base de $ 1.000

Año de póliza	*Valor de rescate*	*Reservas*	*Participación en el activo*
1	—	$ 15,64	$ — 5,08
2	$ 15,18	31,59	12,63
3	33,28	47,83	30,61
4	51,68	64,32	48,93
5	70,38	81,05	67,53
6	89,36	98,01	86,44
7	108,59	115,17	105,64
8	128,10	132,55	125,13
9	147,86	150,12	144,90
10	167,90	167,90	165,00
11	185,85	185,85	185,34
12	203,97	203,97	205,94
13	222,24	222,24	226,77
14	240,63	240,63	247,82
15	259,12	259,12	269,04
16	277,71	277,71	290,46
17	296,35	296,35	312,07
18	315,05	315,05	333,86
19	333,79	333,79	355,83
20	352,54	352,54	377,95

La tabla 26.1 y el gráfico 26.1 reflejan las relaciones existentes entre estos tres valores, partiendo del supuesto de que los gastos de adquisición han sido íntegramente amortizados dentro de los diez primeros años. Si observamos el gráfico 26.1 veremos: 1) la ganancia (o la pérdida) de excedente; 2) la ganancia (o la pérdida) de la compañía; 3) la posición del asegurado frente a la aseguradora en el caso de la anulación en momentos diversos.

OPCIONES DE LO RENUNCIABLE

Estas opciones están relacionadas con el valor de rescate de que nos hemos ocupado. La mayoría de las pólizas establecen que el valor no renunciable puede recuperarse de una de estas tres formas: en metálico, con una reducción del seguro totalmente pagado, o con un seguro temporal totalmente pagado con la misma cobertura.

Cobro en metálico

La póliza puede ser rescatada por el valor en metálico estipulado en la póliza para la fecha en que se produce la anulación. Sin embargo, la cobertura deja de operar en el momento en que se ejercita la opción; en consecuencia, la elección ha de hacerse meditadamente. La misma suma puede conseguirse a través del anticipo, que es una de las posibilidades a tener en cuenta antes de rescatar la póliza. Por regla general, la póliza rescatada en metálico no puede ser puesta de nuevo en vigor.

Según las normas de la no renunciabilidad, el valor de rescate de una póliza *sólo puede pagarse en metálico*, a partir del final del tercer año, cuando se trata de un seguro ordinario, y del quinto, cuando es un seguro industrial. Con esta medida se pretende liberar a las compañías de los gastos desproporcionados de la emisión de talones por sumas pequeñas; pero no quedan liberadas de la obligación de proporcionar el valor de rescate, en la forma de un beneficio o cobertura totalmente pagado.

La norma jurídica *permite* que la compañía aplace el pago del rescate *en metálico* durante un período de seis meses, a contar desde la petición del asegurado; esta *cláusula de demora* es obligatoria y protege a las compañías de las pérdidas que pudieran producirse por unas demandas excesivas de pagos al contado en períodos de crisis económica. La cláusula solamente puede ser invocada cuando se den circunstancias excepcionales.

El valor de rescate será el valor tabular que aparezca en la póliza, haciendo deducción de los anticipos pendientes de reembolso.

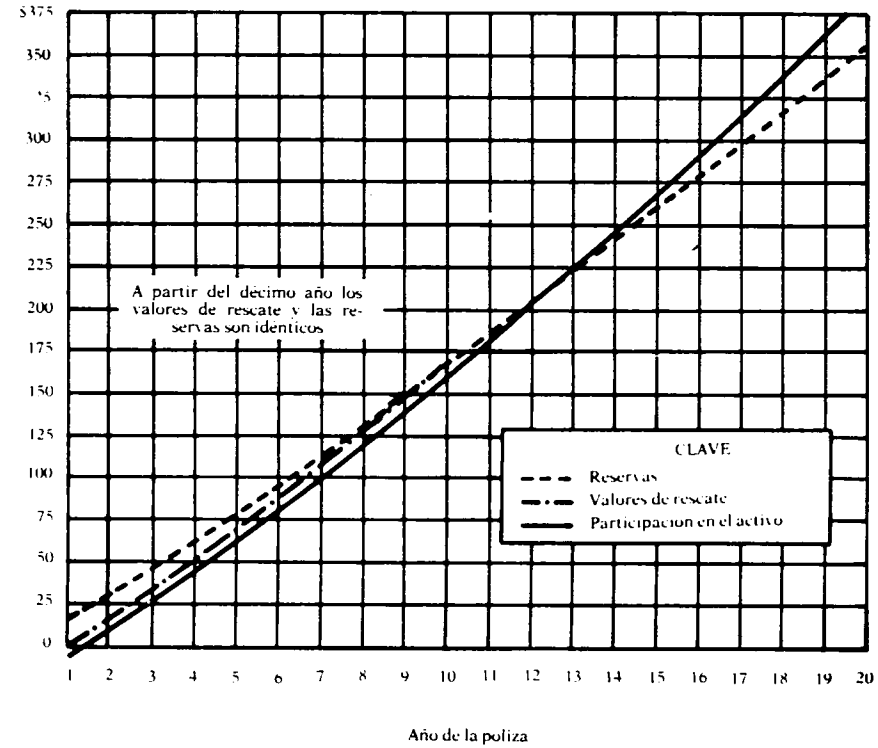


GRAFICO 26.1.—Relaciones entre los valores de rescate, las reservas y las participaciones en el activo por cada $ 1.000, póliza ordinaria de vida, varón de 35 años.

Seguro reducido y totalmente pagado

La segunda opción ofrece al asegurado la posibilidad de cambiar la suma neta del valor líquido (6) por su equivalencia en un seguro pagado del mismo tipo que el de la póliza primitiva, pero con una suma asegurada reducida. Este seguro totalmente pagado es del mismo tipo que la póliza básica originaria, excluyendo los apéndices temporales, con una cobertura reducida; se dejan sin efecto todos los apéndices y beneficios suplementarios, como invalidez y muerte por accidente, y no se exige el pago de las primas futuras. En todo caso, el cambio se efectúa con los *valores netos.*

La tabla 26.2 revela que después de diez años, por poner un ejemplo, el valor líquido de $ 140,96 puede cambiarse por un seguro de vida entera, totalmente pagado, de $ 272,40. La solución es aconsejable cuando se trata de una suma reducida de seguro permanente y no se desea seguir pagando primas. La terminación de los pagos es un aspecto que puede interesar al asegurado cuando se aproxima la fecha de su jubilación y, por tanto, la disminución de sus ingresos.

TABLA 26.2

Valores mínimos no renunciables *(Tabla 1958 CSO,* 2,5 por 100 de interés, póliza ordinaria de vida, varón de 35 años)

Final del año	*Valor de liquidación*	*Totalmente pagada*	*Plazo ampliado (*)*	
			Años	*Días*
3	$ 17,00	$ 39,97	4	38
4	34,03	74,40	6	363
5	51,31	109,84	9	47
6	68,81	144,27	10	268
7	86,53	177,72	11	354
8	104,47	210,21	12	338
9	122,61	241,76	13	245
10	140,96	272,40	14	91

(*) El plazo ampliado está basado en la Tabla 1958 CET.

(6) O sea, el valor de liquidación menos los anticipos pendientes más los créditos por dividendos.

Seguro temporal

La tercera opción permite al asegurado cambiar el valor líquido por un seguro temporal, totalmente pagado, con la misma cobertura que la de la póliza originaria (7). La duración del seguro temporal será la que pueda contratarse con el valor líquido neto convertido en prima neta única a la edad que el asegurado tenga. Según la tabla 26.2, el valor líquido al décimo año, de $ 140,96, puede convertirse en un seguro temporal de catorce años y noventa y un días. Es común, cuando el asegurado deja de pagar las primas y no ejercita una opción, que esta tercera solución entre en efecto automáticamente. La solución es aconsejable cuando sigue existiendo la necesidad de cobertura, pero no existe la posibilidad de hacer frente al pago de las primas futuras.

En la tabla 26.3 se recogen las duraciones de las pólizas temporales, en casos de seguros ordinario de vida y de capitalización a veinte años, emitidos a un valor de treinta y cinco años de edad.

Cuando se trata de póliza de capitalización, el seguro temporal no se extiende más allá de la fecha de maduración de la póliza. Ya que el valor de rescate de estas pólizas es superior generalmente a la suma precisa para comprar un seguro temporal hasta el final del período de capitalización, se estipula que el exceso se aplique a un seguro totalmente pagado de capitalización *pura,* con la misma fecha de maduración que la póliza primitiva. De esta forma la prima neta única del seguro temporal y de la capitalización pura equivaldrían al valor total del rescate.

Otros aspectos

El valor de rescate y las opciones de liquidación.—Además de estas opciones al valor no renunciable, casi todas las compañías permiten que el asegurado aplique el valor de rescate de las opciones ofrecidas, a un tipo de renta vitalicia o de ingresos completarios de su pensión de jubilación. Hasta hace poco esta oferta no pasaba de ser una práctica extendida, pero en los contratos más recientes al asegurado se le reconoce el derecho a recibir el

(7) Cuando hay pendiente un anticipo o sumas de dividendos pagados, la suma asegurada se disminuye o se incrementa.

TABLA 26.3

Beneficios mínimos de rescate para diversas duraciones en pólizas ordinarias de vida y de capitalización a veinte años. *(Tabla 1958 CSO, 2,5 por 100 de interés, varón de 35 años).*

Duración	*Valores de liquidación*	*Plazo ampliado*		*Reducida y totalmente pagada*
		Años	*Días*	
3	$ 17,00	4	38	$ 37,97
5	51,31	9	47	109,84
10	140,96	14	91	272,40
15	235,14	15	183	412,25
20	331,58	15	72	530,91
25	427,84	14	60	630,46
30	520,74	12	310	712,57

Duración	*Valores de liquidación*	*Plazo ampliado*		*Capitalización pura (*)*	*Reducida y totalmente pagada*
		Años	*Días*		
3	$ 84,12	14	313	—	$ 125,76
5	172,42	15	—	$ 119,14	246,02
10	412,23	10	—	462,39	523,45
15	684,38	5	—	755,79	772,52
20	1.000,00		a la maduración		
25	—	—	—	—	—
30	—	—	—	—	—

(*) En la base a la *Tabla 1958 CET.*

valor de liquidación en forma de renta vitalicia contratada a tarifa neta, generalmente a la edad de cincuenta y cinco o más años. Es bastante usual que se adquieran seguros permanentes de vida, con primas bajas, para proteger a la familia durante la fase de educación de la prole, pero con la finalidad concreta de destinar los valores de liquidación a la edad de jubilación. Si se trata de pólizas emitidas entre las edades de veinticinco y cuarenta años, el valor de liquidación a los sesenta y cinco años será de entre el 50 y el 60 por 100 de la suma cubierta; por tanto, a la edad de sesenta y cinco años el valor de liquidación de un buen programa de seguro de vida, en conjunción con los ingresos de la jubilación, constituirá una suma de cuantía razonable.

El préstamo de las primas automáticas.—Este préstamo está a veces considerado como una opción adicional, en lugar de rescatar la póliza; en base al mismo las primas se pagan automáticamente a sus vencimientos mediante la constitución de un préstamo que, con intereses, se convierte en un gravamen de la póliza mientras no se cancele. Las primas se siguen pagando con este procedimiento hasta utilizar íntegramente el valor de rescate, momento en el cual la póliza deja de existir. Son muchas las compañías que incluyen o autorizan esta cláusula en sus contratos.

El préstamo de las primas automáticas permite la continuación de aquellas pólizas cuando el asegurado, por negligencia o imposibilidad, deja de pagar una prima, con la ventaja de que el interesado tiene siempre la facultad de volver a la situación primitiva, mediante el reembolso a la compañía de la suma adeudada. No hay que probar la asegurabilidad para volver al plan originario de seguro, a diferencia del caso de un seguro temporal ampliado o de la opción de un seguro totalmente pagado, en que para volver a la situación primitiva el asegurado ha de facilitar a la compañía una prueba satisfactoria de su asegurabilidad. De otro lado, el préstamo de las primas automáticas deja vigentes el seguro de vida suplementario y los demás beneficios, como son los de renuncia a las primas y los de muerte por accidente. Estos beneficios no se siguen reconociendo cuando se ejercita la opción típica del seguro temporal ampliado.

Sin embargo, esta utilización de los valores de rescate tienen graves inconvenientes. Los asegurados pueden acudir en exceso a estas ventajas cuando no puedan pagar las primas, sobre todo si las opciones operan automáticamente; cuando las primas se pagan con estos medios opcionales, la cobertura disminuye cada vez que aumenta al préstamo, y el período de cobertura se hace más corto que en el caso de la opción del seguro temporal ampliado, con lo que el plan de seguro se hace más complicado y costoso.

27

El excedente y su distribución

NATURALEZA DEL EXCEDENTE

A causa de la índole a largo plazo de las obligaciones de la compañía y del empleo de las primas fijas, es fundamental que éstas sean calculadas sobre una base conservadora; es lógico, en consecuencia, que las compañías obtengan ganancia de sus operaciones. El resultado inmediato de las ganancias es el incremento del excedente de la compañía. La cuantía y disponibilidad de las ganancias depende de si el negocio es o no con participación en los beneficios. Las pólizas sin participación se emiten con una prima fija que garantiza una cobertura y que no da derecho a otros beneficios que no sean los especificados en el contrato; las pólizas con participación también se emiten con prima fija y exigen normalmente el pago de una prima suficiente para que la compañía pueda hacer frente a sus obligaciones con cada clase de póliza al coste real *de cada clase*, en base a la experiencia futura prevista. Por tanto, según el contrato el asegurado puede, de cuando en cuando, «participar», recibir distribuciones periódicas, en la medida en que la dirección estima que la experiencia justifica los reajustes. Casi todas las pólizas con participación en los beneficios se emiten por las compañías mutuas, y las otras por las compañías anónimas (1), razón por la cual la discusión que

(1) Véase el capítulo 39.

sigue considerará como sinónimo el seguro con participación y la compañía mutua, mientras no se haga constar expresamente lo contrario.

Las ganancias en el caso de una compañía anónima (sin participación) pueden derivar de una provisión concreta en la prima bruta destinada a beneficios, o bien de más desviaciones favorables de la experiencia real frente a la presupuestada. Este excedente normalmente se abona a los accionistas en forma de dividendo, en compensación de su aportación de capital, o se destina a financiar la adquisición de nuevo negocio para obtener mayores ganancias, o incluso puede mantenerse como excedente para mayor seguridad de los asegurados, frente a eventuales contingencias futuras desfavorables.

En una compañía mutua el incremento del excedente, antes de la distribución de los dividendos, normalmente es mayor que en la compañía anónima, ya que sus primas se calculan deliberadamente con un enfoque más conservador. La compañía mutua puede partir de primas más conservadoras, porque posteriormente podrá ajustar el coste definitivo mediante los repartos de dividendos. El término «dividendo» no es el más apropiado en este caso, ya que la distribución, en gran medida, no resulta primordialmente de las desviaciones de la experiencia real frente a la prevista, sino más bien de los márgenes incluidos en la tarificación.

Es lógico que en un año determinado la compañía pueda sufrir pérdidas o disminución en su excedente, a causa de una experiencia adversa en cuanto a uno o varios de los presupuestos básicos asumidos en la prima bruta. Por ejemplo, casi todas las compañías sufrieron pérdidas durante la epidemia de gripe de 1917-18, con fallecimientos que excedieron con mucho de los índices anticipados; sin embargo, las operaciones normales de la aseguradora siempre deben producir una ganancia neta en el excedente.

El presente capítulo se dedica exclusivamente a estudiar el excedente de las compañías mutuas de seguros de vida y su distribución en base a los contratos con participación en los beneficios.

FUENTES DEL EXCEDENTE

En su conjunto, el excedente se forma únicamente cuando la compañía acumula fondos que superen a los requeridos por las reservas de las pólizas y por las demas obligaciones. Los excedentes derivados de unas desviaciones favorables de la mortalidad, el tipo de interés y el recargo de la prima, constituyen las fuentes primarias del excedente, y se denominan *ahorros de mortalidad, ahorros de interés* y *ahorros de recargo*. La palabra «ahorros» se utiliza para dar a entender los saldos derivados de unas operaciones más eficaces y económicas de lo previsto, y los márgenes *deliberadamente* introducidos al fijar las primas. Hay que recordar que, aunque la prima sea siempre conservadora, una dirección experta puede suponer una diferencia considerable de beneficio adicional, a ser añadido cada año al excedente.

En su momento se estudió el enfoque del método retrospectivo para la acumulación de las reservas (2); este enfoque ayuda a demostrar y explicar las tres fuentes principales del excedente. Entonces se dejó bien sentado que la reserva final al terminar cualquier año de vigencia, puede ser proyectada a la reserva final al terminar la siguiente anualidad, según la fórmula que sigue:

$$\left[\begin{array}{c}\text{Reserva inicial}\\ \left(\begin{array}{l}\text{Reserva final}\\ \text{al terminar}\\ \text{el año } t\end{array} + \begin{array}{l}\text{Prima neta}\\ \text{calculada}\\ \text{sobre la base}\\ \text{de la reserva}\end{array}\right)\left(\begin{array}{l}\text{Acumulación con}\\ \text{los intereses de un}\\ \text{año sobre la base}\\ \text{de los intereses}\\ \text{de la reserva}\end{array}\right)\end{array}\right] -$$

$$\left[\begin{array}{c}\text{Coste del seguro}\\ \left(\begin{array}{l}\text{Indice de mortali-}\\ \text{dad para la dura-}\\ \text{ción de esta póli-}\\ \text{za según la tabla}\end{array}\right)\left(\begin{array}{l}\text{Suma asegurada}\\ \text{menos reserva fi-}\\ \text{nal al terminar}\\ \text{el año } t+1\end{array}\right)\end{array}\right] = \begin{array}{l}\text{Reserva final}\\ \text{al terminar el}\\ \text{año } t+1\end{array}$$

(2) Véase el capítulo 24.

1. La función del primer paréntesis se conoce como *reserva inicial*. Es obvio que si la compañía mantiene disponibles unos fondos que por lo menos equivalgan a la reserva inicial, y si devenga sobre estos fondos un tipo de interés superior «a los intereses de un año en base al interés de la reserva», las pólizas de este grupo producirán un excedente. Por tanto, el *exceso de intereses* sobre el que sirvió de base para el cálculo de la reserva, es una de las fuentes principales del excedente.
2. De forma semejante, está claro que cuando el índice real de mortalidad para la duración de la póliza de la tabla de mortalidad para la reserva», la compañía también obtendrá una ganancia o *ahorros de mortalidad*. Esta es la segunda fuente del excedente.
3. En tercer lugar, podemos observar que la prima requerida en la fórmula es «la prima neta calculada sobre la base de reserva». La prima bruta real cargada por la compañía ha de ser superior a ella, y el exceso se destina a los gastos. Cuando los gastos reales son inferiores a este exceso, la compañía obtendrá un excedente, que son los *ahorros de recargo* y constituyen la tercera fuente principal del excedente.

El excedente de la compañía obtenido sobre un bloque determinado de pólizas (un plan determinado, de un cierto sexo y edad a la emisión y de una duración concreta) se compone de la suma de exceso de intereses, ahorros de mortalidad y ahorros de recargo, incrementada con otras ganancias derivadas de otras fuentes secundarias.

Hemos de afirmar una vez más que en ciertas pólizas, edades de emisión y duraciones, algunas de estas tres ganancias pueden resultar *negativas;* en concreto, casi siempre se trata de los ahorros de recargo en cuanto al primer año de vigencia, en que los gastos de la compañía son relativamente superiores a los de las renovaciones.

Hay, además, otras fuentes menores que pueden tener una cierta entidad en determinadas circunstancias.

1. El excedente puede ser debido a ganancias de capital, derivadas de la *venta* de activos por un valor superior al contable, o por la *revalorización* de los valores del activo. También puede darse el caso de pérdidas y la *depreciación* de los valores del activo.
2. Por la terminación voluntaria de pólizas con una duración breve, con unos valores de rescate inferiores a las reservas registradas en los libros de la compañía. Siempre que las reservas liberadas en virtud del rescate, superen las sumas desembolsadas por el rescate, los excedentes serán aumentados, aunque no sean necesariamente repartibles (3).
3. Los beneficios complementarios, como los reconocidos por invalidez o por muerte en accidente, también pueden ser una fuente adicional de ganancia de excedente, o bien de pérdida, y en ocasiones se toman en cuenta como factores adicionales de las fórmulas del dividendo.

Ganancias de las inversiones

Las pólizas de seguro de vida se emiten con una duración de muchos años, por lo que es fundamental que la aseguradora parta de un tipo de interés a aplicar a sus primas netas y al cálculo de las reservas, que sea lo suficientemente conservador como para garantizar su devengo durante toda la vigencia del contrato. Si la compañía hace sus reservas sobre el presupuesto de un interés del 3 por 100, cuando en realidad termina consiguiendo el 4 por 100 (una vez deducidos los gastos relativos a la realización de la inversión y a su mantenimiento), esta diferencia del 1 por 100 representa el exceso de ganancia de la inversión sobre el nivel preciso para la solvencia de la compañía, y si se estima aconsejable, se puede devolver a los asegurados que contribuyeron al excedente. Con frecuencia la compañía obtiene beneficio con la revalorización o pérdidas con la depreciación del valor de sus inversiones; estas ganancias o pérdidas de capital pueden ser tomadas en cuenta, al seleccionar el factor del exceso de interés en la fórmula del dividendo, pero más a menudo se registran en una cuenta especial del excedente que se emplea para equilibrar las futuras ganancias ó pérdidas de capital (4). Con frecuencia las inversiones que producen ganancias (o pérdidas) de capital, son reemplazadas por otros activos de menor (o mayor) rentabilidad.

Ganancias a causa de la mortalidad

Estas ganancias se deben al hecho de que las compañías mutuas norteamericanas, generalmente, experimentan en la práctica

(3) Debe hacerse constar que ello no significa necesariamente un verdadero beneficio. Las relaciones entre la participación en el activo y el valor de rescate dará la palabra definitiva. Véase el capítulo 26.

(4) Véase el capítulo 41.

una mortalidad inferior a la de la tabla usada al calcular las reservas. Como se recordará, la reserva es la diferencia entre el valor presente de los beneficios futuros y el valor presente de las primas futuras. Ante el hecho de que la tabla de mortalidad para la reserva es intencionadamente conservadora, las operaciones normales lógicamente producen una ganancia. Conviene que no se dé demasiada importancia a la experiencia de una mortalidad de un determinado año, ya que son frecuentes las fluctuaciones de un año para otro; por consiguiente, para una mayor estabilidad y seguridad, casi todas las compañías hacen un promedio de su experiencia de mortalidad, a lo largo de un período de varios años.

Ganancias del recargo

Una buena dirección exige que la prima bruta sea más que suficiente para hacer frente a las obligaciones normales, para que la compañía y sus asegurados se sientan protegidos frente a situaciones excepcionales. Como se ha dicho, el recargo incluye con frecuencia una cifra para los dividendos del asegurado, además de las ganancias procedentes de otras fuentes. La competencia, sobre todo las comisiones de los agentes, así como la inflación de los gastos, hace que los gastos excedan a veces del recargo en su conjunto. En estos últimos años el empleo creciente de sistemas avanzados de ordenadores, ha significado un esfuerzo notable hacia una administración más económica; en el día de hoy, gracias a procedimientos de gran economía, casi todas las compañías logran que sus gastos anuales sean inferiores a la imputación (diferencia entre la prima bruta y la prima neta de valoración) para gastos y contingencias. Por eso pueden acreditar ahorros al excedente, con lo que se protege a la compañía contra dificultades financieras, al tiempo que se establece un fondo adicional para el pago de dividendos a los asegurados.

Ganancias por rescate

Como se ha explicado, los valores de rescate son inferiores a las reservas mantenidas por la compañía para las pólizas rescatadas o anuladas. La diferencia entre las reservas liberadas

como consecuencia del rescate, y los valores de rescate desembolsados, constituye otra fuente del excedente, aunque, a causa del gasto elevado de la obtención de nuevos contratos, este factor apenas si debe ser considerado como una verdadera ganancia. Con frecuencia esta ganancia representa, en todo o en parte, la suma devuelta al excedente que en su día se había tomado de él para constituir la reserva (5). Además, si de esta fuente se deriva alguna ganancia, normalmente es tratada como una compensación de los gastos, al efectuar los cálculos para dividir entre los asegurados el excedente repartible (6).

Se han aducido otras dos razones para demostrar que la denominada ganancia de los rescates no es más que una ganancia aparente. En primer lugar, se piensa que cuando se reconocen unos valores de rescate *conservadores*, la ganancia aparente de la compañía, queda parcialmente compensada por una experiencia desfavorable de mortalidad, a causa de la selección negativa derivada del hecho de que los asegurados en buen estado de salud tienden a cancelar sus contratos, mientras que los de salud delicada siguen con la póliza. Pero, según se afirma, *mucha mayor importancia* hay que dar al gasto de la sustitución de la póliza rescatada por otra de nueva contratación. La compañía no sólo incurre en el importante gasto inicial de la póliza vieja, sino que también ha de enfrentarse con el gasto de su sustitución por otra póliza de nueva emisión.

DISTRIBUCION DEL EXCEDENTE

Excedente repartible

Después de las operaciones del ejercicio, hay que determinar qué parte del excedente *total* (el del año precedente aumentado con los del cierre del ejercicio) ha de conservarse como fondo

(5) Véase el capítulo 24.

(6) Como se explicará más adelante, se ha demostrado que al distribuir el excedente lo más práctico es considerar a todo el excedente como procedente exclusivamente de las tres fuentes mencionadas: recargo, intereses y mortalidad. El excedente de las demás fuentes, como puedan ser las renuncias y la revalorización del valor del activo, no son objeto de un tratamiento separado, sino que se ponen en relación con las ganancias sobre el gasto y sobre los intereses.

de contingencia o como fondo especial (7) y qué parte ha de distribuirse entre los asegurados. Conviene subrayar que puede no haber una relación fija entre ganancia de excedentes en un año determinado, y el dividendo distribuido a los asegurados a los vencimientos subsiguientes de sus pólizas; la decisión queda en manos de la dirección de la compañía. La suma destinada al dividendo se denomina *excedente repartible*, y una vez apartado pierde su identidad como excedente y se convierte en un *pasivo de la compañía.*

Al determinar la parte del excedente total que haya de mantenerse como fondo de contingencia, se ha de tener presente el equilibrio requerido entre la necesidad de este fondo y las ventajas competitivas de una *escala* liberal de dividendos. Cuando el excedente obtenido en un cierto ejercicio no es suficiente para que la compañía siga respetando su escala corriente de dividendos, la dirección puede decidir dedicar a este fin una parte del fondo general de contingencias (8). Por el contrario, cuando durante un tiempo las adiciones al excedente son más que suficientes para los dividendos, el exceso se destina generalmente al fondo general de contingencias para evitar los gastos y complicaciones de una modificación de la *escala.* Cuando el exceso es cuantioso y se espera que continúe así durante un período razonable, conviene que se acepte la idea de la modificación de la escala. Sin embargo, se ha de recordar que esta decisión es algo discrecional, confiada al juicio comercial de los directivos de la compañía.

La seguridad en cuanto a la obtención de un beneficio y una buena dirección, exigen que la compañía de seguros de vida mantenga un excedente y un fondo general de contingencias que guarde una proporción razonable con sus obligaciones; el excedente y el fondo deben aumentar cuando aumentan las reservas de pólizas de la compañía gracias a las nuevas contrataciones y al aumento natural de las reservas de las pólizas viejas. Conviene añadir que según los sistemas de distribución del excedente de algunas compañías mutuas, de cada póliza se espera una contribución que no se devuelve al asegurado, sino en el supuesto remoto de que la compañía se liquide durante la vigencia de la póliza. Por tanto, las distribuciones acumuladas de dividendos (9) hechas a una categoría de pólizas durante su vigencia, generalmente suponen una cifra un poco inferior a sus contribuciones al excedente. Esto quiere decir que, en un cierto bloque de pólizas, la participación en el activo debe en su día superar la reserva, ya que cada póliza hace una contribución permanente al excedente de la compañía; estas contribuciones se consideran consideran como primas, que permitirán a la compañía hacer frente a sus obligaciones contractuales, incluso en el supuesto de una catástrofe grave. El hecho de que este tipo de acontecimiento no ocurre durante la vida de una póliza concreta, no la puede eximir de su contribución al excedente. De otro lado, algunas compañías adoptan un punto de vista diferente, y reparten dividendos que liquidan completamente la contribución de cada generación al excedente, en el momento en que dicha generación de asegurados ha desaparecido de los libros.

Las compañías, a falta de norma legal, pueden determinar discrecionalmente la cifra del excedente a ser distribuido, pero algunos Estados han promulgado leyes sobre esta materia. Así, por ejemplo, en Nueva York, como consecuencia de la investigación de 1906, el Estado limitó el excedente no repartible, entre un 20 por 100 del pasivo de reserva con un mínimo de $ 10.000, en el caso de compañías pequeñas, y el 5 por 100 cuando dicho pasivo excedía de $ 75 millones. Estos límites fueron modificados después, y la normativa actual establece que una aseguradora de vida con participación en los beneficios, puede acumular y mantener un excedente del 10 por 100 de sus reservas y demás obligaciones contractuales o de hasta $ 850.000. La norma pretende evitar que la compañía retenga excedentes, que no sean necesarios para compensar factores, como las fluctuaciones en el índice de mortalidad y en los intereses ganados; se estima que el seguro de vida no está expuesto a pérdidas catastróficas, como sucede en el seguro de incendios, que los límites indicados son más bien conservadores, y que un excedente excesivo, constituye una tentación constante a la extravagancia comercial.

(7) El término «reserva» se emplea a veces en el mismo sentido que excedente, en lugar de como un pasivo cuando se trata de las reservas de las pólizas.

(8) Algunas compañías destinan un fondo especial a las «fluctuaciones de los dividendos», pero el principio es el mismo.

(9) Incluye, además de los dividendos usuales, de reparto anual, los dividendos extra y los finales. Véase más adelante.

Frecuencia de la distribución

Los dividendos de las pólizas se pueden pagar anualmente o con un plan de dividendos diferidos. El plan anual se emplea hoy día en casi todos los casos de seguro mutuo, y en muchos Estados es obligatorio por disposición legal. Estas normas se promulgaron en el Estado de Nueva York después de que la investigación de 1906 descubrió ciertos abusos en el plan diferido. Todavía están en vigor algunas pólizas a las que se aplica el plan de dividendos diferidos.

Estos dividendos diferidos son los que, por contrato, no son pagaderos hasta que no transcurra un cierto número de años (cinco, diez, quince o veinte). El principio que justifica este plan es el de los asegurados que no paguen sus primas hasta el final del período a causa de muerte, de rescate o de anulación, pierden los dividendos que había recibido por el plan anual, y estos dividendos sacrificados redundarían en beneficio de los que siguen pagando sus primas durante el período fijado. Este sistema no debe confundirse con la denominada *tontina*, que fue muy común en los Estados Unidos y que implicaba el sacrificio de los dividendos y del valor de rescate en cuanto se dejara de pagar una prima; las acumulaciones de estas renuncias, se repartían entre los asegurados que continuaban con sus pólizas al terminar el período fijado para los dividendos. A diferencia de este sistema, el de los dividendos diferidos solamente aplica la renuncia a los dividendos, disminuyendo las posibilidades de unas grandes ganancias atribuidas a los rescates de pólizas.

El plan de dividendos diferidos ha perdido las preferencias del público y, como se ha dicho, ha sido casi totalmente sustituido por el sistema de distribución anual, que no sólo se acomoda mejor al asegurado que desee reducir su gasto lo más posible, sino que también sirve a la finalidad de una gestión más económica del negocio por parte de la compañía, ya que la distribución anual de dividendos evita gastos excesivos y extravagantes.

El sistema diferido, en su modalidad modificada, se usa en cierta medida en Canadá; según el derecho canadiense las distribuciones de dividendos han de tener lugar cada cinco años, pero la suma del excedente a ser destinado a los dividendos diferidos

durante un período de cinco años, ha de ser registrada como si fuera un pasivo, hasta el momento en que sea desembolsada. Casi todos las compañías canadienses pagan un dividendo provisional, si la muerte se produce durante el período, pero no si la póliza termina por anulación o por rescate (10).

Principios de la distribución

La distribución del excedente repartible entre los asegurados es un problema bastante complicado. Ante todo se trata de guardar las exigencias de la justicia, pero también hay que tener en cuenta la flexibilidad y la sencillez. La flexibilidad es, en realidad, un aspecto de la justicia, ya que la adaptabilidad a las circunstancias cambiantes es algo esencial para su consecución. La sencillez es también un objetivo a perseguir, tanto bajo el aspecto del gasto, como bajo el de la comprensión por parte de los agentes y los asegurados. Lo que se ha dicho sobre las fuentes del excedente da a entender que una de las maneras de conseguir un dividendo razonable sería la devolución a cada grupo de asegura-

(10) En pocas palabras, las razones aducidas en favor y en contra del plan son como siguen:

En contra se afirma:

1. Que se trata de algo contrario a la idea del seguro, ya que son los supervivientes los que se benefician a costa de los que mueren.
2. Que a menudo el plan no es bien conocido por el asegurado al contratar el seguro, y aun en el caso en que lo haya comprendido, no aprecia debidamente su significación.
3. Que el plan constituye una tentación hacia los gastos innecesarios, ya que pone en manos de la compañía unos fondos cuantiosos de excedente, sin atribuir. Eso es sobre todo cierto, cuando a los asegurados no se les da cuenta hasta el final del período, mientras que con el plan de dividendos anuales no se llegaría a reunir sumas tan cuantiosas, porque los asegurados caerían en la cuenta. Por esta razón muchas compañías que adoptaron el plan, acostumbraban a dar cuenta anual a sus asegurados, haciendo constar la cantidad de excedente que tenían a su crédito, con lo que podían enjuiciar mejor la marcha de la empresa.
4. Que el plan ha sido causa en el pasado de unas estimaciones extravagantes hechas por los agentes sobre la suma de dividendos que los asegurados fueran a recibir, siempre que siguieran pagando las primas hasta el final del período. En efecto, gran parte de la oposición al sistema era debida al hecho de que las estimaciones eran siempre muy superiores a los resultados realmente obtenidos, con lo que muchos asegurados terminaban con la impresión de que habían sido engañados por la compañía.

dos de una parte del excedente repartible, proporcionalmente a la contribución de dicho grupo al excedente. Debe hacerse constar que este plan no exige la devolución de *todas* las contribuciones al excedente; simplemente requiere que el *excedente repartible* sea atribuido a los asegurados en una *proporción* aproximada a su propia contribución. Este es el sistema que, con algunas modificaciones, se sigue por casi todas las compañías de nuestro país (11).

Plan de las contribuciones

Este plan se basa en el análisis de las fuentes del excedente, y desarrolla un sistema de dividendos que varían según sea el plan de seguro, la edad del asegurado a la emisión y la duración de la póliza. Para una mayor sencillez, normalmente se presta atención a las tres fuentes principales del excedente: el exceso de intereses, los ahorros de mortalidad y los ahorros de recargo. Al sistema que tiene en cuenta estas tres fuentes se le denomina plan de las contribuciones de los tres factores. Cuando se incluyen beneficios especiales, como la invalidez y la muerte por ac-

En favor del plan se dice:

1. Que significa un convenio entre el asegurado y la compañía, expresamente recogido en el contrato, que aquél debe conocer muy bien cuando la póliza se emite. El plan, no se opone a la ética o a la justicia, ya que el asegurado tiene el derecho a que los pagos de dividendos sean diferidos y condicionados al pago de las primas durante el período pactado.

2. Que en lo relativo a la solvencia de la compañía, el plan es más ventajoso que el sistema de distribución anual, ya que permite seguir controlando un fondo cuantioso, libre de toda obligación, que sirve para protegerse contra la depreciación del activo de la compañía, en tiempos de pánico financiero o de depresión económica. La desventaja del sistema anual de distribución, según se razona, es que la compañía, a causa de la dura competencia que existe en esta actividad, puede poner en peligro su solvencia con una distribución demasiado generosa de su excedente. Además, la distribución anual resulta costosa para la compañía y, por tanto, también para los asegurados.

(11) Otro método para el cálculo de los dividendos es el denominado de las primas experimentales, utilizado por algunas compañías americanas. Su objeto es evitar las disminuciones de los dividendos, sobre todo en los casos de un factor muy bajo de exceso de interés. Véase JOSEPH B. MACLEAN: *Life Insurance*, 9.ª edición (Nueva York, McGraw-Hill, 1962), págs. 159-60.

cidente, generalmente se añade un factor adicional. Los apartados que siguen se ocupan resumidamente del funcionamiento de este sistema.

El factor del interés.—Este factor constituye el elemento más sencillo del dividendo y consiste en el exceso de intereses sobre la reserva inicial durante el período a cuya terminación el dividendo es pagadero (12).

Supongamos que las reservas han sido calculadas sobre la *Tabla 1958 CSO* con un interés del 2,5 por 100 y que el tipo usado para el cálculo de los dividendos es del 3,5 por 100 (13). En estas circunstancias el exceso de interés sería del 1 por 100, y el factor del interés de un dividendo determinado variaría de acuerdo con la cuantía de la reserva inicial del contrato en cuestión. De este modo, en una póliza ordinaria de vida de $ 1.000 emitida a un varón de veinticinco años, que hubiera estado en vigor durante veinte, el *factor del interés* del dividendo sería el 1 por 100 multiplicado por la reserva inicial de $ 266,25, o sea, $ 2,66. Las pólizas que tengan unas reservas iniciales diferentes a causa del plan de seguro, de la edad a la emisión, del sexo o de la duración, darían reservas iniciales distintas y, por tanto, unas contribuciones también diferentes. Como la reserva inicial se aumenta cada año en casi todos los tipos de seguro permanente, la contribución del factor del interés aumenta con la duración, siempre que no haya cambio en el exceso de interés. Debe añadirse que el factor del interés tiene una profunda influencia en el dividendo; el aumento de los intereses devengados de un 3,5 por 100 a un 4,5 por 100 *multiplica por dos* el exceso. La diferencia sobre los dividendos sería sustancial, sobre todo en pólizas de gran duración en las que la reserva inicial es relativamente elevada.

Aunque el factor del interés sea un concepto sencillo, su aplicación práctica tropieza con algunas complicaciones. Las ganancias del conjunto de inversiones se pueden calcular fácilmente por la documentación financiera y contable de la compañía, pero para averiguar el *tipo* del rendimiento se puede partir de varias

(12) Muchas compañías emplean la reserva media para las pólizas con muchas primas en curso de pago, y la reserva inicial para las totalmente pagadas.

(13) No siempre coincide con el tipo neto realmente devengado.

bases (14). A los efectos de los estudios de participación en el activo, que fundamentan la fórmula del dividendo, es bastante usual partir de la base de las *obligaciones que devengan intereses* y del excedente; entre las primeras se cuentan las reservas de las pólizas, los fondos mantenidos para hacer frente a acuerdos de liquidación, las acumulaciones de dividendos (15) y las primas anticipadas (16). Cuando ciertos conceptos, como por ejemplo las acumulaciones de dividendos, tienen una garantía mínima, algunas compañías los acreditan únicamente con el tipo garantizado y aumentan el tipo neto efectivo a los efectos de los dividendos regulares de la póliza. El tipo final empleado en la fórmula del dividendo puede ser inferior al utilizado en los estudios de participación en el activo. El resultado es una contribución a la reserva general de contingencias, parte de la cual será en su día distribuida como dividendo de terminación o de liquidación. Hay que recordar que el factor del exceso de interés debe reflejar la *tendencia general* de las ganancias de las inversiones de la compañía, y debe situarse a un nivel adecuado a lo largo de varios años, a ser fijado por la compañía. Cuando se trata de duraciones cortas, el factor debe situarse a un tipo superior al que en realidad se devengue.

En la práctica cabe otra diferencia en cuanto al tratamiento de las ganancias y pérdidas de capital en aquellos activos que no sean acciones y obligaciones. Algunas compañías, al fijar el factor, las tienen en cuenta cuando significan transacciones reales de mercado, en cuanto opuestas a ganancias o pérdidas no realizadas debidas a los ajustes del valor contable. Sin embargo, la práctica más común es la de transferir estas ganancias y pérdidas a un fondo de fluctuación de las inversiones o a una reserva general de contingencias, donde las ganancias y las pérdidas tienden a compensarse al cabo del tiempo. Este sistema da una mayor

(14) Por ejemplo, la base puede ser el activo contable, el activo admitido o los fondos invertidos.

(15) Véase, más adelante, «Acumulación con intereses».

(16) Casi todas las compañías admiten la posibilidad de que sus asegurados paguen anticipadamente sus primas, descontándolas a un determinado tipo de interés. Estas primas descontadas se aplican como si fueran las pagadas a su vencimiento. En el supuesto del fallecimiento del asegurado, estas primas sin aplicar (deducido el descuento no devengado) se devuelven al asegurado.

estabilidad a las ganancias por intereses y está en consonancia con la naturaleza a lo largo del seguro de vida.

También hay diferencias de una compañía a otra en cuanto al tratamiento de los gastos generales y de impuestos federales. Esto puede implicar una gran diferencia en el «tipo neto devengado», que aunque no afecte al total del excedente distribuido, sin embargo afecta al patrón de la distribución entre los diversos bloques de pólizas.

Después de fijar el factor del exceso de interés, hay que dar solución al problema del valor actuarial (reserva inicial, reserva media, etc.) a ser utilizado. En teoría la base correcta sería la reserva inicial hecha deducción de la mitad del coste anual del seguro. La diferencia entre esta base teóricamente correcta y la reserva media es insignificante (17), por lo que la reserva media es considerada como base suficiente, aproximadamente correcta. La reserva media da una medida más exacta de los fondos de la póliza disponibles para la inversión, pero como la diferencia de resultados es muy pequeña, muchas compañías siguen utilizando la reserva inicial, sin hacer siquiera el ajuste de la mitad del coste anual del seguro.

La tabla 27.1 recoge las contribuciones del interés a los dividendos anuales por cada $ 1.000, partiendo de la base de un factor de exceso del 1 por 100 en las pólizas ordinarias de vida, en las de veinte primas anuales y en las de capitalización, emitidas a las edades de treinta y cinco y cincuenta y cinco, con dife-

TABLA 27.1

Contribución a los dividendos anuales, por cada $ 1.000, de un factor de exceso de interés de 1 por 100.

Número de años en vigor	*Seguro ordinario de vida, edad a la emisión*		*De vida con 20 pagos, edad a la emisión*		*De capitalización a 20 años, edad a la emisión*	
	35	*55*	*35*	*55*	*35*	*55*
5	$ 0,82	$ 1,56	$ 1,33	$ 1,93	$ 2,02	$ 2,15
10	1,68	2,96	2,77	3,81	4,27	4,32
15	2,58	4,27	4,37	5,81	6,82	6,83
20	3,51	5,43	6,14	8,13	9,76	9,76

(17) La mitad de los intereses de un año, al tipo de valoración de la reserva inicial.

rentes duraciones. Se aplica el factor de las reservas inicales (18) y puede apreciarse el impacto de la aplicación de un factor de interés fijo a una reserva en constante incremento.

La contribución del exceso de interés aumenta con la duración cuando la reserva aumenta, y en todos los casos es mayor cuando las primas son más altas. En la tabla se puede observar que partiendo de una misma duración y de una misma edad a la emisión, el exceso de interés da una mayor contribución a los dividendos totales de una póliza de capitalización a veinte años, que en el caso de una póliza ordinaria de vida, sobre todo cuando la duración es mayor.

El factor de la mortalidad.—En la fórmula de los tres factores el *factor de la mortalidad* normalmente es un porcentaje del «coste presupuestado del seguro» (19). El porcentaje en cada bloque de pólizas depende de la edad alcanzada por el asegurado y de la experiencia de la compañía en cuanto a *todos los asegurados* de esa edad y duración. El factor de la mortalidad toma generalmente la forma de una escala de porcentajes del coste presumido del seguro, disminuye, a cada edad, en comparación con el tipo recogido en la tabla de mortalidad asumida al calcular las primas y las reservas (20). La escala de porcentajes puede oscilar entre un máximo del 40-50 por 100, a las edades más jóvenes, y un mínimo del 5-10 por 100 para los ancianos. Como la experiencia de la mortalidad es bastante más elevada en las pólizas temporales, se les aplica una escala separada y más baja de ahorros de mortalidad.

Algunas compañías expresan este factor de una forma un tanto diferente, pero en todo caso el resultado es el mismo, o sea, la consecuencia de unos ahorros de mortalidad que, en cuanto porcentaje del coste presupuestado o tabular del seguro, disminuyen conforme la edad avanza. Si se aplica a todo el volumen

(18) En base a las reservas netas íntegras de primas uniformes, calculadas de acuerdo con la *Tabla 1958 CSO* (varones) al 2,5 por 100 de interés.

(19) Véase el capítulo 24.

(20) Cuando el presupuesto de mortalidad, base de la reserva, es distinto al utilizado para expresar las primas brutas finales de este bloque concreto de pólizas, se emplea la tabla que sirvió de base a la reserva.

de negocio, la escala de los factores de mortalidad reproduce aproximadamente la suma global de los ahorros del período considerado.

El porcentaje utilizado en el cálculo del dividendo final se basa normalmente en la experiencia *definitiva* de la mortalidad, aunque la experiencia elegida se emplee en la participación en el activo que fundamenta el desarrollo de las distribuciones de dividendos. De lo contrario se podría obtener una escala decreciente de dividendos, según la duración, a causa de los sustanciales ahorros de mortalidad en los primeros años. Se presume que los ahorros del efecto de la selección han de ser aplicados al pago del exceso de gastos del primer año y, por tanto, son distribuidos indirectamente de acuerdo con el método seguido para atribuir los gastos a los diversos bloques de pólizas.

En la tabla 27.2 se recoge la contribución de la mortalidad por cada $ 1.000 de seguro resultado de una escala ilustrativa de los factores de mortalidad en pólizas ordinarias de vida, en pólizas con veinte pagos anuales y en pólizas de capitalización a veinte años, emitidas a varones de treinta y cinco y cincuenta y cinco años de edad, vigentes durante plazos diversos.

TABLA 27.2

Contribución de la mortalidad, por cada $ 1.000 de seguro, según una escala ilustrativa de factores de mortalidad.

Número de años en vigor	*Seguro ordinario de vida, edad a la emisión*		*De vida con 20 pagos, edad a la emisión*		*De capitalización a 20 años, edad a la emisión*	
	35	55	35	55	35	55
5	$ 1,05	$ 2,39	$ 0,99	$ 2,28	$ 0,90	$ 2,21
10	1,23	2,08	1,06	1,82	0,83	1,67
15	1,41	2,69	1,06	1,93	0,58	1,48
20	1,54	3,24	0,89	1,22	—	—

Los ahorros de mortalidad se presume que oscilan entre el 40 por 100 a los treinta y cinco años hasta el 10 por 100 al cumplir los sesenta y cinco o más, disminuyendo a razón del 1 por 100 por cada año. En la tabla se puede comprobar que la contribución normalmente disminuye con la duración, y es menor en los planes de primas más elevados. Ello se debe al hecho de que el *factor porcentual* decreciente se aplica a una suma neta arries-

gada cada vez más pequeña y de aquí, como es usual, el menor coste del seguro. Mientras más alta sea la prima (a causa del tipo del plan o de la edad a la emisión) más pronunciada será la disminución de los ahorros de mortalidad. Sin embargo, no siempre sucede de esta manera; el coste del seguro *aumenta* realmente a las edades más avanzadas en ciertos tipos de seguro, como por ejemplo en los ordinarios de vida. En estos casos, el incremento en el índice de mortalidad a esas edades compensa con creces la disminución de la suma neta arriesgada, dando como resultado un mayor coste de mortalidad por año. Por regla general el factor de mortalidad determina una contribución decreciente cuando las duraciones son mayores.

A diferencia del factor del interés, la contribución de la mortalidad es muy significativa en las pólizas temporales. El factor porcentual (normalmente es aplicable una escala distinta) se aplica en este caso a un importe neto arriesgado mucho mayor, con un coste del seguro también mayor, lo que da lugar a una contribución proporcionalmente mayor de los dividendos distribuibles a las pólizas temporales.

El factor del recargo.—El factor del recargo consiste en la diferencia entre la prima bruta y la *prima neta de valoración*, deducción hecha de un cargo por gastos. La estimación de los gastos probablemente presente la mayor dificultad, en relación con la distribución del excedente. La mayor parte de los gastos de una compañía de seguros de vida es el gasto inicial causado por la obtención del nuevo negocio. En relación con este elevado gasto inicial, hay quienes sostienen que debe ser comparado con la suma de la nueva contratación, mientras que otros consideran que el nuevo negocio favorece a la compañía en su conjunto, por lo que el gasto inicial debe ser calibrado con todo el negocio de la aseguradora. Además, muchos gastos como los alquileres, el material de oficina, los sueldos, los gastos administrativos, la publicidad, la correspondencia, etc., tienen una naturaleza mixta, siendo muy difícil la determinación de los imputables a cada bloque de pólizas del negocio de la compañía.

Normalmente el cargo del gasto se efectúa en forma de «porcentaje y de cifra constante», esto es, un porcentaje de la prima y una cifra constante de tantos dólares y centavos por cada $ 1.000

de suma asegurada. Esta cantidad constante puede variar a expensas de las diferencias entre los promedios de las pólizas de cada plan de seguro. El elemento porcentual del cargo del gasto generalmente opera sobre una base decreciente, al menos durante los primeros años, reflejando el menor gasto de las anualidades sucesivas. Caben diferencias profundas de una compañía a otra, tanto en las primas brutas cargadas como en la forma de calcular el cargo del gasto. En consecuencia, el factor del recargo presenta profundas variaciones; el *importe* es mucho mayor en una compañía con primas brutas «altas» que en la que aplique primas brutas «bajas». Sin embargo, el patrón más común es que el factor del recargo aumente en los primeros años, para luego disminuir ligeramente o quedar relativamente constante.

La tendencia de la contribución debida al recargo, en los años iniciales de la póliza, depende del período en que vayan a ser amortizados los gastos del primer año y de si se amortizan a un tipo uniforme o decreciente.

En el caso de una amortización uniforme, la contribución será poco más o menos uniforme durante el período de la amortización, y después aumentará de pronto hasta estabilizarse a un cierto nivel. Si el tipo de amortización es decreciente, la contribución aumentará cada año durante el período de amortización, hasta llegar a un nivel constante. En el caso excepcional de que la compañía trate los gastos de adquisición como un cargo contra todas las pólizas, la contribución del recargo deberá ser relativamente constante.

El patrón del dividendo.—En casi todos los planes de seguro, la escala de los dividendos generalmente refleja un incremento con la mayor duración; no hay que confundir esto con el incremento de la *escala* en sí. El incremento normal de los dividendos con la duración se debe al hecho de que el factor del interés aumenta también con la duración, mientras que el factor del recargo aumenta asimismo, o por lo menos queda prácticamente constante. En el caso usual, estos factores compensan con creces la tendencia del factor de la mortalidad a disminuir con la duración, aunque no siempre suceda así. Un mercado de inversiones desfavorable puede dar origen a una situación totalmente opues-

ta, como sucedió en los años cuarenta en que la rentabilidad media quedó por debajo del 3 por 100.

Ya se ha dicho que, a causa del elevado gasto inicial y de la necesidad de establecer la reserva del primer año, la póliza no produce en este período ningún excedente. Por ello son muchas las compañías que pagan un dividendo al final del primer año, a condición de que la póliza siga en vigor; algunas otras no lo pagan hasta la expiración de la segunda anualidad. Sin embargo, son muchas también las que pagan un dividendo al finalizar el primer año, sin tener en cuenta si la póliza va a seguir o no en vigor.

Algunas formas especiales de distribución del excedente

Ciertas aseguradoras pagan unos dividendos *extra* o dividendos de liquidación, además de los regularmente pagados cada año.

Dividendos extra.—Pueden consistir, bien en un pago único realizado una vez la póliza haya estado vigente un determinado número de años, o bien en unos pagos periódicos. El pago único se efectúa normalmente cuando no se han pagado dividendos al final del primer año, por lo que el dividendo extra funciona como sustituto. Este sistema tiene la ventaja práctica de la reducción de la presión ejercida por los gastos iniciales; su efecto es el de imputar una cuota superior del gasto del primer año a aquellas pólizas que se cancelan antes de la fecha en que vaya a acreditarse el dividendo extra.

Los dividendos extra repartidos periódicamente (por ejemplo, cada cinco años) no tienen mucha justificación teórica, pues no pasan de ser dividendos ordinarios calculados sobre una base extremadamente conservadora; la equidad exige que los dividendos extra sean abonados periódicamente, según determine la experiencia futura, a los asegurados que sobreviven y que mantienen sus pólizas en vigor. Tienen la ventaja práctica de que los costes netos de un período de años se disminuyen, repartiendo las derramas adicionales entre las pólizas vigentes. La regla es particularmente válida cuando el dividendo extra se paga solamente al final de la vigésima anualidad.

Dividendos de liquidación.—Hay compañías que pagan un dividendo de liquidación o final cuando la póliza termina por maduración, muerte o rescate. En la mayoría de los casos, estos dividendos solamente son abonables si la póliza ha estado en vigor un tiempo mínimo. Su finalidad es la de devolver a los asegurados la parte del excedente general a que han contribuido, o bien la de hacer un reajuste del valor garantizado de liquidación que sea un poco inferior al de participación en el activo. Sin embargo, algunas compañías estiman que el asegurado ha de hacer una contribución *permanente* al excedente, como si fuera un gasto normal de la operación.

Conviene destacar la distinción entre un dividendo «post mortem» y un dividendo de liquidación pagadero al fallecimiento. El primero se paga al fallecimiento, pero en proporción a la parte de la anualidad para la que se pagó la prima; en otras ocasiones representa un método de distribución del excedente, sobre todo en los seguros temporales, en lugar de hacerlo en cada vencimiento mientras el asegurado viva.

OPCIONES EN CUANTO A LOS DIVIDENDOS

Es bastante común que las compañías ofrezcan al asegurado la posibilidad de diversos modos de empleo de los dividendos. Las opciones básicas son: 1) en metálico; 2) la reducción de las primas; 3) una cobertura adicional totalmente pagada; 4) la acumulación con los intereses.

El asegurado puede elegir una de las opciones al tiempo de la emisión de la póliza, y el plan se le aplica durante su vigencia mientras no cambie de opinión. Cuando el asegurado no elige un plan concreto, la proposición normalmente establece la aplicación de la opción de las adiciones totalmente pagadas.

Cobro al contado y pago parcial de la prima

Casi todos los Estados obligan a que el dividendo se abone en metálico, pero los asegurados pueden sentirse más inclinados hacia otras soluciones.

Aunque la aplicación del dividendo al pago de la prima al

vencimiento próximo sea equivalente al pago al contado, son muchos los asegurados que prefieren esta opción, para no tener que efectuar más desembolsos; ciertamente podrían cobrar el dividendo y enviar el importe de la prima, con lo que el resultado sería el mismo.

Adquisición de coberturas adicionales totalmente pagadas

El asegurado puede aplicar el dividendo a la compra de seguro adicional totalmente pagado. Con esta opción el dividendo se aplica, como si fuera una prima única a la edad alcanzada por el asegurado, a la compra de cobertura adicional del mismo tipo que la de la póliza básica. Lo más usual es que este seguro se adquiera a un precio de prima neta (21).

Al asegurado le resulta atractivo el derecho a adquirir adiciones al precio neto. En primer lugar el asegurado ya ha hecho frente con el dividendo a los gastos de adquisición, ya que las comisiones y otros diversos gastos varían con la prima y se cargan a la prima *bruta*. Esta opción es más atractiva aún para aquellos asegurados cuyo estado de salud ha ido a menos, ya que por regla general no se exige probar la asegurabilidad al ejercitar la opción; cuando más, puede exigirse al elegir la opción. Cuando se adquieren estas adiciones totalmente pagadas, cada año aumentarán a un ritmo creciente el seguro pagadero al fallecimiento y el valor de liquidación, cuando se trata de adiciones pagadas que participan en los beneficios.

Debe recordarse que son pocos los individuos que pueden adquirir seguro de vida con una prima única; otros muchos prefieren dedicar los dividendos a la reducción de las primas corrientes, con el objeto de adquirir coberturas adicionales de prima anual, para conseguir un programa de seguros más adecuado.

Acumulación con interés

Los dividendos pueden ser acumulados y acreditados a la póliza a un tipo determinado de interés, con la posibilidad de retirarlos a petición del asegurado en cualquier momento o en las fechas de vencimiento. Si se produce el fallecimiento, el seguro se paga incrementado con las acumulaciones de dividendos; en caso de rescate, se pagará el valor de liquidación más el de las acumulaciones.

(21) Debe subrayarse que, en la práctica, esta opción se parece a la del seguro reducido totalmente pagado, ofrecido con ocasión del rescate.

Coberturas temporales

En estos últimos años muchas compañías ofrecen la opción de la aplicación del dividendo a la adquisición de un seguro temporal de un año. En la práctica pueden seguirse dos sistemas: uno se limita a aplicar el dividendo como si fuera una prima neta única a la compra de la cobertura; el segundo adquiere un seguro temporal de un año igual al valor de rescate de la póliza, y el resto del dividendo se acumula con intereses para ser aplicado a las pólizas anuales futuras. Esta última modalidad está relacionada con las ventas en las que se ofrece un seguro permanente de vida en el que la póliza se paga con anticipos sobre ella misma. Se trata de garantizar al beneficiario el total de la suma asegurada en el caso del fallecimiento del asegurado, aunque el valor de rescate esté íntegramente afectado al préstamo.

Otras opciones

El contrato totalmente pagado.—Los dividendos pueden ser destinados a convertir la póliza en un contrato totalmente pagado. Esto significa que cuando el valor de rescate más las acumulaciones de dividendos al final de cualquier anualidad sea igual o superior a la prima neta única correspondiente a la edad alcanzada por el asegurado (en base a una cierta tabla de mortalidad y a un tipo acordado de interés) para una cobertura igual a la de la póliza, la compañía puede, a petición del asegurado, considerarla como totalmente pagada.

La opción de capitalización.—Los dividendos pueden destinarse a convertir la póliza en una capitalización, y si ya lo fuera, a abreviar el plazo. El asegurado cuenta con dos vías alternativas: siguiendo el método usual, puede dejar que los dividendos se acumulen con sus intereses, y cuando el valor de rescate y las

acumulaciones sean iguales a la suma asegurada, la compañía puede rescatar la póliza y pagarla como capitalización madurada. Pero si el asegurado muere durante la vigencia de este plan antes de la maduración de la póliza, la compañía paga la suma asegurada incrementada con las acumulaciones; con este plan, por consiguiente, el asegurado no ejercita la opción de capitalización mientras el valor de rescate y los dividendos no igualen la suma asegurada. Esta opción es similar a la de la póliza totalmente pagada. Sin embargo, el asegurado ha de continuar pagando las primas y acumulando dividendos hasta el instante en que la póliza puede considerarse totalmente pagada, si pretende que madure como capitalización.

La segunda vía alternativa se conoce bajo el nombre de plan acelerativo de capitalización, por el que cada dividendo al ser pagado por la compañía se aplica de inmediato a la disminución del período de capitalización, en el entendimiento de que el dividendo no será pagado al producirse el fallecimiento. A causa de esta disminución de la responsabilidad de la compañía, este plan motiva que la póliza madure con mayor rapidez que en el plan anterior.

BIBLIOGRAFIA de la PARTE V

BELTH, JOSEP M.: «Price Competition in Life Insurance», *Journal of Risk and Insurance*», Vol. XXXIII, núm. 3 (Septiembre, 1966), 365-79.

BOECKNER, ROBERT G.: «Gross Premiums», *Life and Health Insurance Han-*

BOECKNER, ROBERT G.: «Gross Premiums», *Life and Health Insurance Handbook*, 3.ª ed., cap. 11. Homewood, Ill.: Dow Jones-Irwin, 1973.

CUMMINS, J. DAVID: *Development of Life Insurance Surrender Value in the United States.*« Huebner Foundation Monograph núm. 2. Philadelphia: S. S. Huebner Foundation for Insurance Education, 1973.

———: *The Retail Price Structure in American Life Insurance.* Bloomington, Ind.: Bureau of Business Research, Graduate School of Business Research, Graduate School of Business, Indiana University, 1966.

FASSEL, ELGIN G., «Premium Rates Varying by Policy Size», *Transactions of the Society of Actuaries*, Vol. VIII, núm. 22 (Noviembre 1956), 340-419.

GUERTIN, ALFRED H., «Life Insurance Premiums», *Journal of Risk and Insurance*, Vol. XXXII, núm. 1 (Marzo 1965), 23-49.

LARSON, ROBERT E., y ERWIN A. GAUMNITZ, *Life Insurance Mathematics.* Nueva York: John Wiley, 1951.

LIFE OFFICE MANAGEMENT ASSOCIATION, *Life Company Operations.* Nueva York, 1974.

MCGILL, DAN M., *Life Insurance*, ed. rev. parte 3. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, 1964.

MEHR, ROBERT I., *Life Insurance: Theory and Practice. Austin*, Texas: Business Publications, Inc. 1970.

MENGE, WALTE O., y CARL H. FISCHER, *The Mathematics of Life Insurance*, 2.ª ed. Nueva York: Macmillan, 1965.

RICHARDSON, C. F. B., «Cost Analysis», *Record of the American Institute of Actuaries*, Vol. XXXV, 49-73.

SELLERS, RICHARD M., «The Calculation of Cross Premium Rates for Nonparticipating Life Insurance», *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, Vol. VII, núm. 4 (Septiembre 1953).

STERNHELL, CHARLES N., «The New Standard Ordinary Mortality Table», *Transactions of the Society of Actuaries*, Vol. IX, núm. 23 (Marzo 1957), 1-24.

parte VI

LAS MATEMATICAS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

28

Tarificación del seguro de enfermedad: I

Las tarifas del seguro de enfermedad, al igual que las de vida, han de ser apropiadas, razonables y equitativas. Las primas dependen de factores más numerosos que las del seguro de vida, y la medida exacta de estos factores resulta bastante difícil.

Existen, por lo menos, cuatro métodos admitidos por la práctica actual para la tarificación de esta cobertura:

1. *La tarifa única* (1).—Según este método se determina el coste de los beneficios medios, de un cierto tipo de cobertura, para un grupo amplio de edades, como puedan ser de veinte a cincuenta y nueve años, y en base a estos datos del coste se calculan las primas adecuadas. Con este método la prima aumentará al cumplir el asegurado los sesenta años de edad.

2. *La tarifa escalonada.*—Este método utiliza una prima uniforme hasta que todas las personas aseguradas por debajo de una cierta edad alcancen la edad para el aumento de la prima; con este sistema solamente se introducen uno o dos cambios en las primas, por ejemplo a los cincuenta años, o bien se pueden efectuar cambios más frecuentes, por ejemplo, cada diez años, en cuyo caso la base utilizada es similar a la de la póliza de vida

(1) Esta base se usa normalmente para las pólizas con renovación opcional, en las que el coste de los siniestros no sufre gran variación con la edad.

temporal renovable cada diez años, en la que el asegurado paga una prima mayor, en base a la edad alcanzada al comenzar cada período de diez años.

3. *El seguro temporal de un año.*—Con este sistema las primas varían cada año al llegar el vencimiento, en base a la edad alcanzada por cada asegurado. Este método se aplica sobre todo a las pólizas con cobertura de los gastos médicos. La nueva prima refleja el coste creciente de estos gastos, así como el coste mayor en razón a la edad.

4. *La prima uniforme.*—Las primas se basan generalmente en la edad inicial a la emisión de la póliza, con la idea de que sean adecuadas a la incidencia creciente del coste durante el período en que la póliza vaya a estar en vigor. El método es similar al del seguro de vida con prima uniforme y exige la creación de reservas con el exceso de prima pagada en los años iniciales, a fin de compensar el coste creciente de los siniestros anuales previsto para los años sucesivos (2).

Cada uno de estos métodos presenta ventajas e inconvenientes con relación a los demás. Todos ellos tienen unos mismos problemas: 1) la medida del riesgo y la atribución de un cargo adecuado; 2) el recargo por comisiones, impuestos, gastos de administración y ganancia (o contribución al excedente); 3) la fijación de unos márgenes, imputaciones o controles en previsión de las fluctuaciones desfavorables de la experiencia prevista al tiempo en que la tarifa se determinó. El presente capítulo se dedica al estudio detallado de estos problemas (3).

MEDIDA DEL RIESGO

Las primas del seguro de enfermedad están influidas por muchos factores, como son los índices presupuestados de morbilidad, el interés, el gasto y las cancelaciones. Hay, sin embargo,

(2) La expresión «coste neto anual medio» es el producto de la frecuencia anual de los siniestros y de la cuantía media de los mismos.

(3) Véase EDWIN L. BARTLESON y otros: *Health Insurance*, 2.ª edición (Chicago, Society of Actuaries, 1968); también JESSE F. PICKRELL: *Group Health Insurance* (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1961).

otros factores, como son el método de venta empleado, la política de suscripciones y la de gestión de los siniestros, así como la filosofía y los objetivos generales de la aseguradora, factores que pueden determinar una experiencia muy diversa de una compañía a otra. La dificultad de una previsión fiable de los costes de los siniestros futuros está agravada también por otras circunstancias, como los cambios y modificaciones en la gestión hospitalaria y en la práctica médica, tanto por diferencias geográficas como por diferencias temporales, y el impacto que puedan suponer la situación económica y la coyuntura comercial.

Fuentes de las estadísticas de enfermedad

Como ya se ha dicho, uno de los problemas más complicados en el seguro de enfermedad es el de la determinación y expresión de los índices de incapacidad de acuerdo con su frecuencia y su gravedad. Resulta bastante difícil hallar el coste neto anual de las reclamaciones de un beneficio concreto y para un período concreto, a partir de unos datos basados en el beneficio de un período distinto, cuando no se conoce la frecuencia de la incapacidad. Además, muchos de los datos no prestan atención suficiente a los diferenciales por edades, por lo que son de muy poco valor para el seguro (4). Incluso las estadísticas obtenidas de las vidas aseguradas tienen una utilidad limitada, a causa de la heterogeneidad de los productos de la compañía y de las prácticas operacionales. La subjetividad del riesgo de enfermedad complica más aún el uso de los datos disponibles.

Las fuentes principales de las que se obtienen los datos de morbilidad pueden clasificarse en relación con: 1) las pólizas individuales de enfermedad; 2) los apéndices de incapacidad del seguro de vida; 3) las pólizas colectivas de enfermedad.

Pólizas individuales de enfermedad.—En muchos casos, las compañías que inician el negocio del seguro individual de enfer-

(4) Incluso en los casos en que es posible y apropiado obtener unos costes netos anuales de siniestros por grupos de edades, los resultados no siempre son estadísticamente fiables, por lo que aunque se trate de un volumen grande de experiencias los datos han de emplearse con todo tipo de precauciones.

medad basan sus presupuestos de primas en presunciones sobre la frecuencia y la gravedad de las reclamaciones. Al no contarse con unos datos adecuados sobre los siniestros, las previsiones sobre contingencias o el margen de las primas brutas son bastante elevados; debido al rápido desarrollo del volumen de datos sobre la siniestralidad, es fácil determinar si la tarifa produce o no los resultados esperados. Gracias al estudio atento de la siniestralidad se podrán introducir reajustes, para que las primas resulten más adecuadas o equitativas. Al aumentar el volumen del negocio, será *la propia experiencia de la compañía* la fuente más importante de datos (5).

En el campo de la experiencia de las compañías en general, la fuente más importante y segura de estadística es la preparada por el Comité del Seguro de Enfermedad de la Sociedad de Actuarios (6). Cada año publica informes sobre la experiencia de las pólizas con pagos por invalidez, sobre gastos hospitalarios y quirúrgicos y sobre los seguros de gastos médicos de importancia.

En cuanto a los *ingresos por invalidez*, los informes se iniciaron con los de 1959, que se ocuparon de la experiencia de los años 1955-57. Los informes recogen la experiencia de un período de beneficios de un año como máximo, clasificada según sexo, grupo de edades, profesión y período de franquicia, estudiando por separado el accidente y la enfermedad. La experiencia del segundo año de beneficios aparece solamente en parte. Es de gran interés la información recogida en dos documentos de *Transactions of the Society of Actuaries* (7).

Los informes sobre *gastos hospitalarios y quirúrgicos* analizan la experiencia por edades y sexo, con relación a la hospitalización (habitación y manutención), a los gastos varios de hospital, a la maternidad y a la cirugía.

(5) Véase, por ejemplo, LOWELL DORN: «New York Life Morbidity Experience under Individual and Family Major Medical Policies», en *Transactions of the Society of Actuaries* (diciembre 1963), págs. 275-86.

(6) Véase *1972 Reports* (publicado en 1973) para la experiencia sobre los gastos médicos; *1973 Reports* (publicado en 1974) para los ingresos por incapacidad.

(7) J. H. MILLER y S. COURENT: «Some Observations on the Nature of the Risk of Disability, Its Measurement and Control», en *TSA*, XXIV, pág. 349; E. P. BARNHART: «1971 Experience Modifications of the 1964 Commissioners Disability Table», en *TSA*, XXV, pág. 119.

Los informes sobre *gastos médicos de importancia* reflejan la experiencia más reciente de las compañías.

La Asociación del Seguro de Enfermedad de América ha creado un Comité Actuarial y Estadístico, con dos subcomités interesados fundamentalmente en la obtención de datos estadísticos que sirvan para la institución de formas nuevas de cobertura. Estos subcomités también se interesan por el desarrollo de la estadística que permita la ampliación de la cobertura a riesgos hoy considerados como no asegurables, a causa de la edad o del estado de salud. De otro lado, las compañías han llevado a cabo en estas materias una suma considerable de investigación e innovaciones.

La Asociación del Seguro de Enfermedad de América ha desarrollado y publicado la *Tabla de los Comisionados 1964 para la Incapacidad, que las compañías* han adoptado, con algunas modificaciones, para su propia tarificación (8). La *Tabla 1964* trata separadamente la experiencia de accidentes de la de enfermedad, facilitando el cálculo de las primas netas en las pólizas de accidentes y de las duraciones máximas de los beneficios por incapacidades debidas a accidente, en cuanto distinto de enfermedad. La Tabla 1964 se preparó para atender a los requisitos de reservas, y la compañía que la utilice para su tarificación ha de tener en cuenta que cualquier modificación debe introducirse tras un meticuloso estudio.

El ingreso de las compañías importantes de seguro de vida en el campo del seguro de enfermedad y el desarrollo de unos avanzados equipos de cálculo electrónico, han significado un enorme progreso en el perfeccionamiento de la información estadística. Estos avances han de traer una mayor estabilidad en las primas, una mayor equidad y una concienzuda innovación de los productos.

Apéndices de incapacidad del seguro de vida.—Como sucede con las pólizas importantes de seguro de enfermedad las compañías más importantes han reunido una extensa experiencia, que aprovechan como base de sus propias tarifas.

(8) La tabla se basó en los estudios del Comité de la Sociedad de Actuarios para el Seguro Individual de Enfermedad. Para una mayor información, véase *Transactions of the Society of Actuaries*, vol. XVII, páginas 368-92, documento de EDWARD H. MINOR: «Loss of Time Health Insurance Reserves Based on the 1964 Commissioners Disability Table».

En el campo de los datos de las compañías en general, los estudios de mayor interés son los elaborados por los comités de la Sociedad de Actuarios, publicados en 1926 y en 1953. La experiencia estudiada implica, en su mayor parte, un período de eliminación de entre tres y seis meses y la terminación de la cobertura a la edad de cincuenta y cinco o de sesenta. Para la cobertura en base a patrones distintos se hace preciso extrapolar de los datos unos períodos más breves de eliminación y otros más largos de cobertura. El estudio de 1926, con algunas modificaciones, ha servido como cimiento básico para la fijación, durante más de dos décadas, de las tarifas relativas a los beneficios por invalidez a largo plazo (9). El estudio de 1953 ha servido de base a casi todas las tarifas con renuncia a las primas y de ingresos por invalidez (10).

Además de haber servido para la tarificación de las pólizas individuales de ingresos en caso de invalidez, la Tabla 1964 también puede ser utilizada para la fijación de las tarifas de los apéndices de incapacidad incluidos en el seguro de vida. La Sociedad de Actuarios realiza, además, estudios sobre la doble indemnización, cuya experiencia tiene una gran influencia en los beneficios en caso de muerte por accidente (11).

Pólizas colectivas de enfermedad.—Desde 1947 las estadísticas del seguro colectivo han sido objeto de publicación regular, como parte de los informes del Comité de Seguro Colectivo de Vida y Enfermedad de la Sociedad de Actuarios. De otro lado, la experiencia de muchas compañías ha sido recogida en *Transactions of the Society of Actuaries*, que han incluido estudios sobre los ingresos por incapacidad, y sobre los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios. Casi todas las compañías que emiten seguro colectivo recogen sus propios datos estadísticos, de los que hacen más caso que de los conseguidos por otras fuentes;

(9) La modificación de más uso ha sido la de la Clase 3 (la que reflejó la siniestralidad más alta), con cifras que fueron desarrolladas y publicadas por la Conferencia de Underwriters de Enfermedad y Accidente, por lo que fueron denominadas «la modificación de la Conferencia».

(10) Véase «Report of the Committee on Disability and Double Indemnity»; Society of Actuaries, Chicago, abril 1953, págs. 70-182.

(11) Véase «Report of the Committee on Disability and Double Indemnity», Society of Actuaries, *1958 Reports*, pág. 45.

sin embargo, la experiencia inter-aseguradora es objeto de meticuloso análisis, para descubrir las tendencias generales de los costes, que tal vez no se dejan ver en los datos particulares de la compañía. Es natural que esta información inter-aseguradora sea de enorme valor para una compañía que entre en este negocio por vez primera (12).

Deficiencias de la experiencia disponible sobre la mortalidad

Antes de estudiar los diversos enfoques seguidos para la medición de la experiencia de morbilidad, es conveniente subrayar una vez más las deficiencias de los datos de que se dispone, así como el hecho de que a los efectos de la tarificación no hay ninguna fuente de morbilidad prevista que sea suficientemente fidedigna.

Heterogeneidad de los datos.—Para que los datos entre las compañías tengan algún significado es preciso, ante todo, que sean homogéneos. Esta homogeneidad exige que los datos se basen en riesgos del mismo año de emisión, del mismo sexo, de la misma edad o de un mismo grupo de edades, de un mismo grupo profesional, con un mismo período de eliminación y, en teoría, con una misma limitación temporal en cuanto a la indem-

(12) A continuación relacionamos algunos documentos que contienen datos abundantes sobre la experiencia de grupos:

1. «Group Weekly Indemnity Continuation Table Study», M. D. MILLER, en *TSA*, III, pág. 31.
2. «1957 Study of Group Surgical Expense Insurance Claims», M. D. MILLER, en *TSA*, X, pág. 359.
3. «A reinvestigation of Group Hospital Expense Insurance Experience», S. W. GINGERY, en *TSA*, XII, pág. 564.
4. «An Investigation of Group Major Medical Expense Insurance Experience», S. W. GINGERY y R. J. MELLMAN, en *TSA*, XIII, pág. 513.
5. «Development of Expected Claim Costs for Comprehensive Medical Expense Benefits and Ratio of 1959 and 1960 Actual Experience Thereto», B. R. BURTON y D. W. PETTENGILL, en *TSA*, XV, pág. 10.
6. «Expected Claim Costs for Supplementary Major Medical Expense Benefits», MAHDER y D. W. PETTENGILL, en *TSA*, XX, pág. 85.
7. «Hospital and Surgical Expense Insurance Under Group Conversions», S. E. SHAW II, en *TSA*, XX, pág. 365.
8. «On the Credibility of Group Insurance Claim Experience», M. H. MARGOLIN, en *TSA*, XXIII, pág. 229.

nización y con una misma suma mensual de indemnización. Esto sería imposible de conseguir en el caso de la cobertura hospitalaria y quirúrgica y de otros beneficios similares, ya que la fragmentariedad de los datos disponibles restaría fiabilidad. Normalmente las compañías cambian de cuando en cuando los patronos de los beneficios, por lo que el volumen de datos compatibles no es suficiente para llegar a resultados significativos. De otro lado, cada período de eliminación produce un nivel único de incapacidades, siendo escasa la tendencia hacia la convergencia en las duraciones mayores de la incapacidad (como por ejemplo, al final del 8.º, 15.º ó 31.º día de incapacidad). Por tanto, debe aplicarse un factor de juicio en casi todos los casos en que el período de eliminación en cuestión, difiera de aquél sobre el que están basados los datos disponibles.

Desfase temporal.—Entre el período elegido para el desarrollo de la estadística y el momento en que la información se utiliza como medida de los costes futuros de la morbilidad existe un desfase temporal. Cuando se trata de cobertura de gastos hospitalarios, quirúrgicos y médicos, y de beneficios para gastos médicos importantes, la tendencia de los costes ha sido de más del doble que el aumento experimentado en el índice del coste de la vida; por consiguiente, un factor de criterio discrecional tendrá que ser introducido aquí también, para que sea aplicado a los datos disponibles.

Medidas de la experiencia de la morbilidad

Al fijar las tarifas de cualquier tipo de cobertura de enfermedad, hay que comenzar estableciendo una medida del coste neto anual de la siniestralidad prevista por cada póliza.

Costes de los beneficios por unidad. — El coste neto anual de las reclamaciones contra una cobertura concreta es el producto de la frecuencia de ocurrencia por el importe medio de las reclamaciones (gravedad). El método del coste de los beneficios por unidad implica el cálculo del coste de un beneficio standard o unitario, de suerte que el coste neto anual de las reclamaciones contra los beneficios cubiertos en la práctica, quedará determinado

por la multiplicación del coste del beneficio unitario, por la suma correspondiente de los beneficios cubiertos.

La unidad del riesgo puede ser de $ 1 de beneficio diario por hospitalización, de $ 1 de ingresos mensuales por incapacidad, de un cuadro quirúrgico standard máximo o de cualquier otra unidad apropiada previamente seleccionada. Los costes por unidad apropiada se pueden clasificar de modo que reflejen la combinación de edad, sexo, profesión, zona geográfica, etc. Si el beneficio unitario elegido es de $ 1 diario de prestación hospitalaria, y la frecuencia de ocurrencia es del 0,1 por persona y año, con una duración media de la reclamación de siete días, el coste del beneficio por unidad será de $ 0,70; por consiguiente, el coste neto anual de unos beneficios hospitalarios de $ 70 por día sería de $70 $\times$ $ 0,70 = $ 49.

Es posible la obtención del coste neto anual de las reclamaciones, sin tener que determinar separadamente la frecuencia y el importe medio de la siniestralidad contra el beneficio cubierto objeto de estudio (13). Por ejemplo, todos los beneficios hospitalarios de orden diverso, pagados durante el año contra unas pólizas que cubran los mismos beneficios máximos, pueden ser divididos por la exposición apropiada al riesgo, para determinar el coste neto anual de la siniestralidad por cada vida asegurada. De forma semejante, cuando no se conoce el interés, también puede determinarse el coste neto anual por dólar de ingresos mensuales, en los casos de seguro de ingresos por incapacidad, con un período concreto de eliminación y con un límite máximo de beneficios, mediante la división del valor total de los siniestros declarados a cada edad de incapacidad por el total de la indemnización mensual arriesgada. El resultado sería el mismo que si se multiplicara el índice de incapacidades (frecuencia), por el valor de la renta vitalicia por invalidez, sin tener en cuenta los intereses (importe medio de las reclamaciones).

Tablas de la permanencia.—La determinación de: 1) la frecuencia prevista de los siniestros por cada vida asegurada; y 2) el valor medio de cada reclamación, constituye un importante problema doble a ser resuelto por el actuario. La medición en tér-

(13) También se puede hacer de otro modo, empleando un conjunto de datos para la *frecuencia* y otro para la *cuantía del siniestro*.

minos matemáticos del efecto sobre el coste de los siniestros, de los diversos períodos de eliminación, se logra normalmente con el desarrollo de unas tablas de permanencias, que recogen las probabilidades de continuidad de las reclamaciones a las diversas duraciones y cantidades (14).

Por ejemplo, las estancias en el hospital se pueden expresar con el número de pacientes que sigan internados al final de un período t de días, de entre un número inicial presunto de 10.000. El gráfico 28.1 recoge el estudio de la probabilidad de la *permanencia en el hospital* de 10.000 individuos internados (varones adultos) (15).

En el seguro de ingresos en caso de incapacidad, el período de

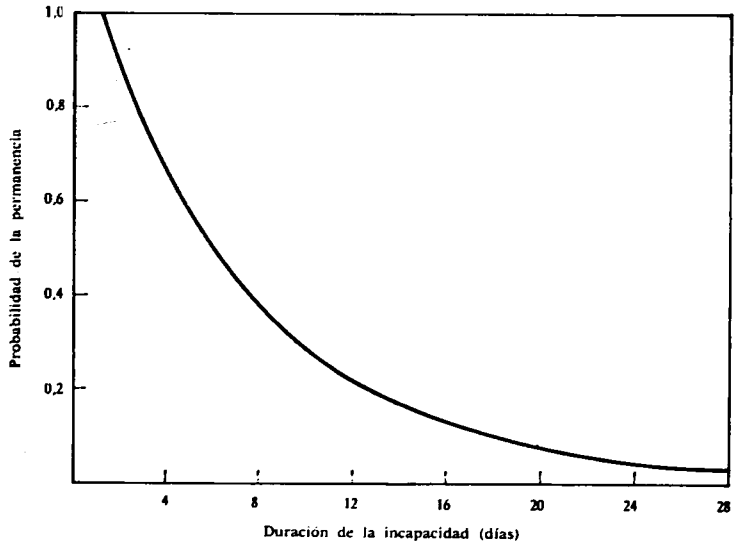


GRAFICO 28.1.—Probabilidad de la permanencia del internamiento en el hospital sobre 10.000 internados (varones adultos).

(14) Para la explicación del desarrollo y utilización de las tablas de la permanencia, véase BARTLESON y otros: *Health Insurance*, págs. 192-96.

(15) Véase S. W. GINGERY: «Group Hospital Expense Insurance Experience», en *TSA*, vol. IV, 87, Tabla VI-1, 10 X Beneficios Diversos en planes de 31 días.

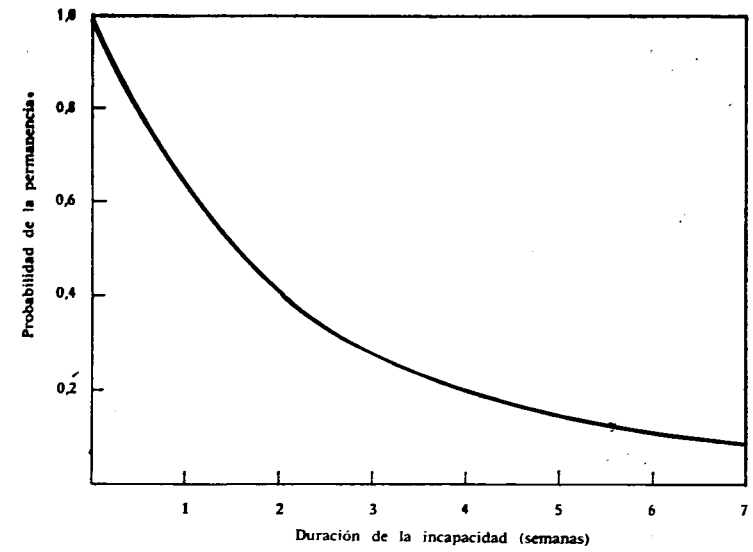


GRAFICO 28.2.—Probabilidad de la permanencia de la incapacidad sobre 10.000 incapacitados a los 40 años de edad.

carencia tiene un efecto profundo en el nivel del índice requerido. El gráfico 28.2 recoge el estudio de la probabilidad de la permanencia de la incapacidad entre 10.000 individuos incapacitados a la edad de cuarenta años (16).

De modo semejante, la tabla de la permanencia de los gastos médicos de importancia expresaría la probabilidad de que la siniestralidad llegue o exceda de t dólares, y a partir de estos datos se podrá determinar el efecto de las diversas franquicias y de los diversos importes máximos.

Las tablas de las permanencias son bastante útiles para el cálculo del siniestro de cuantía media; estos valores medios de la siniestralidad, combinados con la frecuencia prevista (índice

(16) Véase la modificación de la Conferencia de la Clase 3 de la Tabla de Incapacidades de 1926; asimismo, la Tabla de los Comisionados de 1964, también de Incapacidades, y los Reports de la Sociedad de Actuarios, para estudiar el tema de los efectos de los períodos de carencia.

TABLA 28.1

Ejemplo del cálculo de la prima neta uniforme para una póliza de gastos médicos para cinco años con renovación garantizada. (Varón de 60 años).

(1) Edad alcanzada	*(2) Coste anual de los siniestros en la anualidad siguiente a la edad alcanzada*	*(3) Período medio, a partir de la fecha de emisión del contrato, para el comienzo de los siniestros (en años)*	*(4) Proporción de asegurados que sobrevivirá a este período medio*	*(5) Importe de $ 1 descontado al 2,5 % anual durante el período medio*	*(6) Valor presente del coste de los siniestros (2) × (4) × (5)*
60	$ 18,10	0,5	0,9898	0,9877	$ 17,695
61	18,70	1,5	0,9688	0,9636	17,457
62	19,32	2,5	0,9462	0,9401	17,186
63	19,96	3,5	0,9222	0,9171	16,881
64	20,62	4,5	0,8965	0,8948	16,541

Total de la columna 6, valor presente de los costes futuros de las reclamaciones anuales ..... $ 85,760

Valor presente de una renta a cinco años debida de $ 1 por año a la edad de 60 (1958 CSO, 2,5 por 100) ..... $ 4,5595

$$\text{Prima neta uniforme} = \frac{\$\ 85{,}760}{4{,}5595} = \$\ 18{,}81$$

de siniestralidad), dan como resultado el coste neto anual previsto de las reclamaciones del plan de beneficios cubiertos en cuestión. El método es bastante directo y de fácil aplicación práctica cuando se trata de un beneficio único, como pueda ser el de los ingresos mensuales por incapacidad. Si los beneficios se combinan de formas diversas, con períodos de carencia distintos y con limitaciones máximas diferentes, el problema de la medición del coste neto anual previsto resulta enormemente complicado (17).

Primas netas uniformes.—Este método implica el desenvolvimiento de unas funciones basadas en las frecuencias previstas de los siniestros, a cada edad, y en los valores presupuestados de las reclamaciones a esas mismas edades. El método se aplica usualmente cuando en la determinación del valor presente de una renta por siniestro se ha introducido un descuento de intereses, como sucede en los casos del beneficio de la devolución de las primas, o de los ingresos por incapacidad a largo plazo.

(17) Un documento excelente sobre los conceptos matemáticos del desarrollo de las funciones de la permanencia en las pólizas con beneficios complejos, es el trabajo de E. PAUL BARNHART, en *TSA*, vol XI (1959), págs. 649-718.

La prima neta uniforme de un contrato de ingresos por incapacidad, al igual que sucede en el campo del seguro de vida, será la precisa para pagar los beneficios, supuesto que: 1) los siniestros futuros se ajustan exactamente a los importes medios presupuestados, así como a los índices de frecuencia reflejado en la tabla de morbilidad que se haya adoptado; 2) los fallecimientos entre las personas aseguradas se producen de acuerdo con el índice de la tabla de mortalidad elegida; 3) el tipo de interés devengado es el presupuestado al tarificar (18). De aquí que, a la fecha de emisión, la prima neta uniforme será igual al valor presente de los costes netos anuales futuros de la siniestralidad, dividido por el valor presente de una renta vitalicia debida de $ 1 al año, durante el período de pago de las primas.

El valor presente de los costes futuros es el valor, a la fecha de emisión, de todos los siniestros previstos hasta la fecha de terminación del contrato, debidamente descontados.

La tabla 28.1 refleja el cálculo de una prima neta anual para una póliza temporal de cinco años, para la cobertura de los gastos médicos y con renovación garantizada emitida a un hombre de sesenta años.

Es más aconsejable el uso de una tabla de la permanencia, al valorar las responsabilidades previstas por siniestros, cuando se trata de unos beneficios a corto plazo, en los que los intereses pueden ser ignorados sin apenas afectar a los resultados (19).

Ratios de las pérdidas.—Este método para la determinación del nivel de los costes se basa en la ratio entre los beneficios prestados y las primas devengadas. El método es apropiado para la tarificación del negocio emitido para una duración de un año, pero no para el emitido con primas uniformes. El método de la ratio de las pérdidas ha de ser aplicado con grandes precauciones cuando se rata de hacer la comparación entre los cos-

(18) Véase BARTLESON y otros: *Health Insurance*, págs. 189-92.

(19) Muchas compañías también tienen en cuenta las terminaciones o cancelaciones voluntarias.

tes de la morbilidad de compañías distintas. Estas comparaciones normalmente carecen de significado, a causa de las diferencias en: 1) los niveles de las primas para unos mismos tipos de beneficios; 2) los tipos de pólizas con beneficios distintos; 3) los requisitos para las reservas; 4) las ratios de las cancelaciones; 5) los índices del crecimiento de cada compañía (20).

USO DE LA EXPERIENCIA DE LA MORBILIDAD EN LA TARIFICACION

Comparación con la tarificación del seguro de vida

Las tarifas del seguro de enfermedad dependen de los costes de los beneficios, de los índices de cancelación, del interés y del gasto del negocio, al igual que en el seguro de vida. De otro lado, el ciclo económico y las variaciones en el coste de la prestación de los beneficios según la zona geográfica, así como los efectos sobre el coste a causa de los diferentes períodos de carencia o de las franquicias distintas, crean problemas adicionales que no son inherentes al cálculo de las primas del seguro de vida.

Aplicación de la experiencia de la morbilidad a la tarificación

Como se ha dicho, el coste de los siniestros se puede detallar en cinco conceptos relativamente pequeños para reflejar el coste de los diversos grupos de edades y tipos de beneficios, así como la incidencia creciente del coste en el sistema de prima uniforme; también se puede desarrollar para que refleje el coste neto anual medio de las reclamaciones contra una cobertura de un beneficio concreto para todas las edades o para grupos amplios de edades. Más adelante nos ocuparemos de las ventajas y desventajas relativas de los diversos métodos de clasificación de los datos estadísticos de la morbilidad a los efectos de la tarificación.

Experiencia seleccionada y definitiva.—Casi todas las tablas de morbilidad empleadas para el cálculo de los costes netos anuales de las reclamaciones de beneficios de ingresos por incapacidad, hacen exclusión de los primeros años de cobertura. A diferencia del éxito práctico conseguido en el campo del seguro de vida, en el de enfermedad no han dado resultados satisfactorios los intentos por averiguar la influencia de la experiencia de estos años primeros de vigencia (*experiencia seleccionada*). El patrón de la experiencia seleccionada en el seguro de invalidez es totalmente diferente al de la mortalidad en las pólizas individuales de vida. Hasta la edad de los cuarenta años, las ventajas de la selección son insignificantes en los primeros años de vigencia, debido sobre todo al hecho de que por debajo de los cuarenta años de edad los costes por enfermedad tienden a aumentar con la duración de la póliza, al tiempo que los costes por accidente tienden a disminuir. Las dos tendencias se contrarrestan mutuamente. Los estudios realizados demuestran que a las edades comprendidas entre los cincuenta y los sesenta y cinco años se produce un aumento notable en la morbilidad con la mayor duración; los que se aseguran por vez primera con edades entre veinte y cuarenta años, producen a partir de la edad de cincuenta una morbilidad superior a la de los que se aseguraron después de haber cumplido los cincuenta años. Además, la experiencia presenta profundas variaciones, según sea el tipo del beneficio cubierto que se estudie.

Es lógico que haya que tener en cuenta las relaciones existentes entre experiencia seleccionada y experiencia definitiva, si se quiere determinar la prima bruta, para que las primas del seguro emitido a edades avanzadas pueda reflejar adecuadamente los ahorros debidos a la selección.

Hasta la fecha se sabe muy poco sobre las características de la experiencia en los seguros de hospitalización, de servicios quirúrgicos y de gastos médicos, en relación con la duración de la póliza. Con los estudios en curso de las comisiones de la Sociedad de Actuarios sobre la mortalidad individual y de grupo y sobre la morbilidad, es de esperar una mayor aproximación en los cálculos de las primas para estas coberturas, tanto a base individual como colectiva. Sin embargo, las graves dificultades originadas por los rápidos aumentos en los costes médicos y hospitalarios constituyen una rémora importante a cualquier tipo de progreso.

(20) Véase BARTLESON y otros: *Health Insurance*, págs. 121-22.

Papel del interés.—Los tipos de interés tienen en los cálculos de las primas del seguro de enfermedad una importancia mucho menor que en los del seguro de vida. La razón entre siniestros y primas durante los primeros años del seguro de enfermedad es bastante mayor que en el seguro de vida con prima uniforme; en consecuencia, una parte mayor de la prima se destina a pagar siniestros al poco tiempo de haber sido cobrada, por lo que no puede dedicarse a la acumulación de reservas ni a inversiones. En el caso de una cobertura a largo plazo de ingresos por incapacidad, es bastante usual la inclusión del interés en la determinación del coste medio de los siniestros. El valor de la renta por invalidez es menor a causa del descuento de interés.

Efecto de las cancelaciones.—Las cancelaciones tienen una influencia profunda en las tarifas de enfermedad por dos razones principales. De un lado, los gastos son mayores en el primer año, debido a los gastos de emisión, de una comisión superior (en el supuesto de que las comisiones no tengan una base uniforme) y de tipo administrativo. De otro lado, la siniestralidad tiende a aumentar con la mayor edad del asegurado. Teniendo en cuenta estos dos factores, que varían según la edad a la emisión, y la duración de la póliza, el nivel de la tarifa dependerá del índice de las cancelaciones, o de su complemento, el índice de continuidad, que será la unidad menos el índice de las cancelaciones.

En las pólizas individuales de enfermedad, el índice es bastante superior al del seguro de vida, presentando además profundas variaciones de un tipo a otro de cobertura. Las compañías con operaciones de seguro de vida y de enfermedad, saben que en este último, el índice de cancelaciones es entre 1,5 y dos veces superior al resultante en el seguro permanente de vida.

Importancia del juicio discrecional.—El actuario encargado del cálculo de las tarifas del seguro de enfermedad por una compañía que vaya a iniciar operaciones en este campo, emplea unos datos estadísticos de la morbilidad que pueden provenir de fuentes distintas y que pueden implicar algunas modificaciones de

los datos básicos obtenidos. A causa de la escasez de datos fiables y de la multiplicidad de los factores, origen de niveles variables de los costes, en la tarificación de este seguro hay que dejar un margen amplio a la discreción. Para la fijación del nivel de las primas de la compañía se debe efectuar una comparación con las primas brutas cargadas por la competencia.

29

Tarificación del seguro de enfermedad: II

PRINCIPIOS BASICOS DE LA TARIFICACION

Proceso de tarificación

El proceso de la tarificación implica el análisis de los datos disponibles y el desarrollo para las diversas clasificaciones de asegurados de tarifas que sean apropiadas, razonables y equitativas. Es esencial lograr una clasificación de los asegurados, sobre la base de todos los factóres de importancia que afecten a los costes de la morbilidad y a los gastos de las operaciones. De esta manera, al hacer la imputación de dichos costes y al fijar el precio de sus prestaciones, la compañía, según sea el tipo del beneficio cubierto, habrá de hacer una clasificación de acuerdo con ciertas características, tales como la edad, el sexo, la región geográfica, el tipo de cobertura y la profesión. Estas clasificaciones son imprescindibles para el logro de un trato justo a todos los asegurados.

Si a todos los asegurados se les cargara una misma tarifa media, con independencia del riesgo individualmente cubierto, se estaría fomentando la antiselección, y aquellos cuyo riesgo real implicara un riesgo bajo dejarían de acudir al seguro, a no ser que fuera obligatorio. Quedarían para asegurarse los que van a implicar un coste superior al previsto, por lo que la prima tendría

que ser aumentada, lo cual determinaría una nueva antiselección. En todo caso, conviene hacer ver que el proceso clasificatorio tiene limitaciones prácticas, en aras de la equidad. Los parámetros se determinan en base al coste administrativo creciente, de la existencia de una multiplicidad de clases y a la necesidad de contar con un volumen suficiente de negocio dentro de cada clase, para conseguir una experiencia y una estabilidad fiables en la estructura de las tarifas.

Por regla general, la competencia se encarga de mantener las tarifas en una relación razonable con las prestaciones cubiertas, pero no siempre sucede así. Algunos Estados obligan al registro de las tarifas del seguro de enfermedad, y son cada vez más los que han de aprobar previamente las tarifas de las pólizas individuales.

El criterio más importante en la fijación de las tarifas es el de la adecuación de la prima. En una línea nueva de negocio, basada en una experiencia relativamente poco fundada, el margen de seguridad ha de ser mayor que en una línea ya establecida, con una experiencia propia con la cual proyectar las estimaciones del coste. Como se repetirá más adelante, la compañía normalmente prueba el nivel de sus primas con los estudios sobre la participación en el activo, partiendo de ciertos supuestos como son los índices del gasto, las cancelaciones, la morbilidad y el interés. Los equipos de ordenadores han posibilitado una mayor exactitud en el desarrollo y verificación de las primas (brutas o netas), hasta extremos que hace pocos años no se habrían podido soñar.

Debe recordarse que, además de la elaboración de las tarifas para las pólizas nuevas, existe también el problema de la revisión de las aplicadas a las pólizas individuales *existentes*, emitidas con renovaciones garantizadas y primas variables (1).

Las primas brutas

La prima bruta ha de atender a los beneficios, a los gastos y a los márgenes contingentes, para el supuesto en que la siniestralidad y los gastos resulten superiores a lo previsto (2). Normalmente, las primas brutas se calculan sobre la base de que se pagan anualmente, pero también se pueden pagar por semestres, por trimestres o mensualmente. En el seguro individual de enfermedad la prima bruta tiene una base uniforme, esto es, todos los años la prima es la misma, desde la entrada en vigor de la póliza hasta el final del período de seguro, usualmente hasta los sesenta y cinco años de edad. En otros casos las primas brutas son para plazos temporales de un año, con una tarifa de crecimiento gradual.

(1) Véase también PAUL BARNHART: «Adjustment of Premiums under Guaranteed Renewable Policies», en *TSA*, XII, págs. 472-98.

Factores que influyen en la prima.—La tarifa de una cobertura concreta puede depender de diversos factores, tales como: 1) morbilidad; 2) gastos; 3) continuidad; 4) tipo de interés, y 5) márgenes contingentes.

1. *Morbilidad.*—El coste anual de los siniestros dentro de una clase definida por la edad, el sexo, la profesión, etc., es el producto de: a) la *frecuencia* anual de un suceso concreto; b) la *reclamación media* cuando tal suceso se produce. Por ejemplo, la frecuencia anual de la hospitalización dentro de una cierta edad y sexo puede ser del 10 por 100, y la reclamación media de $ 7, por lo que el coste anual de una cobertura de hospitalización de hasta $ 70 diarios sería de $ 49 (0,1 × 7 × 70).

Aunque los costes de la mortalidad intervengan siempre, sin embargo, en el seguro de enfermedad se presta consideración prioritaria a los costes de la morbilidad. Como se dirá, los costes anuales de los siniestros pueden variar según sean los tipos y las cifras de las prestaciones cubiertas, de acuerdo con factores como la edad, el sexo, el grupo profesional y la zona geográfica. Como casi todas las pólizas contienen más de un tipo de prestación, habrá que obtener un coste anual separado para cada tipo.

2. *Gastos.*—A fin de obtener unos índices apropiados del gasto para la fijación de las tarifas, habrá que efectuar unos estudios detallados de los costes, en los que sus diversos conceptos estén expresados: a) como un porcentaje de la prima, lo

(2) Véase HEALTH INSURANCE ASSOCIATION OF AMERICA: *Principles of Individual Health Insurance I* (Nueva York, 1968), págs. 138-50.

que se denomina un tipo de gasto *por prima* (por ejemplo, los impuestos y la comisión); b) o bien, en una cifra por póliza, o tipo de gasto *por póliza* (por ejemplo, el coste de la suscripción y de la emisión); c) o bien, en una cifra *por siniestro* pagado (por ejemplo, el coste de la investigación y de la comprobación del siniestro). El gasto por prima, al no ser uniformes las comisiones, es normalmente muy superior en el primer año del seguro, disminuye luego durante los años siguientes, hasta quedar en una cifra constante durante el resto de la vigencia. El gasto por póliza también es muy superior en el primer año, pero en las demás anualidades se mantiene prácticamente constante, a excepción del impacto que pueda suponer la inflación.

3. *Continuidad.*—El índice de continuidad de un grupo de pólizas puede ser definido como la «ratio» entre el número de las pólizas que continúa en vigor al vencimiento, y el número de las que estaban vigentes al vencimiento anterior. De este modo, si de 100 pólizas emitidas quedan 75 al vencimiento, la continuidad del primer año será del 75 por 100. El índice de la continuidad tiende a mejorar con la mayor duración de la póliza, y en ciertos tipos de cobertura puede llegar hasta el 95 por 100 o más a partir de la quinta anualidad. La continuidad está también influenciada por otros factores; por regla general, los índices son superiores en las pólizas emitidas a asegurados de más edad y entre las profesiones con menos riesgos. En el plano de los gastos médicos de importancia y de los ingresos por incapacidad, la continuidad revela un índice superior al de las pólizas con coberturas básicas de gastos de hospitalización.

4. *Interés.*—Cuando se trata de primas uniformes, la compañía contará, una vez transcurridos los primeros años de póliza, con una acumulación de fondos derivados del exceso del ingreso por primas sobre las cifras pagadas por siniestros y gastos. Al igual que sucede en el seguro de vida con prima uniforme, los fondos acumulados en los años iniciales serán necesarios en los finales, en los que la prima no resultará suficiente para el pago de los siniestros y de los gastos. Por tanto, al tarificar se hace preciso partir de un tipo adecuado de interés, que refleje las ganancias de las inversiones realizadas con estas acumulaciones. Lo normal es que los fondos acumulados tengan signo negativo en los años iniciales, sobre todo a causa del pesado gasto incurrido en el primer año de vigencia.

5. *Márgenes para contingencias.*—Al igual que con las primas del seguro de vida, en los cálculos de la tarificación hay también que introducir un margen para contingencias. Según uno de los métodos, la prima se calcula sobre la base de los presupuestos más probables, y luego se le aplica un aumento porcentual, como margen frente a cualquier contingencia; según otro método, se parte de unos presupuestos muy conservadores sobre la morbilidad, el gasto y el tipo de interés como base de la prima. Ambos enfoques llegan aproximadamente a los mismos resultados.

Derivación de la prima bruta.—Una vez fijados todos los presupuestos de un tipo concreto de cobertura y el importe de las prestaciones, en función de una cierta edad a la emisión, del sexo, de la clase profesional y de la zona geográfica, el actuario hace una estimación aproximada de lo que la prima bruta pueda resultar. Esta prima bruta provisional es comprobada con las previsiones realistas del gasto, de la siniestralidad, de la continuidad y del tipo de interés a lo largo de un período imaginario, que puede ser de veinte años; si esta prima bruta provisional produce una acumulación de fondos demasiado elevada o demasiado reducida al final del período proyectado, se efectúa una adaptación adecuada de la prima hasta llegar al nivel apropiado para mantener en el mercado al tipo de póliza en estudio (3). En el caso de pólizas con participación en los beneficios, a continuación se determinan las posibilidades de reparto de dividendos siempre que la acumulación supere en todo momento la suma precisa para, junto con las primas futuras, atender al pago de las reclamaciones y los gastos futuros. Cuando se trata de póli-

(3) También es posible dar solución a la fórmula de la participación en el activo gracias a las presunciones y parámetros adecuados, con la prima bruta como incógnita hasta llegar directamente a la apropiada. Para la descripción detallada del uso de las participaciones en el activo para la determinación de la tarifa, véase HEALTH INSURANCE ASSOCIATION OF AMERICA: *Principles of Individual Health Insurance I* (Nueva York, 1968), págs. 138-50.

zas sin participación, la compañía obtiene un beneficio por asumir la cobertura del riesgo. Por regla general, los márgenes son inferiores en los seguros sin participación que en los de tipo mutuo.

No es lo usual que las primas brutas se calculen para cada edad por el método que se acaba de describir; lo más común es que se calculen para cada grupo de diez en diez años, esto es, para los de veinte, treinta, cuarenta, cincuenta y sesenta años. Las primas para las edades intermedias se obtienen trazando la curva de las edades calculadas. Algunas compañías siguen un método distinto: para cada plan determinan las primas netas uniformes (en base únicamente a la morbilidad, la mortalidad y el tipo de interés) para cada edad y averiguan la fórmula del recargo, normalmente en forma de porcentaje sobre la prima neta uniforme aumentada en una suma constante; las primas brutas obtenidas se aproximan bastante a las del primer método.

COSTES ANUALES DE LAS RECLAMACIONES

El coste neto anual de las reclamaciones puede definirse como la frecuencia de los siniestros multiplicada por el valor medio de las reclamaciones. Como en el seguro de enfermedad se emiten muchos tipos de coberturas con valores distintos de siniestros, se hace preciso estudiar separadamente cada tipo de beneficio al desarrollar las fórmulas necesarias y al aplicar los datos de la morbilidad.

Muerte por accidente y la mutilación

La mutilación supone normalmente el 10 por 100 de todos los siniestros contra la cobertura de muerte por accidente y mutilación. Por consiguiente, suponiendo que r_x representa el índice de muertes por accidente a la edad x, que la prestación de capital es de $ 1.000 y que k es igual al porcentaje de los siniestros declarados, podremos expresar una ecuación en la que la prima pura P_x para muerte por accidente y mutilación sea:

$$(1 - k)P_x = \$\ 1.000\ r_x$$

$$P_x = \frac{\$\ 1.000\ r_x}{1 - k}$$

si k = 10 por 100, tendremos:

$$P_x = \frac{\$\ 1.000\ r_x}{0{,}90}$$

Como los índices de la muerte por accidente varían muy poco con la edad, sobre todo en las edades para las que esta cobertura se emite, lo más corriente es cargar la misma prima, cualquiera que sea la edad a la emisión. Según otro método utilizado se carga la misma prima para cualquier edad por debajo de los cuarenta y cinco años, y a partir de ésta la prima aumenta con la edad.

Prestaciones de gastos médicos

Beneficios de hospitalización.—El coste neto medio de las reclamaciones varía considerablemente según sea el tipo de la prestación, el nivel de los beneficios, la duración del período máximo de hospitalización y la edad y sexo del asegurado. Se pueden obtener costes anuales separados en base a las estadísticas disponibles para hombres, mujeres y niños, por cada $ 1 de prestación hospitalaria pagadera para diversas duraciones máximas. Los riesgos adicionales, como los derivados de la ocupación profesional o de la zona geográfica, pueden ser tenidos en cuenta haciendo un reajuste del coste neto anual de las reclamaciones. El método es válido para los seguros individuales de enfermedad; en los casos de seguros colectivos el reajuste puede ser aplicado a las primas brutas.

Beneficios de gastos diversos de hospitalización.—El coste de los gastos extra de hospitalización dependen de las prestaciones máximas que sean pagaderas. Los costes anuales netos de las reclamaciones pueden obtenerse partiendo de las estadísticas disponibles; tales costes varían según la edad y el sexo de los adultos, pero no en el caso de niños.

Las prestaciones de habitación, manutención y gastos varios de hospitalización se determinaban hasta hace poco con independencia de la zona geográfica. Desde fechas recientes el sujeto compra una cifra determinada de cobertura regular hospitalaria y quirúrgica por día, estipulando las garantías que estime suficientes *para su propia zona*, teniendo en cuenta que el factor geográfico tiene hoy muy poca influencia; sí la tiene, por el contrario, cuando se trata de prestaciones de gastos médicos de importancia. En la actualidad existe la tendencia a reajustar por zonas geográficas los cargos de gastos varios extra de hospitalización; esta tendencia ha surgido desde que se introdujo la cobertura de los gastos médicos de importancia, en la que los estudios hechos sobre la experiencia han subrayado la necesidad de esta matización, a fin de dar un trato equitativo a los asegurados, tanto de pólizas individuales como colectivas.

Prestaciones de maternidad.—Las prestaciones de maternidad son, por lo general, tratadas separadamente, ya que implican un patrón separado de costes, y pueden no estar incluidas en la cobertura de la póliza. En las pólizas individuales, cuando incluyen las prestaciones de maternidad como un beneficio optativo que pueda ser excluido por decisión del asegurado, se aplica una prima bruta anual de aproximadamente $ 30 por cada $ 100 de prestación, cualquiera que sea la edad.

Prestaciones quirúrgicas.—Los sistemas empleados de prestaciones quirúrgicas son bastante similares, y se han podido determinar con gran aproximación los costes de estos beneficios standard. Además, las frecuencias relativas no han sido registradas sobre una base relacionada con el sistema de prestaciones. Cabe desarrollar unas tarifas muy ajustadas para las diversas prestaciones quirúrgicas; el proceso incluye el examen de un gran número de reclamaciones para obtener el coste medio previsto de los siniestros dentro del nuevo sistema, en comparación con el standard, y ajustando la tarifa empleada en éste, mediante la multiplicación por la «ratio» entre el coste neto medio anual bajo el nuevo sistema y el del sistema primitivo. Estas variaciones de los costes se determinan separadamente para los varones adultos, para las mujeres adultas y para los niños, en cuanto a las prestaciones quirúrgicas que no sean de maternidad; el coste adicional de las reclamaciones de maternidad se calcula independientemente.

Prestaciones de gastos médicos de importancia.—Al determinar unas tarifas realistas para estas prestaciones, sea en un plano individual, sea colectivo, el aspecto más difícil es el problema de adaptar las estadísticas disponibles de morbilidad (desarrolladas muchas de ellas partiendo de coberturas de planes básicos) a los tipos de prestaciones facilitadas por la cobertura de los gastos médicos de importancia.

Al experimentar con esta nueva línea de cobertura casi todas las compañías se dieron cuenta de que sus tarifas iniciales no eran adecuadas; ello era debido a muchos factores que no eran muy obvios, basados en la experiencia desarrollada con las coberturas de hospitalización básica, de cirugía y de atención médica. Entre estos factores únicos, cuyos datos no estaban disponibles y se hallaban en curso de desarrollo, podemos citar (4):

1. La diferencia en el nivel del coste entre los planes por cada enfermedad y los planes para todas las causas de enfermedad.
2. El efecto de las ganancias crecientes del asegurado sobre las ratios de siniestralidad.
3. El efecto de la zona geográfica sobre los costes de las prestaciones, tanto en coberturas para empleados, como para familiares.
4. El efecto sobre los costes de las prestaciones de las diversas franquicias y factores de participación porcentual (coaseguro).
5. El efecto de la inflación sobre los costes de la atención médica (es el factor de mayor trascendencia).
6. El efecto sobre los costes de las prestaciones de las limitaciones internas, tales como: a) la prestación máxima diaria para estancia y manutención en el hospital; b) el cuadro máximo de honorarios médicos. Estas limitaciones tienden a influir en el uso de las facilidades hospitalarias de habitación privada, y en las sumas a pagar para procesos quirúrgicos standard; estos gastos dependen mucho de la zona geográfica y de la índole de la hospitalización o de la operación quirúrgica.

(4) Véase, por ejemplo, S. W. GINGERY y R. J. MELLMAN: «An Investigation of Group Major Medical Expense Insurance Experience», en *TSA*, vol. XIII (con los costes de las reclamaciones contra una cobertura combinada de gastos médicos de importancia emitida a un grupo en el año 1957). Véase también D. W. PETTENGILL y B. E. BURTON: «1960 Tabular Costs for Comprehensive Medical Expense Plans», en *TSA*, marzo 1963.

Variaciones en el coste según el tipo de la prestación.—En las tablas que siguen se recogen las variaciones en el coste según sea el tipo de la prestación.

La tabla 29.1 refleja los costes anuales de siniestros, en coberturas de hospitalización y cirugía, reflejando su incremento con la edad. En comparación con los varones, los costes de las mujeres son un poco mayores a edades más jóvenes, pero con el aumento de la edad los costes se igualan y a partir de los 55 años pasan a ser inferiores. Cuando se trata de niños normalmente no se hace diferencia de sexos.

TABLA 29.1

Costes anuales de las reclamaciones, en ciertas prestaciones de hospitalización y cirugía

Edad alcanzada	*Prestación diaria de hospitalización de $ 10, período máximo de 90 días*		*Gastos varios de hospitalización, prestación máxima de $ 200*		*Beneficios quirúrgicos máximos de $ 100, baremo standard*	
	V	*M*	*V*	*M*	*V*	*M*
20-24	$ 4,54	$ 5,45	$ 9,22	$ 12,69	$ 1,12	$ 1,57
25-29	4,17	6,20	8,91	14,15	1,11	1,87
30-34	4,65	8,88	9,97	16,79	1,18	2,35
35-39	5,72	9,60	11,71	19,88	1,36	2,86
40-44	7,19	11,22	13,77	21,94	1,61	3,22
45-49	8,95	12,16	15,96	22,49	1,92	3,27
50-54	11,23	12,66	18,54	21,82	2,32	3,11
55-59	14,30	13,49	21,92	21,29	2,89	3,01
60-64	18,85	15,85	26,49	22,51	3,64	3,14
	Niño		Niño		Niño	
Todas las edades	$ 3,33		$ 8,05		$ 1,17	

Fuente: «Transactions of the Society of Actuaries - 1972 Reports», páginas 174, 176, 187.

La tabla 29.2 presenta los costes anuales de las reclamaciones de unos beneficios de maternidad de $ 100; el coste disminuye con la edad, y también es bajo durante el primer año de cobertura a causa del tiempo de gestación. Los índices de reclamaciones en los primeros años de la póliza, son muy superiores a los de años posteriores, por lo que el coste de las prestaciones de maternidad es mayor en los años iniciales. Cuando la cobertura de maternidad es opcional, lo más probable es que la selección la haga el propio asegurado, y el coste de las reclamaciones no variará con la edad.

TABLA 29.2

Costes anuales de las reclamaciones por prestación de $ 100 por maternidad

Edad alcanzada	*Costes anuales de las reclamaciones*
20-24	$ 28,80
25-29	20,60
30-34	9,90
35-39	4,30
40-44	1,10
45-49	0,20

Fuente: «Transactions of the Society of Actuaries - 1972 Reports», pág. 192.

La tabla 29.3 muestra los costes anuales de las reclamaciones de prestaciones de gastos médicos de importancia. El coste aumenta con la edad, y el aumento es mucho mayor en esta cobertura que en la de hospitalización y cirugía de la tabla 29.1. Entre las mujeres los costes son, por regla general, superiores a los de los varones hasta la edad de cincuenta años, y a partir de entonces tienden a ser inferiores. Como se indica, la tabla 29.3 recoge los costes de un plan concreto; en otros planes serán distintos, dependiendo de sus características.

TABLA 29.3

Costes anuales de las reclamaciones; prestaciones de gastos médicos de importancia

(Suma deducible $ 500, cuantía máxima $ 10.000, coaseguro 75 por 100, sin habitación de hospital y límite de hospedaje, y más de 3 días de duración)

Edad alcanzada	*Varones*	*Mujeres*	*Niños (todas las edades)*
20-24	$ 20,94	$ 29,61	$ 11,75
25-29	21,82	32,36	
30-34	27,83	32,59	
35-39	41,27	37,46	
40-44	56,17	53,00	
45-49	64,41	75,88	
50-54	93,61	84,88	
55-59	139,97	114,34	
60-64	177,56	122,26	

Fuente: «Transactions of the Society of Actuaries - 1972 Reports», pág. 198.

No debe olvidarse que los estudios sobre la experiencia de morbilidad se basan en una experiencia pasada, y como lo que se busca son costes aplicables al futuro, el actuario, sobre todo cuando se trate de una cobertura de gastos médicos de importancia, tendrá que acudir a unos factores de proyección relativamente elevados. Los gastos médicos de importancia están aumentando al ritmo del 10 por 100 cada año.

Como se explicará, el coste de la atención médica varía según sea la zona geográfica. Las coberturas de gastos hospitalarios y quirúrgicos someten usualmente sus prestaciones a unas limitaciones diarias, en caso de hospitalización, y a unos baremos en caso de cirugía, por lo que no es preciso variar la tarifa de zona a zona. Pero en el supuesto de los gastos médicos de importancia el coste de las prestaciones será mayor en las zonas de nivel de vida caro; en cierta medida este problema puede solucionarse imponiendo limitaciones a las prestaciones por estancia y manutención y aplicando un baremo de honorarios quirúrgicos. Si estas limitaciones no existen, habrá que acudir a tarifas por zonas geográficas. Hoy día una póliza para gastos médicos de importancia, combinada con gastos médicos y sin limitaciones internas, cuesta en ciertas zonas de los Estados Unidos mucho más que en otras donde la vida esté más barata.

Ingresos por incapacidad

Los costes anuales de las reclamaciones de prestaciones de ingresos por incapacidad, varían profundamente según sea la categoría de la ocupación profesional. La tabla 29.4 refleja los costes anuales de una prestación concreta; en los planes de ingresos por incapacidad los costes varían según la edad, el sexo, la ocupación y la duración máxima de las prestaciones. Cuando el período de carencia y la duración máxima de las prestaciones son diferentes según se trate de enfermedad o de accidente, habrá que desarrollar unos costes separados para la una y para el otro.

TABLA 29.4

Costes anuales de las reclamaciones por cada $ 100 de prestación de ingresos mensuales por incapacidad *(Período de máximo beneficio, un año,, período de carencia, ninguno por accidente, 7 días por enfermedad)*

Edad alcanzada	*Accidente*	*Enfermedad*	*Accidente y enfermedad*
	Hombres: Ocupación Grupo I		
20-29	$ 6,90	$ 6,10	$ 13,00
30-39	7,10	7,20	14,30
40-49	5,40	13,00	18,40
50-59	5,30	22,80	28,10
69-69	5,10	34,30	39,40
	Hombres: Ocupación Grupo II		
20-29	15,60	8,20	23,80
30-39	15,50	10,10	25,60
40-49	12,50	16,90	29,40
50-59	10,80	28,00	38,80
60-69	10,40	44,30	54,70
	Mujeres: Ocupación Grupo I		
20-29	4,30	8,90	13,20
30-39	5,30	18,20	23,50
40-49	6,40	22,60	29,00
50-59	6,80	24,70	31,50
60-69	7,90	24,80	32,70

Fuente: «Transactions of the Society of Actuaries - 1973 Reports»; accidente, pág. 245; enfermedad, pág. 245.

VARIABLES DE LA TARIFICACION

Clasificaciones por edad

La edad es un factor de la máxima importancia en casi todos los tipos del seguro de enfermedad. Los costes por edad en la cobertura de accidentes, en la que el período de carencia es breve, disminuyen en los varones y aumentan en las mujeres.

Clasificaciones por sexo

Las tarifas de las prestaciones de hospitalización, de cirugía y de gastos médicos son mayores para las mujeres que para los

hombres. La diferencia es distinta según la edad y tiende a desaparecer completamente a partir de los cincuenta años. La tarifa femenina, sin incluir las prestaciones de maternidad, son aproximadamente un 25 por 100, por lo menos, más caras que la de los varones. En las coberturas colectivas también varía; la tarifa de grupo puede incluir un aumento porcentual sobre la tarifa del varón, o bien estar basada en el análisis de la experiencia real de las vidas femeninas.

Las prestaciones de ingresos por incapacidad normalmente se emiten únicamente a personas con un puesto de trabajo; la tarifa para las mujeres supone un aumento de entre el 50 por 100 y el 100 por 100 sobre la masculina. Casi todas las compañías emiten coberturas no anulables para mujeres, con los mismos períodos de prestaciones que para los varones.

Clasificaciones por ocupación

La mayoría de los planes de hospitalización y cirugía excluyen las prestaciones debidas por accidentes del trabajo. Esta exclusión elimina gran parte de los efectos adversos de las profesiones peligrosas, y por esta razón se acostumbra cargar una misma prima para beneficios de hospitalización y quirúrgicos, cualquiera que sea la ocupación.

La muerte por accidente y la mutilación, así como las prestaciones por incapacidad, se pueden cubrir sobre bases no profesionales; en tal caso, lo usual es subdividir las diversas ocupaciones en tres clases por lo menos, a veces en más, y se les aplican cargos adicionales de acuerdo con el grado de morbilidad extra que sea previsible. A veces se eliminan completamente ciertas ocupaciones, a causa de su excepcional peligrosidad.

Clasificaciones por zonas geográficas

Dentro de los Estados Unidos no es lo normal que la ubicación del asegurado constituya un factor de clasificación de las prestaciones por incapacidad o del seguro de muerte por accidente (5). Sin embargo, tiene gran importancia en la cobertura de los gastos médicos de importancia, a causa de la profunda variedad de tarifas hospitalarias y de otros tipos de gastos médicos. También la siniestralidad presenta variaciones de una zona a otra.

Períodos de carencia

Los diversos períodos de carencia (de 7, 14, 30, 60, 90, 120, 180 o incluso de 365 días) constituyen un método para modificar los niveles de la tarificación, al tiempo que procuran unas prestaciones más adaptadas a las necesidades de sustitución de las ganancias de cada asegurado.

Si empleamos una tabla de continuidad de las prestaciones de ingresos por incapacidad, resultará bastante fácil efectuar los ajustes tarifarios precisos para cada período de carencia. Como el efecto sobre la tarifa de un período de carencia relativamente breve no varía mucho con la edad, generalmente se calcula un ajuste uniforme para todas las edades, aunque la prima básica de la cobertura esté graduada de acuerdo con la edad. En teoría, sin embargo, debiera existir una tabla continua para cada período de carencia, por la razón de que cada uno de éstos presenta en la práctica sus diferencias.

Las prestaciones médicas de importancia con frecuencia incluyen una franquicia para los primeros dólares de gastos causados, con un importe que depende del tipo del plan. En el seguro colectivo, por ejemplo, la cobertura de los gastos médicos de importancia ofrece las prestaciones de una habitación semiprivada y de manutención en hospital, así como los otros gastos diversos, hasta un límite máximo de $ 5.000, pagando los gastos de hospitalización que excedan de dicho límite al 80 por 100. Los gastos de cirugía también pueden estar cubiertos con franquicia o con coaseguro. Las demás prestaciones están sometidas a una franquicia de $ 50 ó de $ 100. Lo normal era imponer un límite máximo de $ 25.000 o más, pero en la actualidad existe la tendencia a hacerlo desaparecer. Otra tendencia reciente es la de limi-

(5) *Ibidem*, pág. 141.

tar el importe máximo del coaseguro a cargo de la familia durante el año natural, generalmente hasta el importe de $ 1.000.

Clasificación de los familiares

En el seguro individual se acostumbra a cargar una prima por cada hijo, en lugar de aplicar una tarifa única a todos los hijos, como se hace en el seguro de grupo (6). La prima por hijo depende del tipo de plan de que se trate, pero no del sexo ni de la edad. Lo normal es que la hospitalización sea breve cuando se trata de operaciones quirúrgicas infantiles; por esta razón las prestaciones varias de este plan tienen una mayor influencia en el coste de la siniestralidad que en el caso de los adultos.

La tarifa para la cobertura de los familiares en el seguro de grupo depende de la edad del empleado, y en ciertas aseguradoras también de la profesión. La prima varía según el matrimonio tenga o no hijos. A diferencia del seguro individual, la prima no se incrementa por cada hijo adicional (una vez tenido en cuenta el primogénito) en el colectivo, tanto si el plan es de gastos básicos de hospitalización y cirugía, como si es de gastos médicos de importancia. Se lograría una mayor equidad si estos aspectos fueran reflejados en la tarificación, pero la tramitación administrativa se haría excesivamente complicada. Como una parte del seguro es abonada normalmente por el empresario, los empleados asegurados siguen tratados equitativamente, dentro del plan colectivo que incluye a sus propios familiares.

Otros aspectos

Las aseguradoras emiten cada vez con mayor frecuencia unas pólizas no anulables y con renovación garantizada para cubrir riesgos graves, mediante el pago de una prima adicional.

---

(6) Para los gastos médicos de importancia se puede utilizar en el seguro individual una tarifa para todos los hijos, a causa de la reducción de gastos que supone la aplicación de una franquicia elevada. Este efecto no se produce en otras coberturas básicas individuales, por lo que hay que aplicar una tarifa por cada hijo.

Para cada defecto físico asegurable se han determinado unas tarifas numéricas de morbilidad, que oscilan entre el 125 y el 300 por 100. Por cada defecto se aplican dos tarifas, una para las pólizas que sólo cubren accidente y otra para accidente y enfermedad, con inclusión de los gastos de hospital y cirugía y de los gastos médicos de importancia. Algunos defectos son standard para accidente solamente, pero se tarifan para las coberturas de accidente y enfermedad.

Hay que recordar que ciertos riesgos relativamente indeseables de hospitalización y cirugía, pueden ser aceptados en la cobertura de ingresos por incapacidad, siempre que se imponga un período de carencia (por ejemplo, de treinta días); por otro lado, ciertos riesgos graves en la cobertura de ingresos por incapacidad pueden ser aceptables en la cobertura de hospitalización.

30

Reservas en el seguro de enfermedad y distribución del excedente

RESERVAS Y PASIVO EN EL SEGURO DE ENFERMEDAD

Introducción

En el seguro de enfermedad, al igual que en el de vida, hay que proveer debidamente las responsabilidades de la compañía por las obligaciones asumidas contractualmente (1). A partir de las primas cobradas se abren cuentas de responsabilidades o pasivo para las reclamaciones presentes o futuras contra el activo de la compañía. A la suma de estas responsabilidades para hacer frente a contingencias futuras, se le conoce con el nombre de *reserva.*

Las reservas y responsabilidades del seguro de vida pueden ser clasificadas del modo que sigue:

1. *Reservas de pólizas,* que incluyen los importes necesarios para hacer frente a las obligaciones contractuales por siniestros fu-

(1) Para un tratamiento excelente de este tema, véase EDWIN L. BARTLESON y otros: *Health Insurance,* 2.ª edición (Chicago, Society of Actuaries, 1968), págs. 121-60; también JOHN M. BRAGG: «Health Insurance Claim Reserves and Liabilities», en *Transactions of the Society of Actuaries,* vol. XVI, pág. 17.

turos, la reserva proporcional de prima no devengada y la reserva adicional para las pólizas no anulables.

2. *Reservas y responsabilidades de siniestros*, que incluyen los importes necesarios para el pago de los siniestros ya declarados.
3. *Responsabilidades del gasto*, que incluyen las sumas necesarias para el pago de los gastos e impuestos, incurridos por las operaciones anteriores a la fecha del estado anual de cuentas.

La tabla 30.1 recoge un estado de cuentas de una compañía hipotética, con expresión de las reservas del seguro de enfermedad y de las responsabilidades de que nos ocupamos a continuación (2).

TABLA 30.1

Compañía X de Seguros

Estado anual de la situación financiera al 31 de diciembre de 1974

ACTIVO

Caja y Bancos	$ 170.000	
Obligaciones	675.000	
Acciones, preferentes	75.000	
Acciones, ordinarias	25.000	
Inmuebles	40.000	
Préstamos con primera hipoteca	316.000	
Primas vencidas y no cobradas	43.000	
Total del activo		$ 1.344.000

PASIVO

Reserva de primas no devengadas, de pólizas con prima no uniforme	$ 320.000	
Reservas de primas netas uniformes (reserva adicional para polizas no anulables)	35.000	
Primas pagadas anticipadamente	40.000	
Responsabilidades por reclamaciones en curso de liquidación	140.000	
Responsabilidades por siniestros producidos y no declarados	50.000	
Valor presente de importes futuros a pagar por siniestros	110.000	
Reserva para beneficios contingentes	20.000	
Responsabilidades por dividendos declarados.	20.000	
Responsabilidades por impuestos y gastos debidos y devengados	85.000	
Reserva obligatoria	36.000	
Capital	250.000	
Excedente sin atribuir	238.000	
Total del pasivo		$ 1.344.000

(2) En el modelo del estado de cuenta anual de una compañía de seguros de vida, el detalle de las reservas del seguro de enfermedad aparece en el Anexo 9, y las responsabilidades por los siniestros en el Anexo 11. Véase el capítulo 42.

Reservas de pólizas

Reserva de la prima proporcional no devengada.—Al determinar el importe de la reserva de la prima no devengada que debe ser incluida en el estado anual de cuentas, habrá que fijar como tal, cualquiera que sea la cláusula de renovación de la póliza, la porción prorrata del total de la prima bruta, desde la fecha de las cuentas hasta el final del período al que la prima se refiere. Para fijar la cifra apropiada se siguen métodos de aproximación. Por regla general, este concepto es el más importante en el capítulo de las reservas de pólizas, a no ser que la compañía realice mucho negocio con pólizas no anulables y con renovación garantizada.

La reserva de prima bruta no devengada permite automáticamente un fondo de reserva para el pago de gastos a incurrir después de la fecha de las cuentas, así como para el pago de prestaciones que hayan de ser abonadas con las primas ya cobradas. Las primas pagadas en la fecha del estado de cuentas o con anterioridad, pero de vencimiento posterior, figuran agrupadas como primas pagadas anticipadamente (3).

Reservas adicionales para pólizas no anulables y con renovación garantizada.—Normalmente, las pólizas no anulables y de renovación garantizada cubren hasta una edad determinada (sesenta o sesenta y cinco años), y se emiten con primas uniformes pagaderas anualmente a cada vencimiento.

A causa de los costes crecientes de la morbilidad conforme

(3) Las primas anticipadas no forman parte de la reserva de primas no devengadas, sino que aparecen como un concepto distinto del pasivo, ya que la prima pagada todavía no era vencida. El asegurado puede cambiar de idea y pedir la devolución de la prima; una práctica contable correcta exige que sea tratada separadamente.

la edad avanza y del uso de una prima uniforme, en los primeros años se acumulan unos fondos de reserva que serán eventualmente consumidos al terminar el período de cobertura, igual que sucede con una póliza temporal de vida hasta la edad de sesenta y cinco años; y a semejanza del seguro de vida, la denominada reserva de vida activa calculada prospectivamente es igual a la diferencia entre el valor presente de los beneficios futuros y el valor presente de las primas futuras.

La Modificación de la Conferencia de la *Tabla de Incapacidad Clase 3* fue adoptada en 1941 por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros, como standard mínimo para la valoración de los beneficios de ingresos por incapacidad debida a accidente y enfermedad. La *Tabla de la Conferencia* ha sido reemplazada como standard mínimo por la *Tabla 1964 de los Comisionados*, adoptada por la Asociación en 1964 (4). En las prestaciones de muerte por accidente el standard mínimo es el de la *Tabla 1959 de Prestaciones por Muerte por Accidente.*

En 1956, la Asociación Nacional de Compañías de Seguros adoptó unos standards mínimos de morbilidad para las reservas por prestaciones hospitalarias y quirúrgicas, basadas en las *Tablas 1956 Inter-Compañías para Hospitalización y Cirugía* (5).

Al igual que en el seguro de vida, al establecer los standards mínimos de reservas, las autoridades estatales fijan unas tablas concretas de morbilidad y mortalidad y un tipo máximo de interés. Para las prestaciones del seguro de enfermedad se permite a las compañías presupuestar el tipo máximo de interés autorizado corrientemente por la ley, para la valoración de los contratos nuevos de vida, y para la mortalidad cualquiera de las tablas permitidas para la valoración de los seguros de vida

(4) Esta tabla formaba parte de un informe del Comité Asesor de la Industria sobre las Reservas de los Seguros Individuales de Enfermedad, que recomendó la cobertura de todos los requisitos de reserva en todas las clases de pólizas individuales. A finales de 1974, diez Estados habían adoptado este informe, convertido en ley o en reglamento, como standard mínimo. En otros se aplicaban ya las recomendaciones del denominado Grupo 4 de Trabajo.

(5) Véase *Transactions of the Society of Actuaries*, vol. IX, páginas 334-410.

(6) Afecta a los siguientes tipos de contratos: 1) contratos con renovación garantizada de por vida o hasta una edad fijada, como sesenta o sesenta y cinco años, a tarifas garantizadas; 2) contratos de renovación

corrientemente etimidos (6). Para las reservas las compañías pueden emplear el método de valoración del nivel neto o el método de plazo previo de uno o dos años.

Aunque la reserva adicional solamente se exija en pólizas no anulables o con renovación garantizada, o en pólizas en las que se limite el derecho de no renovación (7), la necesidad de esta reserva existe en todo tipo de cobertura con prima uniforme en que la incidencia del coste aumenta con la edad.

Reserva para prestaciones contingentes futuras.—Si una póliza de hospitalización, sea individual o colectiva, crea una responsabilidad contingente para embarazos existentes al tiempo en que la póliza sea determinada por la compañía, será preciso determinar el valor de esta obligación futura. Para su estimación se puede acudir a varios métodos (8). Esta reserva puede figurar como reserva de vida activa, como reserva de siniestro o bien como responsabilidad por reclamación. En los dos primeros casos se individualiza y conoce con el nombre de *reserva para prestaciones contingentes futuras.*

Reservas y obigaciones por siniestros

Son muchos los métodos utilizados para la estimación de las responsabilidades de la compañía, por las reclamaciones pendientes que no hayan sido totalmente liquidadas a la fecha del estado anual de cuentas. El método elegido para la determinación de las obligaciones pendientes ha de dar como resultado unas responsabilidades adecuadas y reflejar con gran aproximación la responsabilidad real que en su día se produzca, una vez

garantizada de por vida o hasta una edad fijada, como sesenta o sesenta y cinco años, en los que el asegurador se reserva el derecho a cambiar la escala de las primas; 3) contratos que no sean de privilegio, en los que el asegurador se reserva el derecho a cancelar o a negarse a la renovación, cualquiera que sea el motivo, comprometiéndose sin embargo expresa o tácitamente a, dentro de un cierto plazo o hasta una cierta edad, no cancelar o renovar, cuando el único motivo sea el deterioro de la salud después de la emisión de la póliza.

(7) Véase la nota 6.

(8) Véase «New York State Insurance Department»: *Examination of Insurance Companies*, vol. 3, y las instrucciones de la N.A.I.C. que acompañan al estado anual. Véase, asimismo, BARTLESON y otros: *Health Insurance*, págs. 157-58.

que haya transcurrido el tiempo suficiente para que la compañía logre tabular los resultados reales posteriores a la fecha del estado de cuentas.

Valor presente de la suma todavía no debida en concepto de reclamaciones.—Las prestaciones de ingresos por incapacidad, y el problema de la determinación de las obligaciones de reservas para los incapacitados, constituyen la mejor muestra de la complicada naturaleza del concepto de las responsabilidades por siniestros. El índice de recuperación disminuye con la mayor duración de la incapacidad, de suerte que el valor de las prestaciones de un período largo de beneficios, normalmente aumenta conforme la duración de una incapacidad concreta es mayor hasta que dicho valor alcanza un tope, a partir del cual disminuye gradualmente hasta el final del período del pago de las prestaciones. Al estimar esta responsabilidad en base a la fecha de la valoración, conviene registrar en cada siniestro la edad del individuo en el momento de la incapacidad, el número de meses o de años que el reclamante ha estado incapacitado, y el número de años restantes con derecho a las prestaciones, con el objeto de aplicar el factor adecuado de renta reclamada, al importe de los beneficios mensuales cubiertos. Cuando los ingresos mensuales no sean pagaderos durante más de un año, los factores de valoración de la renta reclamada pueden basarse en la edad media y en las duraciones medias, que dependan del tipo de beneficio en cuestión.

Las prestaciones de hospitalización, de cirugía y de gastos médicos normalmente se liquidan con un pago único, razón por la cual no resulta práctico averiguar las responsabilidades por cada siniestro. Si se hace una concordancia con los siniestros del año precedente, podrá desarrollarse un factor que al ser aplicado a las reclamaciones pagaderas al contado durante el año natural, nos podrá proporcionar una buena estimación de las responsabilidades por siniestros al final del año.

Reclamaciones debidas y no liquidadas.—Este concepto normalmente es insignificante o inexistente en el seguro de enfermedad. La mayoría de las compañías liquida el siniestro tan pronto se determine su valor y la reclamación sea aceptada.

Reclamaciones en curso de liquidación.—Las responsabilidades por este concepto se basan en siniestros que hayan sido declarados, sin haber recibido todavía todas las pruebas o documentos, de modo que la reclamación no ha sido aceptada aún en la fecha de las cuentas. Algunas compañías examinan cada reclamación y preparan una lista detallada; otras siguen métodos diversos de aproximación. Uno de ellos consiste en sumar el importe del seguro contratado, aplicándole un factor deducido de la experiencia sobre fechas anteriores de valoración; otro método consiste en el análisis de unas muestras de reclamaciones, determinando un factor porcentual que se aplica al total de responsabilidades por siniestros, con inclusión de las cuentas devengadas y no devengadas (9).

Reclamaciones existentes sin declarar.—La experiencia nos dice que muchos siniestros realmente ocurridos antes de la fecha de las cuentas, se liquidan en fecha posterior, ya que la compañía no tuvo conocimiento de los mismos. Es usual que estos siniestros sean tabulados cada año y su importe sea puesto en relación con una base determinada, como pueda ser el volumen de negocio en vigor o el total de primas devengadas en el tipo de cobertura de que se trate. Las responsabilidades por estos siniestros producidos, pero no declarados, aún se puede dividir en dos partes: la *devengada* y la *futura*. La primera se conoce como «incurrida pero no declarada», y parte de las responsabilidades por siniestros; la futura es la que se devengará *después* de la fecha de valoración, y se conoce como «valor presente de importes todavía no debidos por siniestros».

Responsabilidades del gasto

Dentro del pasivo de la compañía habrá que dar una estimación razonable a la fecha del estado de cuentas de los gastos por siniestros, en que se vaya a incurrir por el impago de reclamaciones anteriores a la fecha de las cuentas. Esta responsabilidad se puede calcular en base al coste por cada reclamación o en base a un porcentaje de las responsabilidades incu-

(9) Véase BRAGG: *Health Insurance Claim Reserves.*

rridas por los siniestros, o bien sobre una combinación de las dos. En la cobertura de los gastos médicos de importancia, en la que el coste de la liquidación de los siniestros puede ser bastante más elevado que en las demás coberturas básicas, normalmente se requiere el desarrollo de unos factores separados para cada tipo de cobertura, basados en los estudios reales sobre la tramitación de los diversos tipos de siniestros.

La reserva para los gastos que no sean siniestros, puede contabilizarse dentro de la reserva de primas brutas no devengadas, o en el supuesto de que dicha reserva no resulte suficiente se puede asignar una suma adicional a las responsabilidades del gasto. Esta situación puede presentarse en el primer año, cuando las comisiones debidas y otros gastos son mayores que el recargo efectuado para el cálculo de la prima de esa anualidad.

Reservas y responsabilidades de grupo

Las responsabilidades de la compañía en virtud de los contratos colectivos de enfermedad dan origen a la creación de los mismos tipos de reservas de pólizas y de siniestros que en los contratos individuales. Sin embargo, el importe de las reservas es normalmente inferior; en los seguros colectivos las primas se abonan mensualmente y la compañía se reserva el derecho al ajuste de la tarifa en cualquier vencimiento anual. En todo caso, conviene siempre mantener estable el nivel de las primas y de los costes del asegurado.

Otras reservas y responsabilidades

La responsabilidad por los dividendos a repartir.—En la fecha de las cuentas, las pólizas de enfermedad de tipo mutuo tendrán unos dividendos declarados que no serán pagaderos antes de dicha fecha. Estos pagos futuros han de figurar en el pasivo.

Reservas en virtud de disposiciones legales obligatorias sobre la incapacidad.—California, Rhode Island, New Jersey y Nueva York han dictado leyes sobre incapacidad no ocupacional, que exigen la acumulación de ciertas reservas.

Reservas de excedente y de contingencias.—Las reservas para contingencias, que no constituyen responsabilidad, se establecen a veces de forma voluntaria para hacer frente a la posibilidad de una elevación de los costes de siniestros o a un suceso excepcional. En los planes estatales de incapacidad pueden servir para compensar la posibilidad de un descenso en las primas que no implique disminución de responsabilidades, cuando, por ejemplo las primas se abonan en base a los salarios corrientes, mientras que las prestaciones dependen de una base salarial correspondiente a un cierto período. Algunos Estados exigen la acumulación de una reserva contingente para los seguros colectivos de enfermedad (10).

LA DISTRIBUCION DEL EXCEDENTE

Son muy pocas las pólizas individuales de enfermedad que se emiten sobre una base mutua. En el campo del seguro de enfermedad han entrado muchas compañías mutuas de seguro de vida, que han contratado un número creciente de pólizas con participación en los beneficios. En teoría, las pólizas colectivas de seguro de enfermedad siempre participan en los beneficios a través de diversos mecanismos de tarificación en base a la experiencia. Las ideas que fundamentan los dividendos y la tarificación en base a la experiencia son muy similares, aunque presenten algunas diferencias en sus puntos teóricos de partida. De todos modos, el proceso ha de tener en cuenta la posición del excedente del asegurado o de la clase de asegurados, en la medida en que las pérdidas se compensan entre sí, los gastos incurridos entre los asegurados o sus clases y la cantidad total del excedente disponible para su distribución.

En los casos de grupos grandes, conviene desarrollar el dividendo o devolución de prima que sea apropiado, mediante el empleo de cuentas de fondos; al igual que sucede en el seguro de vida, ello implica la acumulación desde la fecha de emisión de las primas pagadas, aumentadas en determinados casos con

(10) Véase, por ejemplo, la Orden del Departamento de Missouri número 30, de 15 de diciembre de 1961.

las ganancias de intereses; de esta suma se deducen las pérdidas incurridas, los gastos acumulados incurridos directamente o imputados y las asignaciones para contingencias y beneficios. De esta acumulación neta se deduce el total de dividendos previamente pagado, y el resultado es el excedente disponible para su distribución.

Pólizas individuales

En el supuesto de las pólizas individuales, los fondos acumulados se separan por clases de pólizas (a veces denominadas formas o tipos de pólizas). De este modo, se puede calcular el importe del excedente acumulado para cada clase de dividendo. Normalmente se aplica la fórmula simple del dividendo; por ejemplo en las pólizas que hayan estado en vigor, digamos tres años, se puede devolver a título de dividendo un cierto porcentaje de las primas. El cálculo de la participación en el activo se emplea, en relación con los dividendos, como una forma de probar la adecuación de la acumulación para cada clase de dividendo. Como ya se ha dicho, la adecuación de la reserva para contingencia de la compañía en este tipo de negocio influirá en la proporción de las ganancias corrientes que vaya a ser añadida a la reserva para contingencias de cada clase particular de pólizas.

Pólizas de grupo

Cuando se trata de seguros colectivos se aplica un criterio similar al de las pólizas individuales; los grupos son objeto de clasificación, y la distribución del excedente se determina mediante el uso de cuentas de fondos para cada clase de grupo. Sólo se tienen en cuenta un número pequeño de variables; en algunos casos se halla la media de la experiencia de la morbilidad, a causa de la poca credibilidad de la experiencia del caso individual. Los gastos, sobre todo los de la adquisición, son relativamente elevados, pero debido a la menor entidad de los descuentos concedidos, pueden dar origen a distribuciones razonables de dividendos a largo plazo.

En el supuesto de grupos grandes, el enfoque de las cuentas de fondos se aplica al caso individual. El principal problema consiste en el desarrollo de los cargos del gasto por unidad para los conceptos del gasto indirecto; otros problemas son la determinación del período de amortización de los gastos de adquisición y la contribución del caso individual a las contingencias y/o a los beneficios. En la mayoría de los casos, se hace necesario establecer un límite, al nivel máximo de las pérdidas que vayan a ser tenidas en cuenta en la fórmula de tarificación por la experiencia. Esto se consigue usualmente imponiendo una limitación sobre una base acumulada, y un máximo por siniestro durante un período dado de experiencia.

En todos los casos, la fórmula de la tarificación por la experiencia habrá de tener en cuenta: 1) las primas pagadas; 2) las pérdidas incurridas (modificadas por las limitaciones a las pérdidas y por la credibilidad); 3) los gastos directos y asignados; y 4) las imputaciones para contingencias y/o para beneficios.

BIBLIOGRAFIA de la PARTE VI

BARTLESON, EDWIN L., y otros: *Health Insurance*, 2.ª edición (Chicago, Society of Actuaries, 1968).

DICKERSON, O. D.: *Health Insurance*, 3.ª edición, capítulos 16 y 17 (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1968).

FAULKNER, E. J.: *Health Insurance*, capítulos 11 y 12 (Nueva York, McGraw-Hill, 1960).

HEALTH INSURANCE ASSOCIATION OF AMERICA: *Principles of Individual Health Insurance I* (Nueva York, 1974).

— *Principles of Individual Health Insurance II* (Nueva York, 1974).

— *Principles of Group Health Insurance I* (Nueva York, 1972).

— *Principles of Group Health Insurance II* (Nueva York, 1975).

MACINTYRE, DUNCAN M.: *Voluntary Health Insurance and Rate Making* (Ithaca, N.Y., Cornell University Press, 1962).

parte VII

SELECCION, CLASIFICACION Y TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS DEL SEGURO DE VIDA Y DE ENFERMEDAD

31

Selección y clasificación de los riesgos del seguro de vida: I

FINALIDAD DE LA SELECCION

En todo plan de seguro, cada asegurado contribuye a un fondo común, del que van a cobrar una cierta suma aquellos que sufran una pérdida causada por el riesgo cubierto. Con el fin de conservar un trato equitativo para todas las clases de asegurados, cada uno de éstos ha de contribuir de acuerdo con el riesgo que traslada al fondo común. Si a cada uno se le permite pagar menos de lo que le corresponde, a los demás habrá que imponerles un recargo, para que el fondo sea solvente y pueda hacer frente a todas las reclamaciones. La tarea, por tanto, de la aseguradora es la de determinar el riesgo que asume y aplicarle una prima justa; ello se lleva a cabo mediante la selección y la clasificación cuidadosa de los riesgos.

Dentro de un grupo de individuos *de la misma edad*, hay unos que van a morir pronto, otros que están incapacitados, otros expuestos a riesgos graves de muerte a causa de su profesión o de sus actividades, y una gran mayoría son riesgos «normales»; quedarán unos pocos totalmente libres de defecto, impedimento o afección. El conocimiento de la forma en que los diversos factores influyen en la mortalidad, permite a la aseguradora la clasificación de los proponentes, en grupos que vayan a dar unos

índices de mortalidad muy aproximados a los previstos (1). Los grupos expuestos a una mortalidad mayor que la normal se denominan «substandard» o «clase especial».

El gráfico 31.1, recoge los grados de mortalidad futura prevista de un grupo de personas seleccionadas a ciegas, todas de la misma edad, que en su conjunto reflejan la mortalidad media del grupo.

La tabla refleja la diversidad de la mortalidad futura de un grupo de personas, cuyo riesgo ha sido medido solamente por razón de la edad. Hay que partir de la base de que el seguro no se puede ofrecer a todos los proponentes en las mismas condiciones. La aseguradora de vida ha de establecer una gama de expectativas de mortalidad, y los riesgos que caigan dentro de ella, serán considerados normales y asegurables a la tarifa standard; los proponentes que superen sus límites, serán considerados riesgos substandard y sometidos a tarifas superiores (2). Además de fijar los límites de las diversas clases de riesgos, la compañía tendrá que adoptar los procedimientos de selección y clasificación, que le permitan colocar a los proponentes dentro de las categorías adecuadas.

El proceso es complejo, debido al hecho de que los proponentes del seguro de vida no constituyen un grupo seleccionado a ciegas, como el recogido en el gráfico 31.1. Las decisiones del proponente o del asegurado en lo relativo al seguro, se basan con frecuencia en su propio conocimiento o sospecha sobre su estado de salud, algo que a la compañía se le puede escapar. Es lógico que el proponente «decida» lo que crea más favorable. A esta tendencia se la conoce como *selección adversa* o *antiselección*, y tiene lugar siempre que el sujeto tenga libertad para comprar o no comprar, para elegir el importe o el plan de seguro, y para continuar o terminar su condición de asegurado. Los procedimientos de contratación de las compañías deben intentar examinar a los proponentes, o clasificarlos en grupos substandard adecuados. Además de separar y clasificar los riesgos substandard, otra de las finalidades de la selección en el campo del seguro de vida, es la protección de la compañía contra la selección adversa.

En un sentido amplio, la finalidad de la selección puede concretarse, en la determinación de una tarifa satisfactoria tanto para la compañía como para el cliente (3). Los principios y factores que fundamentan los criterios de selección de las compañías, constituyen el objeto del apartado que sigue.

(1) PEARCE SHEPHERD y ANDREW C. WEBSTER: *Selection of Risks* (Chicago, The Society of Actuaries, 1957) pág. 2.

(2) Algunas compañías ofrecen pólizas especiales sujetas a una suscripción «preferente», como en el caso de riesgos sin factores desfavorables; pero no es frecuente.

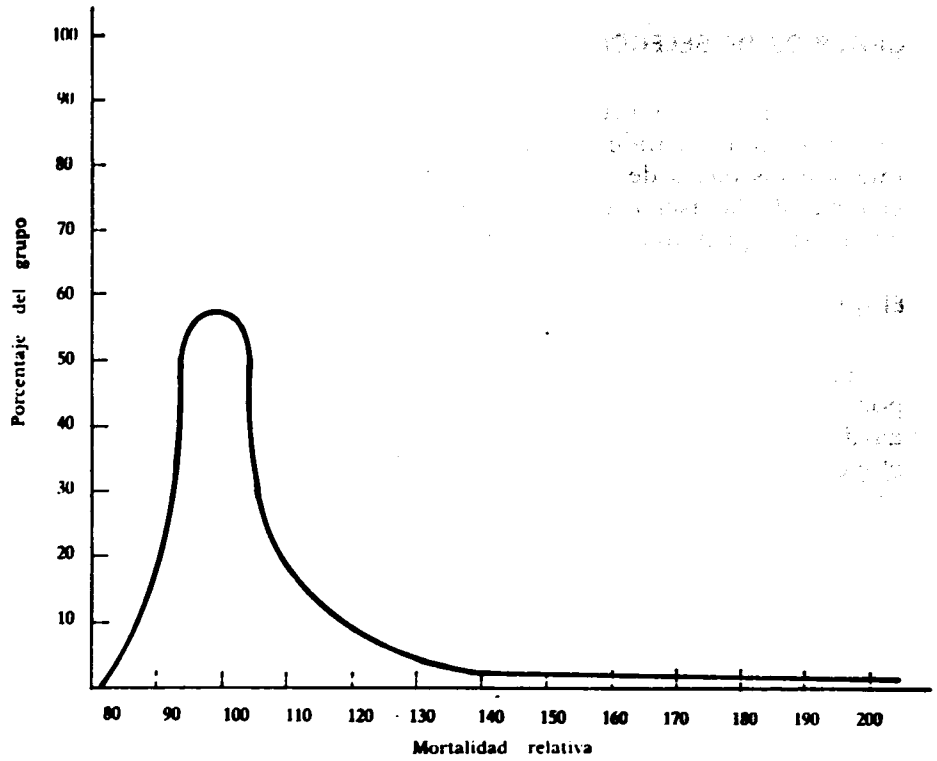


GRAFICO 31.1.—Mortalidad anticipada representada en un grupo seleccionado a ciegas, de la misma edad, con el 100 por 100 representando la mortalidad media del grupo.

(3) SHEPHERD y WEBSTER: *Selection*, pág. 3.

CRITERIOS DE SELECCION

Al formular los criterios selectivos, hay ciertos principios y factores fundamentales, algunos sin ninguna coherencia entre sí, que son las bases de un procedimiento correcto de selección. El criterio de la aseguradora de vida, es resultado del equilibrio entre estos principios y aspectos contrapuestos.

El grupo standard

Se parte del principio de que el grupo standard, compuesto por los considerados «normales» y asegurables a la tarifa standard, ha de ser lo suficientemente amplio como para abarcar al mayor porcentaje de proponentes. Ello lo prueba el hecho de que, en la actualidad, el 92 por 100 de los que solicitan un seguro ordinario, es aceptado a tarifa standard (4).

Cuando los standards y los procedimientos de selección son demasiado estrictos se produce un número elevado de rehuse del seguro o de casos con tarifa especial, lo cual atentaría a la moral de los agentes de ventas, aumentando el coste de las operaciones y perjudicando a las relaciones públicas. El negocio del seguro se basa en un «proceso de promedios», y con independencia de los aspectos prácticos citados, mientras más amplia sea la base de los riesgos standard, mayor estabilidad tendrá la experiencia de la mortalidad o de la morbilidad de grupo standard. La amplitud de este principio está limitada por consideraciones de equidad y de competitividad.

Los grupos substandard

Las clases o graduaciones substandard del riesgo, que hayan de ser recogidas en la estructura tarifaria de la compañía, están en función del equilibrio entre la necesidad de minimizar el número de las clasificaciones a efectos de la estabilidad, en la experiencia, y en las consideraciones administrativas de la mortalidad y de la morbilidad, de un lado, y del otro en la necesidad de maximizar el número de las clasificaciones, a fin de evitar desventajas competitivas y de lograr una equidad razonable. Es natural, que en la decisión de ofrecer un seguro substandard y de introducir las correspondientes clasificaciones, entren en juego las dimensiones de la compañía, sus objetivos de marketing y la política seguida por las demás compañías.

(4) Del restante 8 por 100, solamente el 3 por 100 es rehusado, y el otro 5 por 100 se asegura a tarifa substandard. Véase *Life Insurance Fact Book*, 1975, pág. 91.

Equilibrio dentro de cada riesgo o clase de tarifa

Una vez determinadas las clasificaciones del riesgo, la compañía ha de lograr y mantener un equilibrio razonable entre los riesgos aceptados dentro de cada clasificación tarifaria. Cuando la experiencia global de mortalidad de los riesgos dentro de cada clasificación, se aproxima a la media prevista para el grupo, cada uno de los riesgos que sea peor que la media, tendrá que ser compensado con otros tantos que sean mejores. Si cada clasificación del riesgo, resulta desequilibrada a causa de unos riesgos cuyas expectativas de mortalidad son menos favorables, que la media presumida para la clasificación, la compañía termina sufriendo unos costes excesivos de mortalidad y, en consecuencia, su posición es menos competitiva (5).

Al tratar de conservar el debido equilibrio dentro de la clasificación standard, se podría creer que la compañía que no ofrece un seguro substandard, tropezaría con mayores dificultades que en el caso contrario. Al enfrentarse con una proposición que roce el caso límite, el suscriptor, en la sede de la aseguradora, se verá obligado a rechazar la propuesta, o bien a aceptarla a una tarifa substandard, y por razones de presión por parte del agente, que desea aumentar el negocio, o psicológicas, se sentiría más inclinado a aceptarla que a rechazarla. Si el suscriptor pudiera aceptar el riesgo, en una clasificación substandard, con una prima un poco más alta, parece que no se sentiría tan presionado

(5) En la práctica las compañías aceptan el negocio, en la presunción de que los riesgos se repartirán razonablemente dentro de su clase. Posiblemente las primas extras cargadas por cada clase se basarán en el índice medio de mortalidad de cada una, que a su vez se ha obtenido del estudio de la experiencia pasada.

en favor de la suavización de los standards. Esta tendencia, sin embargo, existe incluso en la clasificación de casos límites, en compañías que ofertan seguro substandard. Ello lo demuestra el hecho de que los estudios sobre la mortalidad, contantemente revelan, que la distribución de los riesgos dentro de cada clasificación substandard, se inclina hacia el límite tope. Este hecho es tenido en cuenta al establecer la tarifa para la clase, pero en todo caso refleja la intervención del elemento humano en el proceso selectivo.

Importancia de un factor desfavorable único

El proceso de selección se ocupa primordialmente de los riesgos o factores desfavorables, que no sean comunes a la generalidad de las personas que vengan a pedir el seguro. Los factores desfavorables que sean comunes al grupo contribuyen a aumentar la mortalidad general y tienen reflejo en los niveles presupuestados para la mortalidad global.

Por ejemplo, es tan general el uso del transporte aéreo, que las muertes por accidente, o las incapacidades que se producen se consideran como una parte del riesgo general de la vida, y se tienen en cuenta para los niveles generales en que se basan las tarifas. Sin embargo, no todos son pilotos de avión, y sólo este riesgo adicional del vuelo, ha de influir en la tarificación de la póliza. Por tanto, el proceso de selección busca siempre la verificación de unos factores *significativos* que coloquen a un cierto proponente totalmente fuera del grupo normal.

Equidad entre los asegurados

El principio de equidad ha de influir el proceso de agrupación a los efectos de la tarificación. Ciertas agrupaciones de riesgos resultan inevitables, de un lado por la exigencia de un volumen razonable de experiencia dentro de cada clasificación, y de otro por razón del gasto. Desde otro punto de vista, para dar satisfacción al proponente, la distribución de los riesgos mejores y peores de cada clase, no debe ser tan amplia como para producir una grave injusticia, o para perjudicar la posición competitiva. En la práctica, la amplitud de las clases tarifarias, tiende a variar en proporción directa con el grado de tarificación, a que varíe la exactitud de la mortalidad extra prevista. Por ello la amplitud de las clases está, en cierta medida, en función de la dependencia de los datos disponibles de mortalidad de las vidas substandard. En la práctica las diferencias de una compañía a otra son consecuencia de los distintos criterios sobre política general.

Aceptación de los presupuestos fundamentales de la mortalidad

En los presupuestos de la mortalidad, que forman parte de los objetivos de la compañía en el plano de los costes del seguro, entra un factor general que actúa como control básico de la determinación de los standards de selección. La clasificación del riesgo, ha de reflejar los niveles de mortalidad presupuestados al determinar la tarifa que será aplicada. Si el riesgo se considera a «tarifa standard», el riesgo de mortalidad ha de ser comparable con el de las vidas de la experiencia empleada para la fijación de las tarifas standard.

En la práctica, algunas compañías, en especial las más importantes, hacen estudios constantes de su experiencia de mortalidad y valoración de sus normas de clasificación, combinan su experiencia con los riesgos standard aceptados y la comparan con la de los riesgos substandard. En base a estos estudios y análisis, cada compañía introduce en sus normas de clasificación los reajustes que resulten convenientes. El objetivo fundamental es garantizar una homogeneidad razonable de los riesgos.

Como la experiencia aseguradora se compone de vidas seleccionadas, para el futuro se ha de llevar a cabo una selección tan eficaz al menos como en el pasado, si se quiere mantener la mortalidad dentro del índice calculado para la prima. Sin embargo, una situación de *mejora general de la mortalidad* puede permitir la aceptación de ciertas vidas substandard, sin superar la mortalidad asumida al calcular las primas, pero esta decisión podría perjudicar la situación competitiva de la compañía, si las demás sólo siguen aceptando los riesgos standard para las tarifas ordi-

narias. De otro lado, tal práctica ataca al principio de equidad de que ya se ha hablado (6).

FACTORES QUE AFECTAN AL RIESGO DE VIDA

Para que todos los asegurados sean tratados equitativamente y con el fin de mantener la solvencia del plan de seguro en su conjunto, las compañías conceden gran importancia a ciertos factores significativos, al recibir la propuesta de seguro. La información que las compañías consiguen en relación con estos factores contribuye a determinar las dimensiones del riesgo en cuestión.

La edad

La edad del proponente es un factor de importancia, ya que la probabilidad del fallecimiento aumenta con el transcurso de los años. Por razones prácticas al proponente no se le exige que pruebe su edad al tiempo de contratar el seguro, puesto que supondría un retraso en la emisión de la póliza.

Sin embargo, debe subrayarse que en el caso de una renta inmediata, la relación entre la edad del asegurado y el importe y naturaleza de los pagos, por ser directa e inmediata, exige la prueba de la edad en el momento de contratar la póliza.

Si al reclamar contra la póliza se plantea algún problema de edad, su prueba será necesaria antes de efectuar ningún pago. Si se descubre una declaración inexacta de la edad, el importe de la indemnización será objeto de reajuste, de acuerdo con la cláusula de declaración inexacta de la edad.

En la actualidad casi todas las compañías aseguran a los niños a partir del nacimiento, pero como el menor no puede celebrar un contrato válido, la propuesta y la titularidad de estas pólizas, son de los padres o de otro adulto cualquiera; a partir de la edad de 15 ó de 16 años, según el estado, el menor puede contratar el seguro de vida. La experiencia de mortalidad en este grupo de negocio ha sido excelente.

(6) SHEPHERD y WEBSTER: *Selection*, pág. 3.

La constitución física

La *constitución física* del proponente tiene un profundo significado en el campo del seguro de vida. Este factor hace referencia al peso, a la estatura y a la distribución del peso, y constituye uno de los determinantes básicos de las expectativas de mortalidad del sujeto (7). La experiencia nos dice, que el exceso de peso agrava el riesgo a cualquier edad; el índice más alto de mortalidad por peso excesivo se da a la edad madura y en la vejez. De otro lado, el exceso de peso agrava otros achaques físicos, como en el caso de las dolencias cardiacas. Casi todas las compañías utilizan un cuadro de pesos normales según la estatura, la edad y el sexo; de aquí se obtiene una tabla que refleja la mortalidad extra, en cuanto un porcentaje de la standard para cada edad y cada estatura. En los pesos inferiores a la media, la tabla muestra un índice de mortalidad inferior al standard.

El estado físico

Además de su constitución, el estado físico del proponente también es un factor de enorme importancia. La compañía intenta convencerse de que el sujeto se encuentra en buen estado de salud. La aseguradora sabe por propia experiencia, que la mortalidad futura prevista del proponente depende, en grados diversos, de las anomalías presentes en uno o en varios de los sistemas corporales (nervioso, digestivo, cardio-vascular, respiratorio, génito-urinario y glándulas de secreción interna). Los defectos e incapacidades que se descubran en los órganos y los métodos de comprobación son de índole necesariamente médica y no precisan explicación en esta obra. Sin embargo, podemos men-

(7) El primer estudio estadístico completo de las relaciones entre constitución física y mortalidad se refería a la experiencia de las pólizas emitidas por las principales compañías, entre 1885 y 1908, publicado en 1913 bajo el título *Medico-Actuarial Mortality Investigation*. El trabajo más reciente es el de la «Society of Actuaries», y cubre las emisiones ordinarias de 26 compañías entre 1935 y 1953, publicado en 1959 bajo el título *Build and Blood Pressure Study 1959*. Las tablas de constitución física hoy utilizadas se basan en este estudio. Para un resumen del mismo, véase EDWARD A. LEW: «Build, Blood Pressure and Mortality», en *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, vol. XV, núm. 1 (invierno 1961), pág. 19.

cionar algunos más comunes que agravan el riesgo; así, por ejemplo, el examen del sistema circulatorio puede revelar una tensión alta, un soplo en el corazón, sea orgánico o funcional, o un pulso alto o intermitente. El análisis de la orina puede descubrir la presencia de albúmina, de azúcar o de glóbulos rojos. Cuando se descubran indicios como éstos, habrá que hacer más exámenes antes de rechazar el riesgo o de asegurarlo en condiciones satisfactorias para ambas partes.

El historial personal

La compañía de seguros investiga los aspectos de la vida del proponente que puedan influir en sus expectativas de mortalidad; la investigación puede incluir su historial médico, sus hábitos, las violaciones de tráfico cometidas, sus seguros, etc.

El historial de su salud es el factor más importante de su vida. Cuando el proponente ha sufrido en el pasado una enfermedad o un accidente de gravedad, se calculan los probables efectos que pueda tener en su existencia futura; esta estimación exige a menudo además de que el proponente facilite su historial médico, la obtención de información de su médico personal o del hospital.

También es de interés el historial de seguros. Al proponente se le puede haber rechazado un seguro de vida, o bien habérsele ofrecido el seguro en condiciones especiales; ello implica la existencia de un riesgo extra que existía en su día y que todavía puede estar presente. De otro lado, conviene saber si el sujeto ha contratado ya y mantiene en vigor unos seguros elevados sobre su vida, de suerte que su solicitud de una nueva póliza pueda ser considerada como algo especulativo.

El historial familiar

El historial de la familia es de gran interés para muchas compañías, a causa de la transmisión de ciertas características hereditarias. Cuando se prueba que casi todos los miembros de la familia han vivido hasta la edad avanzada, sin padecer dolencias cardiacas, locura, diabetes, ni otras enfermedades parecidas, cabe llegar a la conclusión de que el proponente no es proclive a ellas

y su cobertura presenta «ventajas» que pueden compensar otros «inconvenientes». Sin embargo, en la mayoría de las compañías el historial familiar no sirve directamente para tarificar el riesgo, a no ser que la familia revele unas características que *también* se dan en el proponente. Por ejemplo, dos o más fallecimientos antes de cumplir los 60 años a causa de enfermedad cardiovascular, pueden ser considerados como motivo de tarificación superior cuando el proponente sufre de tensión sanguínea alta, pero no se tendría en cuenta si no presentara este síntoma, ni ningún otro defecto del sistema circulatorio.

La profesión

La profesión puede influir en el riesgo. Los riesgos laborales pueden agravarlo de tres formas distintas. En primer lugar, la ocupación puede suponer un peligro ambiental, como por ejemplo la exposición a la violencia, la vida irregular, la tentación a probar drogas o a excederse con la bebida. Así puede suceder en las actividades recreativas y en la industria de licores. En segundo lugar, las circunstancias que rodean el trabajo pueden influir claramente en la salud y en la longevidad, como sucede con los que trabajan en locales cerrados, llenos de polvo, mal ventilados, o con los que están expuestos a sustancias venenosas. Finalmente, y de manera fundamental, existe el riesgo del accidente, como en el caso de los instaladores de líneas de alta tensión, los corredores de automóvil, los pilotos, etc. Los grados de peligrosidad son muy numerosos; no conviene olvidar tampoco a los que trabajan en las minas, en las talas de árboles, o en industriales similares, que están expuestos a accidentes graves, y que han de ser tenidos en cuenta para llegar a unas tarifas justas y equitativas.

Hay que prestar gran atención al seguro de quien ha cambiado recientemente de una ocupación arriesgada otra más segura, ya que puede conservar todavía los efectos desfavorables. De otro lado, este tipo de proponente tiene más probabilidades que ningún otro de volver a su ocupación anterior; lo más usual es no tener en cuenta la ocupación precedente cuando se ha abandonado hace por lo menos un año.

No obstante, hay que recordar que los riesgos profesionales

tienen ahora una importancia menor en el campo de la cobertura de vida. Desde el final de la Segunda Guerra Mundial se han reducido o eliminado muchas extraprimas por razones profesionales. No cabe duda de que ciertas profesiones han de pagar una prima más elevada, pero en un estudio llevado a cabo en 1967 entre diecisiete compañías de vida, que representan el 54 por 100 del negocio en vigor de los Estados Unidos, se pudo comprobar una mejora sustancial en la mortalidad profesional (8). En la actualidad los riesgos ocupacionales no están considerados como un factor de importancia.

Los hábitos

Generalmente se intenta conocer el eventual uso por el proponente de drogas habituantes o de licores alcohólicos. Cuando abusa de estas bebidas, la compañía puede rechazar la cobertura o bien ofrecer un seguro substandard, según sea el grado de uso aparente. En algunos tipos de drogas, el abuso o el uso no recetado por el médico puede ser motivo para rechazar la propuesta. El abuso o el uso no supervisado puede exigir la aplicación de tarifa especial, que dependerá del tiempo de uso habitual, y del tipo de droga usado.

El riesgo moral

Es lo cierto que el proponente puede engañar a la compañía al solicitar el seguro, razón por la cual ésta procura investigar el carácter y la posición económica de los proponentes. La información personal incluye también la relativa a las actividades comerciales, así como a las demás actividades del individuo; la opinión que se tenga de su solvencia y de la rectitud de sus operaciones, puede ser un indicio del riesgo moral que el seguro implique. Con toda probabilidad su posición económica, reflejada por el importe de su fortuna, y por la cuantía y fuentes de sus ingresos, constituye uno de los factores de mayor importancia. En ciertos casos el proponente pretende contratar un seguro que no parez-

(8) Véase JOSEPH C. SIBIGTROTH: *Occupational Risks as a Factor in Life Underwriters*, conferencia pronunciada en la reunión anual de la Home Office Life Underwriters Association, Hot Springs, Virginia, 4-6 de abril de 1968.

ca elevado, pero si se descubre que ya es titular de suficientes coberturas, habrá que efectuar una investigación más minuciosa. Pero, si además de la sospecha de sobreseguro, aparece en el riesgo algún otro aspecto desfavorable, como la existencia de un defecto físico de importancia o una profesión peligrosa, la compañía se sentirá inclinada a rechazar la propuesta.

Hay que evitar todo tipo de especulación, no sólo cuando el asegurado estipula un contrato sobre su propia vida, sino también cuando se quiere asegurar la vida de un tercero. El ordenamiento jurídico reconoce al individuo un interés ilimitado asegurable sobre su propia vida, lo cual explica su necesidad del seguro, con independencia de su situación económica y del número de familiares, y esta necesidad es la que rige la cobertura máxima que la compañía pueda vender al sujeto. Pero cuando el seguro se propone por una persona para asegurar la vida de otra, la compañía ha de investigar este interés asegurable, esto es, la medida de pérdida económica que el fallecimiento puede motivar en el proponente. Las propuestas de seguro especulativo son raras, en comparación con el volumen total de seguro, pero los casos son frecuentes y deben ser averiguados.

En la actualidad casi todas las compañías aseguran a los hijos desde el momento del nacimiento, pero estas propuestas se aprueban teniendo presente la finalidad del seguro; la experiencia de mortalidad en esta clase de negocio ha dado excelentes resultados. Algunas compañías cubren a los niños con cualquier importe que sea justificado siempre que sus padres (si son asegurables) sean titulares de un programa de seguro adecuado y que todos los hijos estén asegurados por un importe similar. El problema en este tipo de cobertura es el de evitar que uno de los hijos sea privilegiado con un seguro muy superior.

Son muy pocas las personas de edad avanzada que puedan ser calificadas como riesgo aceptable, pero muchas de ellas ya disponen de un seguro adecuado. La capacidad de ganancias del individuo puede haber disminuido o incluso cesado, y este hecho reduce el valor asegurable y la necesidad de protección. Las aseguradoras cubren a las personas mayores después de unas pruebas minuciosas de selección, y normalmente sólo por una suma suficiente, para hacer frente a los impuestos sucesorios y demás gastos derivados del fallecimiento de una persona con

fortuna elevada. El seguro de una persona mayor por parte de las que estén a su cargo, tiene, por lo general, una naturaleza especulativa, sea o no intencionada.

El sexo

Hasta hace pocos años era práctica general, el seguro de las mujeres en condiciones distintas a las ofrecidas a los varones; esta postura se basaba, sobre todo, en el riesgo relacionado con el parto y en el escaso interés asegurable. La situación ha cambiado a causa de la mejora en la mortalidad y del hecho de que muchas mujeres se emplean lucrativamente. En la actualidad es común el seguro de las mujeres, por sumas parecidas a los varones y en proporción a las necesidades de seguro.

Riesgo de aviación

En la proposición se acostumbra preguntar al proponente si se dedica a actividades relacionadas con la aviación. Los vuelos como pasajero en líneas aéreas regulares no afecta al riesgo, sobre todo en un tiempo en que los viajes por avión son cosa común. Sin embargo, puede existir un riesgo concreto de aviación en el campo de los vuelos comerciales, privados o militares, razón por la cual al proponente se le pide que cumplimente un formulario adicional, exclusivamente dedicado a este tema. La compañía puede cargar una extraprima con el fin de compensar este riesgo, o bien dejarlo excluido completamente de la cobertura. Si el riesgo queda excluido y la muerte sobreviene durante estas actividades de aviación, la compañía sólo se compromete a la devolución de las primas pagadas o de la reserva acumulada por la póliza; algunas compañías reconocen el importe más elevado de los dos citados.

Servicio militar

Cuando no hay hostilidades, los contratos se emiten sin excluir ni limitar los riesgos del servicio militar. La selección adversa implicada por los individuos en servicio militar durante un

período de conflicto armado, constituye un problema grave al emitir las pólizas. En el pasado las compañías se han inclinado a rehusar el riesgo, a limitar el importe de la cobertura, o a acompañar a la póliza un apéndice o cláusula denominada de riesgo de guerra, por el que la obligación de la compañía quedaba limitada a la devolución de las primas con sus intereses.

Hasta la fecha, el método más corriente para hacer frente al riesgo adicional del servicio militar ha sido la inclusión de la citada cláusula de «status» de guerra, por la que el asegurador sólo se hace responsable de la devolución de las primas, cuando el asegurado fallece durante su servicio militar fuera de las fronteras de los Estados Unidos, aunque la *causa* de la muerte no sea atribuible al servicio militar. En otros casos se emplea la forma del apéndice, considerada como cláusula «de resultado», por la que las obligaciones del asegurador son objeto de limitación, únicamente cuando la muerte es *consecuencia* de la guerra. Esta cláusula se configura como más favorable al asegurado, aunque la limitación sea aplicable incluso cuando el asegurado fallece fuera de la zona bélica. La mayoría de las compañías excluyen la aplicabilidad de estas cláusulas mediante el pago de una prima extra.

Otros factores

La residencia.—En muchos países la mortalidad es mucho más elevada que en los Estados Unidos y el Canadá, sobre todo a causa del clima y de las condiciones generales de vida. Los individuos que llegan a dichos países, procedentes de otros con un índice de mortalidad superior, pueden traer con ellos una parte de esa mortalidad; cuando un norteamericano manifiesta su intención de residir en el extranjero, deberían tenerse en cuenta los riesgos mayores del clima y de las condiciones de vida.

Aficiones y diversiones. — Las aficiones y las diversiones constituyen, en determinados casos unos factores importantes, a causa del creciente nivel de vida y del tiempo libre. Hay actividades como el submarinismo, el alpinismo, las carreras y el paracaidismo, que implican un riesgo que debe ser tenido en cuenta al emitir la póliza. Cuando se tiene constancia de que un riesgo es motivo posible de un aumento en la mortalidad, y el

proponente es asegurable, normalmente se le cobra una prima extra, de acuerdo con el riesgo. A veces se incluye un apéndice por el que se excluye el fallecimiento cuando se participa en la actividad peligrosa.

FUENTES DE INFORMACION SOBRE LOS RIESGOS DE VIDA

Las fuentes donde la compañía acude para obtener información sobre los factores que afectán al riesgo de vida son: 1) propuesta; 2) examen médico; 3) informe del agente; 4) médicos que atienden al proponente; 5) informe del inspector; y 6) datos entre compañías. Puede observarse que los datos obtenidos por estas fuentes son, en cuanto a ciertos factores, repetidos, pero esta «doble verificación» está justificada en la práctica.

La propuesta

Los impresos de propuestas utilizados por las aseguradoras de vida no son uniformes, ni en su contenido ni en su distribución. Es usual, sin embargo, que el modelo se componga de dos partes. En la primera, se agrupan las preguntas que no tienen relación con la salud; así por ejemplo, se solicita información del nombre, dirección, lugar de residencia, ocupación, fecha de nacimiento, estado civil, nombre y parentesco del beneficiario, suma a asegurar y tipo de seguro, seguros de vida ya en vigor, compañías que han emitido estos seguros, compañías que han modificado o han rehusado una propuesta de vida, actividades de aviación en el pasado y en proyecto, diversiones y planes de residencia en el extranjero.

La segunda parte contiene el historial médico facilitado por el proponente en el examen médico, en respuesta a sus preguntas. Se pregunta sobre sus enfermedades, dolencias, lesiones, operaciones quirúrgicas sufridas desde la niñez y sobre los médicos que hayan sido consultados por el proponente durante los últimos años. Otras preguntas se refieren al estado físico presente; por ejemplo, el estado de salud, deformidades físicas (pérdida de un miembro, del oído, hernia, etc.). Algunas compañías formulan preguntas sobre el uso del alcohol y de drogas. Finalmente, se

investigan los padres y los hijos, con expresión de cuántos viven en el momento presente, su estado de salud y la fecha y causa de la muerte de los que hayan fallecido.

Algunas compañías emiten seguros de vida de hasta $ 40.000 para jóvenes, y de menores importes cuando las edades son de 40 a 45, sin necesidad de examen médico, bastando la declaración de asegurabilidad. Se formulan preguntas similares a las que hace el médico, cuyas respuestas son anotadas por el agente y firmadas por el proponente.

Examen médico

Además de tomar nota de las respuestas del proponente, el médico hace constar los resultados de su propio examen, que incluyen la estatura, el peso, pulso y tensión sanguínea, dimensiones del pecho y abdomen, estado cardiaco, pulmonar, del sistema nervioso y análisis de orina. Cuando se trata de un seguro de vida elevado, el examen añade rayos X del pecho y electrocardiograma, y es usual que se acuda a un segundo examen. Sin embargo, el examen médico no es invulnerable a la selección adversa; el proponente, haciendo reposo y dieta puede esforzarse por aparecer de la mejor forma, y puede, intencionadamente o no, dejar de manifestar aspectos importantes de su historial. El asegurador se hace una idea del proponente y toma su decisión acudiendo a toda la información recibida de las diversas fuentes.

Las compañías están acudiendo cada vez más a los servicios de personal para-médico, en lugar del médico, y en muchos lugares del país se han establecido *centros paramédicos*. El técnico especializado redacta el historial del proponente y toma su estatura, su peso, la tensión y el pulso y hace el análisis de orina. Por un importe superior hace la prueba de la capacidad vital, el fonocardiograma, el electrocardiograma y una prueba de sangre SMA 12. Algunos de estos centros disponen además de doctores. La razón principal de esta tendencia a la atención paramédica, es la combinación de su menor coste y la falta de médicos adiestrados en el campo del examen para el seguro de vida. Muchas compañías confían totalmente en este examen cuando la póliza no excede de una cierta cuantía, o bien acuden a estos

centros en lugar de ir a otro médico para hacer un segundo examen.

Informe del agente

Es común que en la página trasera de la primera parte del impreso se recojan las preguntas que el agente debe contestar. La compañía acostumbra preguntar durante cuánto tiempo conoce al proponente y si lo recomienda, sin restricciones, como un buen riesgo.

La compañía puede interesarse por conocer si el seguro solicitado pretende sustituir a otro en vigor, o bien sustituir a una póliza que haya sido cancelada por otra compañía (9). Se puede pedir al agente su opinión sobre la situación económica, el carácter y el ambiente de vida del proponente.

A veces la compañía no exige el informe del agente, pero éste ya ha recibido unas instrucciones generales, que le previenen frente a las propuestas de quienes no sean riesgos aceptables. Si el agente estima que el riesgo es dudoso, se le puede exigir que realice una investigación previa. El agente ha de poner en conocimiento de la compañía el hecho de que al proponente se le haya rehusado el seguro en otra compañía.

Médicos que atienden al proponente

A estos profesionales se acude cuando la propuesta y/o el examen médico revelan estados o situaciones, pasados o presentes, sobre los cuales conviene obtener mayor información. La ética profesional prohíbe que el médico dé a conocer la información sin el consentimiento del interesado, y por esta razón es normal que el proponente firme su autorización al mismo tiempo que la propuesta.

Informe del inspector

Las aseguradoras de vida obtienen informes de inspectores

(9) En muchos Estados se exige esta declaración antes de la firma de la proposición.

siempre que se trate de una propuesta de seguro elevado; si el importe es modesto (de $ 10.000 o de menos), y si el proponente es joven, no se pasa de efectuar un informe rutinario. Este tipo de informe se ocupa de la asegurabilidad del proponente. Es usual que la compañía acuda a los servicios de una firma independiente, con una plantilla de inspectores dedicados a estas funciones o a funciones similares.

Al recibir la compañía una propuesta que requiera una inspección, ésta se ordena sin pérdida de tiempo, dando el nombre, la edad, el sexo, la profesión, el domicilio y el lugar de trabajo del proponente; en algunas compañías, la inspección la ordena el mismo agente. El informe del inspector se remite directamente a la sede de la aseguradora. En virtud de la Ley Sobre Informes de 1970, es preciso comunicar al proponente la posibilidad futura de la inspección; esta comunicación puede formar parte de la propuesta o bien constituir un documento separado. Cuando el seguro no es por una cuantía elevada, el inspector se limita a efectuar una investigación general de los hábitos, carácter, situación financiera, ocupación, diversiones, estado de salud, domicilio y actividades comerciales del proponente; pero si el seguro solicitado es por una cuantía elevada, el informe es más minucioso y meticuloso, y para conseguir los datos necesarios, el investigador puede entrevistar al patrono, a los vecinos, al banquero, a los socios y demás personas que puedan contribuir a la información pedida, y a veces al propio proponente.

Datos entre compañías

Otra fuente de información sobre la asegurabilidad es la Oficina de Información Médica (Medical Information Bureau), asociación sin fines lucrativos formada por las aseguradoras de vida, que opera como cámara de compensación de datos confidenciales, sobre todo de índole médica, sobre los proponentes. La información recogida durante el proceso de suscripción es codificada, y la MIB, su agente gestor (la División de Información y Estadística de la Sperry Rand Corporation) y las compañías asociadas intentan por todos los medios mantener su naturaleza interna y confidencial.

Las compañías miembros han de comunicar ciertos tipos de

defectos o enfermedades descubiertos durante el proceso de suscripción. A la MIB no se le pasa información relativa a las reclamaciones de muerte, de enfermedad o de incapacidad. Los defectos o enfermedades comunicados abarcan una gran variedad de aspectos de salud, así como otros aspectos no médicos, que pueden ser de interés, como los hábitos en la conducción de automóviles y las actividades de aviación o de deportes peligrosos.

Antes de formalizar la propuesta se indica al proponente que la compañía estará facultada para pasar la información a la MIB, y se le hace saber que puede entrar en conocimiento de su expediente existente, para discutir su exactitud. Al mismo tiempo firma una autorización para que la MIB intervenga como fuente concreta de información. La manifestación de los datos de la MIB y el procedimiento para discutir su exactitud se ajustan a lo establecido en la citada ley de 1970. La información médica es comunicada a través del médico personal que se haya designado.

Pero hay que tener en cuenta que los informes facilitados por las compañías, no hacen constar si la propuesta ha sido rehusada, clasificada ,aplazada o aceptada, ni tampoco el importe del seguro solicitado. La MIB no da a conocer la evaluación de la suscripción ni la decisión de la emisión.

La compañía puede seleccionar sus propuestas gracias a los archivos de la División de Información y Estadística. Si sus datos revelan un defecto o enfermedad en el proponente, la compañía podrá, una vez su propia investigación no haya logrado confirmar el hecho, pedir otros detalles a la compañía que facilitó la información originaria, a través de la citada División, la cual puede negarse a dar los detalles o limitar la cantidad y el contenido de su contestación. Las normas de la MIB establecen que no deben tomar una decisión desfavorable en base, únicamente o en parte, a la información facilitada. Esta información sólo sirve para «alertar» a la compañía, la cual debe por otros medios recoger información adicional, que fundamente su decisión contraria a la aceptación del riesgo. En muchos casos, la información disponible en la MIB permite una decisión favorable al proponente, al confirmar ciertos datos concretos. La MIB significa una ayuda considerable, pues permite a cada compañía hacer su propia valoración de cada propuesta.

METODOS DE CLASIFICACION

Una vez recogida toda la información sobre el proponente de un seguro de vida, los datos han de ser evaluados para llegar a la decisión de, si el riesgo se va a aceptar a la tarifa standard, si es aceptable pero substandard, o si ha de ser rechazado. A veces el seguro se aplaza durante un cierto tiempo, para conocer los efectos de una situación o de un defecto; por ejemplo, si el proponente va a ser operado pronto, la cobertura se aplaza hasta después de la intervención. En teoría, el sistema de evaluación y clasificación debe: 1) medir con exactitud el efecto de cada factor que influya en el riesgo; 2) estimar el impacto combinado de los factores interrelacionados, incluso de los que estén en conflicto; 3) llegar a resultados equitativos; 4) operar de forma relativamente simple y económica.

Método discrecional de tarificación

En un primer tiempo y durante muchos años, las compañías siguieron un método discrecional, por el que la aseguradora aceptaba el juicio combinado de los departamentos cualificados, como el médico y el actuarial. Este método funciona aceptablemente cuando existe un único factor desfavorable, o cuando la decisión se limita a escoger entre la aceptación de la propuesta o tarifa standard y el rehuse de la misma. Cuando intervienen factores múltiples (algunos en conflicto entre sí), o se admite la posibilidad de una clasificación substandard, el método no parece plenamente satisfactorio. Además, exige un personal muy adiestrado para llegar a la estimación apropiada del riesgo. Para superar las desventajas del método discrecional se han desarrollado el denominado sistema numérico de-tarificación (10).

(10) Véase ARTHUR H. HUNTER y OSCAR H. ROGERS: «The Numerical Method of Determining the Value of Risks for Insurance», en *Transactions of the Actuarial Society of America*, vol. XX, parte II (1919).

Sistema numérico de tarificación

El sistema numérico se basa en el principio de que en la composición del riesgo entran muchísimos factores, y que el impacto de cada uno de ellos sobre la longevidad del riesgo puede ser determinado por el estudio estadístico de las vidas que posean dicho factor. Se presume que el 100 por 100 representa el riesgo normal o standard, el de la persona que física, moral y económicamente es recomendable y tiene necesidad del seguro.

Cada factor que pueda influir en el riesgo de un modo que no sea usual, se considera como débito o como crédito, con valores atribuidos. Estos factores incluyen: 1) la constitución física; 2) el estado físico; 3) el historial personal; 4) el historial de a familia; 5) la ocupación; 6) los hábitos; 7) el carácter moral; 8) el plan de seguro; y 9) otros factores (11). Los valores atribuidos a los factores considerados se basan en el juicio formado por los estudios de mortalidad entre grupos que posean estas características. Por ejemplo, si la mortalidad de un grupo de vidas aseguradas refleja un cierto grado de exceso de peso, o de tensión alta, es del 150 por 100 en comparación con el grupo de riesgos standard, a ese grado de exceso de peso o de tensión se le atribuye 50 puntos.

Un ejemplo hipotético nos explicará mejor la operación del sistema numérico. Supongamos que un empleado administrativo de 35 años solicita ser asegurado, con una póliza de capitalización a treinta años. La información conseguida por la compañía revela que su estatura es de 5 pies, 9 pulgadas; el peso, 205 libras; el historial familiar es un poco superior a la media; los hábitos son buenos; el historial personal muestra una asistencia médica reciente por úlcera de estómago, que parece haber sido curada. Según las tablas obtenidas con este fin, la compañía pasará a evaluar la tarifa básica de este individuo, que depende de su constitución física (estatura, peso, etc.). Presumamos que la tarificación básica es de 125, a causa de exceso de peso; en otras palabras, este exceso de peso, según se prevé, da unos resultados de mortalidad equivalentes al 125 por 100 de la normal. A esta cifra básica se le añade un 35 por 100 por el historial personal desfavorable. Se llega a un total de 160. Por otro lado, hay que hacer deducciones por los factores favorables: historial familiar, 5; plan de seguro, 10. El resultado neto de 145 significa una mortalidad esperada del 45 por 100 superior a la del riesgo normal o standard.

(11) Véase, más arriba, «Los factores que afectan al riesgo de vida».

Este análisis puede resumirse del modo que sigue:

Base = 100

Factor	*Débito*	*Crédito*
Constitución física: exceso de peso	25	
Historial personal: Ulcera	35	
Historial familiar		5
Plan de seguro: capitalización a 30 años		10
Total	60	15

Tarficación = 145

Las tarificaciones obtenidas por este método, oscilan en casi todas las compañías entre un mínimo de 75 y un máximo de 500 o más. Por lo general, las calificaciones comprendidas entre 75 y 125 se consideran standard. Algunas compañías, en especial las que no emiten seguro substandard, pueden llegar a ampliar la categoría standard, hasta llegar a 130. Los riesgos cuya calificación exceda de estos topes se agrupan en clases substandard, o bien son rechazados.

La escala de calificaciones producidas por el sistema numérico pueden clasificarse en una compañía concreta de esta forma:

Standard				Substandard						No asegurable
75	85	100	115	125	135	145	155	...	485	500

ESCALA DE LAS TARIFICACIONES

Como se dirá en el capítulo que sigue, la extensa categoría de los riesgos substandard se divide en diversas clasificaciones, cada una de ellas con su propia escala de primas. Los 50 puntos, de 75 hasta 125, que cubre la clasificación standard obligan a equi-

librar los riesgos dentro de esta clase, de suerte que la media sea de 100. La misma idea es de aplicación a cada una de las clases substandard que vayan a establecerse.

En el funcionamiento del sistema numérico también interviene un elemento de juicio discrecional, sobre todo al atribuir valores numéricos a cada factor y, en su caso, al determinar el efecto de dos o más factores que estén relacionados entre sí de algún modo. En cuanto al primer problema, por regla general la compañía obtiene el peso numérico de cada factor a partir de los datos estadísticos, interpretados a la luz del criterio experimentado. En cuanto al segundo problema, cuando dos factores están tan relacionados que uno de ellos afecta al otro, el juicio y la experiencia del pasado pueden aconsejar una adición que sea superior o inferior a la simple suma de los dos factores numéricos. Por ejemplo, si el historial familiar revela varios fallecimientos por enfermedad cardiaca, este factor adverso puede ser anulado un tanto si el individuo muestra una buena constitución física, buena salud, buen ambiente y otros factores favorables, por el contrario, si se da este historial familiar y además el individuo tiene exceso de peso, o tensión alta, la puntuación a ser adicionada deberá ser superior a la suma de los dos factores adversos.

En América del Norte, por lo general, el método numérico es de práctica universal desde hace bastantes años. Incluso en un plano experimental, donde los débitos numéricos se determinan únicamente a partir de la misma clase de juicio médico-actuarial, antes empleado para la cobertura de los casos, los supuestos considerados se colocan en un contexto de sistema numérico, tanto para una mayor coherencia, como para fundamentar los estudios estadísticos futuros.

En la práctica el sistema se aplica con una gran dosis de sentido común, y tiene las ventajas de su coherencia y de su facilidad para los suscriptores, los cuales pueden procesar todas las propuestas, a excepción de las que exijan un estudio médico detallado. También tiene su importancia el hecho de que minimiza los gastos en el proceso de selección.

32

Selección y clasificación de los riesgos del seguro de vida: II

TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS SUBSTANDARD DEL SEGURO DE VIDA

Al asegurar la vida de los riesgos substandard ha de tenerse en cuenta el índice previsto más elevado de mortalidad. Normalmente se lleva a cabo mediante el cargo de una prima extra sobre la obtenida en la tarifa standard. A continuación nos ocuparemos de los métodos para hacer frente al índice más elevado de mortalidad.

Los avances experimentados en estos últimos años han hecho que las aseguradoras de vida se encuentren mejor equipadas para el seguro de las vidas substandard; para cubrir estos riesgos es esencial la información estadística de la experiencia del pasado, con el fin de desarrollar una base equitativa para el seguro de vidas sujetas a diversos impedimentos. Las compañías han logrado acumular un volumen considerable de datos estadísticos sobre estos impedimentos, Las compañías han logrado acumular un volumen considerable de datos estadísticos sobre estos impedimentos, lo cual ha contribuido a determinar su influencia sobre la mortalidad, con una exactitud cada vez mayor. De otro lado, los progresos de la ciencia médica han llevado a nuevos procedimientos de diagnóstico y a la mejora del tratamiento de muchas dolencias. De forma semejante la experiencia aportada por los reaseguradores, en especial en el campo de la estimación

del riesgo substandard, ha contribuido a que las compañías aseguradoras hayan llegado a lograr una clasificación apropiada de los proponentes (1).

Incidencia del riesgo adicional

Aunque sean numerosos los factores que motivan que el riesgo sea substandard, más del 65 ó 70 por 100 está atribuido a diversos defectos físicos, como la afección cardíaca, el exceso de peso, la albúmina en la orina y la tensión sanguínea alta (2). No sería práctico, sin embargo, que las compañías intentaran una clasificación y un tratamiento de los riesgos substandard, que se ajustara con exactitud a la manera en que se produce la mortalidad extra de cada impedimento. La equidad es un objetivo a alcanzar, pero tal criterio implicaría un gasto prohibitivo, totalmente imprácticó, ya que la mortalidad substandard no es conocida con el necesario detalle.

La mayor parte de las compañías, por tanto, categorizan los riesgos substandard en tres grupos principales: 1) grupo en el que el riesgo extra permanece aproximadamente a un mismo nivel durante los años siguientes a la emisión de la póliza; 2) grupo en el que el riesgo extra aumenta con la edad del asegurado; 3) grupo en el que el riesgo extra disminuye con el transcurso del tiempo. Ejémplos de tipo constante de riesgo extra son la ceguera parcial, la sordera y la ocupación; un ejemplo de riesgo creciente sería una persona con una tensión alta sin tratar, y la que haya sufrido una intervención quirúrgica que se presume con éxito sería ejemplo de un riesgo decreciente. Esta clasificación permite a la compañía la estimación de la prima, de acuerdo con la incidencia de los fallecimientos extra; en otras palábras, si la compañía espera que en dos grupos se va a producir el mismo número de muertes adicionales durante un mismo período de tiempo, se harán precisos tipos diferentes de prima extra para el

(1) Véase más adelante en «Reaseguro».

(2) En base a un estudio reciente del seguro ordinario, las razones de la tarifa extra reflejó la distribución que sigue: enfermedades del corazón, 25 por 100; problemas de obesidad, 17 por 100; otras enfermedades físicas, 29 por 100; profesiones arriesgadas, 9 por 100; otras razones, 10 por 100. Véase *Life Insurance Fact Book*, 1975, pág. 92.

riesgo que provoca el mayor número de fallecimientos extra al principio (riesgo decreciente), o al final (riesgo creciente).

Métodos de tarificación

Para la tarificación de las vidas substandard se han ideado métodos diversos. En general se trata de adaptar el método al tipo del riesgo representado por el sujeto, pero por motivos prácticos se producen desviaciones del tratamiento, teóricamente correcto. Los objetivos de la estructura de las primas extra son: 1) equidad entre los impedimentos y las clases; 2) facilidad de su gestión; 3) facilidad de comprensión por los agentes y por el público.

Prima extra única.—Este método es utilizado cuando el riesgo extra, medido en fallecimientos extra por mil, se estima constante, temporal o permanente, e independiente en esencia de la edad. Según este plan, la póliza se emite de forma regular, pero se carga una prima extra para hacer frente a la mortalidad adicional prevista. Cuando la prima extra no es elevada, la póliza se considera standard a los efectos de dividendos, valores irrenunciables, etc.

Este plan es el más apropiado para los riesgos profesionales y de aviación, que son en gran parte independientes de la edad. El plan es también adecuado para coberturas extra temporales (un riesgo extra que dure un tiempo determinado), como cuando la mayor parte del riesgo adicional pesa en los años inmediatamente posteriores a una operación.

El uso de la prima extra única en los riesgos constantes es en teoría correcto cuando se trata de planes temporales uniformes, en los que la *suma neta arriesgada* y la *suma asegurada* son prácticamente iguales. Por el contrario, cuando se trata de planes permanentes y del seguro temporal *decreciente*, la suma neta arriesgada disminuye con el tiempo. La prima extra única cubre, en realidad, un riesgo extra creciente; la disminución cada año de la prima extra implicaría unos gastos desproporcionados, razón por la cual, en la práctica, se carga la prima extra única que resulte apropiada, teniendo en cuenta el importe medio del riesgo extra implicado. Por ejemplo, una compañía puede cargar, para

una póliza de capitalización a veinte años, una prima extra inferior a la de la póliza de vida entera.

Por regla general, las pólizas con participación en los beneficios no reciben dividendos adicionales por las primas extras pagadas. Tampoco las primas extra única aumentan el valor de liquidación ni los valores irrenunciables, y pueden dejar de aplicarse cuando lo permita la disminución del riesgo.

Tablas de porcentajes extras. — El método más común en el seguro de los riesgos substandard es el denominado plan de las tablas de porcentajes extra. Todos los riesgos substandard se dividen en grupos extensos de acuerdo con su calificación numérica, y la prima tarifada se basa en las calificaciones numéricas medias de cada clase. Algunas compañías de primera línea utiliza valores standard y normalmente no reconocen la opción del seguro temporal ampliado a los casos de tarifa más elevada. Conviene recordar que los riesgos standard con calificaciones numéricas de hasta 125 se agrupan en una misma clase y pagan una misma tarifa. El procedimiento para la determinación de una clase substandard es idéntico, con la excepción de que la calificación media de cada clase substandard adicional establecida es progresivamente superior a la de la clase standard. Usualmente, las compañías establecen entre cuatro y seis o incluso siete clases substandard, a las que se aplican valores irrenunciables especiales, y dieciséis o más clasifcaciones cuando se usan valores standard. Los proponentes son asignados a la clase apropiada (standard o substandard) de acuerdo con su calificación numérica. La claficación media dentro de estas clases puede oscilar entre 135 y 500 ó más. En la tabla 32.1 se facilita un ejemplo de escala de clasificaciones substandard.

En base a este método se llega a desarrollar una tabla especial de mortalidad para cada clasificación substandard, que refleje la experiencia de cada una, y luego se calculan las tarifas de primas brutas de cada clasificación.

La tabla 32.2 facilita una muestra de tarifas de primas brutas para contratos ordinarios de vida según las tablas substandard A, B, C y D. Como término de comparación se hacen constar las tarifas standard.

TABLA 32.1

Escala ilustrativa de las clasificaciones de mortalidad substandard

Clase	*Mortalidad (por ciento)*
A	130- 150
B	155- 185
C	190- 235
D	240- 305
E	310- 400
F	405- 500
G	505-1.000

TABLA 32.2

Ejemplo de tarifas substandard de primas brutas con participación en beneficios, seguro ordinario de vida

Edad	*Tarifa para los riesgos standard*	*A 130 %- 150 %*	*B 155 %- 185 %*	*C 240 %- 305 %*	*D 190 %- 235 %*
15	$ 16,78	$ 18,76	$ 19,95	$ 21,40	$ 23,22
20	18,38	20,62	21,98	23,65	25,74
25	20,54	23,09	24,66	26,58	29,00
30	23,20	26,16	28,00	30,27	33,14
35	26,55	30,07	32,26	35,01	38,52
40	30,84	35,11	37,80	41,21	45,65
45	36,31	41,58	44,92	49,25	54,97
50	43,42	50,01	54,22	59,78	67,31
55	52,76	61,02	66,37	73,57	83,56
60	65,26	75,47	82,17	91,38	104,48
65	82,92	94,69	102,47	112,30	128,99

Se puede observar que estas primas substandard no aumentan en la misma proporción que el grado de mortalidad extra; ello se debe al hecho de que el recargo no aumenta en la misma proporción que el grado de mortalidad extra; ello se debe al hecho de que el recargo no aumenta en la misma proporción; de otro lado, la mortalidad extra está calculada en base a la mortalidad *real*, y no a la *tubular* recogida, por ejemplo, en la *Tabla 1958 CSO*, y el cálculo de las primas tiene en cuenta la suma neta decreciente arriesgada bajo la póliza ordinaria de vida.

Las tablas de porcentajes extra no tratan diferentemente los diversos tipos de riesgos substandard con incidencia diferente

de mortalidad extra (creciente, decreciente o constante). La presunción de un *porcentaje constante* de los índices de mortalidad standard implica un número de fallecimientos extra por mil, que aumenta con la edad para todos los tipos de casos tarificados con esta base. Aunque en teoría este plan no refleje con exactitud la incidencia del riesgo extra, el procedimiento está justificado en razón del gasto y, en línea media, es razonablemente exacto. El tratamiento es tan ajustado como el empleado para clasificar y tarificar los riegos standard.

A pesar del hecho de que muchas compañías emiten seguro para personas con un 500 por 100 de mortalidad standard, existe un límite a partir del cual el grado de mortalidad extra es tan elevado que no cabe la aplicación del principio de los promedios. Con el incremento de las tarifas son cada vez menos los que se muestran dispuestos a pagar primas tan altas, y resulta enormemente difícil conseguir un grupo lo suficientemente amplio que garantice unos resultados medios. Además, con el aumento de la prima, tratándose de seguro personal aumenta notablemente la probabilidad de la selección adversa.

Plan de tarifa superior a la edad. — Con este plan se presume que el asegurado tiene una edad superior a la real, y la póliza se emite de acuerdo con esta presunción. El número extra de años que se adiciona se determina sumando a la prima neta para la edad real una cantidad en concepto de riesgo extra, y comparando el resultado con la prima (y con la edad) de la tabla standard que más se le aproxime. Por ejemplo, si la prima neta de un seguro ordinario de vida de un varón de veinticinco años es de $ 14,60, y se le añaden $ 4,17 para cubrir la mortalidad adicional, el resultado será de $ 18,77; la prima neta de la tabla standard que más se le aproxime es la de $ 18,44, que corresponde a la edad de treinta y dos años. Por consiguiente, el riesgo ha sido tarificado aumentando siete años. Las pólizas emitidas según este plan son normalmente similares a las demás sobre riesgos standard a las mismas edades. En base a la edad aumentada se reconocen los valores de liquidación, de anticipo, de pago total y de seguro ampliado, así como los dividendos; cuando la tarifa es elevada se acostumbra omitir la opción temporal ampliada.

Este plan de tarifa superior a la correspondiente a la edad del asegurado es muy adecuado al tipo de riesgo extra creciente, aunque no dé un tratamiento equitativo a todos los riesgos. Supongamos un grupo de riesgos substandard, todos varones de veinticinco años, asegurado a una prima superior correspondiente a una edad de treinta años. La *Tabla 1958 CSO* refleja que el número de fallecimientos es de 1,93 por mil a la edad de veinticinco y de 2,13 a la de treinta. Durante el primer año de este seguro se ha hecho provisión de sólo un 20 por 100 de un fallecimiento extra por mil asegurados; pero diez años más tarde la mortalidad extra aumenta, mientras que la suma arriesgada disminuye, y el resultado en su conjunto puede ser una mortalidad extra bastante uniforme.

En general, este plan presenta muchas ventajas. Es fácil de explicar al asegurado, y le resulta atrayente a causa del aumento de los valores de rescate y de los dividendos, si proceden. Desde el punto de vista administrativo es muy simple, ya que no exige un sistema complejo de expedientes. Sin embargo, ofrece ciertos defectos e inconvenientes. El asegurado puede aprovecharse del valor superior y rescatar la póliza en los primeros años de vigencia, con lo que se reembolsa de una parte importante de los pagos extra efectuados para cubrir el riesgo adicional. La competencia puede ofertar una póliza más barata en base al plan del porcentaje adicional, sin explicar el hecho de que los valores de liquidación y los dividendos van a ser inferiores. Para evitar la selección adversa en el ejercicio de esta opción, la compañía puede añadir un recargo un poco superior a la prima extra primitiva. Si se desea seguir este plan con las pólizas de capitalización, sobre todo con las de plazo breve o con las que maduran a edades más jóvenes, la compañía tendrá que elevar la tarifa un buen número de años, para protegerse frente a una cuantía importante de riesgo extra. En otras palabras, si una persona ha sido tarificada con un aumento de cinco años en una póliza ordinaria de vida a la edad de treinta, la prima extra será mucho mayor que por el mismo aumento de años en el caso de una póliza de capitalización. La regla contraria es de aplicación cuando el seguro ordinario de vida es puesto en comparación con el seguro temporal. En la mayoría de los casos la prima extra deseada por la compañía no va a ser lo suficientemente elevada como

para permitir el uso de este plan en las pólizas de capitalización. En ciertos supuestos la edad tendría que ser aumentada hasta extremos ridículos y por esta razón a los planes de capitalización se aplica la prima extra única, y a los demás planes el sistema de aumento de la edad. Este plan no es de uso frecuente en la actualidad, ya que casi todos los impedimentos físicos pueden ser tarificados satisfactoriamente con las tablas de porcentajes adicionales.

El plan préstamo.—Uno de los primeros problemas con que se tropieza en la venta del seguro substandard es la dificultad de convencer al proponente de que ha de proveer al riesgo extra. Para dar solución al problema la compañía se compromete, en ciertos casos, a emitir una póliza standard, con tarifa normal, con un gravamen o préstamo que es deducido al fallecimiento del asegurado. Si se cuenta con estadísticas apropiadas, cabe calcular el período y la cuantía del préstamo, que sería el equivalente actuarial del riesgo extra. Su cuantía puede permanecer constante, o bien el método puede ser más refinado aún, efectuando una reducción anual en el importe gravado. Este plan se adapta muy bien a los riesgos decrecientes, pero se ha utilizado con todo tipo de riesgo.

El plan ofrece algunas ventajas. Gusta al asegurado porque puede entenderlo con facilidad, y muchos clientes están dispuestos a aceptar el gravamen contra su seguro porque son optimistas ante el futuro; a veces el agente vende un seguro adicional para cubrir la cuantía del gravamen. De otro lado, el sistema presenta graves defectos, y por esta razón no ha sido usado demasiado en los Estados Unidos; algunos Estados, incluso lo han declarado contrario a la ley. En muchos casos, la cuantía del gravamen tenía que ser bastante elevada, en comparación con la suma asegurada por la póliza, y el asegurado no caía a veces en la cuenta de que su cobertura era inferior al importe del seguro. Además, en el caso de riesgos decrecientes, a los que se ha aplicado con mayor frecuencia, el gravamen reducía la cobertura precisamente cuando el asegurado más lo necesitaba, esto es, en los años primeros de la póliza. El uso de este sistema en los Estados Unidos es hoy casi nulo, reducido sobre todo a

ciertos planes de pólizas individuales de pensiones fiduciarias (3).

Planes de dividendos especiales.—Además de los sistemas citados, los riesgos substandard se cubren a veces dentro de una clase especial que contenga riesgos similares. Esta clasificación tiende a reajustar las primas (que son mayores que las de la clase standard) y los dividendos de acuerdo con la experiencia de la mortalidad. Este plan no ha sido empleado mucho en nuestro país, ya que la aseguradora ha de poseer un número suficiente de asegurados en cada clase, para que pueda funcionar la ley de los promedios.

En algunos casos la compañía puede estar dispuesta a tratar al proponente como si fuera standard, siempre que estipule una póliza de prima elevada, normalmente de capitalización. Esta póliza dispondrá de una reserva mayor que el tipo de póliza de prima baja, con lo que se reduce el riesgo asumido por el asegurador. La compañía pretende desprenderse del riesgo antes de que sea demasiado grave; las compañías se niegan a emitir planes temporales a tarifas elevadas, como por ejemplo al 200 ó al 300 por 100, para evitar la selección adversa.

Mejora del riesgo

Una vez que la póliza haya sido emitida a un riesgo extra, bien sea con una prima extra única y permanente, con un porcentaje extra, o con tarifa superior a la edad real, el asegurado puede e star facultado para comprar un seguro a tarifa standard, o en condicones más favorables que las aplicadas a la póliza tarifada. En estas circunstancias el asegurado confía en que la compañía vuelva a considerar su situación. Esta reconsideración es, muchas veces, «automática», ya que la tarifa se reduce al emitir una segunda póliza sin tarifa extra o con tarifa extra disminuida. Las reconsideraciones no están basadas en motivos competitivos, pero en algunos casos la oferta de seguro standard procede de otra compañía. Lo normal es que el asegurado acuda a su propia compañía, para que iguale las condicones ofrecidas por la otra; a ve-

(3) Este sistema, sin embargo, está muy extendido en Gran Bretaña y en el Canadá.

ces, sin que intervenga la competencia, la compañía accede a la petición del asegurado de mejora de su tarifa. Para evitar las cancelaciones, la compañía procura introducir alguna mejora en la tarificación del riesgo. Para que la compañía pueda eliminar la prima extra sin sufrir pérdidas, debe haber sido originariamente calculada en base a datos de los que se habían eliminado las vidas mejoradas. Si la prima extra fue calculada a partir de datos que incluían riesgos de vidas que han mejorado, en teoría la compañía no debe eliminar la prima extra. En tal caso no cabe duda de que se producirán mejoras en algunos de los riesgos, mientras que otros sufrirán deterioro, pero como la aseguradora no puede aumnar los cargos adicionales de este último grupo, tampoco podría reducirlos en cuanto a los riesgos mejorados. A pesar de ello, en la práctica casi todas las compañías prevén estas alteraciones y reducen la prima en cuanto estén seguras de que el riesgo es menor, o incluso eliminan la prima extra cuando el riesgo se convierte en standard.

Cuando se produce una reducción aparente en el riesgo a causa de un cambio de domicilio o de ocupación, hay compañías que exigen un período de prueba de uno o dos años. A su expiración, la compañía efectúa un extorno retroactivo de la prima extra, con efecto a partir de la fecha del cambio. De este modo la aseguradora se protege frente a la posibilidad de que el asegurado vuelva al domicilio o a la ocupación anterior. La mayoría de las compañías, sin embargo, efectúan el cambio sin necesidad de período de prueba.

PROCEDIMIENTOS Y PROBLEMAS ESPECIALES

El seguro de vida sin examen médico

En la actualidad, gran parte de los seguros de vida de nueva emisión se contrata sin necesidad de examen médico o paramédico. Por ejemplo, los seguros colectivos y los industriales, así como una elevada proporción de los seguros ordinarios (4).

(4) Dos de cada tres pólizas de seguro ordinario se emiten en la actualidad sin examen médico. Estas pólizas suponen aproximadamente una tercera parte de las pólizas ordinarias de nueva emisión.

Desarrollo histórico.—El examen médico fue considerado durante muchos años como una necesidad exigida por el seguro de vida, pero hacia finales del siglo XIX algunas compañías inglesas de vida introdujeron, en un plano limitado, el seguro de vida sin examen médico. Fue en 1921 cuando ciertas compañías canadienses ensayaron el seguro sin examen médico tal como hoy se practica. El motivo inicial de esta corriente era la escasez de facultativos, sobre todo en las zonas rurales, así como el deseo de reducir los gastos en las pólizas de pequeña cuantía, que entonces eran bastante frecuentes. La práctica pasó a los Estados Unidos cuatro años después, y está muy extendida en el momento presente.

La teoría del seguro sin examen médico.—La emisión de pólizas sin examen médico evita demoras, facilita la venta del seguro y la elaboración de las propuestas, pero sobre todo significa un ahorro en los gastos. Bajo un punto de vista económico, la solución es aconsejable en cuanto el coste de la mortalidad adicional, provocada por la falta del examen médico, sea inferior a los gastos ahorrados. Las normas prácticas seguidas por las aseguradoras de vida están basadas en minuciosos estudios actuariales, que de cuando en cuando aconsejan algunas modificaciones exigidas por la experiencia más reciente, sin olvidar la del aumento sufrido en estos últimos años por los honorarios médicos.

Medidas de protección.—Probablemente, la medida de protección más importante adoptada en la emisión de este tipo de pólizas sea la norma de la *limitación del importe asegurado* ofrecido a cada cliente. Al principio este límite quedó fijado en $ 1.000; cuando la práctica demostró que los resultados eran más favorables que las previsiones, los límites fueron objeto de gradual incremento, hasta llegar a la cifra de $ 30.000, que es hoy bastante usual; dentro de algunas limitaciones de edad la cifra puede ser mayor en algunas compañías. Casi todas emiten sin ningún problema pólizas con garantías de $ 10.000 ó de $ 15.000. Los límites dependen de los grupos de edades, siendo más elevados en los más jóvenes.

Estos límites son válidos para cualquier tipo de propuesta. Algunas compañías reconocen el derecho a la emisión de cober-

turas adicionales una vez transcurridos un cierto período de seguro, hasta un límite global. Al aplicar estas normas, casi todas las compañías tienden a ignorar las pólizas sin examen médico emitidas a una persona *con anterioridad* al examen satisfactorio hecho por la aseguradora; a partir de este examen podrán emitirse coberturas adicionales hasta los límites aceptados.

Las limitaciones en razón de la edad es la segunda medida de protección adoptada en la emisión de estas pólizas. Normalmente, el seguro sin examen médico no es posible a partir de los cuarenta o de los cuarenta y cinco años de edad, excepción hecha de determinadas situaciones especiales. Lo más corriente es que este seguro no tenga límite inicial de edad, pudiéndose emitir a partir de la edad cero.

Entre otras normas de garantía podemos añadir la limitación general del seguro sin examen médico a los *riesgos médicamente standard*, y la *negativa a la emisión de seguros temporales de corta duración*. Es lo más usual que se consideren como riesgos no médicos algunas ocupaciones proclives al accidente, como sucede con el de aviación.

El impreso de la propuesta recoge las preguntas que normalmente serían hechas por el médico, además de las preguntas usuales que siempre se hacen al agente. En los casos en que, por otras fuentes, se obtenga información médica adversa, la compañía se reserva el derecho a exigir un examen médico completo; así sucede en aproximadamente el diez por ciento de los casos.

Se parte del supuesto de que el privilegio de la venta del seguro sin examen médico no se concede de forma indiscriminada a los agentes de ventas de la compañía, sino que se limita a los que estén bien establecidos, que hayan demostrado buen criterio e integridad.

Opción de la asegurabilidad garantizada

La mayoría de las compañías ofrecen hoy la que se denomina opción de la *asegurabilidad garantizada*, que permite al titular de una póliza ordinaria la compra, en intervalos fijados, de unos importes determinados de seguro adicional sin necesidad de la *prueba de la asegurabilidad*. El seguro adicional puede consistir en cualquier plan de seguro ordinario de vida o de seguro

mixto que sea ofertado por la compañía. Si la póliza primitiva contiene una cláusula de liberación del pago de primas y beneficios en caso de fallecimiento por accidente, la nueva póliza, si lo desea el asegurado, contendrán las mismas ventajas. Cuando existe la liberación del pago de primas en la póliza primitiva al tiempo en que se ejercite la opción del seguro adicional, la misma ventaja puede ser reconocida en la nueva póliza desde su entrada en vigor. La nueva póliza se emite a prima standard, en base a la edad alcanzada por el asegurado en el momento en que se ejercite la opción.

Al igual que sucede con las demás reglas que no tienen naturaleza médica, las opciones pueden variar en cuanto a los detalles, pero se ajustan bastante a un único patrón general. De acuerdo con el plan típico, al asegurado se le permite la contratación de seguro adicional cada tres años, a contar desde la fecha de renovación anual que se encuentre más próxima al 25 cumpleaños, hasta la renovación más próxima al 40 cumpleaños. La cuantía de seguro adicional que pueda suscribirse en los vencimientos especificados está sujeta a una doble limitación: el valor asegurado de la póliza primitiva, o bien hasta $ 10.000, si dicho valor *es superior* a esta cantidad (5). La opción se restringe normalmente a pólizas de una cuantía mínima determinada (como, por ejemplo, $ 5.000) y sólo se reconoce en una póliza, en el caso de que la compañía haya emitido varias a un mismo asegurado. Lógicamente, el mismo tipo de opción puede aparecer en pólizas emitidas por otras compañías. Conviene hacer constar que algunas aseguradoras ofrecen otras opciones adicionales en fechas señaladas, como puede ser el matrimonio, el nacimiento de los hijos del asegurado o la adopción.

La opción se ofrece mediante la inclusión de una prima extra, que depende de la *edad del interesado* al tiempo de la emisión. El cargo puede ser de $ 0,50 por cada $ 1.000 a la edad cero, hasta $ 2 por $ 1.000 a la edad de treinta y siete. Estas cifras reflejan la estimación hecha por la aseguradora de la entidad media de la mortalidad extra experimentada en las pólizas emitidas sin prueba de la asegurabilidad. Este importe representa para el asegurado el coste del «seguro de su propia asegurabilidad».

(5) En estos últimos años la práctica de las compañías presenta profundas diferencias en lo que respecta a esta limitación.

El seguro a edades extremas

Las propuestas de seguro de vida de personas en edades extremas son aceptadas con todo tipo de precauciones. En ambos casos el problema principal es el limitado interés asegurable.

Como ya se ha dicho, la mayoría de las compañías emiten seguro de vida a niños de temprana edad, a veces cuando apenas tienen un día de vida. El problema de la falta de interés asegurable lo solucionan o tratan de solucionar de varios modos: 1) limitando el importe cubierto, sobre todo en las edades más tempranas; 2) comprobando que el seguro de vida del niño está razonablemente proporcionado, con la cobertura en vigor sobre la vida de su progenitor; 3) exigiendo que todos los hijos estén cubiertos por una garantía similar; 4) procurando una cartera importe en este tipo de negocio, con el fin de minimizar la selección adversa. En el negocio juvenil, la experiencia de mortalidad ha sido bastante favorable. Lo normal es que el seguro se venda sin necesidad de examen médico, ya que las coberturas casi siempre quedan por debajo de los límites, sabiendo, sobre todo, que un examen médico probablemente no va a descubrir la enfermedad porque todavía no han hecho su aparición los procesos degenerativos.

En las edades avanzadas intervienen otros factores de mayor complejidad, además de la falta del interés asegurable. El volumen de los seguros emitidos a edades superiores a los sesenta o a los sesenta y cinco años, no es lo suficientemente importante como para desarrollar una experiencia media. Las pocas pólizas emitidas reflejan el coste elevado del seguro, la dificultad de ser aceptado como riesgo standard y la necesidad limitada que pueda haber de un seguro nuevo. Un problema adicional es el de la relativa ineficacia del examen médico, a causa de los muchos procesos degenerativos que no se revelan en un examen ordinario. La limtación en cuanto al importe de la cobertura es otro de los signos de la selección adversa, agravado por el hecho de las elevadas primas aplicadas.

A la vista de ello, algunas compañías fijan una edad límite, que puede oscilar entre los sesenta y cinco y los setenta años, a partir de la cual no aceptan ningún riesgo. También sufre limitaciones el importe de la cobertura ofrecida. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que algunas compañías no fijan una edad límite a partir de la cual rehúsen *categóricamente* la aceptación del riesgo, aunque las tarifas publicadas no incluyan las primas de edades avanzadas. En todo caso, no conviene olvidar que todas las aseguradoras ponen en práctica normas muy severas para la aceptación de estos riesgos y exigen pruebas médicas meticulosas.

EL REASEGURO

El *reaseguro* puede ser definido como el instrumento por el que la aseguradora de vida traspasa la totalidad o una parte de su riesgo en una póliza de seguro de vida a otra compañía. La compañía que ha emitido la póliza se denomina *aseguradora directa* o *compañía cedente;* la compañía a la que se traspasa el riesgo es la *reaseguradora.*

Concepto de la retención

La aseguradora de vida se ocupa de un tipo de riesgo que, en su conjunto, puede ser medido y previsto con un grado notable de exactitud; la mayor o menor aproximación depende del número y homogeneidad de los individuos del grupo. De otro lado, el riesgo de un individuo puede ser de $ 100.000, y el riesgo de otro de $ 5.000, de acuerdo con la cobertura emitida. La probabilidad de fallecimiento puede ser la misma en un caso y en otro, pero el impacto sobre las reservas de la compañía es mucho mayor en el supuesto de una póliza de $ 100.000.

Cuando se trata de una compañía pequeña o de reciente creación, es lógica la exigencia de un límite máximo al riesgo cubierto. En las compañías que cuentan con un número relativamente bajo de asegurados, la experiencia de la mortalidad puede fluctuar profundamente de un año a otro; en ellas los excedentes disponibles para absorber una pérdida excepcional son, por regla general, relativamente pequeños, y un único siniestro; o varios de cierta importancia, pueden suponer unos efectos notables en las operaciones del ejercicio.

Cuando la compañía aumenta el volumen de su negocio y de los fondos de excedentes, disminuye la posibilidad de fluctuaciones profundas en la experiencia global de la mortalidad; aumenta, en consecuencia la capacidad de la compañía para la absorción de las pérdidas excepcionales. De este modo, podrá con toda garantía aumentar su *retención* máxima sobre cada vida asegurada.

No cabe enunciar una fórmula simple para la determinación del límite de la retención, ya que depende en cada caso de diversos factores propios de la situación económica de la compañía y del modo de operar. Entre estos factores se cuentan: 1) volumen de los excedentes sin asignar; 2) calidad y distribución de sus agentes de ventas; 3) calidad del personal de la oficina central; 4) distribución de los seguros en vigor, en razón de la cuantía de las coberturas, del número de pólizas, de las clasificaciones por sexo y edad, de la proporción de los riesgos substandard, etc.; 5) la probable distribución del negocio futuro y la cobertura media de las pólizas. Por regla general, mientras más reducido sea el grupo de los riesgos graves y menos homogéneos los riesgos asegurados, más agudas y profundas serán las fluctuaciones y menor será, por consiguiente, el límite de retención de la compañía. Estos límites oscilan entre $.5000 en las compañías pequeñas o de reciente creación, $ 1.000.000 o más en las compañías de mayor importancia. Dentro de una compañía concreta puede haber límites distintos, según sea el plan, la edad a la emisión y la clasificación substandard.

A pesar de la necesidad de fijar unos límites de retención, la compañía, al mismo tiempo, debe contar con rasgos competitivos que ayuden a los agentes vendedores, de suerte que puedan aceptarse casi todos los riesgos propuestos por ellos. En otras palabras, hay que buscar algún sistema que sirva de «seguro de las aseguradoras de vida», y este seguro no es más que el *reaseguro.*

Aunque la finalidad primaria del reaseguro sea la de evitar una concentración excesiva de riesgo sobre una única vida, también puede servir para aprovecharse del criterio asegurador del reasegurador, al que se traspasan todos o ciertos tipos de

seguros substandard (6), a fin de disminuir el drenaje de excedentes provocado por las pólizas nuevas, de estabilizar la experiencia global de mortalidad de la compañía cedente y, como sucede en las compañías de nueva creación, para recibir consejo y asesoramiento en los temas relacionados con la suscripción, con las tarifas y con los modelos de pólizas.

Los planes tradicionales de reaseguro que tratan de ocuparse de los riesgos individuales pueden ser calificados de *reaseguro proporcional.* Existen también planes de *reaseguro no proporcional,* que pretenden estabilizar la experiencia global de mortalidad de la compañía cedente; este reaseguro no proporcional puede ser de tres clases: reaseguro *de exceso de pérdida, catastrófico* y de *distribución.* La característica principal que marca la diferencia frente a los tradicionales planes proporcionales es la que la responsabilidad del reasegurador está puesta en relación con la experiencia de mortalidad de los grupos o parte de los grupos de la compañía cedente, en lugar de con pólizas individualizadas o concretas. De otro lado, la proporción en que la compañía cedente y el reasegurador participan en las pérdidas no es algo determinado de antemano. Estos tipos son una adaptación del reaseguro de cosas y de responsabilidad, que todavía no ha sido utilizado ampliamente en el campo del seguro de vida (7).

A causa del predominio del reaseguro proporcional, nuestra discusión se ocupará de él exclusivamente.

Acuerdos de reaseguro

Los acuerdos.—El reaseguro puede tener base *facultativa* o base *automática.* Con el *plan facultativo* cada uno de los riesgos es suscrito separadamente por el reasegurador; cuando la compa-

(6) El reaseguro de vida puede servir también para transferir la totalidad o una porción concreta de las responsabilidades existentes de una compañía, así como la gestión directa de estas pólizas con los asegurados. Este «reaseguro absorbente» puede ser utilizado cuando una compañía quiere dejar el negocio completamente en un territorio determinado. Véase PEARCE SHEPHERD y ANDREW C. WEBSTER: *Selection of Risks* (Chicago, The Society of Actuaries, 1957). Otra solución es el reaseguro de bloques determinados del negocio mediante el reaseguro de cartera.

(7) Véase WALTER W. STEFFEN: «Recent Developments in Life Reinsurance», en *Journal of Risk and Insurance,* vol. XXXI, núm. 2 (1964), páginas 265-71.

ñía cedente recibe una propuesta de cobertura superior al límite que desee asegurar, negocia con la otra la transferencia de la parte del riesgo que excede de su límite. El método facultativo tiene algunas ventajas; es flexible, de suerte que en la colocación del reaseguro se pueden discutir circunstancias o condiciones nuevas, aplicables al seguro base. Al mismo tiempo, el asegurador recibe asesoramiento del reasegurador con el que contrata. La desventaja más importantes reside en la pérdida de tiempo antes de finalizar cada operación, que en ocasiones puede significar pérdida de negocio en beneficio de la competencia.

El plan automático implica que la compañía cedente *está obligada* a transferir el riesgo previamente estipulado a la compañía reaseguradora, tan pronto como cobre la prima y emita la póliza. De otro lado, el reasegurador *está obligado* a aceptar la transferencia del riesgo que haya sido fijado en el tratado automático. En éste se establece que a la reaseguradora no puede transferirse más de una cierta cuantía de riesgo, de modo que este tipo de acuerdos generalmente establecen la distribución del exceso entre más de una reaseguradora. La mayoría de las «cuentas divididas» se articulan de forma que un reaseguro concreto vaya a un único asegurador; la distribución se hace usualmente de acuerdo con la primera letra del apellido del proponente; así, por ejemplo, el reasegurador 1 recibe las letras A a M, y el reasegurador 2 las letras N a Z. Cuando la propuesta excede de los límites del tratado automático, para el exceso se puede acudir al reaseguro facultativo.

Debe recordarse que el asegurado originario, la persona que contrata el seguro de vida, jamás es parte contratante del acuerdo de reaseguro que resulte; está únicamente en relación, al reclamar los pagos o prestaciones estipulados, con la compañía directamente aseguradora, la cual es responsable de estos pagos, con independencia de la existencia y de las condiciones de los acuerdos de reaseguro que haya formalizado.

Los planes.—En relación con la existencia de un acuerdo de tipo facultativo o de tipo automático, cabe acudir a dos métodos distintos para la determinación de la medida de la responsabilidad del reasegurador, en caso de siniestro, Uno es el *plan de coaseguro,* por el que el reasegurador asume una proporción del

riesgo, de acuerdo con las cláusulas del contrato de seguro base. Cuando se produce un siniestro, el reasegurador es responsable de una parte del mismo, determinada en base a la cuantía del seguro asumido, puesta en relación con el importe del seguro de cesión y de un importe, con el que la aseguradora directa se reembolsa una parte de la comisión del agente, de los impuestos y de otros gastos atribuibles a la póliza reaseguradora. También el reasegurador ha de reembolsarse una parte proporcional de los dividendos pagados. Lo más común es que el acuerdo de reaseguro sea el mismo contrato que ha sido estipulado con el asegurado.

El segundo método para la determinación de la responsabilidad del reasegurador es el denominado *plan temporal de renovación anual,* que es el más apropiado para las compañías cedentes de reducidas dimensiones, porque da lugar a unos activos mayores en la aseguradora directa, y su operación es más fácil que la del plan de coaseguro. La compañía originaria transfiere cada año al reasegurador la totalidad o una parte del importe del riesgo asegurado y hace frente a las primas, sobre una base temporal de renovación anual. De esta forma, un importe fijo de retención, por ejemplo de $ 5.000, signifca un importe reasegurado cada año más reducido a causa del importe cada vez menor del riesgo asegurado (excepto en los planes temporales uniformes). En caso de siniestro, el reasegurador es responsable de la suma aceptada en el año, y el asegurador es responsable de la retención aumentada en el importe total de la reserva sobre la parte reasegurada de la póliza.

Con el objeto de que la compañía retenga el control sobre los fondos derivados de sus propias pólizas, se ha dado recientemente desarrollo al *plan modificado de coaseguro.* Bajo este plan, la compañía cedente paga al reasegurador una parte proporcional de la prima bruta, al igual que en el plan tradicional de coaseguro, descontando las comisiones y las cantidades asignadas para pago de impuestos y gastos generales atribuibles a las pólizas reaseguradas. A final de cada anualidad de seguro, el reasegurador abona a la compañía cedente un reajuste por reserva equivalente al incremento neto de la reserva durante la anualidad expirada, deduciendo el interés de un año correspon-

TABLA 32.3

Análisis comparativo de los planes de reaseguro

Plan	*Cuantía de la responsabilidad del asegurador en caso de muerte*	*Responsabilidades del asegurador*	*Asignación de la prima*	*Ventajas*
Plan temporal de renovación anual	Importe del riesgo asegurado en cuanto porción de la póliza primitiva reasegurada. (El importe disminuye cada año.) *	Reservas: Unicamente las reservas del temporal de renovación anual. Valores de la póliza en suspenso: Ninguno. Dividendos: Ninguno.	La prima para el reasegurador es igual al importe neto del riesgo asegurado multiplicado por la tarifa temporal de renovación automática correspondiente a la edad alcanzada. (La tarifa del primer año puede ser el 50 por 100 de la renovación o menos, si hay que tener en cuenta los elevados gastos del asegurador en el primer año.)	1. Es preferible para casi todas las compañías; permite una retención mayor del activo y una prima más elevada para inversión. 2. El asegurador primitivo se queda con los beneficios de la inversión. 3. La sencillez y economía de gestión. 4. El asegurador se queda con las inversiones precisas para la acumulación de las reservas de la póliza.
Coaseguro	El importe asegurado sobre una porción de la póliza original reasegurada *. (El importe es constante a lo largo de la vigencia de la póliza.)	Reservas: Una parte proporcional. Valores de la póliza en suspenso: Una parte proporcional. Dividendos: En proporción al reembolso de los gastos. (El reasegurador normalmente no participa en los préstamos sobre la póliza.)	La prima para el reasegurador es igual a una parte proporcional de la prima bruta, menos las deducciones.	1. Es preferible para las compañías que tienen elevados costes de adquisición en sus planes temporales de seguro. 2. El reasegurador participa en las demandas sobre las reservas del nuevo negocio. 3. El reasegurador participa proporcionalmente en las responsabilidade la reserva.

(*) En casi todos los casos, la porción de la póliza originaria reasegurada, es igual a la suma asegurada por ésta, menos el límite de retención de la compañía cedente. En ciertos supuestos de tratados facultativos, sin embargo, la compañía cedente puede retener una suma inferior a dicho límite.

sigue...

TABLA 32.3 (*continuación*)

Plan	*Cuantía de la responsabilidad del asegurador en caso de muerte*	*Responsabilidades del asegurador*	*Asignación de la prima*	*Ventajas*
Coaseguro modificado.	Igual que en el coaseguro.	Reservas: Ninguna. Sin embargo, al final de la anualidad el reasegurador paga a la compañía cedente, el importe neto del incremento de las reservas durante el año, hecha deducción del aumento debido a los intereses fijados. Valores de la póliza en suspenso: Una parte proporcional. Dividendos: Una parte proporcional como reembolso del gasto.	La prima para el reasegurador es igual a la parte proporcional de la prima bruta, menos las deducciones.	1. Igual que en el coaseguro en los planes permanentes, la devolución a la compañía cedente del grueso de los fondos creados por las pólizas. 2. No disminuyen los activos del asegurador originario.

diente al importe total de la reserva existente al principio del año. Este plan logra devolver a la compañía cedente una gran masa de los fondos obtenidos con sus pólizas. El coaseguro modificado puede ser considerado como temporal con renovación anual sobre la base de años naturales, ya que el reasegurador, después de pagar el reajuste por reserva, los valores de rescate, las comisiones y las cantidades asignadas como gastos de la póliza, se queda solamente con la prima de un riesgo. Aparte del reajuste por reserva, esta modalidad modificada de coaseguro es casi idéntica al ordinario. La tabla 32.3 presenta un análisis comparativo de los tres planes básicos de coaseguro.

Procedencia de los fondos

La tabla 32.4 ofrece un ejemplo de la distribución de la responsabilidad entre la aseguradora directa y el reasegurador, de un varón de treinta y cinco años de edad, cubierto por una póliza ordinaria le vida por la suma de $ 25.000, con coaseguro, con plazos de renovación anual y con el plan modificado. En todos los casos se parte del supuesto de una retención de $ 5.000.

TABLA 32.4

Fuente de los fondos para el pago de una reclamación por fallecimiento en los planes de coaseguro, de temporal renovable anualmente y de coaseguro modificado. (Seguro ordinario de vida, varón de 35 años, suma asegurada $ 25.000.) *

	Asegurador directo		*Reasegurador*		
Año	*Reserva anual*	*Excedente*	*Reserva*	*Excedente*	*Total*
			Coaseguro		
1	$ 78,20	$ 4.921,80	$ 312,80	$ 19.687,20	$ 25.000
2	157,95	4.842,05	631,80	19.368,20	25.000
3	239,15	4.760,85	956,60	19.043,40	25.000
4	321,60	4.678,40	1.286,40	18.713,60	25.000
5	402,25	4.594,75	1.621,00	18.379,00	25.000
10	839,50	4.160,50	3.358,00	16.642,00	25.000
20	1.762,70	3.237,30	7.050,80	12.949,20	25.000

TABLA 32.4 (*continuación*)

		Plan temporal de renovación anual			
1	$ 391,00	$ 4.921,80	$ 0,00	$ 19.687,20	$ 25.000
2	789,75	4.482,05	0,00	19.368,20	25.000
3	1.995,75	4.760,85	0,00	19.043,40	25.000
4	1.608,00	4.678,40	0,00	18.713,60	25.000
5	2.026,25	4.594,75	0,00	18.379,00	25.000
10	4.197,50	4.160,50	0,00	16.642,00	25.000
20	8.813,50	3.237,30	0,00	12.949,20	25.000
		Coaseguro modificado			
1	$ 78,20	$ 4.921,80	$ 312,80	$ 19.687,20	$ 25.000
2	478,57	4.842,05	311,18	19.368,20	25.000
3	886,75	4.760,85	309,00	19.043,40	25.000
4	1.302,12	4.678,40	305,88	18.713,60	25.000
5	1.723,81	4.594,75	302,44	18.379,00	25.000
10	3.916,96	4.160,50	280,54	16.642,00	25.000
20	8.605,39	3.237,30	208,11	12.949,20	25.000

(*) Sobre los supuestos de la *CSO 1958*, 2,5 por 100, método de reservas de prima neta anual uniforme, y con el siniestro pagado el último día de la anualidad del seguro, antes de efectuar pago de reserva por parte del reasegurador al asegurador directo.

33

Selección y ciasificación de los riesgos del seguro de enfermedad

Al seguro de enfermedad se aplican muchos de los principios básicos de selección estudiados en los capítulos que anteceden. Con el fin de evitar repeticiones, el estudio que sigue va a concentrarse en los aspectos peculiares de la cobertura del seguro de enfermedad (1).

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RIESGO DE ENFERMEDAD

Al cubrir los riesgos de enfermedad hay que valorar los peligros que acechan y permiten la probabilidad del siniestro. A diferencia del seguro de vida, la multiplicidad de las prestaciones influye profundamente en la valoración de tales riesgos. Los índices de siniestralidad y la gravedad media pueden resultar afectados por muchos de los factores mencionados al tratar del seguro de vida, aunque su significación sea distinta.

(1) Ver O. D. DICKERSON: *Health Insurance*, 3.ª edición (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1968), capítulo 17; ver también E. J. FAULKNER: *Healt Insurance* (Nueva York, MacGraw-Hill, 1960), págs. 292-363. Estas fueron las fuentes básicas consultadas al preparar este capítulo.

La edad

La edad influye de modo diverso en el coste de la siniestralidad anual, según sea el tipo de prestación cubierta, aunque se deba admitir la frecuencia y el aumento en la gravedad que la mayor edad implica en todo tipo de prestación. En el supuesto de la incapacidad a largo plazo, la agravación del riesgo es paralela a la que se produce en la mortalidad. En cuanto a las coberturas de gastos médicos y a los contratos de renta por incapacidad a corto plazo, la agravación no es perceptible hasta la edad de treinta y cinco años. Las pólizas de renovación garantizada y no anulables, así como los apéndices de incapacidad del seguro de vida, normalmente se emiten con unas primas netas uniformes, graduadas de conformidad con la edad a la emisión. Otros tipos de pólizas, como las de renovación opcional, utilizan una prima base, por ejemplo, entre las edades de dieciocho hasta cincuenta y cinco, y tarifas mucho más elevadas, para las siguientes renovaciones o para las pólizas nuevas a edades superiores. Por regla general, en el pasado no se emitían pólizas para edades superiores a los sesenta y cinco años, aunque en estos últimos años la cobertura de atenciones médicas haya sido extendida a edades avanzadas. Lo más normal es que a estas edades no haya necesidad de cobertura de ingresos dejados de percibir, ya que casi todos los asegurados cuentan con algún tipo de ingresos de jubilación. Algunas pólizas modernas de incapacidad extienden su cobertura hasta edades de setenta y setenta y dos años, siempre que el sujeto esté trabajando a jornada completa.

Las edades avanzadas plantean el grave problema de la selección adversa, a pesar de la protección de gastos médicos facilitada a los jubilados por las pólizas colectivas y por la cobertura federal del «Medicare». Las pólizas individuales actualmente en el mercado limitan la cobertura y la cuantía a partir de una cierta edad (entre sesenta y cinco y setenta), aunque algunas aseguradoras mantengan la cobertura mientras el asegurado viva.

El sexo

El sexo es un factor de importancia, al igual que sucede en las pólizas de vida. Las mujeres revelan, en casi todos los estudios, un índice más elevado de incapacidades; la norma es válida incluso para las pólizas que excluyan los riesgos de embarazo, de aborto espontáneo o provocado, y otros sucesos semejantes. Hasta hace poco, los aseguradores tuvieron la impresión de que las mujeres presentaban unos mayores riesgos morales, ya que no eran, normalmente, las que ganaban el sustento de la familia; no tenían empleo fuera del hogar y esto las excluía del seguro de renta por razón de incapacidad. Las compañías eran remisas a la emisión de esta cobertura a las mujeres con empleo, porque su ocupación se entendía como algo temporal e intermitente. En los casos en que se emitía la cobertura, lo más natural era que las sumas aseguradas o las prestaciones fueran inferiores o de menos duración que las reconocidas a los varones. Rara vez se extendía a las mujeres el apéndice de renta por incapacidad al seguro de vida o a las pólizas no anulables a largo plazo de rentas por incapacidad. En cualquier caso, a la mujer se le cargaba una tarifa superior, aunque se excluyera el riesgo de maternidad. Esta ha sido la situación hasta hace relativamente poco tiempo. En el día de hoy, como consecuencia de las normas y reglamentos aplicables a los temas de los derechos civiles, el sexo ha pasado a ser criterio de selección de menor importancia, y algunas compañías ofrecen las mismas prestaciones y condiciones a uno y otro sexo.

La ocupación

La probabilidad de la incapacitación está sustancialmente afectada por la ocupación, sobre todo en cuanto al peligro de lesión por accidente. Hay profesiones, como la de piloto de pruebas o la de reparador de chimeneas, que no cabe asegurar individualmente. La tarea del puesto de trabajo también influye en la capacidad laboral del sujeto, y su contenido ha de ser tenido en cuenta, además de la exposición al accidente. Por ejemplo, después de una coronaria un administrativo puede seguir trabajando, pero lo mismo no puede ser aplicado a un obrero de la construcción. Algunas compañías cuentan con departamentos de riesgos especiales, que pueden ser cubiertos con primas muy elevadas; también el Lloyd's de Londres tiene cobertura para estos riesgos graves.

Las ocupaciones asegurables se clasifican en grupos de poco

más o menos el mismo tipo de siniestralidad media, con tarifas graduadas para cada grupo; el número de éstos puede oscilar entre dos (los asegurables y los no asegurables) y treinta, según sea la compañía y los tipos de cobertura ofrecidos. Las diferencias entre una compañía y otra, en este plano, pueden ser bastante profundas.

La complejidad de la clasificación profesional es más obvia cuando se trata de pólizas no anulables. Los contratos limitados y los industriales hacen figurar normalmente una tarifa uniforme para todas las ocupaciones, con las excepciones recogidas en la póliza. Algunas compañías restringen la venta de pólizas no anulables a las ocupaciones menos arriesgadas; las que no aplican esta restricción introducen a veces limitaciones en cuanto a los períodos de prestación o a las sumas cubiertas, cuando se trata de profesionales menos favorables.

Condición física

No cabe duda de que la condición física, presente y potencial, del proponente es otro factor de gran importancia. El historial médico y el estado físico presente han de ser valorados para predecir la probabilidad de una futura incapacidad. Es lógico que el proponente ya incapacitado o que esté bajo tratamiento médico por grave enfermedad, no sea asegurable contra las pérdidas resultantes de la incapacidad existente.

Los extremos en cuanto al peso, también suponen riesgos graves; una variación de entre el 15 y el 20 por 100, en una dirección o en otra, del promedio correspondiente a la edad es todavía aceptable para coberturas standard. Pero no debe olvidarse que el peso depende sobre todo de la estatura, siendo la edad un factor de segundo término. La estatutra excesiva implica también un riesgo grave. Un peso muy ligero, en especial en casos exagerados, puede ser otro factor desfavorable que ha de ser puesto en correlación con el historial del proponente (por ejemplo, casos de úlcera, de bronquitis, tuberculosis, resfriados o pulmonías frecuentes, colitis, etc.). En otras ocasiones puede constituir un indicio de un estado sin diagnosticar, que exige un examen médico. No obstante, la falta de peso por sí misma no es un factor significativo.

Historial personal

La importancia que el asegurador vaya a conceder al historial de una enfermedad o de un accidente en el pasado, dependerá de su naturaleza y de su gravedad, de la frecuencia de los ataques, del grado de deterioro permanente y del tiempo transcurrido desde la recuperación. Todos estos factores serán tenidos en cuenta en relación con las prestaciones que se deseen asegurar. Esto interesa, sobre todo, a las coberturas de lesión por accidente y de enfermedad; por ejemplo, un historial de epilepsia y de vértigo aumenta la probabilidad del accidente; la diabetes, la hemofilia, la obesidad o los problemas cardiovasculares aumentan la duración de la incapacidad debida a accidente o enfermedad.

Igualmente se presta atención especial a los estados crónicos, de probable repetición, mientras que los estados agudos, aunque sean graves, que no dejen aparentemente un deterioro permanente, merecen una importancia menor, en especial cuando ha transcurrido un plazo razonable sin recaída. Así, un estado crónico como el asma reviste una gravedad mayor que un historial con pulmonía o con apendicitis. Ciertamente, los estados que sean al mismo tiempo crónicos y graves, como la enfermedad del corazón, la hipertensión, la tuberculosis y el cáncer, sólo pueden cubrirse con todo tipo de precauciones y, en la mayoría de los casos, deben ser rehusados.

Historial familiar

El historial de la salud de la familia también es otro factor del riesgo. La propuesta acostumbra solicitar información sobre la edad y estado de salud de los progenitores con vida, de los hermanos y hermanas, así como de la edad y causa del fallecimiento de los que hayan dejado de existir. Estos datos, aunque no sean definitivos por sí solos, pueden contribuir, junto con los demás factores, a encontrar la solución acertada.

Riesgos de índole moral

Son riesgos de gravedad especial cuando se trata del seguro de enfermedad. La naturaleza subjetiva del riesgo de incapacidad

y la dificultad en la determinación exacta de algunos eventos asegurados complican más aún el problema. El carácter personal del asegurado es uno de los determinantes más importantes del índice de siniestralidad. Las aseguradoras han de enfrentarse con situanes como la enfermedad psicosomática, la propensión al accidente y con el hipocondríaco, así como los enfermos ficticios. Aunque las compañías tengan una primera protección en la limitación de los beneficios, hasta una suma un poco inferior al importe de la pérdida, sin embargo investigan todos los aspectos del proceso de selección, para hallar la posibilidad del riesgo de índole moral.

Cuando el proponente viene espontáneamente a la compañía pidiendo el seguro, se pone en marcha una de las señales de alerta. La práctica demuestra la existencia de una probabilidad superior a la norma de que el solicitante conozca un estado de salud que le haga mirar al seguro como algo ventajoso en grado especial. Las aseguradoras titubean un poco en la aceptación de riesgos cuando la profesión se distingue por la irregularidad de los ingresos, cuando el trabajo se realiza en casa, cuando es estacional, o cuando está relacionado con actividades ilegales o dudosas. El riesgo no es aconsejable cuando la historia personal del proponente revela pruebas de estafas o de endeudamientos; también son signos de peligro ciertas actividades, como los amoríos extraconyugales, las prácticas o conductas comerciales deshonestas o cuestionables, las relaciones con socios desaconsejables, el delito y unas costumbres personales negativas, entre las que se pueden citar el juego, la bebida excesiva, la afición a la droga, etcétera. También tiene consecuencias graves la prueba del engaño o de la ocultación en los datos de la propuesta.

Otros factores

Otros factores que influyen en el riesgo físico son el lugar de residencia, los hábitos y las aficiones. Además, al emitir la cobertura hay que tener en cuenta el plan de seguro y la relación entre los beneficios del seguro y las pérdidas.

El lugar de residencia, los hábitos y las aficiones.—Al igual que en el seguro de vida, la residencia es tenida en cuenta cuando el asegurado habita en país exttranjero; a veces, se hacen grupos

en función de las zonas en que se dividan los Estados Unidos. Se presta gran importancia a hábitos como la droga y el alcoholismo, que afectan tanto al riesgo físico como al moral. Se da un tratamiento especial a los individuos que tomen parte en deportes de especial peligrosidad; las actividades privadas de aviación quedan excluidas de los contratos de incapacidad en que se haya cubierto automáticamente el beneficio de muerte por accidente. Las compañías que conceden protección ilimitada en el riesgo de aviación, someten estas actividades y su frecuencia a un estudio cuidadoso.

El plan de seguro.—Como se ha dicho, uno de los aspectos más importantes que afectan a la siniestralidad experimentada, es el tipo de póliza y el tipo y cuantía de la cobertura; incluso la definición de lo que sea incapacidad (si se relaciona con «la profesión usual», con «cualquier profesión» o con «cualquier profesión razonable») afecta profundamente a los resultados. En las coberturas de los gastos de las atenciones médicas, habrá que ver qué se entiende por hospitalización, por tratamiento médico y por gasto incurrido. En otros tipos de prestaciones hay unas incapacidades presuntas en casos determinados. La duración del período de carencia, el importe de la franquicia o el grado de la participación, constituirán factores fundamentales para la determinación de la siniestralidad en cuanto a incapacidades de corta duración.

Por encima de las diferencias debidas a la diversidad de las definiciones dadas a los hechos cubiertos, la siniestralidad depende sobre todo del tipo del importe de la prestación cubierta. Aquí interviene también el riesgo moral. Partiendo de una misma definición de la incapacidad y con un mismo período de carencia, por ejemplo, la siniestralidad es superior en la cobertura de prestaciones de renta por incapacidad que en la cobertura de liberación de las primas. Por regla general, la siniestralidad es mayor cuanto mayor sea la prestación prevista, tanto desde el punto de vista de la duración, como de la cuantía; lógicamente, la dificultad surge cuando la prestación potencial es superior a la pérdida, en cuyo caso el asegurado puede aprovecharse de la incapacidad, dando origen con mayor motivo a la enfermedad ficticia y a una recuperación lenta.

El asegurador ha de preocuparse, ante todo, de las diferencias entre las definiciones de la incapacidad, de modo que pueda aplicar unos criterios adecuados a cada tipo concreto de seguro. Los criterios más estrictos se aplican normalmente a las pólizas o a los apéndices de incapacidad del seguro de vida que no sean anulables, pues en estos casos no cabe la selección a la renovación, como puede hacerse en el seguro individual de enfermedad de renovación opcional. Otros criterios muy estrictos de selección se aplican a los contratos que conceden prestaciones elevadas, tanto en cuantía como en duración. Lo mismo puede afirmarse de las pólizas que cubren solamente la enfermedad, a diferencia de las que cubren sólo las lesiones por accidente.

En la práctica, los criterios más estrictos se aplican a las pólizas de rentas de incapacidad que son no anulables y a largo plazo, así como a los contratos de gastos médicos de importancia. La cobertura es más fácil cuando se trata de contratos de renta de incapacidad o de gastos médicos, renovables por decisión de la aseguradora. Los criterios más liberales se aplican a las pólizas industriales y limitadas, de prestaciones reducidas y de corta duración.

Relación entre el seguro y la pérdida. — La mejor garantía frente al riesgo moral no es más que una razonable relación entre la prestación cubierta y la cuantía de la pérdida potencial. Las aseguradoras mantienen la tesis ideal de que *el asegurado ha de participar en la pérdida.* A esta meta se puede llegar limitando la cuantía de las prestaciones, limitando la suma asegurada, eliminando ciertos tipos de pérdidas, o mediante cláusulas que pongan las sumas a percibir en relación con la pérdida sufrida.

Por ejemplo, en las coberturas de gastos médicos, en los contratos se hace constar la cantidad a percibir por cada tido de gasto, calculada con un criterio bastante moderado; a veces, la póliza excluye gastos como los honorarios de enfermera, las medicinas, las prótesis y el plasma sanguíneo.

En las pólizas de gastos médicos de importancia es común que no se cubran los servicios dentales, los servicios de hospitales del Gobierno y los causados por motivos de reposo o de diagnosis. Estos contratos normalmente incluyen una franquicia o una participación proporcional (coaseguro). La franquicia sirve, sobre todo, para evitar la duplicación con otras pólizas básicas, mientras que la participación proporcional hace que el asegurado participe directamente (en un 20 ó 25 por 100) en todos los pagos hechos por encima de la franquicia.

En los contratos de rentas por incapacidad, el primer objetivo es la limitación de las prestaciones, que han de guardar correlación con los ingresos ganados. Lo más usual es cubrir una parte de los ingresos del asegurado, que puede ser un porcentaje de los mismos, o bien un porcentaje aumentado o disminuido en una cantidad fijada. Era muy común en el pasado el seguro de entre el 75 y el 80 por 100 de los ingresos, pero la prestación por incapacidad facilitada por el Gobierno federal y por algunos Estados, así como el efecto del impuesto sobre el neto a cobrar, han determinado la disminución del porcentaje a cubrir.

Ciertas compañías ponen a prueba la necesidad y los incentivos para la vuelta al trabajo, al investigar la fortuna personal y los demás ingresos del sujeto; este aspecto es fundamental cuando se trata de cubrir unas sumas muy elevadas por incapacidad.

Los criterios más estrictos se aplican a los proponentes con ingresos más elevados y con cobertura de larga duración, que no sean anulables o que tengan garantizada la renovación, así como a los apéndices de rentas por incapacidad. En las pólizas no anulables se emplea a veces la «cláusula de los ingresos medios», en especial cuando las prestaciones son de larga duración. Las pólizas de gastos médicos rara vez incluyen la cláusula de cobertura proporcional, por lo que no existe garantía frente a la duplicidad de prestaciones. El incremento de la siniestralidad de enfermedad y la introducción de la cobertura de incapacidad en la Seguridad Social han planteado el problema de la cobertura de estos riesgos, que exige la aplicación futura de nuevas salvaguardias.

FUENTES DE INFORMACION PARA LOS RIESGOS DE ENFERMEDAD

Las fuentes a que la compañía puede acudir para la información relativa a los factores que afectan los riesgos de enfermedad, e semejanza del seguro de vida, son: 1) propuesta; 2) agen-

te; 3) médico examinador; 4) médicos que atienden al proponente; 5) informe del inspector, y 6) información entre las compañías.

La propuesta

La propuesta en el seguro de enfermedad consiste en la declaración del proponente relativa a datos informativos personales y de su familia cuando se trata de póliza familiar, y en la determinación del tipo de póliza solicitada. En los supuestos de póliza no anulable o de renovación garantizada, la propuesta es muy detallada y completa; también lo es, pero un poco menos, en las pólizas individuales, industriales y limitadas de renovación opcional. En su forma más completa, se hacen constar el nombre, dirección, fecha de nacimiento, sexo, edad, estatura, peso, ocupación, empresa y empresario; en la propuesta se acostumbra solicitar información sobre los ingresos presentes y las coberturas de enfermedad ya emitidas; a veces se pide también la información sobre el seguro de vida en vigor, sobre todo cuando se acompaña de apéndice de ingresos por incapacidad. Este tipo de cobertura ha de ser descrito en detalle, dando datos sobre períodos de carencia y franquicias. Al proponente se le pregunta si alguna compañía de vida o de enfermedad ha rehusado o modificado una propuesta anterior, si ha cancelado o se ha negado a renovar una póliza, o si le ha rechazado algún siniestro.

La Parte II de la propuesta, al igual que la de vida, se ocupa del historial médico del interesado y, a veces, de su familia. Cuando la propuesta no incluye examen médico, el agente ha de completar una parte; en caso afirmativo, será el propio médico él que complete esta información. En ambos casos, la propuesta pasa a formar parte integrante del contrato. Así se hace constar al proponente, el cual ha de firmar una declaración en el sentido de que sus respuestas son completas y veraces, a su leal entender, y de que entra a formar parte del contrato.

La información médica es similar a la requerida en la propuesta del seguro de vida, pues se trata de preguntas acerca de determinadas enfermedades concretas y sobre tratamientos médicos y quirúrgicos. Además, se formulan las preguntas generales de rigor, para saber si el proponente en los últimos dos, cinco, o tal vez diez años, ha sido objeto de algún tratamiento o consulta médica o quirúrgica, o si su salud se ha resentido de alguna dolencia, facilitando los detalles oportunos sobre aquéllos o ésta. Cuando se formulan preguntas relativas al historial médico familiar, la información solicitada suele ser análoga a la de las propuestas del seguro de vida.

Otras fuentes

Como ocurre en el seguro de vida, la mayoría de las compañías consignan al dorso del formulario de propuesta determinadas preguntas a las que debe contestar el agente. En el caso de algunas propuestas de seguro de enfermedad, pueden pedirse los nombres y direcciones de dos o tres amigos íntimos además de la información habitual. Esto puede revestir su utilidad como información a efectos de suscripción, pero también puede servirle al agente como fuente de posibles clientes.

El *examen médico* constituye la mejor fuente de información sobre el actual estado de salud del proponente del seguro de enfermedad, pero tiene el inconveniente de ser bastante caro. En el seguro de enfermedad se suele recurrir a él de manera regular, cuando se trata de propuestas de pólizas de renta irrevocables y a largo plazo, de apéndices de pensión por incapacidad en las pólizas de seguro de vida, y algunas veces de asistencia médica para personas de edad avanzada. En la mayoría de los demás casos de seguro de enfermedad se recurre a él nada más en los casos dudosos, y virtualmente nunca si se trata de pólizas limitadas. El reconocimiento médico en sí mismo es harto similar en los casos de seguro de vida y de enfermedad, y suele constar de la lectura del pulso y de la presión sanguínea, de la medición del tórax y el abdomen, del peso y la altura, de la comprobación del estado del corazón, los pulmones, el sistema nervioso y, con frecuencia de un análisis de orina. En los casos de pólizas de enfermedad por cuantías elevadas pueden realizarse exámenes más detallados, con empleo de rayos X y de electrocardiogramas. Por regla general, los exámenes médicos no son tan frecuentes ni tan detallados en los seguros de enfermedad como en los de vida.

Se recurre al *informe del médico que atiende* al proponente,

como en los casos de propuestas de seguros de vida, cuando de la propuesta o del examen médico se desprende la existencia de estados o situaciones, pasadas o presentes, acerca de las cuales se desee más información. No obstante, las peticiones de este tipo de informes suelen ser más corrientes en el seguro de enfermedad que en el de vida, ya que las dolencias de poca importancia relativa pueden tener un efecto decisivo sobre la morbilidad.

Las compañías de seguros de enfermedad se procuran *informes de inspección* sobre la mayoría de las personas que hacen una propuesta, que constituyen uno de los instrumentos más importantes para suscribir muchas clases de seguros de enfermedad, en especial aquellos en los que se contratan pensiones por incapacidad, debido a su gran utilidad para comprobar la ocupación, los ingresos y la situación económica general del proponente, así como para determinar su carácter, costumbres y estado de salud pasado y presente.

La *información entre compañías* se utiliza en todos los casos en que la propuesta revela que a su autor le han rehusado, clasificado, condicionado, no le han renovado otro seguro, o si por otro conducto se llega a saber que el proponente ni goza de buena salud. Por lo general, la información conseguida se referirá a las deficiencias físicas descubiertas, pero sin indicar cómo ha reaccionado la otra compañía. Esta información puede obtenerse directamente de las otras compañías, o de entidades tales como el Medical Information Bureau (MIB), o de las compañías de inspección.

TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS SUBSTANDARD DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

Al igual que ocurre con el seguro de vida, la compañía de seguros de enfermedad puede rechazar una propuesta, aceptarla a las tarifas normales según un formulario regular de póliza, aceptarla con un formulario de póliza restringida, o aceptarla con un formulario de póliza regular pero con una prima adicional. En los últimos años se han registrado avances significativos en la suscripción de seguros de enfermedad substandard, y han sido

muy pocos los riesgos de este tipo que no se han considerado aptos para asegurarlos de alguna forma. Entre las técnicas para hacer frente a los riesgos substandard figuran: 1) las renuncias; 2) las primas adicionales, y 3) las limitaciones en el tipo de póliza que se emite.

Las renuncias

En contraste con lo que ocurre en el seguro de vida, las *renuncias* son un método corriente para hacer frente a los factores físicos desfavorables en el seguro de enfermedad. Una renuncia o apéndice de factor físico desfavorable, es aquel incorporado a la póliza en el que se excluyen de la cobertura de la misma los siniestros derivados de una determinada enfermedad o factor físico. Una vez excluidos esos siniestros, y al ser normales los demás aspectos del caso, se puede emitir una cobertura plena a las tarifas normales. Por lo general, la renuncia suele ser más amplia que la dolencia que motiva su empleo. Por ejemplo, a un proponente con historial de cálculos renales se le puede ofrecer una póliza en la que se excluyan todas las enfermedades del riñón o del aparato génitourinario. Se considera esencial ese planteamiento porque una litiasis renal puede agravar otra dolencia relacionada con ella, y también porque de este modo se evitan posibles problemas si se da parte de un siniestro que obedezca una manifestación ligeramente diferente de la misma enfermedad.

Por otra parte, un apéndice de exclusión amplio menoscaba de manera grave el valor de la cobertura. A pesar de la eliminación de esas posibles fuentes de siniestros, no se hace ninguna reducción en la prima de una póliza provista de uno de esos apéndices. La existencia de ese factor físico a menudo puede producir incapacidad incluso por dolencias que no tienen ninguna relación con aquél. Entre los estados que suelen hacer preciso el uso de renuncias están las lesiones dorsales, la apendicitis, las hernias y algunos tratamientos quirúrgicos discrecionalmente electivos.

Primas adicionales

Algunas compañías de seguros, entre ellas varias de las más importantes, ofrecen ahora la cobertura de riesgos agravados

mediante el pago de primas adicionales. El planteamiento reviste diversas modalidades. Algunas compañías sólo ofrecen cobertura para factores desfavorables seleccionados o de acuerdo con planes seleccionados. Otras reducen las prestaciones o aumentan el plazo de carencia respecto de ciertos factores, o cobran una prima adicional además.

Como cabría esperar, existen multitud de problemas para conseguir unas estadísticas de morbilidad que reflejen con exactitud el aumento del riesgo. No obstante, la perspectiva de tener que prestar la cobertura más amplia posible, a dolencias preexistentes que pueden provocar la incapacidad o la hospitalización de mayor número de personas ha incitado a muchas compañías a cambiar sus prácticas de suscripción y a garantizar la cobertura más completa a cambio de una prima adicional. Muchos factores físicos, que en el pasado no podían ser objeto de renuncia de manera satisfactoria, bien por su amplitud (como las psiconeurosis), bien por sus muchas complicaciones sistemáticas (como muchas afecciones cardíacas o la diabetes), ahora se pueden asegurar por un precio determinado. El creciente uso del planteamiento de la prima adicional no quiere decir que el de las renuncias vaya a desaparecer en plazo breve, sino más bien que en el futuro se recurrirá a él con menos frecuencia. En la actualidad, hay todavía problemas para prestar una cobertura sin restricciones en todos los casos, pero se trata de un campo sometido a una rápida evolución, y tal vez se superen los obstáculos antes de que pase mucho tiempo.

Modificación del tipo de cobertura

El tercer método importante para hacer frente a los riesgos substandard del seguro de enfermedad consiste en modificar el tipo de la póliza. En el caso de propuestas que bordean la zona de peligro, los aseguradores, con frecuencia, zanjan la cuestión ofreciendo una forma de cobertura diferente y más limitada. Esta limitación puede consistir en un importe más bajo, en un período de prestaciones más corto, o en un plazo de carencia más largo. Este último sistema es particularmente útil cuando existe un historial de afecciones crónicas de pequeña entidad.

Suscripción de la renovación

En la *suscripción de la renovación* influye el historial médico del asegurado, así como sus cambios de ocupación, de ingresos, de residencia, o de costumbres, todos los cuales pueden convertirle en un riesgo indeseable. Con pólizas renovables discrecionalmente, la compañía tiene la oportunidad de someter a una nueva valoración periódica a sus asegurados. Algunas compañías de seguros no ejercitan su derecho de volver a suscribir las pólizas de renovación discrecional a menos que el índice de siniestralidad para ese grupo determinado de pólizas alcance un punto que obligue a tomar alguna medida. La anulación y la nueva suscripción de las pólizas pueden parecer injustas porque el asegurado a menudo no entiende las condiciones del contrato, o, si las entiende, no se da cuenta de toda su importancia. Esta es una suma de las razones por las que algunas compañías, y en particular muchas de seguros de vida, en la actualidad cobran más y garantizan la renovación de sus pólizas hasta una edad determinada, en vez de dar la prioridad a los planes a plazo de un año.

Reaseguro

Algunas de las garantías del seguro de enfermedad entrañan una cuantiosa responsabilidad económica y, al igual que ocurre en el caso del seguro de vida, se utiliza el reaseguro para evitar fluctuaciones perjudiciales en la relación entre primas y siniestros y en los resultados de explotación de la empresa. También se utiliza el reaseguro para coberturas experimentales, o para la suscripción de riesgos poco usuales en los que no se espera que la distribución de los mismos sea suficiente.

Son muchas las bases de retención, utilizándose a menudo una combinación de ellas, según las necesidades de la compañía. El reaseguro puede aplicarse a todas las pólizas, sólo a algunas especiales, o a una determinada prestación en una póliza. Con el reaseguro por *cuota-parte*, la compañía cedente y el reasegurador comparten un porcentaje predeterminado de cada riesgo. El *exceso de riesgo* o *distribución del excedente* quiere decir que la compañía cedente retiene un importe fijo predeterminado so-

bre cada individuo. Con el *plazo de carencia ampliado*, el reasegurador asume un importante porcentaje predeterminado de los futuros pagos por siniestros o incapacidad a un individuo, cuando los mismos persisten por un período de tiempo predeterminado, como dos o cinco años. Un planteamiento similar que puede utilizarse para la asistencia médica de gran envergadura es el de la *deducción ampliada*, mediante el cual el reasegurador asume un porcentaje considerable de las futuras prestaciones a una persona, cuando un siniestro determinado sobrepasa un importe preestablecido.

El *reaseguro de riesgos catastróficos* reembolsa a una compañía hasta una cuantía de dinero fija, en exceso de un importe predeterminado, por los siniestros múltiples producidos a consecuencia de un accidente o suceso. Mediante el *reaseguro del índice de siniestralidad*, también denominado *reaseguro de exceso de pérdida*, el reasegurador paga el total de los siniestros que excedan de un porcentaje predeterminado de los ingresos por primas durante un período de tiempo preestablecido. Aunque ésta sea una modalidad de reaseguro atractiva para las empresas cedentes, las dificultades y problemas que presenta desde el punto de vista de la compañía de reaseguros hace que éstas no lo ofrezcan apenas.

Al igual que en el caso del reaseguro de vida, el de enfermedad puede tener carácter automático o facultativo.

BIBLIOGRAFIA de la PARTE VII

BARTLESON, EDWIN L., et. al.: *Health Insurance*, 2.ª edición, cap. 4 (Chicago, The Society of Actuaries, 1968).

DICKERSON, O. D.: *Health Insurance*, 3.ª edición, cap. 17 (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1968).

DINGMAN, HARRY W.: *Risk Appraisal* (Cincinnatti, O., The National Underwriter Company, 1954).

FAULKNER, E. J.: *Health Insurance*, cap. 10 (Nueva York, McGraw-Hill, 1960)

KEITH, THOMAS A.: III, *Prognosis: Clinical Factors in Risk Appraisal* (Cincinatti, O., The National Underwriter Company, 1969).

MCGILL, DAN M.: *Life Insurance*, edición revisada, caps. XVIII-XXI (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1967).

SHEPHERD, PEARCE, y ANDREW C. WEBSTER: *Selection of Risks* (Chicago, The Society of Actuaries, 1957).

WICKMAN, J. M.: *Evaluating the Health Insurance Risk* (Cincinatti, O., The National Underwriter Company, 1965).

WILL, CHARLES A.: *Life Company Operations* (Nueva York, Life Office Management Association, 1974).

parte VIII

FORMAS ESPECIALES DE LOS SEGUROS DE VIDA Y DE ENFERMEDAD

34

Seguro colectivo

El seguro colectivo es un plan de seguro que cubre a muchas personas bajo un mismo contrato. Tuvo su origen en los comienzos del presente siglo, con el objeto de asegurar el riesgo de vida sobre una base temporal, renovable por años; el seguro colectivo o de grupo se viene aplicando a una gama cada vez más amplia de tipos de cobertura, y en la actualidad se emplea para cubrir el seguro permanente de vida, el de enfermedad y las prestaciones de renta, así como para el seguro de vida temporal.

Es un tipo de negocio que ha experimentado un notable desarrollo en estos últimos años. A finales de 1974, en los Estados Unidos había aproximadamente 369.000 planes colectivos de seguro de vida, que cubrían a más de doce millones de personas, con un importe asegurado de más de $ 896.500 millones (1). Estos datos han sido revisados con el fin de incluir el seguro colectivo de vida para proteger créditos de más de diez años.

Estas cifras no reflejan el gran desarrollo experimentado en otras áreas, como son el seguro colectivo de enfermedad y las rentas de grupo. En conjunto, el seguro colectivo constituye el sector más importante y de más crecimiento del negocio de las aseguradoras de vida.

---

(1) Cuando no se exprese otra fuente, los datos estadísticos facilitados en el presente capítulo han sido tomados de *Life Insurance Fact Book 1975.*

CARACTERISTICAS DISTINTIVAS

Si comparamos el seguro colectivo con las demás formas de seguro emitidas por las compañías de seguros de vida, descubriremos unos rasgos evidentes: 1) selección de grupo, en lugar de selección individual; 2) empleo de un contrato base; 3) bajo coste de administración; 4) flexibilidad en cuanto al tipo de contrato; 5) uso de la tarificación por la experiencia (2).

Selección de grupo

Probablemente, la característica más significativa del seguro colectivo sea la utilización de la selección de grupo, en lugar de la individual. El seguro colectivo se emite generalmente sin realizar examen médico y sin facilitar prueba de asegurabilidad. Es lógico que también el seguro ordinario y el industrial de vida pueden emitirse sin el examen médico, pero al menos se exige alguna prueba de la asegurabilidad del sujeto. En ambos casos, las vidas que no llegan al nivel standard se aseguran sobre una base *substandard*, o bien son rechazadas. En el seguro de grupo, lo más usual es que no se exija la prueba de asegurabilidad, pero, además, la cobertura abarca a todas las vidas del grupo (3).

Los métodos de selección empleados en las coberturas individuales sirven para garantizar que el grupo de individuos se ajuste a un *índice medio de mortalidad* (o de incapacidad), esto es, que produzca en la realidad un índice de fallecimientos muy aproximado al previsto para el grupo de individuos; si no fuera por

(2) Para un estudio completo y excelente del seguro colectivo de vida, véase DAVID W. GREGG: *Group Life Insurance*, 3.ª edición (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1962). Este trabajo ha constituido la fuente básica para la preparación del material del presente capítulo.

(3) En estos últimos años se ha tendido hacia importes elevados en la cobertura colectiva de vida, sobre las vidas individuales, con lo cual se quebranta el concepto básico de la selección del grupo; esto ha llevado a la reintroducción de la prueba de la asegurabilidad, igual que en el seguro individual. El hecho es muy significativo. Otra de las excepciones la constituye la cobertura de grupos pequeños (de menos de diez vidas); en estos grupos se exige algún tipo de prueba individual de la asegurabilidad. De estos supuestos nos ocuparemos más adelante, en este mismo capítulo.

estas salvaguardias, los individuos en mal estado de salud tendrían la oportunidad de efectuar antiselección frente a la compañía, obteniendo «beneficio» gracias al seguro.

La selección de grupo, por el contrario, no se preocupa normalmente de la salud, los hábitos o del carácter moral de un individuo en concreto, sino que se tiende a conseguir un grupo de vidas o, lo que es más importante, una acumulación de grupos de vidas tal, que se obtenga un determinado índice previsible de mortalidad o de morbilidad. Cuando se logra un número suficiente de grupos, y estos grupos son lo bastante homogéneos, cabe la predicción del índice de mortalidad o de morbilidad. Lo cierto es que la unidad de selección la constituye el grupo, y los principios del seguro se les pueden aplicar como si se tratara de un individuo. Para asegurarse la homogeneidad razonable de los grupos, el proceso de selección tiende a evitar la antiselección de los grupos en su conjunto o de amplios sectores de un grupo específico.

Al emitir el seguro colectivo, por tanto, hay que tener en cuenta ciertos rasgos esenciales, inherentes al grupo, o que le puedan ser aplicados de una forma positiva con el objeto de evitar una grave antiselección.

El seguro como algo incidental en el grupo.—El *seguro debe ser algo incidental al grupo*, o sea, los componentes del grupo se han relacionado por un motivo que ha de ser ajeno a la obtención del seguro. Por ejemplo, el seguro colectivo de los empleados de una empresa constituye un rasgo secundario o accidental, que en esencia nada tiene que ver con la formación y la existencia del grupo.

Flujo de los individuos a través del grupo.—Ha de existir un *constante flujo de personas a través del grupo*, o sea, debe haber un ingreso de nuevas vidas jóvenes y una salida de las vidas de mayor edad o con mayores defectos. En el supuesto de los grupos activos de empleados en una firma, se presume un promedio de buena salud. Son muchos los patronos que exigen un examen médico antes de contratar al empleado, y esta costumbre actúa como otro instrumento de selección. En el caso de grupos que no trabajen, estos rasgos favorables están ausentes; por ello, se puede acudir a una tarificación por edad.

Determinación automática de los beneficios.—Además de los factores inherentes a la naturaleza del grupo, las compañías aplican otros criterios positivos de salvaguardia para reducir la antiselección. Así, entre los requisitos para la emisión de la cobertura colectiva se incluye una *base automática para la determinación del importe de los beneficios* de cada vida individual, base que queda fuera del control del patrono y del empleado. Si la suma de los beneficios fuera por una cuantía libre, cabría la antiselección, ya que los individuos en delicado estado de salud escogerían un seguro elevado, mientras que los más sanos se contentarían con la cobertura mínima.

Participación mínima por parte del grupo.—Otro criterio de control es el requisito de que *prácticamente la totalidad de las personas asegurables ha de estar cubierta por el seguro.* En ciertos planes, al menos el 75 por 100 de los empleados asegurables ha de incluirse en el seguro para que éste tome efecto; cuando se trata de planes en que los asegurados no contribuyen económicamente, se exige la participación del 100 por 100 (4). Al cubrir una proporción elevada del grupo, la compañía cuenta con una protección frente a la posible existencia de un número excesivo de vidas *substandard.*

La participación en los gastos por parte de un tercero.—Una parte del coste del seguro del grupo ha de recaer sobre el empresario o sobre un tercero que no sea miembro del plan. Esta *participación de un tercero en el coste del seguro* tiende a mejorar la participación de empleados asegurables, ya que el plan resulta más atractivo para el futuro asegurado. Al mismo tiempo se permite la estabilidad en cuanto a la contribución aportada por los empleados, ya que las fluctuaciones en el coste son absorbidas en la contribución del empresario, el cual se siente interesado en que el plan funcione sobre una base sana. Cuando los empleados sufragan una parte del coste, el plan se denomina *contributivo.*

Una organización administrativa eficaz. — Debe existir una *única organización administrativa* que pueda actuar en nombre

(4) En los casos en que los empleados se nieguen al seguro por motivos religiosos, o por cualquier otro, en el que no intervenga el elemento «selección», la norma es aplicada con una mayor laxitud.

del grupo. Normalmente, este papel lo asume el propio empresario, pero en el supuesto del plan contributivo, el método más lógico es el de la deducción de las cuotas al momento del pago de los salarios. La existencia de un método automático es algo esencial, tanto desde el punto de vista de la administración, como desde el de la cobertura.

No cabe duda de que existen otros tipos de control aplicables a los planes de seguro colectivo, pero lo hasta aquí escrito nos permite hacer un juicio de la teoría de la selección de grupo.

Contrato base

Otra característica peculiar del seguro colectivo es el empleo de un contrato base o matriz, sobre el que se emiten certificados en lugar de pólizas individuales. El sistema explica una de las primeras economías del gasto en el seguro colectivo. El contrato base es un documento detallado, en el que se establecen las relaciones contractuales entre el grupo y la aseguradora. Las personas aseguradas, que generalmente son empleados de una empresa, no son partes del contrato, aunque siempre puedan exigir sus derechos como terceros beneficiarios. Este sistema de relaciones entre cuatro partes (empresario, asegurador, empleado y sus beneficiarios) es una característica típica del seguro colectivo, y plantea una serie de problemas muy interesantes, exclusivos de este tipo de negocio.

Bajo coste

Un tercer rasgo del seguro colectivo es su economía, gracias a su cobertura al por mayor. La naturaleza de este seguro permite el uso de los métodos de distribución y administración en masa, que son causa de importantes ahorros, imposibles de obtener en el seguro individual. Sin embargo, no hay que olvidar que estas economías sólo son notables en grupos muy amplios; cuando se trata de grupos reducidos, los gastos por unidad administrativa pueden ser incluso superiores a los del seguro individual.

Con toda probabilidad, los ahorros más importantes en el coste del marketing del seguro de vida colectivo residen en el hecho de que sus comisiones importan una cuota proporcional

mucho menor que en el caso del contrato individual. Puesto que el sistema de marketing libera al agente de muchas de sus obligaciones, responsabilidades y gastos normalmente conectados con la venta y servicio de las pólizas, y debido a la elevada cuantía de las primas en el seguro colectivo, en éste se pagan unas escalas de comisiones considerablemente inferiores a las del seguro individual. Además de ser más bajas, el tipo de la comisión casi siempre está graduado en razón de la mayor o menor cuantía de la prima.

La índole del procedimiento de administración permite una técnica simple de contabilidad. La mecánica del cobro de las primas carece de complicación, así como la del reparto de los eventuales dividendos por tratarse de una sola parte contratante, que es el tomador del seguro en el contrato base. Se evita la emisión de un número elevado de pólizas individuales y en razón a la naturaleza de la selección de grupo se minimizan los costes de examen médico y de inspecciones. Finalmente, la simplificación administrativa también es mayor gracias a que una gran parte de la cobertura colectiva se contrata temporalmente, por lo que no adopta la forma de seguro permanente con prima uniforme, lo cual exigiría unos registros especiales a efectos de reservas y de valores no renunciables.

Flexibilidad

A diferencia del contrato individual, que ha de estipularse en base al condicionado general sin modificaciones esenciales, el tomador de un seguro al por mayor puede tener voz en la redacción y preparación del contrato. Es lógico que los contratos se ajusten a un patrón e incluyan ciertas cláusulas standard, pero por lo general se permite una flexibilidad que no existe en la contratación individual. El programa del seguro colectivo forma usualmente parte integrante del programa del empresario en favor de sus empleados, por lo que el contrato de seguro ha de amoldarse a los objetivos del contratante, siempre que sus pretensiones no impliquen unos procedimientos administrativos complicados, abran las puertas a la posibilidad de una grave antiselección, ni infrinjan las disposiciones legales.

La tarificación por experiencia

Otro rasgo del seguro colectivo es el de que las primas están sometidas a una tarificación por la experiencia. La experiencia conseguida con los grupos de base individual puede repercutir notablemente en los dividendos o en los reajustes tarifarios. Cuanto mayor sea el grupo y, por consiguiente, más fiable sea la experiencia del grupo de base individual, mayor será la importancia de la experiencia obtenida cada año. La posibilidad de que las primas sean aumentadas o disminuidas por medio de dividendos o de reajustes tarifarios a causa de la experiencia, es motivo del interés del empresario por mantener un expediente favorable de gastos y de siniestros. Este factor ha de ser muy tenido en cuenta al enjuiciar las prácticas del seguro colectivo.

Ventajas y limitaciones del mecanismo colectivo

Ventajas.—El mecanismo del seguro colectivo constituye una solución de gran eficacia al problema de la necesidad de un programa social en favor del empleado; las razones son varias. La utilización de unas técnicas de distribución masiva ha hecho que la cobertura pueda llegar a un elevado número de personas que no disponen de seguro de vida o de enfermedad, al menos en una cuantía suficiente. La creciente complejidad de nuestra economía industrial ha agrupado a grandes colectividades de personas, y el mecanismo colectivo ha permitido que el seguro de vida llegue a muchísimos individuos, en muy poco tiempo y a un coste muy bajo. De otro lado, el seguro colectivo lleva la cobertura a muchas personas que no son asegurables, ya que no pueden acceder al seguro individual debido a su estado de salud o a la peligrosidad de su profesión.

Otro factor de importancia, que es uno de los motivos más urgentes del desarrollo rápido de este tipo de negocio en estos últimos años, ha sido la actuación del gobierno y departamentos federales en este campo de actividades. El programa federal de Seguro de Vejez, de Supervivencia y de Incapacidad ha experimentado un gran crecimiento en el país, pero muchos estudiosos han hecho notar que el programa de seguros sociales se habría

desarrollado con mayor rapidez si no hubiera sido por la actuación de los seguros colectivos privados. El Título XVIII de la Reforma de la Seguridad Social de 1965 introdujo el *Medicare*, y aunque sus prestaciones no entraron en vigor hasta el 1 de julio de 1966 (a excepción de los cuidados extensivos, posteriores a la hospitalización, que entraron en vigor el 1 de enero de 1967), son cada día mayores las presiones para liberalizar y ampliar más aún sus prestaciones. Estos esfuerzos lograrán sus objetivos, y es lo más lógico que el programa *Medicare* sea objeto de sucesivas ampliaciones a lo largo de los años. En el momento presente hay presentadas varias proposiciones legislativas en favor de un plan de Seguro Nacional de Enfermedad para la población que no haya alcanzado la edad de los 65 años. El impacto potencial de estos proyectos sobre los planes existentes de seguro colectivo sería grande, aunque con profundas variaciones entre un caso y otro.

Limitaciones.—Desde el punto de vista del empleado, el seguro colectivo implica una gran limitación: la temporalidad de su cobertura. El empleado pierde su protección en el instante en que se termine el plan colectivo, al cesar en su trabajo y a la jubilación. Es frecuente que el empleado cambie de puesto de trabajo, y son pocos los que utilizan el privilegio de la conversión. El problema no se plantea, naturalmente, cuando el empleado consigue una cobertura similar en el nuevo grupo.

En la actualidad es cada día más común la continuidad de la cobertura colectiva de vida después de la jubilación, pero cuando esta ventaja no exista, la naturaleza temporal del seguro constituye una grave limitación. No debe olvidarse que el seguro colectivo de enfermedad puede continuarse después de haber cumplido los 65 años, como complementario del *Medicare*.

Existe un peligro que afecta a los individuos, sobre todo a los empleados de alta dirección y a los supervisores, los cuales pueden considerarse satisfechos con la elevada cobertura mantenida con el seguro colectivo durante sus años de actividad. Muchos no caen en la cuenta de que necesitan también un seguro permanente de vida. Mayor significación tiene el hecho de que la flexibilidad del planteamiento colectivo está limitada a la póliza base, y no afecta a los empleados individualmente considerados. De

otro lado, no tiene en consideración los problemas económicos del sujeto cubierto, que es un servicio prestado por el agente en la contratación individual; no obstante, muchos agentes de vida discuten la cobertura colectiva con los propios individuos interesados, con el fin de descubrir la necesidad de un seguro individual adicional.

El tratamiento fiscal del seguro colectivo de vida temporal

Según la Ley de Tributos de 1964, la contribución del empresario al seguro colectivo temporal de vida no está considerada normalmente como ingreso del empleado a los efectos del impuesto federal sobre la renta, a no ser que la suma cubierta exceda de $ 50.000. Cuando la ley estatal establece un máximo más bajo, este límite será el aplicable al impuesto federal.

El empleado ha de incluir entre sus ingresos brutos el coste (determinado con las tablas recomendadas por la inspección fiscal) del seguro colectivo temporal que exceda de $ 50.000, o bien del límite exigido por el estado en cuestión. No obstante, el empleado podrá deducir de este coste su propia contribución a la prima, si la hubiere.

Cuando el seguro en favor de los familiares excede de $ 2.000, la contribución correspondiente del empresario es considerada como ingreso liquidable por parte del empleado.

TIPOS DE SEGURO COLECTIVO

El mecanismo colectivo se aplica en la actualidad en tres amplias zonas, a fin de facilitar: 1) prestaciones en caso de muerte; 2) prestaciones en caso de incapacidad; 3) prestaciones por vejez. El resto del presente capítulo se dedica a las prestaciones de seguro de vida reconocidas por el mecanismo colectivo. El seguro de enfermedad y la jubilación se tratan en capítulos separados; por esta razón no nos referiremos ahora directamente a los problemas del seguro colectivo de enfermedad, ni a las rentas de grupo.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Definición legal del seguro colectivo de vida

En 1917 la Asociación Nacional de los Comisionados de Seguros (NAIC) publicó una definición standard del seguro colectivo de vida, definición que fue adoptada, aunque con algunas modificaciones, por casi todos los Estados del país. Los Estados de la Unión no están obligados a seguir las recomendaciones de la NAIC, como es de comprender. La primitiva definición standard fue revisada en 1946, y lo ha sido de nuevo con cierta periodicidad, en base a una «ley modelo» propuesta por la asociación. La mayoría de los Estados han dictado normas legislativas sobre el seguro colectivo, que se ajustan bastante a lo dispuesto en la ley modelo, aunque en algunos Estados la legislación siga ajustada a la definición de 1917. Sin embargo, hay que observar que en algunos Estados no existen leyes sobre el seguro colectivo.

La primitiva definición standard era concisa y sencilla; hacía un resumen de los rasgos fundamentales del seguro colectivo de vida, y nos va a servir de esquema para el tratamiento de esta materia. El texto era el siguiente:

> El seguro colectivo de vida es aquella forma del seguro de vida que cubre un mínimo de cincuenta empleados, con o sin examen médico, emitido mediante una póliza suscrita con el empresario, con una prima que ha de ser pagada por éste solamente o en conjunción con los empleados; la cobertura se extiende únicamente a los empleados, o a todos los empleados de una cierta clase o clases, determinadas en base a unas condiciones que hagan relación al empleo; las sumas aseguradas que han de basar en un plan que impida la selección individual, y los beneficios no pueden tener al empresario como destinatario. Se parte del supuesto, sin embargo, de que cuando la prima es pagada conjuntamente por empresario y empleado y los beneficios de la póliza se ofrecen a todos los empleados asegurables, tendrá que ser cubierto por el seguro por lo menos el 75 por 100 de los empleados.

La cobertura

Grupos asegurables.—La definición recogida restringe la cobertura colectiva a los empleados de un mismo patrono. Con el desarrollo de este tipo de negocio se quiso liberalizar la definición standard con el fin de permitir la cobertura de grupos de personas que no fueran empleados de la misma firma. Por ejemplo, la revisión de la definición permite, además de los grupos de empresarios individuales, los grupos de distintos empresarios, los grupos de uniones sindicales y los grupos acreedores-deudores. En algunos Estados se autoriza el seguro colectivo para otros grupos que no están comprendidos dentro de la definición standard de la NAIC; en otros Estados se permite una cobertura limitada colectiva en favor también del cónyuge y de los hijos de los empleados cubiertos por el contrato base (5).

Desde el punto de vista del número de contratos, del número de personas aseguradas y de la cuantía de las coberturas en vigor, el grupo de empresa individual es con mucho el de mayor importancia. En el presente capítulo nos dedicamos exclusivamente al estudio de este tipo de grupo.

Tamaño y proporción mínimos.—Como se ha dicho, es de enorme importancia que el grupo en cuestión cumpla ciertas condiciones fundamentales en cuanto a tamaño y composición. El requisito primitivo de un mínimo de 50 vidas ha sido reducido en las definiciones standard revisadas a diez, o incluso a menos. De otro lado, bajo el contrato colectivo ha de cubrirse al menos una proporción mínima de los empleados asegurables. Estos requisitos son imprescindibles a fin de garantizar el mantenimiento de una edad media, que evite el aumento anual de las primas, al

(5) Véase GREGG: *Group Life Insurance,* págs. 137-39. El Plan Colectivo de Vida de los Funcionarios Federales constituye un grupo muy significativo, pero no único. Véase GREGG, págs. 139-43. El Seguro Colectivo de Vida de los Militares (SEGLI), que fue el mayor colectivo emitido, entró en vigor el 29 de septiembre de 1965. Según este contrato, se cubren hasta $ 20.000, sobre una base voluntaria, en el caso de miembros de las fuerzas de uniforme que se encuentren en servicio activo, de los reservas y, mientras estén realizando funciones reglamentarias de entrenamiento, de los miembros de la Guardia Nacional y del Cuerpo de Entrenamiento de Oficiales de la Reserva. SEGLI está administrada por los Veteranos, y la cobertura está repartida entre más de 570 aseguradoras. Véase *Life Insurance Fact Book 1975,* págs. 95-96.

tiempo que proteja a la compañía de seguros frente a la contingencia de que el grupo se convierta en *substandard* a causa de la antiselección. De otro lado, cuanto más amplio sea el grupo, menores serán los gastos por persona asegurada. Estas son las razones que han aconsejado a muchos estados la fijación de un número mínimo de empleados, así como el requisito de que todos los empleados, o la totalidad de los comprendidos dentro de una clase de los mismos (clase determinada por las propias condiciones del empleo), acepten el seguro; en algunos Estados se establece que cuando los empleados contribuyan a pagar una parte de la prima, al menos el 75 por 100 de ellos han de acogerse al seguro. Cuando la totalidad de los empleados asegurables queda cubierta por decisión del empresario por una póliza base, sin tener en cuenta los deseos del trabajador, o cuando un mínimo del 75 por 100 se acoge al plan, los riesgos de la antiselección son mucho menores. Una edad media relativamente baja y uniforme, conseguida de este modo, determina una prima también relativamente baja y uniforme. Por el contrario, cuando el empleado puede aceptar o rechazar el seguro, se puede producir un desequilibrio de riesgos *substandard*, ya que los más sanos pueden negarse a ser incluidos en el seguro. Por esta razón, la composición del grupo no debe depender excesivamente de la decisión voluntaria de los empleados (6).

Requisitos individuales de asegurabilidad.—Por regla general las únicas personas asegurables bajo el seguro colectivo de vida son los empleados activos, regulares y a jornada completa. Todos ellos, o todos los comprendidos dentro de ciertas clases determinadas por las condiciones del empleo (por ejemplo, «todos los asalariados», o «todos los empleados pagados por horas») han de estar incluidos en el grupo como asegurables.

Otro requisito individual de la asegurabilidad es que el empleado ha de estar en situación de activo en su trabajo, haciendo

(6) Con la ampliación de los tipos y dimensiones de los grupos cubiertos, los requisitos de participación mínima están en función del tamaño, de los requisitos legales y de la tarifa. En las coberturas en favor de asociaciones, es usual que se asegure menos del 75 por 100 de los asegurables, con una prima que es un poco superior a la aplicada a los grupos de empresa. En los grupos entre 10 y 25 miembros, hay compañías que exigen una participación mínima del 85 por 100.

un número normal de horas laborales por semana, normalmente treinta horas, en el momento en que sea considerado asegurable. Lógicamente, este requisito asegura un mínimo de salud y de buen estado físico, protegiendo al asegurador frente a la antiselección.

A los nuevos empleados se les acostumbra a aplicar un período de prueba (de entre uno y seis meses) antes de ser considerados asegurables. Este período minimiza los gastos de expediente y de tipo administrativo exigidos cuando el empleado permanece en su puesto de trabajo durante un plazo breve de tiempo.

Una vez completado el período de prueba se concede al empleado un plazo denominado período de asegurabilidad, en el que se le da derecho a solicitar la cobertura sin dar prueba de asegurabilidad; este período acostumbra ser de 30 días, con el fin de disminuir las posibilidades de antiselección; también es usual la exigencia de la prueba de asegurabilidad por parte de los empleados que hayan abandonado la cobertura y quieran reanudarla, o de aquellos empleados que no se acogieron al seguro durante el período de asegurabilidad. Cuando el plan no tiene una base contributiva, estas reglas no son de aplicación, ya que todos los empleados (o todos los de una determinada clase) quedan automáticamente cubiertos.

Duración de la cobertura.—Cuando el seguro ha entrado en vigor respecto a un empleado en particular, la cobertura continúa mientras siga al servicio de la empresa. El contrato base reconoce normalmente al empresario el derecho a continuar el pago de las primas correspondientes a los empleados que temporalmente estén dados de baja, siempre que ello no dé motivo a selección individual. Al cesar definitivamente en el puesto de trabajo, la cobertura del empleado continúa durante treinta y un días, y en este tiempo el empleado cuenta con la posibilidad de sustituir la cobertura que expira por un seguro individual, o bien conseguir un nuevo empleo en otra firma con seguro colectivo, o bien convertir el seguro temporal que termina en un tipo de seguro permanente.

El privilegio de la conversión y de la continuación de la cobertura en los planes que reconocen beneficios en caso de incapacidad serán discutidos más adelante. En este punto, sin embar-

go, conviene dedicar alguna atención al problema de la *continuación de la cobertura sobre las vidas jubiladas.*

Un número cada vez mayor de planes continúan después de la jubilación, al menos con una cobertura suficiente para atender a la última enfermedad y a los gastos de enterramiento del empleado. En el pasado, eran muchos los planes que reconocían plenos beneficios a los jubilados, sin que la compañía hubiera previsto la financiación de los costes cada vez mayores de los empleados jubilados. Cuando el empleado hubiera cumplido los 65 años, cada $ 1.000 de seguro van a costar otros $ 1.000 (aparte de los costes administrativos), y la maduración tiene lugar dentro de un plazo, aproximadamente, de quince años; mientras que cada $ 1.000 de seguro sobre un empleado en activo están en vigor durante treinta o cuarenta años, con una prima bruta acumulada de entre $ 200 y $ 300 que, después de los créditos por la experiencia pasada, pueden convertirse en $ 100 ó $ 150. Si combinamos estos hechos con el aumento constante del nivel salarial que hace que los empleados se jubilen con seguros cada vez más elevados, los efectos del coste pueden ser y han sido catastróficos para ciertos empresarios, que no hicieron previsión adecuada de su aumento.

Dentro de la estructura del seguro colectivo caben tres enfoques del problema de la cobertura de los empleados jubilados. La forma más simple es la de *continuar una parte* del seguro temporal del grupo en favor del jubilado, con el empresario haciéndose cargo de la totalidad de la prima. Si el importe de la cobertura original no era excesivamente modesto, el porcentaje continuado puede oscilar entre el 25 y el 50 por 100.

Un segundo enfoque consiste en que el empresario *adquiera una póliza individual totalmente pagada* por el importe que sea apropiado, en favor de cada empleado jubilado. Esta solución tiene las ventajas de que deja totalmente protegido al interesado y de que su gestión no es nada complicada, ya que el empresario no tiene que seguir en contacto con los jubilados. Sin embargo, este sistema no es el más aconsejable a causa de la fiscalidad de las contribuciones del empresario (el pago de las primas) en el año en que se emite la cobertura y de las posibles fluctuaciones en el coste anual.

El tercer enfoque implica un cierto tipo de seguro permanente financiado a través del período laboralmente activo del empleado. Las dos soluciones básicas del *seguro colectivo permanente* fueron motivadas por el deseo de dar cobertura de vida a los jubilados, y de ellas nos ocuparemos más adelante.

Beneficios

Con el fin de evitar la selección individual, los empleados que han de ser cubiertos por el seguro colectivo de vida son clasificados en varias categorías, y todos los agrupados en una misma categoría reciben el mismo importe de cobertura. Los cuatro criterios clasificatorios usados son: 1) importe único de cobertura; 2) cuantía de la remuneración; 3) tipo del puesto de trabajo; 4) años de servicio en la empresa.

El importe único.—La cobertura de un mismo y único importe implica que todos los empleados son incluidos en una misma categoría. Tiene la ventaja de su amplitud, pero el inconveniente de que coloca a todos los empleados a un mismo nivel. Si el seguro colectivo va a servir de recompensa a los trabajadores, en beneficio de la estabilidad en el servicio, y ciertamente éste es uno de los argumentos principales, no parece justo ni acertado que un empleado nuevo o de salario bajo reciba los mismos beneficios que los que han estado trabajando en la empresa durante muchos años u ocupan un puesto cualificado. Este tipo de beneficio ha sido utilizado sobre todo por los fondos sindicales de asistencia. En todo caso, conviene añadir que el uso de un importe único de seguro por persona minimiza considerablemente la posibilidad de la selección adversa, con lo que los costes permanecen estables.

Cuantía de la remuneración.—El sistema más común es el que basa la cuantía del seguro en la remuneración del empleado. Una escala simplicada de clases de remuneraciones podría ser la que sigue:

Ingresos anuales	*Seguro*
Menos de $ 5.000	$ 5.000
De $ 5.000 hasta $ 10.000	10.000
De $ 10.000 en adelante	15.000

El plan puede basarse en cualquier unidad de ganancia. Tiene la ventaja de que, cuando el plan es contributivo, el coste está en relación con las posibilidades de pago, al tiempo que se reconoce, en cierta medida, el aumento de valor de la vida humana representado por los incrementos salariales. Los cuadros de cobertura se inclinan a menudo a reconocer unos beneficios equivalentes a un año o seis meses de ingresos, pero en estos últimos años existe la tendencia a aplicar una fórmula de beneficios con los ingresos de dos años o más. No debe olvidarse que los valores de supervivencia pagaderos en base a las reformas de la Ley de Seguridad Social, que entraron en vigor en 1974, pueden llegar hasta $ 200.000, y la cuantía de esta prestación justifica cumplidamente su coordinación con los beneficios de los planes privados. Lógicamente, esto sólo es posible cuando los beneficios están basados en la remuneración.

El puesto de trabajo.—Cuando resulta difícil determinar con exactitud los salarios y remuneraciones, como en el caso de los que trabajan a destajo o de los agentes de ventas, el seguro puede adecuarse al tipo de puesto de trabajo ocupado por el sujeto. Por ejemplo, los directivos, los supervisores y los jefes de departamento pueden recibir $ 10.000 cada uno; los capataces y los vendedores, $ 7.500 cada uno; los demás empleados, $ 5.000. Este sistema es muy común, y se ajusta a las necesidades de la persona así como a sus posibilidades económicas.

Los años de servicio.—De acuerdo con este sistema, el importe de la cobertura aumenta en base al tiempo que el empleado lleve al servicio de la empresa. Es normal que se acredite al empleado el tiempo que llevaba al tiempo de emitir el seguro colectivo. En los planes contributivos no es aconsejable este sistema, a causa de las sumas crecientes con que el empleado ha de contribuir a su propio seguro. Además, este plan tiene el inconveniente de que no hace distinción entre empleados con remuneraciones altas y bajas, pero el problema puede ser superado asegurando a cada clase de empleados por importes diferentes. Por ejemplo, la clase de remuneración más baja puede tener derecho a $ 500 de cobertura por el primer año de servicios, una vez transcurrido el período de prueba de seis meses, y a $ 100 adicionales por cada año de servicio adicional, hasta llegar a un total de $ 2.500. Las clases de nivel salarial más alto tendrían derecho a sumas mayores, y a la clase directiva se le puede ofrecer una combinación del sistema por cuantía de remuneración y de los años de servicio.

En estos últimos años los sistemas de años de servicios han perdido popularidad a causa de las implicaciones del coste y del hecho de que los importes del seguro crecen en proporción inversa a las necesidades reales del individuo. Al aumentar el seguro con los años de trabajo en la empresa, la carga de las primas experimenta un incremento progresivo.

Los beneficios de supervivencia.—Estos beneficios consisten en unas prestaciones de ingresos mensuales pagaderos al fallecimiento del empleado cubierto por un plan de pensiones o por uno colectivo de vida. Ciertas compañías tienen en el mercado unos productos de seguro colectivo de vida con beneficios de supervivencia, con el objeto de hacer frente a las necesidades de los familiares del empleado fallecido. Son tres las características que distinguen a los genuinos beneficios de supervivencia de los demás tipos de seguro colectivo de vida: 1) las prestaciones se pagan en forma de rentas mensuales; 2) el empleado cubierto no designa beneficiario, ya que estas prestaciones solamente se reconocen a ciertas personas; 3) los beneficios se pagan mientras viva uno de los beneficiarios supervivientes.

El concepto de beneficios de supervivencia no es nada nuevo. El primer seguro de vida que se vendió en los Estados Unidos fue en realidad una modalidad de prestación de supervivencia, ya que el importe del seguro se pagaba en forma de renta periódica. Los modernos planes de pensiones incluyen una forma de prestación de supervivencia, conocida generalmente como «de viudez». La Seguridad Social reconoce prestaciones de supervivencia en favor de las viudas o los viudos, así como en favor de los hijos a cargo del trabajador. Esta es la única modalidad de prestación por fallecimiento, si se excluye una pequeña suma pagadera de una vez en el momento del óbito.

En 1964 el concepto de los beneficios de supervivencia volvió a ser objeto de atención cuando la unión de los Trabajadores Unidos del Automóvil los incluyó entre sus pretensiones. La tendencia ha tomado desde entonces una mayor fuerza, y otros sin-

dicatos han seguido la misma pauta. Sin embargo, los beneficios conseguidos por los trabajadores de la industria del automóvil se entendían como complementarios de la Seguridad Social, pues se pretendía satisfacer las necesidades de los trabajadores por horas peor pagadas; por esta razón la cuantía de las prestaciones mensuales así como la duración de los pagos eran bastante limitadas. Los beneficios de supervivencia en este plano no son muy apropiados para la mayoría de los grupos de asalariados, por lo que los empresarios se inclinan hacia otros tipos de beneficios de supervivencia para sus empleados.

Este tema ha recibido una mayor atención por las razones que siguen: Casi todos los planes de seguro colectivo de vida reconocen importes que equivalen a una determinada suma múltiplo de las ganancias anuales de los empleados, sin tener en cuenta las situaciones de edad y de familia; ello implica que normalmente los empleados de más edad son acreedores a un seguro más cuantioso, ya que sus ingresos van en aumento a lo largo de los años. Sin embargo, también es cierto que, por lo general, los empleados de más edad son los que necesitan menos de un seguro de vida cuantioso, ya que sus hijos están crecidos, han pagado las hipotecas de la casa, y han acumulado algún tipo de ahorros. Son los más jóvenes, los que tienen hijos pequeños y están pagando la casa, los que precisan de un seguro cuantioso, y precisamente en el seguro colectivo se encuentran en las categorías inferiores, ya que sus ingresos son menores. Esta contradicción entre importe de la cobertura y necesidades es el factor que justifica la tendencia a reconocer beneficios por supervivencia.

De acuerdo con la práctica de una de las compañías más importantes, el producto de los beneficios de supervivencia se proyectó en base a las tres características que se han mencionado, pero luego se le añadieron otros rasgos, específicamente enfocados a la satisfacción de las necesidades de los empleados con mayores responsabilidades familiares:

1. Aunque los empleados solteros estén cubiertos por el seguro ordinario del grupo, sin embargo, no tienen derecho a los beneficios de supervivencia.
2. Los únicos beneficiarios admitidos son el cónyuge y los hijos del empleado.

3. Los beneficios se expresan usualmente en forma de porcentaje de las ganancias del empleado antes de morir, y son pagaderos de dos formas: prestación en favor del cónyuge y prestación en favor de los hijos. En el primer caso, el cónyuge percibe un porcentaje que oscila entre el 20 y el 40 por 100 de las ganancias del empleado antes del fallecimiento: los hijos perciben entre el 5 el 15 por 100. El porcentaje de los hijos es, en la mayoría de los casos, bastante bajo, debido a la intervención de las prestaciones de la Seguridad Social, pagaderas siempre que haya hijos sobrevivientes.
4. Las prestaciones al cónyuge se pagan normalmente hasta que cumpla los 62 o los 65 años: las de los hijos, hasta que el más joven soltero cumpla los 19 años o, si está estudiando, la edad de 23.
5. Uno de los rasgos de mayor interés es que los beneficios solamente se pagan mientras exista una necesidad probada. Si el cónyuge vuelve a casarse o si fallece antes de terminar el período de las prestaciones, los beneficios cesan. Cuando el hijo soltero más joven llega a la edad fijada, también cesan los beneficios. De esta suerte se evitan las situaciones del pago de sumas considerables de seguro en favor de una herencia o de unas personas que no estaban unidas al asegurado con una relación de dependencia.

La cobertura del seguro de vida, en una familia americana supone el equivalente a menos de dos años de ingresos. Los que estipulan un seguro de vida creen que las prestaciones de supervivencia constituirán un capítulo importante que va a llenar el vacío creado.

Importes mínimos y máximos.—Cualquiera que sea el plan adoptado, siempre hay que procurar que la cobertura llegue también a los ejecutivos y al alto personal, con salarios elevados, en una cuantía que esté en consonancia con los beneficios reconocidos al grupo en su conjunto. Las compañías no emiten un seguro por menos de $ 500 ó $. 1.000 por persona, ni tampoco pasan de un límite máximo que está determinado por el número de las personas aseguradas y por el importe medio del seguro de cada empleado. Es lógico, asimismo, que la suma máxima con que pueda asegurarse una persona dentro del grupo está también condicionada por las limitaciones establecidas por la ley estatal (7).

(7) A fines de 1974, eran 33 los Estados que no tenían normativa específica en cuanto a la limitación del importe que podría ser cubierto

Estas limitaciones a la cobertura son necesarias cuando se trata de grupos reducidos, con el objeto de minimizar la selección adversa; en los grupos numerosos la limitación máxima también es aconsejable con el fin de evitar fluctuaciones indebidas en los costes de un año al otro (8).

En la práctica las compañías emiten un seguro de hasta $ 40.000 sobre una vida individual, siempre que se den las circunstancias adecuadas en algunos casos se llega hasta $ 100.000 o más. Muchas compañías autorizan unos importes individuales superiores al máximo usual siempre que se facilite prueba de asegurabilidad con respecto al exceso a cubrir, o bien siempre que se tomen las debidas garantías frente a la antiselección (9).

Algunas compañías no ven inconveniente en la emisión de un cuadro colectivo de seguro de vida en favor de un grupo que ya cuente con un plan colectivo de seguro en otra aseguradora; esta práctica ha llevado a seguros sobre algunos individuos por importes globales muy superiores a lo que las normas aplicables a cada compañía pudieran permitir. En el campo del seguro de vida ha sido objeto de profunda discusión el problema del importe máximo del seguro colectivo de vida que una misma persona puede recibir (10).

Privilegio de conversión. — El empleado asegurado tiene el privilegio de convertir la suma asegurada de su cobertura colectiva temporal en una póliza individual permanente bajo ciertas condiciones. Por regla general, el empleado, dentro de los treinta y un días siguientes a su cese en el puesto de trabajo o como miembro de una clase asegurable, puede convertir su cobertura en una forma permanente y regular, a la tarifa standard correspondiente a la edad alcanzada. La ventaja de mayor interés

sobre una vida individual acogida al seguro colectivo de vida. Los demás 17 Estados y el Distrito de Columbia tienen limitaciones que pueden llegar hasta un máximo de $ 100.000.

(8) En muchos casos, las compañías establecen un máximo de cobertura sobre una vida individual que será cargado a la experiencia del caso concreto; la cobertura que exceda de ese máximo se reparte entre los demás casos.

(9) Otras salvaguardias son los informes de inspección sobre uno o varios individuos, las primas extra cargadas según el caso, los reaseguros del exceso, las reservas especiales acumuladas en cada caso y los riesgos de excesos que son repartido a efectos de la experiencia.

(10) Véase GREGG: *Group Life Insurance*, págs. 57-62.

reside en el hecho de que no se exige la prueba de la asegurabilidad (11).

La cobertura durante el período de conversión.—La cobertura de muerte del seguro colectivo continúa en vigor durante un cierto período (normalmente, durante treinta y un días), a partir del momento en que el empleado deja de pertenecer a una clase asegurable. En el supuesto del fallecimiento durante este período, la póliza hace frente al pago estipulado.

Prestaciones por incapacidad.—Hasta aproximadamente 1932 los contratos colectivos de vida incluían un beneficio que se denominaba de valor de maduración. Este beneficio establecía que el empleado que quedara total y permanentemente incapacitado antes de cumplir los 60 años percibiría el importe de la suma asegurada, a veces en un pago único, aunque lo más usual fuera que el pago se dividiera en aproximadamente sesenta plazos mensuales. A partir de la experiencia desfavorable sufrida por este tipo de cobertura en los años que precedierón a 1932, las compañías comenzaron a reducir drásticamente este tipo de beneficio. Durante varios años, a partir de 1932, las compañías ofrecieron lo que se llamaba beneficio ampliado de fallecimiento o de renuncia a la prima durante un año, en favor de todos los seguros colectivos futuros. Este beneficio pagaba la suma asegurada al ocurrir el fallecimiento dentro del año siguiente a la terminación del empleo, antes de cumplir los 65 años, si el empleado había quedado totalmente incapacitado al cesar en su puesto de trabajo y seguía en esta situación al ocurrir el fallecimiento.

En 1935 muchas compañías liberalizaron sus cláusulas de incapacidad y empezaron a cubrir el beneficio que se denomina renuncia vitalicia a la prima. Esta cláusula, que es bastante frecuente en los contratos actuales, evita la restricción del año y reduce el límite de la edad del seguro de incapacidad a los

(11) También se reconoce un derecho de reconversión, aunque bajo condiciones distintas, a la terminación del contrato base. Véase GREGG, págs. 69-70. A la vista de la importancia del seguro colectivo como factor de seguridad de muchos empleados, sería aconsejable que este derecho de conversión fuera más generoso aún. Ciertamente se tropieza con el problema de la antiselección, pero la mejora del servicio a los empleados asegurados debe justificar los intentos por liberalizar la conversión.

60 años. La cláusula reconoce el derecho a la cobertura indefinidamente, siempre que el asegurado pruebe periódicamente su incapacidad.

Ha de observarse que estas cláusulas respetan la prestación por fallecimiento, que sigue siendo reconocida al beneficiario originario, en lugar de utilizarla y consumirla como ingresos por incapacidad. La experiencia de estos últimos años, que ha sido favorable, ha dado motivo a un cierto incremento en el empleo de esta cláusula del valor de maduración, pero, sin embargo, el beneficio de la renuncia a la prima sigue siendo más frecuente en los contratos de nueva emisión. En efecto, la introducción de la incapacidad a largo plazo ha determinado el abandono de la cobertura del valor de maduración en algunos de los contratos antiguos.

La financiación

El plan del seguro colectivo puede ser contributivo o no contributivo (12).

El plan no contributivo es sencillo y deja en manos del empresario el control completo del plan. Se aplica a todos los empleados asegurables, con lo que se eliminan las dificultades derivadas de la obtención del consentimiento de un número suficiente de empleados, con el fin de cubrir el requisito del 75 por 100. Tampoco se plantea el problema de la distribución del coste entre los empleados.

El plan contributivo es menos costoso para el empresario, y éste puede disponer una cobertura más adecuada para sus empleados, así como una mayor duración. Puede también afirmarse que cuando el empleado contribuye a su propio seguro se siente más convencido de su valor, y lo tiene en mayor estimación. Sin embargo, el plan presenta varios inconvenientes. De un lado, su funcionamiento es más complejo; cada empleado ha de prestar su consentimiento al seguro, y como se ha dicho, al menos

(12) Tan sólo en casos muy excepcionales se podría emitir un plan en el que los empleados soportaran la totalidad de su coste. El plan sería ilegal en casi todos los Estados, y lo más lógico es que sería rechazado por motivos estrictos de seguro en aquellos Estados en que la norma jurídica no lo prohibiera.

el 75 por 100 de los asegurables tiene que aceptar el plan. Los empleados de nueva contratación tienen que ser informados del privilegio del seguro. Por regla general, en los planes contributivos el nuevo empleado no tiene derecho àl seguro mientras no haya estado en la empresa varios meses, y una vez haya dado su consentimiento dentro de un plazo de treinta y un días, dando además prueba suficiente de su asegurabilidad.

Planes de seguro

El seguro temporal renovable por años.—El plan básico de seguro en la cobertura colectiva de vida es el de la póliza temporal anualmente renovable. Esta cobertura presenta las mismas características que las emitidas sobre base individual. Frente a los empleados ,la cobertura termina al final de cada anualidad,

TABLA 34.1

Cálculo de la prima media anual por cada $ 1.000 de seguro colectivo temporal de vida

Edad alcanzada	*Número de empleados*	*Seguro por empleado*	*Suma total asegurada*	*Prima anual por $ 1.000 **	*Prima total*
20	5	$ 5.000	$ 25.000	$ 2,75	$ 68,75
25	5	7.000	35.000	2,97	103,95
30	10	11.000	110.000	3,15	346,50
35	10	13.000	130.000	3,74	486,20
40	20	15.000	300.000	5,28	1.584,00
45	20	17.000	340.000	8,08	2.747,20
50	10	19.000	380.000	12,51	4.753,80
55	10	20.000	200.000	19,55	3.910,00
60	5	20.000	100.000	29,72	2.972,00
65	5	20.000	100.000	44,67	4.467,00
Total	100		$ 1.720.000		$ 21.439,40

Prima anual total	$ 21.439,40
Adición por «póliza costante» (40 por $ 2,40)	96,00
Prima anual acumulada	21.535,40
Reajuste del gasto adelantado (12 %)	18.951,15
Prima media anual por $ 1.000	($ 18.951,15 ÷ 1.720), ó $ 11,02

(*) Tarifas 1961 Standard de Seguro Colectivo de Vida (*Tabla de los Comisionados de 1960 para la Mortalidad Colectiva Standard*, al 3 por 100 con el recargo porcentual básico).

pero se renueva automáticamente sin dar prueba de asegurabilidad. La tarifa para la unidad de protección aumenta de año en año a un ritmo creciente, al igual que sucede con la cobertura individual. Sin embargo, a pesar de ello la contribución del empleado (cuando el plan es contributivo) permanece a un mismo nivel, cualquiera que sea la edad alcanzada. La contribución uniforme del empleado es asequible, ya que el empresario asume la porción del coste que exceda de su contribución anual; esto es, la contribución del empresario aumenta, con respecto a cada empleado individual, con el transcurso de los años. De otro lado, la contribución total del empresario puede quedar en una suma constante, o incluso reducirse, según sea la fórmula de las prestaciones, la composición de edad y sexo dentro del grupo y la experiencia del pasado.

La forma más simple de explicar los papeles relativos del empresario y de los empleados en la financiación del plan temporal la encontramos en el cálculo de sus primas medias anuales.

En la tabla 34.1 se ofrece el cálculo de la prima media anual por $ 1.000 de cobertura en favor de un empleado hipotético, durante el primer año de seguro temporal colectivo. Se presume que cada empleado cuenta con una cobertura equivalente a dos años de salarios, con un límite máximo de $ 20.000.

El primer paso para el cálculo de la prima media anual es la determinación del total de la prima pagadera a cada edad representada por el grupo de empleados cubiertos. La suma de estos valores, como se puede ver en la tabla 34.1, es de $ 21.439,40. A este importe hay que añadir lo que se denomina constante de la póliza, que es de $ 2,40 al año por cada $ 1.000, aunque aplicado solamente a los primeros $ 40.000 de seguro. Esta cantidad representa los gastos mínimos atribuidos al grupo. La prima acumulada anual es de $ 21.535,40; ya sólo queda aplicar un reajuste de gastos adelantados para obtener la *prima anual inicial*. En este caso, el grupo tiene derecho a un descuento del 12 por 100, y la prima inicial es de $ 18.951,15. El último paso para la obtención de la prima media anual por cada $ 1.000 implica simplemente la división de esta cifra por el número de unidades de seguro de $ 1.000, que es de 1.720; el resultado es de $ 11,02. Si partimos del supuesto de que las contribuciones de los empleados son de $ 7,20 por cada $ 1.000, el empresario tendrá que hacerse cargo de la diferencia de $ 3,82 por $ 1.000, esto es, $ 6.570,40. En la práctica estas primas y contribuciones se calculan sobre un base mensual.

No obstante, cuando la experiencia del plan resulta favorable, el coste sufrido por el empresario será reducido gracias a los dividendos o a los reajustes retroactivos de la prima. En algunos planes el dividendo puede ser igual o incluso superior a la contribución total del empresario; en este último caso, este exceso de dividendo se puede aplicar en beneficio de los empleados (13).

Lo más usual es que las primas del seguro colectivo sean pagadas mensualmente por el empresario, pero hay casos de primas anuales, semestrales y trimestrales. Los reajustes o regularizaciones del seguro durante el año, a causa de los nuevos empleados, de las terminaciones en el puesto de trabajo o de las nuevas clasificaciones, se efectúan sobre la base de la prima mensual media (o de la anual), sin tener en cuenta las edades reales de los empleados cubiertos. Al final de cada anualidad se hace el cálculo de la nueva prima media anual; cuando las primas se abonan con una periodicidad inferior al año, la tarifa anual se incrementa para compensar la pérdida de los intereses y para hacer frente a los gastos mayores del cobro de las primas.

De acuerdo con la doctrina de la tarificación por la experiencia, aplicada en el seguro colectivo, la prima del seguro temporal renovable por años solamente se garantizan para la anualidad; sin embargo, en un plano práctico las compañías tratan de evitar los incrementos de tarifa, que molestan al asegurado, y siempre que sea posible prefieren efectuar reajustes en el coste mediante el proceso de la tarificación por la experiencia.

Cuando los planes del seguro temporal de vida tienen una base contributiva, las contribuciones de los empleados se hacen normalmente a un tipo uniforme por $ 1.000, cualquiera que sea la edad del sujeto. En lo relativo a la fijación del nivel de las contribuciones, hay que procurar que el coste a cargo del empleado sea tal que el seguro se convierta en algo atractivo, en comparación con la cobertura que pudiera conseguir en un plan individual.

Los Estados de Nueva York y Michigan han fijado un límite

(13) Esto es un requisito legal en ciertos Estados.

máximo a las contribuciones del empleado, de unos 60 centavos mensuales por cada $ 1.000 de cobertura. Otros Estados han introducido otras limitaciones originadas por la política aseguradora de cada compañía.

No debe olvidarse que una gran parte del seguro colectivo de vida no está emitido sobre la base de una cobertura temporal, renovable por años; muchos contratos siguen en vigor de mes en mes. Los créditos por dividendos o en razón de la tarificación experimental se determinan en las fechas del vencimiento anual; estos contratos contienen cláusulas en las que se precisan las fechas en que la compañía pueda volver a reajustar sus tarifas. En un sentido verdaderamente técnico esto no constituye un «seguro temporal de renovación anual», pero, al menos, se respetan sus principios fundamentales.

Seguro permanente de vida.—Se han ideado diversos tipos de seguro permanente dentro del campo de la cobertura colectiva de vida. Estos tipos permanentes pueden clasificarse en dos grupos principales: 1) colectivo temporal y colectivo totalmente pagado; y 2) seguro colectivo permanente de vida con prima uniforme.

La forma más popular es la emitida bajo un plan *colectivo temporal y totalmente pagado* (14). El plan es una combinación de unidades acumuladas de seguros de vida entera con prima única y de unidades decrecientes de seguro colectivo temporal. Este seguro colectivo temporal y totalmente pagado reconoce los mismos beneficios por muerte e incapacidad que los planes colectivos temporales suscritos por el empresario. Cada prima abonada por éste se compone de las contribuciones individuales del empleado y de la contribución del patrono; las primeras se aplican normalmente a la compra de aumentos de seguro a vida entera y con prima única, totalmente pagado, por una cobertura determinada en razón a la edad alcanzada por el empleado. La contribución del empresario se aplica a comprar una cobertura temporal decreciente que, añadida a la cuantía acumulada del

(14) Este plan es también conocido con las denominaciones de «colectivo de vida con valores totalmente pagados», «colectivos totalmente pagados y temporalmente decrecientes» y «colectivos totalmente pagados».

TABLA 34.2

Ejemplo de seguro de vida totalmente pagado y de valor de rescate en el colectivo temporal y totalmente pagado, en base a una contribución mensual del empleado de $ 1,30

Seguro de vida totalmente pagado

Años dentro del Plan	Edad al entrar en el Plan 20	25	30	35	40	45	50	55	60
1	$ 50,08	$ 44,93	$ 40,25	$ 36,19	$ 32,60	$ 29,48	$ 26,83	$ 24,49	$ 22,46
2	99,06	88,92	79,56	71,60	64,58	58,34	53,20	48,52	44,62
3	147,11	131,98	118,09	106,24	95,94	86,58	79,09	72,07	66,46
4	194,06	174,10	155,84	140,09	126,67	114,35	104,52	95,16	87,98
5	239,93	215,28	192,82	173,32	156,78	141,65	129,48	117,94	109,20
10	455,21	408,10	366,13	330,10	298,43	271,13	247,42	227,14	
15	648,02	581,41	522,91	471,74	427,91	389,06	356,62		
20	821,34	738,19	664,56	601,22	545,84	498,26			
25	978,12	789,84	794,04	719,16	655,04				
30	1.119,77	1.009,32	911,98	828,36					
35	1.249,25	1.127,26	1.021,18						
40	1.367,18	1.236,46							
45	1.476,38								

Acumulaciones totalmente pagadas compradas con la contribución mensual del empleado de $ 1,30

TABLA 34.2 (*continuación*)

Valores líquidos de rescate

Años dentro del Plan	*Edad al entrar en el Plan*									
	20	*25*	*30*	*35*	*40*	*45*	*50*	*55*	*60*
1	$ 15,60	$ 15,60	$ 15,60	$ 15,60	$ 15,60	$ 15,60	$ 15,60	$ 15,60	$ 15,60
2	31,20	31,20	31,20	31,20	31,20	31,20	31,20	31,20	31,20
3	46,80	46,80	46,80	46,80	46,80	46,80	46,80	46,80	46,80
4	62,40	62,40	62,40	62,40	62,40	62,40	62,40	62,40	62,40
5	78,00	78,00	78,00	78,00	78,00	78,00	78,00	78,00	78,00
10	162,97	163,65	164,03	164,39	164,14	163,76	162,80	161,27	
15	259,86	260,47	260,41	259,46	258,46	256,00	253,20		
20	367,96	367,62	365,51	363,14	359,16	353,76			
25	487,10	483,91	479,60	473,21	465,08				
30	615,87	609,63	600,08	588,14					
35	754,55	741,74	725,04						
40	899,60	877,89							
45	1.048,23								

Acumulaciones del valor de liquidación creadas por la contribución mensual del empleado de $ 1,30

seguro permanente y totalmente pagado adquirido por el empleado, suma el importe total a que tenga derecho. No existen limitaciones legales a la contribución del empleado hacia un seguro totalmente pagado, pero en todo caso su cuantía ha de ser mucho más favorable que el coste de una póliza individual a vida entera. El tipo contributivo más común es el de $ 1,30 mensuales por cada $ 1.000 de seguro. La tabla 34.2 refleja el seguro totalmente pagado y las acumulaciones de valor de rescate producidas por estas contribuciones.

Por regla general, el plan colectivo temporal y totalmente pagado se ajusta al patrón del plan colectivo regular, excepción hecha de los reajustes precisos para hacer frente a los valores acumulados de rescate del seguro permanente. Es lo usual que al llegar la jubilación la parte del seguro que todavía se encuentre sobre una base temporal es suspendida, mientras que el seguro permanente totalmente pagado siga en vigor mientras viva el empleado; éste puede convertir la diferencia entre el seguro totalmente pagado y el importe cubierto por su certificado en un nuevo seguro, al igual que se hace en los contratos regulares de seguro colectivo temporal. Cuando el empleado cesa en su empleo y se retira del grupo antes de llegar a su jubilación, también son aplicables normas parecidas de conversión; el individuo puede, incluso, cobrar el valor de rescate, si desea terminar completamente con la cobertura.

Bajo el sistema de *seguro colectivo permanente con prima uniforme*, bajo forma de seguro a vida entera, de capitalización o de ingresos por jubilación, las primas uniformes son pagaderas mientras viva el asegurado o hasta que cumpla los 65 años Al terminar en el puesto de trabajo el empleado tendrá a su favor un metálico o un privilegio de pago total, con la opción a continuar con la póliza en vigor mediante el pago directo a la compañía del importe de la prima uniforme. Los planes colectivos permanentes de prima uniforme representan una mezcla de la emisión y la gestión colectivas y de la mecánica y técnica de los contratos individuales de prima uniforme; el sistema se emplea con mayor frecuencia para la financiación de pensiones, a causa del tratamiento fiscal especial, en lugar de para la protección simple del seguro de vida. La razón es que normalmente las contribuciones del empresario enfocadas hacia el seguro perma-

nente de vida son consideradas como ingresos gravables del empleado en el ejercicio en que las contribuciones se hayan realizado; por el contrario, hasta la entrada en vigor de las leyes tributarias de 1964 no había estado sometida a tributación la contribución del empresario hacia las prestaciones del seguro colectivo temporal de vida. En todo caso, las normas federales vigentes sobre el impuesto de la renta excluyen las contribuciones del seguro temporal de vida, estipulado por el empresario, del concepto de ingresos del empleado. La desventaja fiscal que el seguro permanente de prima uniforme implica ha llevado a dar preponderancia al seguro temporal y a los planes colectivos temporales y totalmente pagados, ya que los beneficios reconocidos por el seguro temporal tienen, desde el punto de vista del empleado, un tratamiento fiscal más favorable.

Las condiciones de la póliza y de los certificados

Hasta aquí nos hemos ocupado de aspectos importantes de las pólizas de seguro colectivo de vida, tales como la duración del contrato, la renovación, la promesa de la compañía de asegurar a los nuevos empleados que sean asegurables, etc. Cuando la póliza es emitida bajo un plan temporal renovable anualmente, la aseguradora no puede rehusar la renovación anual si el empresario desea continuar con el contrato y paga la prima; sin embargo, hay que recordar que los tipos de las primas pueden ser incrementados de tal forma que, a fin de cuentas, el derecho a la renovación pierda su virtualidad. Por el contrario, la cobertura colectiva totalmente pagada se acostumbra a emitir bajo un tipo garantizado durante cinco años, sujeto a renovaciones anuales a partir de la expiración de la quinta anualidad. Los contratos permanentes de prima uniforme tienen una tarifa garantizada inicial durante tres o cinco años, sujeta luego a reajustes anuales. Conviene observar que las primas uniformes de este último tipo de seguro tienen beneficios permanentemente garantizados, siempre que éstos hayan sido pagados antes del cambio de la tarifa. La norma es similar a la garantía aplicable a los contratos permanentes de seguro individual de vida.

La póliza base establece que puede ser cancelada cuando el número de empleados sea, en cualquier momento, inferior a diez, o en el caso de plan contributivo cuando no está acogido al plan el 75 por 100 exigido.

Hemos de hacer referencia a otras condiciones de la póliza. En casi todos los Estados la ley impone ciertas cláusulas standard. Por ejemplo, el empresario ha de entregar al empleado un certificado que haga constar la suma asegurada por la compañía y el nombre del beneficiario; debe contener, además, una cláusula que permita al empleado, en el supuesto de que cese en su trabajo por cualquier motivo, solicitar dentro de 31 días y sin dar prueba de asegurabilidad un seguro equivalente al que tuviera al momento de dejar el empleo y de un tipo permanente y a la tarifa correspondiente a la edad alcanzada. Son pocos los empleados que se aprovechan de este derecho de conversión, pero en todo caso constituye una ventaja muy valiosa cuando el individuo se encuentra en estado delicado de salud.

Otra cláusula exigida es la que establece el reajuste de las primas y de la cobertura en el supuesto de que no se haya declarado con exactitud la edad del empleado. Normalmente se estipula que la compañía pagará la suma que correctamente corresponda y que el empresario efectuará un reajuste en las primas; si la edad declarada era superior a la real, el empresario será acreedor a una devolución; en caso contrario, deberá pagar la diferencia correspondiente al período durante el que se cargó la prima deficiente. Debe tenerse en cuenta que este método para reajustar las pólizas, en razón de edad incorrecta, se diferencia del seguido en las pólizas individuales de vida.

Las pólizas de seguro colectivo de vida contienen una cláusula de inimpugnabilidad, aunque en realidad carezca del significado que tiene en la cobertura individual. Además, la póliza establece: 1) período de gracia de 31 días para el pago de las primas; 2) derecho a dividir en plazos el importe de la prestación; 3) exigencia de efectuar las reclamaciones dentro del año siguiente al pago de la última prima relativa al empleado en cuestión; 4) continuación del seguro durante el período estipulado en el contrato en favor de los empleados dados de baja por enfermedad, crisis económica, etc., siempre que el empresario siga pagando la prima; 5) extensión del seguro a los empleados que sean asegurables, pero que fueron declarados no asegurables por error administrativo.

Seguro colectivo de vida como garantía de crédito

Este seguro es un tipo especial de seguro colectivo temporal emitido a favor de un acreedor con el fin de cubrir las vidas de sus deudores por las sumas debidas. El seguro se paga al acreedor en el caso de que los deudores mueran antes de liquidar sus obligaciones. Este tipo de seguro ha experimentado un gran desarrollo en estos últimos meses. Si se exceptúan las modificaciones (15) que se hagan necesarias por imperativo de su específica finalidad, el contrato y el patrón de funcionamiento son, en esencia, los mismos que en las demás coberturas colectivas (16).

Relaciones con el seguro al por mayor

La limitación primitiva impuesta al seguro colectivo de un mínimo de cincuenta vidas, dio origen a la modificación del plan denominado de *seguro al por mayor,* por el que se aseguraban grupos de hasta diez personas. La reducción del mínimo en el colectivo a un número de diez personas determinó en el seguro al por mayor la fijación de un mínimo de cinco, o incluso menos.

El sistema de emisión y gestión del seguro al por mayor es bastante similar al colectivo de vida. Bajo el primero, cada empleado solicita y recibe una póliza individual, por lo que no existe la póliza base emitida al empresario. Sin embargo, todas las personas aseguradas han de figurar como empleadas con un mismo empresario, que ha de cumplimentar la propuesta y comprometerse al pago de las primas o de una parte de ellas. La suma asegurada no queda a la opción del empleado, sino que se determina en base a los planes aplicados al seguro colectivo de vida.

(15) Sin embargo, las modificaciones tienen su importancia. Por ejemplo, no se incluye el privilegio de conversión, se pueden aplicar tarifas mínimas con independencia de la edad, las tarifas máximas están reguladas, el tomador del seguro puede legalmente ser el beneficiario, y en ciertos Estados se aplican unas cantidades máximas muy inferiores.

(16) Al 31 de diciembre de 1973 había en los Estados Unidos un total de $ 101.200 millones de seguro de créditos, sin incluir los seguros de vida individuales y colectivos, de crédito, sobre préstamos con una duración superior a los diez años. Estos datos se incluyen ahora dentro de las estadísticas del seguro ordinario y colectivo. Véase *Life Insurance Fact Book 1975,* págs. 28-34.

También existe una limitación al importe máximo de seguro de que pueda ser titular el empleado.

El seguro al por mayor, debido a la reducción en el mínimo número de vidas a cubrir, tiene en la actualidad una importancia mucho menor que el pasado. Es curioso observar, sin embargo, que ha sido utilizado por algunas compañías con el fin de contratar unas coberturas elevadas en casos en que la ley estatal fija un importe máximo inferior.

Relaciones con el seguro de ahorros sobre el salario

La mayoría de los trabajadores americanos por cuenta ajena está cubierta por algún tipo de seguro individual de vida, pero su importe medio es relativamente bajo. Una de las razones es que muchos trabajadores de las escalas salariales bajas no pueden estipular unas cantidades elevadas; además, los seguros ordinarios se emiten en unidades de $ 1.000, sobre una base de prima uniforme anual.

El seguro de ahorros sobre el salario se desarrolló a partir de 1925 como un medio para vender seguro ordinario a los trabajadores, con unas condiciones económicas apropiadas. Con este plan se venden formas regulares de seguro individual de vida a los grupos de empleados, bien sea para complementar un seguro existente colectivo o al por mayor, bien para ofrecer unos beneficios cuando no puede estipularse un seguro colectivo. Las características de este tipo de seguro son el cobro de las primas con una periodicidad mensual a través del empresariado, el cual retiene las cantidades correspondientes de los salarios de sus empleados, y la necesidad de que el individuo dé prueba de su asegurabilidad. Otros requisitos usuales son: un mínimo de entre diez y veinticinco empleados y una contabilidad centralizada. Las compañías exigen un mínimo de entre seis y diez propuestas, con el pago anticipado de dos meses de prima. Finalmente, muchas compañías exigen que un mínimo de estas propuestas (por ejemplo, cinco o siete), ha de ser aceptable como riesgo standard (17). A los miembros del grupo se puede vender más de un

(17) El seguro no médico no es exclusivo del de ahorro salarial. El desarrollo de estos tipos de cobertura data de 1925.

tipo de póliza, y las primas, si se desea, pueden pagarse anualmente, o bien cada seis o tres meses.

EL SEGURO COLECTIVO DE ENFERMEDAD

La teoría básica del seguro colectivo y de su gestión también es aplicable al de enfermedad. También puede aplicarse al seguro colectivo de enfermedad lo que ya se ha escrito sobre el seguro individual de enfermedad (18). Por tanto, vamos a centrar nuestra atención en las notas distintivas del seguro colectivo de enfermedad, dando solamente unas ideas generales en cuanto a los diversos tipos de cobertura.

Características distintivas

A diferencia de las pólizas individuales de enfermedad, la cobertura colectiva se extiende únicamente a los accidentes y enfermedades que no estén relacionados con la profesión. Las incapacidades profesionales están normalmente cubiertas por normas y coberturas de índole laboral. No son de aplicación al seguro colectivo las cláusulas standard del seguro individual de enfermedad. Puede afirmarse que las compañías siguen, en el seguro colectivo, unas prácticas más liberales que en el individual. Sin embargo, las normas de algunos estados exigen ciertas cláusulas standard.

La cláusula de cobertura para las prestaciones de ingresos a corto plazo por incapacidad (hasta 104 semanas) es más generosa que la de las pólizas individuales ya que la incapacidad está definida en función de la profesión del empleado, y no en función de cualquier ocupación en general. En la cobertura a largo plazo se aplica para el primer año o para los dos primeros años el concepto de «ocupación propia», y para el resto del tiempo el concepto de «cualquier ocupación». Las condiciones y la práctica en el seguro colectivo, por lo general, son más liberales por estos motivos: 1) los beneficios son pagaderos durante un período más breve, y su cuantía es inferior a la de las coberturas individuales;

(18) Véanse los capítulos 16, 17 y 18.

2) se aplica una tarificación basada en la experiencia. La posibilidad de aumentar o reducir la tarifa cada cierto tiempo implica en el empresario un interés por evitar los abusos y por mantener una siniestralidad aceptable.

Se ha dicho que una buena parte del seguro individual de enfermedad se emite con una base de renovación anual optativa. La aseguradora puede tener el derecho a negarse a renovar el contrato colectivo base pero no podrá cancelar la cobertura de los individuos participantes si no se da por terminado el seguro para todo el grupo. Caben otras diferencias de menor entidad, pero en esencia las prestaciones del seguro colectivo de enfermedad siguen el mismo patrón que el individual, aunque con ligeras modificaciones en razón de su naturaleza colectiva.

Tipos de cobertura

El seguro colectivo puede combinar cualquier tipo de prestación del seguro de enfermedad. Al igual que las pólizas individuales, las colectivas pueden clasificarse en: 1) de ingresos por incapacidad; 2) de gastos médicos; 3) de muerte por accidente, mutilación y pérdida de la vista. La lista de tipos según sus prestaciones incluye coberturas como las que siguen:

Seguro de muerte por accidente y de mutilación.
Seguro voluntario de accidente.
Seguro de accidente de viaje.
Seguro de indemnización semanal.
Seguro de incapacidad a largo plazo.
Seguro de indemnización por hospitalización.
Seguro de gastos de hospital.
Seguro de gastos quirúrgicos.
Seguro de gastos de profesional médico.
Seguro de gastos de diagnóstico.
Seguro de atenciones dentales.
Seguro de cuidados a la vista.
Seguro de medicinas.
Seguro de gastos por poliomelitis.
Seguro de gastos médicos de importancia.
Seguro combinado de gastos médicos de importancia.

Gama de prestaciones y condiciones de la cobertura de

Muerte por accidente y mutilación.—Las prestaciones se pagan normalmente en un pago único cuando se trata de la pérdida de la vida o de dos miembros, como brazos, piernas, dos manos, dos pies, los ojos, una mano y un pie, etc. Se pueden estipular pagos en plazos en caso de pérdida de un solo miembro, la prestación puede ascender a la mitad de la suma asegurada. Esta cobertura puede emitirse bajo tres modalidades:

1. *Básica.*—El seguro colectivo de vida puede estar acompañado por un cuadro de beneficios, idéntico o reducido, para los supuestos de muerte por accidente o incapacidad.

2. *Voluntario de accidente.*—Esta cobertura difiere mucho de una compañía a otra; cubre el accidente por sumas de hasta $ 100.000, con incrementos voluntarios de $ 10.000 si se desea. En ciertos casos la cobertura equivale a cinco veces los ingresos anuales, con un máximo de $ 250.000. La cobertura incluye cualquier tipo de accidente. Algunas compañías añaden la cobertura del cónyuge y de los hijos, bien sea por un importe porcentual de la cobertura del empleado, bien por una suma fija.

3. *Accidente en viaje.*—Muchas compañías de vida han entrado en el campo de las aseguradoras de accidentes y ofrecen coberturas adicionales por muerte o mutilación debida a accidente durante los viajes de trabajo del empleado. La cobertura puede emitirse sobre diversas bases, entre una limitada estrictamente al tiempo en que se viaje por motivos laborales, hasta una cobertura durante las 24 horas del día de ausencia por viaje profesional.

Ingresos por incapacidad.—Caben, en esencia dos enfoques a las prestaciones por incapacidad, que podemos denominar por incapacidad a corto plazo y por incapacidad a largo plazo.

1. *Incapacidad a corto plazo.*—Esta cobertura pretende reemplazar los ingresos durante un período de tiempo relativamente corto, con beneficios normalmente pagaderos desde el primer día de la incapacidad derivada de accidente, y desde el día

octavo de la derivada de enfermedad (conviene recordar que se utilizan muchas combinaciones de períodos de espera). Los beneficios se pagan generalmente durante totales máximos de trece, veintiséis o cincuenta y dos semanas, a excepción de las incapacidades derivadas del embarazo que se reconocen durante períodos más limitados, o bien quedan excluidas de la cobertura.

2. *Incapacidad a largo plazo.*—Las prestaciones se reconocen en base a la necesidad prolongada de ganancias durante una larga enfermedad, con independencia de si es o no consecuencia de la relación laboral (hay que subrayar que la definición de la incapacidad no es tan estricta como para exigir necesariamente la existencia de una incapacidad total y permanente). Por regla general, los beneficios no se reconocen hasta la terminación de un período de prueba que puede oscilar entre siete días y seis meses. La duración de las prestaciones, siempre que la incapacidad persista, llega hasta la edad de 65 años por regla general. Ha de tenerse en cuenta que el tamaño del grupo asegurado es uno de los aspectos más importantes en el momento de establecer la cobertura; en grupos numerosos la cobertura es más extensa. Otro factor de importancia en la incapacidad a largo plazo es la índole del trabajo realizado por el grupo. Cuando el grupo es de obreros manuales, la cobertura se mira con más precauciones.

Hospitalización.—Al igual que en el seguro individual, el seguro colectivo de gastos de hospitalización separa usualmente los gastos de habitación y manutención, de los demás gastos por servicios hospitalarios.

En cuanto a los primeros, la mayoría de los planes pagan los gastos reales hasta un cierto máximo. En algunos casos la cobertura es limitada, haciendo frente a los gastos reales del hospital siempre que no exceda de la tarifa establecida para una clasificación determinada, como pueda ser la tarifa de una habitación semiprivada. Las prestaciones por gastos diarios de habitación y manutención se reconocen hasta un máximo temporal, que puede ser de 31, 70 ó 120 días, y en algunos casos se llega hasta 365.

Los beneficios de gastos varios de hospitalización se cubren sobre la base de un múltiplo de los gastos de habitación y manutención (quince, veinte o más veces el importe diario), o bien

sobre la base de un cuadro de importes. En ocasiones se emiten planes con cobertura ilimitada para estos gastos varios. Cuando los gastos varios de hospitalización no están cubiertos en base a un cuadro de valores, se acostumbra a aumentar el límite de la cobertura pagadera al 100 por 100 (múltiplo del gasto diario, según se ha dicho), estableciendo en cuanto al exceso sobre la suma múltiplo aceptada una participación porcentual (coaseguro) del 25 por 100 a cargo del asegurado.

Las prestaciones de maternidad tienen ciertas limitaciones. Es muy común que las prestaciones de habitación y manutención y de gastos varios se cubran hasta el equivalente al décuplo de la prestación diaria por habitación y manutención.

El seguro colectivo de gastos de hospitalización se ocupa de los casos en que el internamiento en el hospital sea necesario. Por ello, algunas compañías exigen que la persona esté internada por lo menos durante 18 horas; otras exigen que el hospital emita factura por habitación y manutención. Estos requisitos no son exigibles cuando se trata de un tratamiento de emergencia a causa de accidente, o cuando se realiza una operación quirúrgica.

Los gastos de cirugía.—El seguro de cirugía reembolsa los gastos causados en las intervenciones quirúrgicas. El cuadro de prestaciones es similar al empleado en las pólizas individuales. Los beneficios máximos pagaderos por el cuadro oscilan entre $ 500 y $ 1.500 ó más.

No se debe olvidar que el cuadro de los importes reembolsables no da a entender que las sumas expresadas constituyan los honorarios del profesional; sin embargo, en algunas zonas se han establecido acuerdos especiales con las asociaciones de médicos, por los que éstos aceptan un cierto baremo como base de sus honorarios completos en aquellas intervenciones realizadas a asegurados cuyos ingresos no excedan de ciertos importes.

Un nuevo enfoque del problema propugna el pago íntegro de los honorarios médicos, sin imponer un cuadro de limitaciones. Los pagos se limitan a la factura ordinaria del médico, siempre que no exceda de los honorarios normales en la zona para cada tipo de intervención quirúrgica. El sistema reconoce que existen diferencias en las facturas de un médico a otro, a causa del nivel de honorarios de cada zona geográfica, de la práctica del profesional y de la complejidad de los servicios prestados. Algunas uniones sindicales han obtenido recientemente este tipo de cobertura.

Otros gastos médicos.—Para la cobertura de los demás gastos médicos existen diversos tipos de seguro. Unos tienden a cubrir determinados gastos, como el de los rayos X y las pruebas de laboratorio, cuando los servicios son prestados en la consulta particular del médico, o en un hospital como enfermo sin internar. Se puede establecer un máximo anual, de, por ejemplo, $ 50, con prestaciones limitadas según sea el tipo del servicio prestado, en base a un cuadro predeterminado (por ejemplo, $ 25 para rayos X).

Otros tipos de seguro reembolsan los honorarios del médico que no sea el cirujano; la cobertura se emite, por lo general, en favor de los internados en el hospital, pero también puede extenderse a los totalmente incapacitados, o sobre una base combinada, cualquiera que sea la naturaleza de la incapacidad, cubriendo las visitas a domicilio del médico, así como las visitas realizadas en su propia consulta, hasta un cierto máximo por visita y otro máximo para el importe total o la duración total. Normalmente se excluyen las dos o tres primeras visitas (franquicia), a no ser que se deban al tratamiento derivado de un accidente.

Finalmente, conviene mencionar otros planes especiales que reconocen prestaciones importantes en caso de enfermedad grave. Bajo esta categoría se comprenden ciertas coberturas de gastos por razón de poliomelitis (hoy día bastante raras, después de la introducción de la vacuna Salk) y los seguros denominados de «enfermos aprensivos». La frecuencia de la enfermedad puede ser escasa, pero sus costes pueden ser elevados. Las primas son relativamente reducidas y la cobertura satisface una auténtica necesidad cuando no se cuenta con la protección de los gastos médicos de importancia.

Gastos médicos de importancia.—Este seguro constituye una variedad «complementaria» cuando se añade a un plan básico de hospitalización; también puede formar parte de una co-

bertura «combinada» con la protección de los casos de menor gravedad.

Cuando el plan es del tipo «complementario», entre él y el plan básico puede existir una «franquicia-pasillo», normalmente fijada en una suma determinada, como por ejemplo $ 100. En tales supuestos el asegurado corre a cargo de esta franquicia, cuales quiera que sean los beneficios reconocidos por el seguro básico. Los gastos que excedan de la franquicia están cubiertos, aunque con una participación proporcional (coaseguro) a cargo del asegurado. Lo usual, en el campo del seguro individual de enfermedad, es una proporción de 75-25, de 80-20, o rara vez de 85-15; la distribución más común es la de 80-20. Sin embargo, existe la tendencia a cubrir el 100 por 100 cuando los gastos a cargo del asegurado han superado un cierto límite, como puede ser el de $ 1.000.

Con el plan «combinado» se aplica una franquicia pequeña, de $ 25, $ 50 ó $ 100, y a partir de ella la aseguradora corre con el 80 por 100 de los gastos cubiertos. Algunos gastos pueden pagarse al 100 por 100 en algunas pólizas, hasta una cierta suma a partir de la cual se aplica el coaseguro.

Es bastante usual la limitación del número de las franquicias aplicadas dentro del año natural, hasta dos o tres por familia; en otros casos, el total de las franquicias dentro del año se le puede aplicar una limitación máxima por familia.

Para llegar al cálculo de los pagos bajo un plan de gastos médicos de importancia, se acude, como base para la determinación de los gastos cubiertos derivados de una lesión o de una enfermedad o para la satisfacción de la franquicia, a un período de tiempo que puede ser el año natural, o un período de hasta doce meses contados a partir del momento en que la lesión o enfermedad causó los primeros gastos. En algunos casos las prestaciones se ponen en relación con cada período de incapacidad o con cada causa de la misma. Muchos planes de gastos médicos de importancia incluyen un tope máximo global que puede ser de $ 250.000; otros planes reconocen una garantía ilimitada, bien sea tomando como base una vida humana (admitiendo la rehabilitación, siempre que se dé prueba de asegurabilidad), o bien sobre la base de cada causa de reclamación. Ultimamente es bastante común que las pólizas vuelvan a poner en vigor la cobertura de forma automática, al final de cada año natural, incluyendo $ 1.000 de gastos cubiertos que ya hayan sido reclamados, sin necesidad de facilitar prueba de asegurabilidad.

Gastos de odontología (19).—En estos últimos años las compañías de seguros han comenzado a emitir coberturas para los gastos de atenciones dentales. Lo más usual es que los contratos se emitan bajo un tipo de seguro combinado, cubriendo todos los gastos de odontología que excedan de una cierta franquicia por una cuantía proporcional (coaseguro) hasta un importe máximo. En una cierta compañía la franquicia *no se aplica* a las revisiones dentales ordinarias, pues esta aseguradora considera que estos exámenes periódicos constituyen una buena inversión que evita gastos futuros mayores. Muchas compañías ofrecen un «programa básico de gastos de odontología», independiente del seguro combinado o del de los gastos médicos de importancia; estos programas facilitan una cobertura sin franquicia, aunque ajustada a un cuadro de límites máximos. La mayoría de los fondos sindicales han estipulado este tipo de seguro de los gastos de odontología.

Es común que la participación porcentual del asegurado coincida con el patrón de los gastos médicos de importancia, con la compañía haciéndose cargo del 75 ó del 80 por 100. El total de las prestaciones en favor de cada individuo está sujeto a una cifra máxima, cuya cuantía y criterio de aplicación depende de la compañía. Por ejemplo, un cierto asegurador cubre hasta $ 1.000 ó hasta $ 2.500 dentro de cada año natural, o hasta $ 50.000 durante toda la vida del asegurado; otros aseguradores pueden cubrir un máximo de $ 1.000, sin que exceda de $ 500 en cada año natural, pero estas cifras se aplican separadamente a cada miembro de la familia. Normalmente, la ortodoncia tiene un tratamiento separado, con una participación más elevada a cargo del asegurado (con frecuencia, del 50 por 100).

Esta cobertura dental puede facilitarse en combinación con otras prestaciones del seguro de enfermedad. Cuando así sucede, la franquicia puede ser aplicada al total de los gastos denta-

(19) Para el estudio de las coberturas dentales en el mercado, véase J. F. FOLLMANN, Jr.: «Dental Care Coverage», en *Best's Insurance News*, Edición Life, diciembre 1962, pág. 24.

les y médicos, o bien la odontología puede mantener su propia franquicia independiente. Las compañías son muy selectivas al emitir esta cobertura, razón por la cual aplican el coaseguro; en la actualidad existe la tendencia hacia la liberalización de estos requisitos.

Esta cobertura significa un gran avance en el campo del seguro de enfermedad de tipo colectivo. Conviene añadir que estos planes fueron desarrollados en cooperación con la Asociación Americana de Dentistas.

RENTAS COLECTIVAS

Otro campo de importancia en el que también se aplica el mecanismo del seguro colectivo es el relativo a las rentas anejas a los programas privados de pensiones. Es conveniente que estas rentas sean objeto de un tratamiento aparte, en el capítulo que sigue.

35

Planes de seguro de pensiones

La situación económica del anciano fue siempre un problema a lo largo de la historia de la Humanidad, y lo es también en nuestro país.

Al desarrollo tremendo experimentado por nuestros planes de pensiones han contribuido muchos factores. El paso de una sociedad rural a otra urbana ha cooperado a la necesidad de los planes de pensiones, como un medio para resolver el problema de los ancianos, que en el medio rural se quedaban a vivir en casa de sus hijos. La producción agrícola facilitaba lo necesario para subsistir, con unos gastos mínimos. En las comunidades urbanas ha habido un movimiento hacia casas más pequeñas y hacia los apartamentos, que no siempre ofrecen espacio suficiente para familias numerosas. La creciente movilidad de la población, provocada también por el desarrollo del automóvil, ha repartido a las familias por zonas extensas, y ha contribuido a un mayor deseo de independencia por parte de los propios jubilados.

Otros factores han agravado el problema, haciendo más urgente una solución adecuada. El gran progreso de la medicina ha aumentado la longevidad de la población en general; son más las familias que cuentan con un miembro, por lo menos, en edad anciana, y sus expectativas de vida han sido aumentadas. Además, de un lado los ancianos disfrutan hoy de mejor salud que en el pasado, y de otro el ritmo de cambio y unos mayores conocimientos técnicos demandan que los empleados de más edad

sean jubilados o adiestrados de nuevo. Las mejoras en los procesos industriales (sobre todo la automación) han posibilitado la reducción de la mano de obra, y se ha acudido a una jubilación de una parte de la misma; las mejoras han dado prioridad a la mano de obra joven. La tendencia hacia una semana laboral más corta, ha acostumbrado a la población al disfrute del tiempo libre, y ha contribuido a crear una atmósfera, en la que la persona desea llegado el momento de la jubilación, en razón de sus posibilidades de asueto y diversión.

Las leyes federales del impuesto sobre la renta dificultan la acumulación por el individuo de los fondos precisos para atender debidamente a su propia jubilación, al tiempo que han promovido la creación por parte de los empresarios de los planes de pensiones en favor de su personal. La elevada fiscalidad de los primeros años cuarenta, constituyó un incentivo adicional; las restricciones impuestas al pago de salarios en los años bélicos, así como la decisión judicial en el famoso caso de la «Inland Steel», impulsaron a los sindicatos hacia la reclamación de beneficios denominados marginales, en una época en que la empresa podía hacer frente a sus pretensiones.

En la actualidad, la industria privada y el gobierno están jugando unos papeles de primera línea en la búsqueda de la solución del problema planteado por los ancianos, aunque haya quienes discutan la prioridad asumida por la intervención oficial.

El sujeto individual es el primer responsable de su propio bienestar; al menos, esta es la tesis primaria de nuestra sociedad. Las dotes de ahorro del individuo han sido un factor, y seguirán siéndolo, fundamental en la atención a la vejez. Los esfuerzos del gobierno se han dirigido en su mayor parte hacia el reconocimiento, a través de las diversas modalidades de la Seguridad Social, del derecho a unas prestaciones básicas mínimas. Una vez garantizada la prestación mínima, el empleado con su propio esfuerzo personal, complementado con el del empresario, podrá pretender la elevación de sus ingresos de vejez hasta un nivel «adecuado». A partir del ejercicio fiscal iniciado el 31 de diciembre de 1974, los individuos han recibido una ayuda adicional hacia la planificación de su retiro; la Sección 219, añadida al código tributario, permite que el contribuyente deduzca de sus ingresos brutos los pagos hacia sus propios planes individuales de jubilación. La deducción máxima permitida durante el año es de $ 1.500, como cifra máxima en cualquier caso, o del 15 por 100 de las remuneraciones por trabajo personal del año, incluidas a los efectos de la determinación de los ingresos brutos (1).

Una de las contribuciones más significativas hechas por el sector privado hacia el seguro de vejez, está constituida por el desarrollo de los planes privados de pensiones. Ciertamente, los objetivos perseguidos por los empresarios en este tema no han sido siempre los mismos; muchos planes fueron iniciados con el fin de dar satisfacción a los empleados que se jubilaban, o de recompensar los años de servicio. Pero aunque en su inicio jugaran factores filantrópicos, los empresarios descubrieron pronto que estos beneficios contribuían al aumento de la producción al fomentar la moral del trabajador, la continuidad en el empleo y un sistema constante de jubilación. Poco a poco, el motivo principal pasó a ser la mejora de la producción; se parte del supuesto de que la empresa recibe el estímulo de los empleados de mayor edad que van a jubilarse, los cuales promueven a los más jóvenes hacia puestos de responsabilidad, y en conjunto la producción aumenta lo suficiente como para compensar el coste de las pensiones. La doctrina ha demostrado su validez en la vida práctica.

Toda empresa ha de enfrentarse un día con el problema de los trabajadores de más edad, con remuneraciones elevadas, y ha de seguir una de estas tres vías de solución: 1) despedirlos; 2) seguir con ellos en la nómina; 3) facilitarles una pensión de jubilación. Por motivos comerciales y humanitarios, la primera solución no es practicable; la segunda es cara, porque junto con la nómina se pagan costes de la jubilación. La flexibilidad del plan privado de pensiones permite hacer frente a las necesidades específicas de cada industria; un programa empresarial bien programado, resulta evidente, es la mejor solución al problema planteado.

Tal vez una de las razones principales aducidas en favor del plan de pensiones es la de que mantiene a la empresa en una posición viable y competitiva. La jubilación de los altos directivos a una edad determinada mantiene abiertas las posibilidades

(1) Código de Rentas Internas, 219(b)(1).

de promoción, al tiempo que incita a los empleados con talento y ambición a buscar sus oportunidades dentro de la firma. Un programa adecuado de pensiones facilita la jubilación de los empleados de más edad, incluso la de aquellos que desarrollando funciones de supervisión pueden constituir una rémora al trabajo de los demás. La tendencia hacia la sustitución de los trabajadores mayores por otros más jóvenes y más eficaces ha sido una de las causas principales de la reducción general en la edad usual de jubilación.

Al decidir la introducción de un plan de pensiones, el empresario ha de tener en cuenta y comparar sus valores en el campo de la mayor eficacia y producción, con el coste de la instalación del programa. El coste ha sido generalmente bajo, gracias al tratamiento fiscal favorable que reciben ciertos planes «cualificados», lo cual ha influido en el desarrollo notable de los planes privados de pensiones.

Aunque la motivación primordial del empresario pueda ser el hecho de que interesa a los empleados, fomentando su continuidad en el puesto de trabajo y mejorando en general las operaciones del negocio, lo cierto es que fueron las *teorías sociales* y las *presiones sindicales* las que jugaron un papel decisivo en el desenvolvimiento de estos planes. Es posible que el empresario se haya movido por un deseo genuino de contribuir a la seguridad y bienestar de sus empleados, al tiempo que confiaba en mejorar sus operaciones; la intervención de las uniones sindicales no implica que estos planes se deban a ella exclusivamente. Desde 1949, año en que el Tribunal Supremo de los Estados Unidos denegó la revisión de la sentencia «Inland Steel», se ha hecho preciso distinguir entre planes conseguidos en la negociación colectiva, y planes en que no ha habido intervención sindical. La sentencia estableció que las pensiones eran materia propia de la negociación colectiva, y que el empresario no podía introducir unilateralmente un plan de pensiones sin la conformidad sindical.

En la situación presente, el empresario está principalmente motivado por las fuerzas competitivas que actúan en el mercado de la mano de obra, y por las presiones por ajustarse a los patrones de la industria.

El rápido crecimiento de los planes privados de pensiones demuestra el interés de los empleados y la aceptación por la industria de estos tipos de programas. Al 31 de diciembre de 1974 se estimaba en unos 35 millones de personas las cubiertas por planes de pensiones financiados privadamente, estuvieran o no acogidos a seguro; de ese número, 13.605.000 personas se acogían a planes privados de compañías aseguradoras de vida (2).

Aunque estos programas privados hayan intervenido cada vez con mayor importancia en la seguridad de la jubilación, es lo cierto que la existencia del sistema privado está siendo sometida a debate. Ello se debe a la creencia de que la garantía de unos ingresos «adecuados» de jubilación es misión propia de la Seguridad Social, y esta creencia puede llevar a severas restricciones legislativas del sistema privado. El papel futuro de los planes privados de pensiones puede quedar reducido a la prestación de beneficios complementarios en favor de unos pocos empleados; no obstante, debe afirmarse de otro lado que los estudios recientes del sistema de la Seguridad Social no se inclinan excesivamente hacia la viabilidad de un proyecto tan amplio. La discusión de esta problemática excede de los límites del presente trabajo (3).

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Para comprender la naturaleza de los contratos emitidos por las aseguradoras para la financiación de los planes de pensiones, habrá que estudiar ciertos conceptos fundamentales. Antes de tratar de tales contratos conviene prestar atención a estos conceptos.

Impacto de la Ley Federal del Impuesto Sobre la Renta

Al establecer el patrón de un programa de pensiones, hay que

(2) *Life Insurance Fact Book*, 1975, págs. 35-36.

(3) Ver W. LEE SHIELD y ARTHUR S. FEFFERMAN: «The Challenge to Private Pension Systems», *Journal of The American Society of Chartered Life Underwriters*, vol. XX (verano de 1966), pág. 269; JOSEPH W. SATTERTHWAITE: «The Private Pension System - Why it Should Be Preserved», *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, vol. XXV, número 4 (octubre 1971).

tener presente por su transcendencia la ley federal del impuesto sobre la renta, en la parte relativa a los planes «cualificados» de pensiones; las razones son las siguientes: 1) las contribuciones del empresario son consideradas como un gasto ordinario y necesario del negocio, deducible de los ingresos, a los efectos del impuesto de sociedades; 2) las contribuciones del empresario no son gravables como ingresos del empleado en los años en que estas contribuciones se hayan efectuado, sino más bien al tiempo en que se reciban en forma de beneficios (normalmente una vez jubilado, con un tipo impositivo más bajo y con derecho a doble exención); 3) las ganancias de un plan cualificado de pensiones están exentas del impuesto. Son pocos los planes introducidos que no se hayan cualificado y aprovechado de las ventajas fiscales indicadas.

Los requisitos generales para la cualificación del plan son: 1) ha de existir un *acuerdo legalmente obligatorio*, en forma escrita y hecho saber a los empleados; 2) el plan ha de tender al *beneficio exclusivo* de los empleados o de sus beneficiarios; 3) ni el principal ni las rentas del fondo podrán *desviarse* hacia un objeto distinto; 4) el plan ha de beneficiar a una clase extensa de empleados, *sin hacer discriminación* en favor de los directivos, los accionistas, el personal de supervisión, ni de los empleados de nivel salarial más alto; 5) el plan, en caso de fusión con otro, ha de establecer que los beneficios del sujeto bajo el plan resultante sean por lo menos iguales a los que le estuvieran reconocidos antes de la fusión; 6) el plan ha de establecer que los beneficios del participante no pueden ser cedidos ni enajenados, a no ser que ello tenga lugar en relación con beneficios reconocidos en garantía de préstamos hechos por el fondo al interesado; 7) el plan ha de reconocer el derecho al pago de las prestaciones, que comenzarán no más tarde del sesenta día de la anualidad en que: I) el participante alcance la edad de 65 años o la edad normal de jubilación, II) se cumpla el décimo año de la participación en el plan, o III) se produzca el cese en el trabajo; 8) el plan ha de reconocer que los beneficios en favor del participante o del beneficiario, que estén realmente prestándose, o de quien haya terminado en su trabajo, no podrán ser disminuidos por razón de aumentos en las prestaciones de la Seguridad Social

introducidos después del cese en el trabajo o después de haber comenzado a percibir los beneficios del plan.

La ley y el reglamento relativos y la cualificación y fiscalidad de los planes de pensiones son enormemente complejos, y no es éste lugar para detenernos a explicarlos (4). Sin embargo, no hay que olvidar su importancia y el papel que juegan en todos los aspectos de su creación, estructura y funcionamiento del plan de pensiones.

El proyecto del plan de pensiones

La asegurabilidad.—El plan ha de contener las normas que determinen quiénes van a quedar cubiertos; son pocos los planes que se extienden a la totalidad de los empleados. Por ejemplo, los temporeros o los trabajadores a media jornada casi siempre quedan excluidos. La cobertura puede quedar limitada a los empleados de una cierta planta, o de una división, o de los afiliados a un sindicato. Además de determinar la clase o clases de empleados a ser cubiertos, los planes ofrecen cobertura al empleado individual que lleve un mínimo de tiempo de servicio (período de espera) y/o que alcance una cierta edad mínima o máxima. Pueden proyectarse diversas variaciones de requisitos de tiempo de servicio y de edad, pero siempre tratando de eliminar aquellos grupos de empleados que revelen excesiva rotación y a los contratados en edad cercana a su jubilación. La gestión del plan ha de ser simplificada lo más posible (5). En todo caso, las cláusulas de eligibilidad han de ser cuidadosamente estudiadas con el fin de respetar los objetivos propuestos, sin olvidar los requisitos antidiscriminatorios del código tributario y de la Ley de Derechos Civiles de 1964, que exige el mismo tratamiento para un sexo y otro.

El 2 de septiembre de 1974 se promulgó la Ley de Garantía

(4) Ver DAN M. MCGILL: *Fundamentals of Private Pensions*, 3.ª edición (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1975).

(5) La finalidad de eliminar a los empleados a quienes se contrata cuando les falta poco para jubilarse es la de reducir el coste del programa de pensiones. El coste de la pensión aumenta con la edad del empleado. Además, por lo general, un empresario suele sentirse poco obligado a proveer a las necesidades de jubilación de una persona, que sólo haya estado trabajando para él cinco o diez años antes de la jubilación.

de los Ingresos de Jubilación del Empleado (Employee Retirement Income Security Act., o «ERISA»), en base a la cual no se hace necesario como requisito de participación un tiempo de servicios superior a un año, ni la edad mínima de los 25 años. Sin embargo, el plan puede exigir tres años de servicios cuando los derechos se reconocen íntegra e inmediatamente a todos los participantes. No se permite un máximo de edad para entrar a participar, a no ser que se trate de planes con beneficios definidos, en los que pueden excluirse aquellos empleados que comiencen a trabajar dentro de los cinco años precedentes a la edad normal de jubilación. El empleado que satisfaga los requisitos para la asegurabilidad, ha de entrar a participar en el plan, o bien en el primer día de la anualidad del plan que siga a aquélla en que satisfizo tales requisitos, o bien, como máximo, a los seis meses de haber satisfecho los requisitos para la participación. La ley considera a los empleados de varias empresas que sean miembros de un grupo como si fueran empleados de una misma compañía. Asimismo, la ley tiene en cuenta los planes emitidos exclusivamente en favor de empleados no sindicados.

Edad normal de la jubilación. — El plan de pensiones ha de establecer la *edad normal de la jubilación*. La norma es necesaria, ya que la fijación de una edad o de un cuadro de edades es fundamental para la estimación de los costes, para la determinación del índice adecuado de acumulación de los fondos para las prestaciones de jubilación y para la organización y planificación de la jubilación de los empleados (6). Casi todos los planes de pensiones contienen cláusulas relativas a las jubilaciones «tempranas» y a las «diferidas», sometidas a ciertas condiciones.

La edad normal de la jubilación se produce en el momento en que tenga lugar la primera de las alternativas que siguen: 1) cumplimiento de la edad establecida en el plan; 2) llegada

(6) Por supuesto, que no es posible establecer unos límites máximo y mínimo en las edades a las que se puede jubilar un empleado, por ejemplo, sesenta y cinco y sesenta y ocho años. En esos casos, al estimar los costos, se formula una hipótesis sobre los empleados que se retiran a cada edad. Muchos planes de pensiones negociados no tienen una edad «normal» de jubilación en el sentido usual.

de la fecha más tardía entre: a) momento en que el participante cumpla la edad de 65 años, b) décimo aniversario de su participación en el plan.

La fórmula de las prestaciones.—Puesto que el nivel de vida del empleado está normalmente en relación con sus ingresos, hay que procurar que las prestaciones de jubilación guarden una relación razonable con sus ganancias (7). Para que el empleado consiga unos ingresos adecuados al tiempo de su jubilación, se ha considerado preciso implantar una escala de beneficios que procure al empleado medio unas prestaciones que, incluidas con las de la Seguridad Social, asciendan aproximadamente a entre un 40 y un 60 por 100 de la media de sus remuneraciones durante los cinco a diez años inmediatamente anteriores a la jubilación. A causa de la inflación y de la cuantía fija de casi todas las pensiones, el problema más acuciante en la actualidad es el de mantener la adecuación de los ingresos a partir de la jubilación. Este problema puede ser atacado con diversos enfoques: 1) rentas «variables» o de «equidad»; 2) beneficios en base al «coste de la vida» o a los «índices salariales»; 3) incrementos periódicos de las prestaciones con un criterio discrecional (8).

Las fórmulas de las prestaciones han sido clasificadas tradicionalmente en dos categorías principales: 1) prestación definida; 2) contribución definida. Según el primer tipo, la fórmula determina el desenvolvimiento de las prestaciones, y el coste, presupuestado sobre una cierta edad *normal* de jubilación, dependerá de la edad y la distribución por sexos de los empleados asegurables. El plan de contribución definida establece un tipo de contribución del empresario (plan no contributivo), o del empleado y del empresario (tipo contributivo), con lo que el importe de los beneficios ofrecidos a cada empleado dependerá de

(7) Es importante señalar que mientras la gran mayoría de los planes negociados por los sindicatos, establecen prestaciones en función de la duración del servicio más que de la retribución, se parte del supuesto de que la primera será de tal índole, que el empleado medio disfrutará de una prestación por jubilación que será comparable, en porcentaje de los ingresos, a la de los empleados que perciben sus sueldos.

(8) Ver JOHN K. DYER, Jr.: «Better Than Money?», *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, vol. XXI, núm. 1 (enero de 1967), págs. 39-43.

ción definida, pues la fórmula de las prestaciones está en relación con los años de servicios. Conviene subrayar las relaciones tenues que a veces existen entre el pago al fondo por parte del empresario, fondo que está administrado en virtud del convenio colectivo, y la fórmula de las pensiones que se prometen a los miembros del sindicato. Como el empresario no se ha comprometido a facilitar los fondos necesarios que fundamenten la fórmula de las prestaciones, las expectativas de aquél dependen de la moderación que ejerzan los fiduciarios del plan al aprobar los presupuestos actuariales, y de la capacidad del sindicato en la línea de conseguir un incremento en los pagos del empresario cuando la fórmula de las prestaciones ha sido determinada con un exceso de optimismo. Naturalmente, muchas de estas fórmulas dependen de la estimación del número medio probable de horas de empleo a lo largo de varios años, y un grado reducido de optimismo excesivo puede estimar en una suma muy superior el importe total de los pagos probables que vayan a hacerse al fondo.

Las fórmulas de la prestación definida pueden consistir en una suma fija, relacionada con la remuneración, con los años de servicio o a una combinación de ambos. Por ejemplo, una fórmula puede reconocer unas prestaciones por jubilación de $ 125 al mes cualesquiera que sean los años de servicio, de un 30 por 100 del «salario medio final», y de 1,5 por 100 del salario anual por cada año de servicio. Los conceptos de la remuneración y de los años de servicio han de quedar claramente determinados. Las fórmulas de prestación definida a menudo están integradas con las prestaciones de la Seguridad Social; una prestación integrada puede suponer unos beneficios mayores en la remuneración que exceda de la base salarial anual establecida en la Seguridad Social, con el fin de compensar el hecho de que ésta calcula sus prestaciones pensando en los grupos de nivel salarial más bajo. Hay que tener en cuenta las implicaciones fiscales al determinar el grado en que se reconozcan prestaciones sobre ganancias que excedan de la base salarial establecida por la Seguridad Social.

Las fórmulas de las prestaciones basadas en los años de servicio normalmente reconocen tanto los *servicios del pasado*, esto es, los anteriores a la fecha de iniciación del plan, como los *servicios futuros*. El coste de los créditos reconocidos por los ser-

la edad, del sexo y del tiempo de servicios antes de cumplir la edad *normal* de jubilación.

En estos últimos años se ha introducido un plan híbrido, conocido como plan de objetivo, en base al cual los beneficios proyectados en favor del participante se determinan como si el plan fuera de prestación definida; las contribuciones necesarias para la financiación del plan se determinan en base al interés presupuestado y a los factores de mortalidad. Una vez se haya determinado el importe de la contribución, en función del porcentaje de la compensación reconocida al participante, el plan funciona como de contribución definida, ya que el interesado al llegar su jubilación tiene derecho a las prestaciones que puedan ser compradas con el saldo de su propia cuenta, y no las que se marcaron como «objetivo» al determinar inicialmente la contribución del empresario.

La diferencia más característica entre los tipos de prestación definida y contribución definida es el hecho de que en la fórmula de la prestación definida, los beneficios han sido ya prefijados, mientras que la contribución puede variar, sucediendo lo inverso en el tipo de contribución definida.

A causa de la gran popularidad de las fórmulas de las prestaciones basadas en el «salario final», esta distinción ha perdido gran parte de su significado. Aunque la fórmula de la prestación definida pueda producir unos importes fijos de prestaciones al cumplir ciertos años de servicios, la prestación final de jubilación está en función de la remuneración del empleado en el año final de servicio, antes de jubilarse. De esta suerte la prestación «definida» no lo es realmente, hasta que haya sido calculada en base al «salario final» del empleado, que con mucha frecuencia tiene en cuenta los últimos cinco años de servicios, antes de la jubilación. Hay que recordar, además, que el empresario tiene que aumentar sus contribuciones al efectuarse el cálculo de las prestaciones.

El tipo de fórmula de prestación definida no cuenta en favor de la empresa privada (9). Muchos convenios colectivos imponen al empresario una contribución en «centavos por hora»; estos planes, denominados «Taft-Hartley», no son en realidad de contribu-

(9) McGILL: *Fundamentals*, pág. 97.

vicios del pasado representa lo que se denomina *responsabilidad inicial por los servicios del pasado;* este crédito a veces está sometido a una limitación, pues es normal que se le aplique un porcentaje inferior a los años pasados que el aplicado a los futuros, o bien que sólo se tengan en cuenta los años transcurridos después de haber cumplido una cierta edad (por ejemplo, 35 ó 40 años), o bien limitando el crédito por los años del pasado hasta un cierto máximo (por ejemplo, hasta 15 ó 20 años). De todos modos, las prestaciones de jubilación del empleado equivalen al total de los créditos acumulados, tanto por años del pasado como futuros. Por ejemplo, un empleado con quince años acreditados por servicios del pasado y con cinco futuros, en base a una fórmula del 2 por 100 por año futuro y del 1 por 100 por años del pasado, percibiría unos beneficios iguales al 15 por 100 por el pasado, más un 10 por 100 por años futuros, esto es, un total del 25 por 100 del salario medio.

Beneficios complementarios.—Además de los ingresos por jubilación, muchos programas de pensiones incluyen otros beneficios complementarios aplicables al período anterior a la jubilación, como pueden ser prestaciones en caso de muerte, de cese en el trabajo o de incapacidad. Hay que procurar que estos beneficios complementarios no se incluyan a costa de una adecuada pensión de jubilación; en todo caso, constituyen una parte importante de un programa bien ideado en favor del empleado. Lógicamente, los beneficios complementarios dependerán de la política de personal, de la situación financiera y de otras circunstancias del empresario. Los beneficios más usuales son los reconocidos en razón de muerte y de incapacidad.

La porción de los beneficios complementarios a ser reconocidos por el plan de jubilación y facilitados por un programa independiente de seguro colectivo, es algo sometido a la decisión del empresario, con la colaboración de un experto o de la compañía aseguradora. La dirección de la empresa sabe que, en la medida de lo posible, ha de existir una coordinación de todas las fuentes disponibles de ingresos en favor del empleado, tanto de las procedentes del empresario como de los planes gubernamentales. Esta coordinación es difícil, ya que los beneficios complementarios pueden proceder de orígenes diversos; no obstante,

hay que recordar que en el pasado la coordinación de las prestaciones en favor del empleado con los programas gubernamentales ha sido muy deficiente. El capítulo 34 se ocupa de los beneficios complementarios por muerte e incapacidad reconocidos por contratos de seguro colectivo separados de los contratos de prestaciones por jubilación. En el presente capítulo nos ocuparemos de esta cobertura, en cuanto complementaria de un plan de jubilación.

Las prestaciones por incapacidad que los empresarios incluyen en sus programas son cada día más generosas y aplicables a mayor número de empleados. Pueden ser de diversas formas, cada día más desarrolladas. Comenzando por el nivel de beneficio más bajo, un empleado total y permanentemente incapacitado que esté cualificado para una jubilación temprana según el plan de pensiones, percibiría una prestación equivalente a la que hubiera recibido si se hubiera jubilado anticipadamente. En los planes de mayor generosidad, el empleado incapacitado que cumpliera los requisitos de edad, servicios y grado de incapacidad, podría recibir unas prestaciones vitalicias iguales a la pensión a que hubiera tenido derecho caso de haber continuado en el empleo hasta la edad normal de jubilación, con el mismo salario que el percibido al tiempo de la incapacidad.

El beneficio por fallecimiento también es bastante usual en la actualidad, con prestaciones más generosas y con métodos diversos de pago. La forma tradicional del beneficio por muerte antes de la jubilación era la devolución de sus contribuciones al plan, con abono de los intereses. Si el empleado moría en servicio activo, el beneficiario percibía el beneficio de un plan separado de seguro colectivo de vida. Si se producía la jubilación, el empleado superviviente podía escoger la continuación del plan, con el fin de garantizar unos ingresos vitalicios mediante la aceptación de un pensión reducida, sobre una base conjunta y de supervivencia con su cónyuge.

El paso del tiempo sacaba a relucir un cierto tipo de deficiencias en el plan de pensiones. El empresario se tropezaba con casos de muerte poco antes de llegar a la jubilación, o poco después de la misma; el plan de pensiones normalmente no reconocía unos beneficios sustanciales por muerte antes de la jubilación, y las prestaciones del seguro colectivo de vida no eran suficientes

para facilitar a los supervivientes unos ingresos adecuados; era bastante común que el cónyuge quedara en delicada situación económica. Muchos empresarios, incitados a veces por la presión sindical, intentaron mejorar la situación modificando el plan con el fin de reconocer unos beneficios al familiar del empleado que falleciera durante su servicio activo y dentro de los diez años precedentes a la fecha de su jubilación normal. El beneficiario podía ser el cónyuge o los hijos. Aunque quepa también la posibilidad de reconocer la pensión al cónyuge del empleado que fallezca después de la jubilación, ciertamente la mayor necesidad se presenta en el período anterior a la jubilación, ya que después de la misma siempre se puede optar por una solución satisfactoria. Cuando se trata de planes iniciados a partir de 1975, las prestaciones de renta han de tener lugar en forma conjunta y de supervivencia si el empleado está casado al menos desde un año antes de que la renta comience a ser pagada, o bien antes de la fecha del fallecimiento, si se produce después de haber llegado a la edad de jubilación anticipada. Sin embargo, el participante en el plan puede elegir no ser cubierto por el beneficio de supervivencia. Con el fin de no infringir las normas de la Ley de Derechos Civiles de 1964, los beneficios deben reconocerse al cónyuge en general, y no sólo a la viuda.

El beneficio de supervivencia se presta con la compra al fondo de una renta bajo un contrato de administración de depósito (10), o bien mediante la compra de un contrato separado del que reconoce las prestaciones de jubilación. Las prestaciones complementarias por fallecimiento, cuando son de cuantía importante, pueden estar sujetas a grandes variaciones de costo si no se acude a una solución especial de seguro. Las compañías están desarrollando una gran variedad de soluciones al problema de la financiación de estos beneficios. Cualquiera que sea el método de financiación, la cuantía de la pensión que vaya a percibir el cónyuge supérstite, ha de ser objeto de cuidadosa consideración por parte del empresario.

El importe de la pensión del cónyuge puede estar en relación con la fórmula aplicada a la determinación de las prestaciones por jubilación. Hay quien sugiere que la fórmula sea escogida

(10) Ver, más adelante, «Contratos de administración de depósitos».

de modo que el cónyuge supérstite del empleado que fallezca un día antes de jubilarse reciba prácticamente la misma pensión que si el empleado se hubiera jubilado en base al plan y muriera con la opción conjunta y de supervivencia. De esta forma los cónyuges, en el caso del beneficio de supervivencia, recibirían un trato equitativo, cualquiera que sea el momento del fallecimiento del empleado.

Para la elección de la fórmula caben dos enfoques distintos: 1) relacionar la cuantía de la pensión del cónyuge con la pensión final (o esperada) que el empleado hubiera percibido caso de haber seguido en el plan hasta la edad normal de jubilación; 2) relacionarla con los créditos de pensión devengados hasta la fecha del fallecimiento. Son muchas las variaciones que se han aplicado a estos dos puntos de vista; en teoría, la fórmula debería reconocer unas pensiones adecuadas a las edades más jóvenes, proporcionándolas al valor de la renta del empleado que sea reconocida a su jubilación normal.

Contribuciones del empleado.—Bajo el punto de vista de la fuente de financiación, los planes de pensiones pueden ser contributivos y no contributivos. En los primeros el empleado aporta una parte de los fondos precisos para la compra de sus beneficios, y el empresario se hace cargo de la otra parte; en el plan no contributivo, el empresario aporta los fondos del programa él sólo. Aunque la proporción de los planes contributivos, en relación con los que no lo son, no se haya mantenido a un nivel constante, se puede afirmar que la mayoría de los planes que no sean consecuencia de convenio colectivo tienen una base contributiva; en muchos casos, estas contribuciones permiten la implantación de un plan que se haría imposible caso de tener que recaer exclusivamente sobre los hombros del empresario. En otros casos las contribuciones del empleado sirven para ampliar los beneficios reconocidos. Hay que tener en cuenta, asimismo, el hecho de que el empleado sienta un aprecio mayor por el plan cuando hace frente a una parte de su coste.

Casi todos los empleados están cubiertos por planes no contributivos, y la tendencia actual de los planes industriales de pensiones es la de continuar con estos tipos de programas. En una línea teórica, el plan no contributivo se basa en el concepto de la

remuneración diferida (11). Si las pensiones de jubilación pueden ser consideradas como sueldos diferidos queda dentro de la lógica que sea el empresario quien cargue con el coste total. Por el contrario, si no se consideran como tales, no cabe explicación para la financiación unilateral. Pero, dejando a un lado los aspectos teóricos de la cuestión, son muchos los argumentos en favor de una financiación no contributiva. Por ejemplo, se dice que los planes no contributivos permiten una mayor eficacia administrativa y flexibilidad en su financiación; hay, sin embargo, una razón de mayor peso: el hecho de que las contribuciones del empresario hacia un plan cualificado de pensiones, son deducibles a los efectos del impuesto. De otro lado, las contribuciones del empleado hacia su propia jubilación han de proceder de ingresos ya liquidados del impuesto sobre la renta (excepto en la medida en que estas contribuciones sean aplicables a la deduc ción limitada de ahorros hacia la jubilación, de la Sección 219 del Código Tributario).

Titularidad. — Es un principio admitido en el campo de la planificación de las pensiones que el empleado tiene derecho a recuperar sus contribuciones, con o sin intereses, cuando cesa en el puesto de trabajo. La «titularidad» hace referencia ahora al interés que el empleado pueda tener en las contribucines del empresario. Los derechos del empleado que cesa sobre las contribuciones del empresario dependen de las cláusulas sobre su titularidad, caso de existir, que se hagan constar en el convenio sobre el plan de pensiones. Recientemente, el término «pensiones transferibles» introducido por ciertos autores, da a entender que los beneficios deben seguir al empleado, para ser incluidos en un nuevo plan, o bien para ser transferidos a una cámara central de compensación de pensiones. Estas pensiones transferibles, al menos en cierta medida, se han hecho realidad con la puesta en vigor de ERISA, en base a la cual el sujeto puede evitar la fiscalidad aplicable a una distribución de dinero o de propiedad procedente de una cuenta individual de jubilación o de un plan cualificado, mediante la reinversión del dinero o de la propiedad recibidos, dentro de un plazo de sesenta días, en otro plan individual cualificado de jubilación, en su propio beneficio (12). Para que la reinversión se aproveche de esta ventaja, la contribución procedente de la distribución de un plan cualificado ha de ser disminuida en aquella parte de la distribución que sea atribuible a las contribuciones del empresario, ya que todas las cantidades de una cuenta individual de jubilación han de partir de una base cero. Las cantidades procedentes de una cuenta no cualificada, y las contribuciones en exceso a una cuenta individual de jubilación, no pueden ser traspasadas a una cuenta individual de jubilación. Además, el interesado sólo puede traspasar cantidades de una cuenta individual a otra una vez cada tres años, aunque ciertamente sí pueda hacerlo de un plan cualificado a una cuenta individual dentro del mismo plazo.

Las cláusulas de la titularidad de los planes de pensiones pueden clasificarse en base a cuatro criterios distintos: el *tiempo*, la *cantidad*, la *forma*, y el *tipo* de titularidad (13). Bajo el aspecto del *tiempo* las contribuciones del empresario pueden pasar de inmediato a la titularidad del empleado, o como es más usual la titularidad queda diferida hasta que se cumplan ciertos requisitos de edad y de tiempo de servicio. Bajo el punto de vista de la *cantidad*, las contribuciones del empresario pueden pasar a la titularidad del empleado solamente en parte; cabe una cláusula de titularidad gradual, por la que el porcentaje de la misma aumenta con los años de servicio, hasta llegar al 100 por 100; en realidad se trata de una combinación de los criterios de tiempo y de cantidad. Según la *forma*, al empleado se le puede permitir el derecho a las contribuciones del empresario de modos distintos: al contado, condicionado a una renta diferida totalmente pagada sin valor residual en caso de muerte antes de la edad de jubilación, etc., Como se ha dicho, los planes iniciados a partir de 1975 han de reconocer prestaciones de renta a los participantes, y a su elección, bajo la forma de una renta cualificada conjunta y de supervivencia. De acuerdo con el texto legal, la titularidad completa de los beneficios normales de jubilación ha de ser reconocida al momento en que el interesado cumpla la edad normal de jubilación. Aparte de los derechos a las presta-

(11) McGILL: *Fundamentals*, págs. 19-21.

(12) Código de Rentas Internas, Sección 408(d)(3).
(13) *Ibidem*, págs. 130-134.

ciones derivadas de las contribuciones del participante, el plan ha de reconocer el derecho a los beneficios devengados, de conformidad con alguna de las siguientes alternativas: 1) la plena titularidad a los diez años de servicios, sin titularidad gradual durante el transcurso del plazo; 2) la plena titularidad sobre una base prorrata después de quince años de servicios; 3) la plena titularidad de acuerdo con la «Regla de los 45». Según esta regla, el empleado que haya cumplido los cinco años completos de servicios, ha de tener la titularidad y un derecho irrenunciable al menos sobre el 50 por 100 de los beneficios devengados bajo el plan, una vez que la suma de su edad y de los años de servicio llegue a 45. Por cada año más se le reconocerá la titularidad de un 10 por 100 adicional del beneficio devengado. Según la Regla de los 45, se exige un titularidad alternativa del 50 por 100 después de diez años de servicio, con un 10 por 100 adicional por cada año más.

El criterio definitivo de la distinción es el de si la titularidad es *definitiva* o *condicionada*. En el plan se pueden imponer ciertas condiciones, por las que el individuo puede perder sus derechos sobre las contribuciones del empresario. Por ejemplo, el derecho del empleado a las contribuciones del empresario puede estar sometido a la condición de que no interrumpa sus aportaciones en metálico. Lo más usual es que la titularidad se base en los años de servicio, o en una combinación de servicio y edad; la norma general es que el derecho reconocido al empleado no pueda ser objeto de pérdida, ni pueda suspenderse el pago de las prestaciones, excepto en el caso de: 1) muerte del empleado, cuando no hay reconocida una renta de supervivencia; 2) que el empleado vuelva a ocupar un puesto de trabajo después de haberse jubilado; 3) algunas modificaciones retroactivas del plan; 4) que el empleado deje de hacer determinadas contribuciones obligatorias.

METODOS DE FINANCIACION

El proceso de financiación

Una vez los rasgos esenciales del plan de pensiones han sido fijados, habrá que dedicar la atención a las diversas técnicas se-

guidas para medir los devengos de costes y de obligaciones del plan. A estas técnica se las conoce como *métodos actuariales del coste*. El método actuarial es «una técnica particular para la determinación del importe y de la incidencia del coste anual devengado por las prestaciones del plan de pensiones, esto es, de los beneficios y de los gastos, así como de las responsabilidades actuariales correspondientes» (14). Los negocios jurídicos, como son los contratos de pensiones emitidos por las aseguradoras, en base a los cuales operan los sistemas actuariales del coste, son denominados *medios* o *vehículos de financiación*. Muchos contratos de pensiones emitidos por las compañías de seguros incluyen tanto el *método actuarial del coste* como el *plan* de pensiones, aunque entre estos conceptos exista una diferenciación técnica. Un determinado plan de pensiones puede tener un documento relativo al plan, y otro independiente para el funcionamiento del método de financiación que hace una simple referencia al plan. Si se cuenta con dos documentos separados, cabe la posibilidad de la modificación del plan sin alterar el método de financiación aplicado. La esencia del proceso de financiación es la acumulación de activo para compensar las obligaciones derivadas del plan de pensiones, estimadas de acuerdo con el método actuarial seguido. El término «financiación anticipada» puede ser aplicado a cualquier sistema de acumulación de activos, con anterioridad a la fecha de la jubilación, para hacer frente al pago de las prestaciones. El *sistema terminal de financiación* propugna que no pueden acumularse fondos (formalmente) mientras el empleado no se haya jubilado, en cuyo momento se deposita de una vez la suma necesaria para realizar las prestaciones de jubilación (15). Esto es, no puede existir una acumulación formal de los fondos precisos a la jubilación para comprar los beneficios acreditables al empleado que se jubila. Estos planes, en una línea práctica, han sido eliminados por las normas standard de financiación recogidas en el Título I de la Ley ERISA.

---

(14) Definición adoptada por el Comité sobre Terminología en materia de Pensiones y Distribución de beneficios de la Comisión sobre Terminología de Seguros.

(15) Esta suma única puede aplicarse a comprar una renta inmediata de acuerdo con un contrato de pensión asegurada o mediante la transferencia a una empresa fiduciaria de la suma principal, estimada actuarialmente que sea suficiente para las prestaciones prometidas.

Antes de la promulgación de esta ley eran muy poco los planes que funcionaban sobre la base del pago sobre la marcha (16). Según este método, denominado de desembolso, las prestaciones de jubilación se pagaban como si se tratara de una «nómina complementaria»; los pagos procedían de los ingresos corrientes de las operaciones, y se imputaban al coste de las mismas. No se colocaba aparte un fondo para el pago de las obligaciones de pensiones; este sistema proporciona a los empleados un mínimo de seguridad, ya que ni el empleado activo ni el jubilado disponían de un fondo separado ni de la garantía de un tercero para dar satisfacción a sus pretensiones de pensión (17). La financiación anticipada era la técnica convencional seguida hasta hoy con los planes de pensiones; los diversos patrones de financiación anticipada pueden clasificarse en: 1) de prestaciones devengadas; 2) de métodos del coste de los beneficios proyectados (18). Aunque las prestaciones de jubilación puedan ser financiadas de diversas maneras, lo más lógico es que una determinada de ellas sea la más apropiada al caso, en función de la fórmula de las prestaciones y de las demás características del plan.

Método del coste actuarial de las prestaciones devengadas.— Este método de financiación, denominado también de «prima única», implica la colocación de una suma de dinero precisa para la financiación íntegra de una unidad de beneficio. En la práctica, esta unidad de beneficio está casi siempre en relación con los años de servicio, o sea, es el beneficio devengado por cada año de servicio. Por tanto, si el empleado de 30 años de edad ha de ganar unos beneficios anuales al llegar a los 65 años de $ 35, habrá que colocar fondos en forma de renta totalmente pagada, por el importe citado. En consecuencia, el empleado dispondrá de una renta totalmente pagada por el importe en cuestión para cada año, a un coste creciente por dólar de beneficio, en razón

(16) De acuerdo con *Opinión 8*, publicada en 1966 por la Junta de Principios Contables del Instituto Norteamericano de Censores Jurados de Cuentas, ni la financiación sobre la marcha ni la terminal, se aceptan como principios de contabilidad, para el coste de los planes de pensiones en los estados financieros.

(17) DAN M. MCGILL: «Public and Private Pension Plans», en *Pensions: Problems and Trends* (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1955), pág. 39.

(18) MCGILL: *Fundamentals*, págs. 347-62.

de la edad alcanzada al tiempo de la adquisición. Al llegar la jubilación, los ingresos del empleado serían el total de cada uno de estos incrementos anuales de beneficios, obtenidos gracias a una serie de rentas diferidas totalmente pagadas, establecidas a lo largo de los treinta años de participación en el plan.

El método de los beneficios devengados parte de la base de que el coste normal (19) del plan de pensiones en cada año en particular es exactamente igual al valor presente de los beneficios acreditados a los empleados participantes por los servicios prestados en ese año. Así, una política de financiación que se adapte a este método coloca los fondos de los beneficios futuros al tiempo en que son devengados. Los beneficios por los servicios del pasado se financian de acuerdo con el cuadro que haya adoptado el empresario, normalmente a lo largo de varios años (20).

Este método de financiación es el usado casi siempre que se trate de un contrato colectivo de rentas diferidas, pero también puede ser utilizado con otros tipos de planes.

Método del coste actuarial de los beneficios proyectados.— El segundo método es el denominado de los beneficios proyectados y puede ser aplicado a cualquier tipo de fórmula de prestaciones, aunque sea más adaptable al tipo de fórmula que reconozca unos beneficios combinados, en cuanto diferentes de la serie de beneficios-unidad.

1. *Métodos de coste uniforme individual.*—A diferencia del método de los beneficios devengados, el método uniforme individual, sin responsabilidades complementarias (véase más abajo), es aquél en base al cual el total de las prestaciones a ser pagadas al empleado es objeto de una estimación, y la suma precisa para el pago de tales beneficios se acumula gracias a cantidades uniformes contribuidas durante los años que queden de servicio.

La forma más usual es el método «de prima uniforme individual», utilizado en los contratos individuales y colectivos de se-

(19) El coste normal, según el método de coste actuarial, es aquél que sería imputable al ejercicio en curso de las operaciones de un plan si, desde la fecha más antigua de servicio reconocido, el plan hubiera estado en vigor, y se hubieran producido los costes de acuerdo con ese método particular de costes actuariales. Ver *ibidem*, págs. 332-333.

(20) Ver *ibidem*, págs. 332-36.

guro permanente. Este método de financiación proporciona una suma totalmente adecuada para hacer frente a las prestaciones pagaderas al empleado, siempre que su nivel de remuneración permaneciera inalterable hasta llegar a la edad normal de jubilación. La prima, como es lógico, está en función de la edad del empleado al ingresar en el plan. Si el nivel de remuneración y los beneficios aumentan, se efectúa un reajuste en el importe del seguro y la financiación del aumento de los beneficios se consigue mediante una prima uniforme, separada y adicional, pagadera a partir de la fecha del aumento y en base a la edad alcanzada en ese instante. Los contratos así financiados se emiten por unos importes que puedan proporcionar prestaciones durante todo el tiempo de servicios acreditados, por lo que no se hace distinción alguna entre los costes de servicios pasados y corrientes, o sea, la responsabilidad complementaria por los servicios del pasado no son determinadas ni tratadas separadamente.

El método del coste uniforme individual con responsabilidades complementarias (la determinación separada de las responsabilidades por los servicios del pasado) constituye el sistema de financiación de casi todos los planes de fondos fiduciarios y de los contratos de administración de depósitos. La idea perseguida es la de que los beneficios se financian sobre la base de una cantidad uniforme a lo largo de la vida laboral activa del empleado. Las responsabilidades complementarias por beneficios relativos a servicios del pasado es objeto de un cálculo separado. Pueden ser consideradas como un valor acumulado, con los beneficios de intereses y de la supervivencia en el servicio, de las contribuciones al coste normal que se presuma fueron realizadas en favor de todos los participantes con servicios pasados acreditados. El método se denomina generalmente como «de entrada a la edad normal»; este método de financiación permite una política flexible en cuanto a la financiación de los servicios del pasado o de la denominada responsabilidad complementaria.

2. *Métodos de coste uniforme acumulado.*—Estos métodos son similares a los anteriores, con la excepción de que el cálculo de los costes y de las contribuciones se efectúa sobre una base colectiva, y no individual. Al igual que sucede en el método uniforme individual, los devengos anuales de costes pueden ser determinados con o sin las responsabilidades complementarias.

En el método sin las responsabilidades complementarias el coste total para el empresario de todos los beneficios futuros de los empleados presentes, menos los fondos que el empresario tenga a la mano, se expresan en un porcentaje uniforme de las nóminas futuras de los empleados presentes. Cada año este porcentaje «uniforme» es objeto de un nuevo cálculo, para tener en cuenta los empleados de nueva contratación. El cálculo real se efectúa con la división del valor presente de la remuneración futura de los empleados que entren en los cálculos de la financiación, o valor presente de una parte correspondiente, por el valor presente del importe estimado de los beneficios, hecha deducción de los fondos que el empresario tenga a la mano. Así se obtiene lo que normalmente se conoce como índice de devengo o ratio del coste acumulado. La prima anual se calcula con la multiplicación de la remuneración, o de la parte correspondiente, pagada durante el año a los empleados que hayan entrado en los cálculos de la financiación, por el índice de devengo. Con independencia de ello, el actuario puede crear una responsabilidad complementaria con el fin de procurar una mayor flexibilidad a la financiación.

Los métodos de costes acumulados se utilizan preferentemente en planes fideicomisarios (no asegurados) pero también pueden adaptarse a los contratos colectivos de administración de depósitos y a los garantizados con participación inmediata.

Requisitos de la financiación. — La ley ERISA impuso ciertos requisitos de financiación, normalmente limitados a los planes de pensiones, entre los que se incluyen los planes de compras monetarias. Los planes con participación en los beneficios y los de acciones no están sometidos a estos requisitos. En relación con los planes de compras monetarias, al empresario se le exige que contribuya de acuerdo con la fórmula del plan. Las contribuciones exigidas por los planes de prestaciones definidas son más complicadas y en esencia requieren una financiación suficiente para la amortización de los costes por los servicios del pasado y por las pérdidas experimentadas. Antes de la entrada en vigor de la ley ERISA, al empresario se le exigía solamente que hiciera una contribución suficiente para pagar las responsabilidades por los servicios normales, además de los intereses por las responsa-

bilidades de los servicios del pasado. Si no es posible elegir como solución de alternativa la cuenta mínima de financiación, los planes han de satisfacer los requisitos de la cuenta standard mínima, que exige que las responsabilidades no financiadas por los servicios del pasado a la fecha de entrada en vigor del plan serán amortizadas a lo largo de un período de cuarenta años en cuanto a los planes existentes al 1 de enero de 1974, y de treinta años en cuanto a los que no estuvieran en existencia a tal fecha. Además, los incrementos en las responsabilidades no financiadas por los servicios del pasado derivados de las modificaciones al plan, y los cambios en las responsabilidades debidos a una modificación de los presupuestos actuariales, serán amortizados en un período de treinta años, mientras que las ganancias y las pérdidas experimentadas lo serán en quince años. A pesar de estas normas, la contribución exigida al empresario queda limitada a la suma necesaria para que el plan esté totalmente financiado, esto es, a la contribución necesaria para que el valor del activo del plan sea igual a las responsabilidades devengadas por el mismo, calculadas sobre la marcha. Para los planes que sigan un método de financiación que exija contribuciones anuales no inferiores al método de coste normal según la edad de ingreso puede haber un método distinto de financiación.

Si el empresario no satisface los requisitos mínimos de financiación, se le exige un impuesto no deducible del 5 por 100, calculado con base anual sobre la cantidad que falte. De otro lado, si esta falta no se subsana dentro de los noventa días prorrogables, a partir de la expedición por correo de la notificación de la deficiencia, se podrá imponer un impuesto adicional equivalente al 100 por 100 de la cantidad que falte. En casos especiales, el secretario del Tesoro podrá eximir de estos requisitos, pero las sumas que dejen de exigirse habrán de ser amortizadas dentro de un plazo que no puede exceder de los quince años.

Costes de las pensiones

La financiación anticipada implica la asignación de fondos separados para el pago de las prestaciones, con anterioridad a la fecha en que sean exigibles. Por esta razón, el coste de los beneficios ha de ser calculado anticipadamente, años antes. Al estimar el coste de las pensiones habrá que tomar en cuenta algunos factores, entre los que podemos citar: 1) mortalidad; 2) intereses; 3) gastos de las operaciones; 4) cifra de negocio; 5) edad de jubilación; y 6) cambios de la remuneración. Conviene observar que estos factores pueden variar considerablemente con el transcurso del tiempo, por lo que el empleo de la palabra *estimación* es más que apropiado. El coste definitivo de un plan de pensiones es igual a las prestaciones pagadas incrementadas con los costes de las operaciones, menos las ganancias (incluyendo plusvalías y minusvalías) de los fondos apartados para el pago de las prestaciones (21). Sin embargo, éste no es el coste verdadero para el empresario; para conseguir el coste verdadero del plan, el coste o desembolso neto financiero tendrá que ser reajustado en función de factores como la disminución de la rotación del personal, la jubilación de los empleados ineficaces, la mejora de la moral laboral, etc. Como estos factores son de difícil valoración, el coste neto financiero está entendido como coste del plan. Hay que recordar que un plan de pensiones constituye una operación a largo plazo, por lo que sus costes finales no pueden ser determinados anticipadamente con exactitud. Lo mismo se puede afirmar del plan asegurado de pensiones, ya que los contratos están basados en la experiencia (22) y la del propio empresario tendrá un efecto notable en el nivel de los dividendos o en los créditos en razón de la experiencia.

Vehículos de financiación

Por regla general, para la financiación de los planes de pensiones existen tres medios: 1) plan íntegramente asegurado; 2) plan no asegurado; y 3) plan de fondo dividido. Los planes no asegurados son conocidos como «auto-administrados» o «fidu-

(21) Algunos autores son partidarios de incluir un concepto relativo a la «fusión de ganancias y pérdidas», derivado del hecho de que los resultados de inversión y mortalidad con arreglo a los planes asegurados y a algunos no asegurados, entrañan cierto promedio de resultados.

(22) Los planes en que se emplean contratos individuales de seguro de vida con arreglo a una pensión fiduciaria, no se basan en la experiencia, sino que reciben el mismo tratamiento que otras pólizas de seguro de vida individuales. Ver más adelante «Contratos de renta vitalicia con prima uniforme».

ciarios». El fideicomiso es siempre un plan no asegurado, con un fiduciario responsable de la inversión y de la gestión de los fondos acumulados por el plan. Por otro lado, cuando el medio de financiación consiste en pólizas de seguro independientes sobre las vidas de los individuos participantes, los planes son denominados «fideicomisos de pensiones». Para evitar la confusión terminológica, seguiremos la distinción original de planes «asegurados» y «no asegurados».

El plan no asegurado implica normalmente la creación de un fideicomiso en favor de los empleados. Se contrata a un actuario para que calcule las sumas que hayan de ser depositadas, y un banco, que interviene como fiduciario, invierte los fondos depositados; cuando el empleado se jubila, el banco paga un cheque mensual, siguiendo las instrucciones del empresario. Tanto éste como el empleado asumen los riesgos de inversión, mortalidad y gastos; el actuario consultado no asume ninguna responsabilidad por los resultados de inversión y de mortalidad, pero usualmente se ajusta a los presupuestos de la estimación de los costes de las pensiones. Tampoco el banco asume responsabilidad alguna, a excepción de la inversión del dinero de acuerdo con la ley y con su sano criterio, o bien siguiendo las instrucciones del empresario. El empresario, en cierto sentido, es asegurador de sí mismo; sin embargo, conviene hacer notar que bajo un plan no asegurado el empresario, y en el supuesto de su insolvencia el propio empleado, asumen los riesgos que en el plan asegurado corren de cuenta de la compañía de seguros. Las cláusulas del plan generalmente limitan la responsabilidad del empresario al importe del dinero que se encuentre depositado en el fondo; en otras palabras, es el empleado el que corre con gran parte del riesgo. No hay que olvidar que los riesgos son mayores en los grupos de empleados más jóvenes, y de relativa poca entidad cuando se trata de jubilados o de empleados próximos a la jubilación, ya que los activos normalmente están afectados sobre una base que da prioridad a los de mayor edad. Como el plan no asegurado implica un autoseguro, los principios que rigen el autoseguro implican que el riesgo será mínimo en el caso de empresas grandes (o de grupos de compañías), las cuales pueden lograr unos resultados predecibles y mantener los costes administrativos a un nivel razonable. No se olvide, tampoco, la protección adicional que

suponen los requisitos mínimos de la ley ERISA, de que nos hemos ocupado.

La solución fideicomisaria puede significar una ventaja para las firmas de mayores dimensiones, las cuales están en disposición de autoasegurar el riesgo de las pensiones. Entre las ventajas podemos citar: 1) economía de las operaciones; 2) mayor flexibilidad en la financiación y en el clausulado del plan; 3) posibilidad de unos mejores resultados en la inversión, a causa de la mayor libertad en las decisiones. Los planes fideicomisarios no están asegurados en el sentido de que a los individuos no se les da una garantía; sin embargo, no significa la inexistencia de servicios prestados por una aseguradora. Muchas de éstas han desarrollado unos contratos para su expedición al fideicomiso, en los que se permite la utilización de los servicios de inversión de la compañía aseguradora, y, si se desea, de los administrativos y actuariales, pero que no representan garantías irrevocables para los individuos. Aun cuando esos contratos no entren dentro de la definición tradicional de los planes de seguros para pensiones han resultado ser una fuente de negocios cada vez más importante para las compañías de seguros. Los sistemas de pensiones no asegurados merecen un tratamiento más amplio, pero a la vista de la índole del presente texto, el resto de la explicación se centrará principalmente sobre los planes de pensiones asegurados.

Un plan de fondo dividido es una combinación de un plan asegurado y de otro no asegurado, en el que una parte de las contribuciones se invierte en pólizas permanentes de seguro de vida quedando el resto del fondo en manos del fiduciario para que éste lo invierta a su discreción.

LIMITACIONES A LAS CONTRIBUCIONES Y A LAS PRESTACIONES

La promulgación de ERISA ha establecido ciertas limitaciones en las contribuciones a los planes cualificados y en las prestaciones que pueden estipularse en éstos. Por lo que respecta a los planes con prestaciones definidas, en los mismos deberá determinarse que la prestación anual no podrá sobrepasar la que

sea menor de estas dos cantidades, a saber: 1) 75.000 dólares, ó 2) el 100 por 100 de la remuneración media más alta del participante durante tres años consecutivos. No obstante estas limitaciones, ERISA permite unas prestaciones anuales de $ 10.000 a aquellos empleados que no hayan participado en un plan de contribuciones definidas. En el caso de que el participante tenga menos de diez años de servicio o se jubile antes de los 55 años, deberán hacerse reducciones en el importe de las contribuciones y prestaciones máximas permisibles con arreglo al plan. Sin embargo, las limitaciones en las contribuciones y en las prestaciones relativas a planes cualificados están sujetas a revisión para acomodarlas a los aumentos del coste de vida.

Por lo que respecta a los planes de contribuciones definidas, la adición anual a la cuenta de un participante no podrá exceder de la más baja de estas dos cantidades, a saber: 1) $ 25.000, ó 2) el 25 por 100 de la remuneración del participante en ese año. A efectos de esta limitación, en las adiciones anuales a la cuenta de un empleado se encuentran englobadas las contribuciones del empresario, las cantidades perdidas, y 1) las contribuciones del empleado por encima del 6 por 100 de su remuneración, ó 2) el 50 por 100 de las contribuciones del empleado, según cual de las dos sea inferior. En las adiciones anuales no se engloban, empero, las contribuciones traspasadas de otros planes cualificados o de cuentas de jubilación individuales. En el caso de que un empleado participe al mismo tiempo en un plan de contribuciones definidas y en otro de prestaciones definidas, ERISA fija unas reglas especiales relativas a la limitación de las contribuciones y de las prestaciones.

TRANSACCIONES PROHIBIDAS Y RESPONSABILIDAD FIDUCIARIA

ERISA establece ciertos impuestos sobre las transacciones prohibidas entre el fideicomiso y una persona inhabilitada. El tipo impositivo es inicialmente del 5 por 100 de la cuantía de la transacción y grava a la persona inhabilitada. Si ésta no subsana la transacción en el plazo establecido se produce un impuesto complementario del 100 por 100 de la cuantía de la misma.

ERISA exige asimismo que el fiduciario de un plan cumpla sus obligaciones en interés exclusivo de los participantes en el plan y de sus beneficiarios. Por lo que respecta a su conducta, el fiduciario debe conducirse según el criterio estricto por el que deba regirse toda persona prudente. Además, deberá responder de aquellas infracciones por parte de un cofiduciario en que 1) a sabiendas participe o encubra, 2) o que permita mediante el incumplimiento de sus propias obligaciones, o que 3) no trate de rectificar por medio de un esfuerzo razonable. ERISA también establece limitaciones en cuanto a 1) inversión de activos del fondo en valores o bienes raíces del empresario, 2) seguro de resolución del plan, y 3) requisitos de información, también se prevé la posibilidad de recurrir por vía judicial contra una decisión adversa del Servicio de Rentas Internas con respecto a la cualificación de un plan.

CONTRATOS DE PENSIONES ASEGURADAS

Las compañías de seguros de vida ofrecen una flexibilidad considerable para elaborar un vehículo de financiación que responde exactamente a las necesidades de cada empresario, por lo que resulta difícil describir de manera sencilla los posibles sistemas. En esta explicación se aplican varias denominaciones a los distintos tipos de acuerdos de seguro de pensiones, pero debe de quedar claro que los contratos son susceptibles de modificación para adaptarlos a necesidades concretas.

La actividad de una compañía de seguros de vida consiste en aceptar riesgos, por lo que está dispuesta a asegurar los inherentes a los planes de pensiones y a hacerlo de distintas formas, según los deseos del empresario. Algunos de los riesgos que se corren son los siguientes:

1. Pueden vivir hasta la edad de la jubilación, más personas de las previstas en las tablas de mortalidad supuesta.
2. Los que se jubilen, pueden vivir más tiempo del previsto en las tablas de mortalidad supuesta.
3. El tipo de interés conseguido por las inversiones, puede ser inferior al nivel previsto.

4. Puede haber fallidos en la cartera de inversiones, o puede ser necesario liquidar algunas de éstas con pérdida.
5. Los gastos de administración del plan pueden ser superiores a los previstos (23).

La compañía de seguros de vida se encuentra también en condiciones de prestar una amplia gama de servicios, muchos de los cuales pueden ser modificados para adaptarlos a los deseos del empresario. Una lista incompleta de tales servicios puede ser la siguiente:

1. Asesoramiento en cuanto a la concepción del plan.
2. Asesoramiento en cuanto a la obtención del máximo valor de las relaciones con los empleados.
3. Proporcionar el modelo de documento que puede utilizar el abogado.
4. Proporcionar información impresa para los empleados.
5. Determinar los pagos anuales para financiar el plan.
6. Analizar la suficiencia de los fondos acumulados para las prestaciones futuras.
8. Llevar un registro permanente de los créditos de las pensiones.
9. Calcular las prestaciones a los empleados.
10. Interpretar las cláusulas del plan.
11. Prestar servicios de indemnización a escala nacional.
12. Localizar a los empleados que hayan cesado en su trabajo.
13. Mantener a los empresarios al tanto de las corrientes actuales, que tienen repercusión sobre las pensiones.
14. Proporcionar información a los empleados en materia de impuesto sobre la renta.
15. Prestar diversos servicios actuariales.

En la medida en que la compañía de seguros de vida no asegura todos los riesgos o presta todos los servicios, existe la posibilidad de que el empleado no reciba el valor total de la pensión

(23) Debe señalarse que en un programa de prestaciones a los empleados bien concebido, en el que se establezcan las correspondientes a muerte, invalidez y jubilación, con valores razonablemente comparables, la experiencia actuarial no será significativamente diferente, si son más los empleados que quedan incapacitados, mueren, o viven más tiempo y se jubilan. Sin embargo, si se aísla una sola función, como la muerte, un índice superior o inferior al previsto, puede cambiar de manera significativa la experiencia con respecto a ese plan determinado. A medida que las empresas aseguradoras elaboran programas de prestaciones más afinados, el efecto del riesgo se volverá menos significativo.

con la que contaba, o, por lo demás, que el empresario se vea en la necesidad de aportar los fondos necesarios para financiar una prestación que ya lo hubiera sido presumiblemente por pagos anteriores.

Contrato de renta vitalicia con prima única

Es probable que la compañía de seguros cobre su máxima utilidad en la situación, por lo demás más bien desusada, en que el empresario determina la prestación que se deberá hacer de manera definitiva a cada uno de sus empleados y hace un *pago único* a una compañía de seguros para garantizar el abono de aquellas prestaciones cuando llegue su vencimiento. Este sistema se emplea a menudo para un grupo de empleados que ya se haya jubilado, pero no es nada corriente con respecto a los que permanecen en activo, excepto en el caso de que, por una razón o por otra, se dé por terminado un acuerdo fiduciario no asegurado y se utilicen los recursos del fideicomiso, siempre que sean suficientes, para comprar rentas vitalicias diferidas para los empleados acogidos al plan. El fideicomiso puede interrumpirse porque el negocio haya quebrado, porque los haya comprado otra persona o porque pase por dificultades financieras. Los contratos de seguro suscritos en estas circunstancias suelen denominarse ordinariamente *contratos de renta vitalicia colectiva con prima única*, y por lo general en ellos no se da la participación de sus futuros beneficios.

Contratos de renta vitalicia con prima uniforme

A veces el empresario hace una estimación de la pensión que corresponderá al empleado cuando llegue a su edad normal de jubilación, y se pide a la compañía de seguros que haga un presupuesto de *pago anual uniforme* por cada empleado para garantizar el pago del importe estimado de la pensión. La compañía de seguros garantiza el pago de la prestación por la cuantía indicada mediante el abono de la prima fijada todos los años hasta que se jubile el empleado. Habitualmente se suele revisar periódicamente la estimación del importe de la pensión, en la mayoría de los casos debido a los cambios en el nivel de la remuneración,

fijándose unidades complementarias de renta vitalicia que representen todo aumento en la estimación, o se cancelan partes de la cobertura (unidades de la renta vitalicia) si se comprueba que la estimación fue excesiva. En el caso de que el empleado cese en su trabajo antes de la fecha prevista para la jubilación, la compañía de seguros puede garantizar una renta vitalicia diferida liberada basada en el importe de las primas que se hayan satisfecho, según la cláusula de titularidad del plan. Puede concertarse un acuerdo de este tipo bien mediante pólizas independientes emitidas sobre las vidas de cada uno de los empleados, o bien según un contrato colectivo de renta vitalicia expedido al empresario con certificados de cobertura para los empleados. En cualquiera de los dos casos, es corriente revestir al acuerdo de algunas de las características del seguro de vida para el período previo a la jubilación. Cuando se emiten pólizas independientes sobre la vida de los empleados, suelen entregarse aquéllas a un fiduciario en cuyo poder quedan, y se denomina al acuerdo *fideicomiso de pensión con pólizas individuales.* Cuando se emplea un vehículo colectivo, cabe denominarlo *contrato colectivo permanente,* o *contrato de renta vitalicia colectiva con prima uniforme,* o *contrato de prima uniforme con garantías sobre la vida.* Con este sistema, la compañía de seguros asume todos los riesgos y presta todos los servicios que enumeramos anteriormente; y, en particular, garantiza una estructura de precios en relación con unas primas que tal vez no se perciban hasta veinte o treinta años después, en un momento en que las condiciones de inversión, los niveles de mortalidad y la cuantía de los gastos quizá sean muy diferentes de los existentes cuando se celebró el contrato.

Rentas vitalicias aplazadas con prima única

Una parte muy importante de las reservas de las pensiones ha sido la constituida de acuerdo con *contratos colectivos de renta vitalicia aplazada* o diferida, según los cuales se fracciona la pensión del empleado en porciones que se asocian con los años de trabajo. Así pues, por cada año de servicio el empleado podría tener derecho a una pensión anual a su jubilación del 2 por 100 de su sueldo anual, o a una cantidad fija, como por ejemplo $ 4

de renta mensual por cada año de servicio. Cada año, el empresario adquiere por una prima única una unidad de la renta aplazada, que será pagadera cuando el empleado llegue a la edad normal de jubilación. La pensión del empleado será la suma de las unidades que se hubieran adquirido para él. Una vez adquirida la renta vitalicia, la compañía de seguros asume todos los riesgos y proporciona todos los servicios enumerados anteriormente. Aunque el riesgo del asegurador con respecto a cualquier individuo puede prolongarse por cuarenta, cincuenta o sesenta años, con respecto a la prima que *haya rcibido,* aquél no ha garantizado el precio que va a cobrar por las unidades complementarias que *se vayan a adquirir* varios años después. Sin embargo, lo habitual es que la compañía de seguros garantiza la estructura de sus tarifas con respecto a los cinco primeros años del contrato.

Una característica básica de todos los acuerdos de seguro descritos anteriormente es la de que se puede decir a cada empleado con certeza que se ha adquirido o se está adquiriendo una prestación para él, y que el pago de la misma está garantizado por la compañía de seguros de vida. El empresario se encuentra en la posición segura de saber que no hace correr a la futura dirección con el riesgo de que resulte que no se haya dotado de fondos suficientes a las prestaciones prometidas, y de tener que compensar esa deficiencia o de hacer frente al descontento de los empleados al reducir las prestaciones prometidas.

Se caracteriza este sistema porque se reservan fondos para las pensiones de algunos empleados que no permanecerán con el empresario hasta haber satisfecho los requisitos de titularidad, y además, porque el empresario debe atender la obligación de cada año de pensión (basada en el servicio actual) en su totalidad. Por elio, muchos empresarios han manifestado su deseo de utilizar algún método que les permita una mayor latitud en la determinación de sus aportaciones anuales al fondo de pensiones, reduciéndolas para tener en cuenta la posibilidad de que algunos empleados no sigan a su servicio, y aumentándolas para prever futuros aumentos salariales. De estas necesidades ha nacido el contrato de administración de depósito, que es el sistema más popular de los utilizados por las compañías de seguros en la actualidad para los nuevos planes de pensiones.

Contratos de administración de depósitos

Según el *contrato de administración de depósitos* la compañía de seguros de vida carga con todos los riesgos y presta todos los servicios enumerados en un lugar anterior de este capítulo, pero *únicamente con respecto a los empleados que se hayan jubilado*. Con respecto a los que no hayan llegado todavía a la edad de la jubilación, la compañía de seguros de vida no garantiza directamente las contribuciones del empresario a los empleados, sino únicamente que se pagarán las pensiones en la medida en que se disponga de recursos en el momento de la jubilación. La compañía de seguros de vida o un actuario consultor, elabora una estimación para el empresario, del importe que habrá que reservar cada año, con el fin de adquirir una certidumbre razonable, de que se dispondrá de los recursos necesarios, para comprar rentas vitalicias para los empleados a medida que se vayan retirando. Esos recursos se ponen en manos de la compañía de seguros para su salvaguardia e inversión, con la garantía de la misma de que no habrá menoscabo del capital y de que por lo menos se devengará un interés mínimo estipulado. También garantiza que se utilizará una determinada estructura de precios para establecer las rentas vitalicias de los empleados a medida que se vayan retirando. Habitualmente, este conjunto de garantías es aplicable a todos los recursos acumulados durante los cinco primeros años del contrato, mientras los mismos permanezcan en poder de la compañía de seguros. Esta se reserva el derecho a establecer una nueva serie de garantías con respecto a los fondos recibidos en el sexto y subsiguientes años. La compañía de seguros no asume el riesgo del número de personas que permanecerán en la empresa hasta la jubilación, pero sí los demás indicados más arriba. También puede ocurrir que no preste todos los servicios de que se ha hecho mención, ya que la empresa o sus asesores pueden llevar un registro de empleados, determinar los importes que hay que asignar al plan, y valorar la suficiencia de los fondos para atender a las futuras jubilaciones.

Contrato de garantía de participación inmediata

Otro sistema es el denominado *contrato de garantía de participación inmediata* («inmediate participation guarantee contract» = IPG). A esta modalidad de contrato también se le denomina a veces de administración de pensión. Son similares a los contratos de administración de depósitos en que las contribuciones del empresario se colocan en un fondo no distribuido, y la compañía de seguros de vida garantiza el pago de las rentas vitalicias de los empleados jubilados en su totalidad. Difieren de esos contratos en la medida y en el momento en que la compañía de seguros asume los riesgos de mortalidad, inversión y gastos con respecto a las vidas de los jubilados. Cabe decir que en la vida del contrato IPG hay dos etapas. La primera, o etapa activa, se prolonga mientras el empresario hace las contribuciones suficientes para mantener el importe del fondo por encima del necesario para hacer frente al precio que cobra la compañía de seguros, por el pago de pensiones garantizadas a los empleados que se hayan jubilado. El contrato entra en su segunda etapa cuando el importe del fondo baja hasta el denominado nivel crítico.

En la etapa activa, se carga directamente al fondo del contrato la cuota de gastos de la compañía de seguros, y se le abona su participación en el rendimiento de la inversión (menos un pequeño cargo por riesgos). También se abonan o cargan directamente al fondo, las participaciones del contrato en los beneficios y pérdidas del capital de la compañía, y la diferencia entre la mortalidad real y supuesta, así como la inversión y la experiencia de gastos con respecto a los empleados jubilados. Si el empresario deja que el fondo descienda hasta el nivel crítico y el contrato entra en su segunda etapa, el importe de aquél se destina a la creación de rentas vitalicias plenamente garantizadas, dejando de existir en cuanto tal.

Según un contrato de IPG, mientras las contribuciones del empresario sean suficientes para mantenerlo en su fase activa, la compañía de seguros se encuentra exonerada de toda responsabilidad por los riesgos de inversión, mortalidad y gastos con respecto a todos los empleados, tanto en activo como jubilados. Pero al llegar el contrato a su segunda etapa será cuando tenga que asumirlos. Por supuesto, la compañía corre un riesgo considerable durante el período activo del contrato, ya que ha garantizado una estructura de precios a la que el empresario puede decidir acogerse de manera unilateral y en cualquier momento

si cree que la evolución futura probable de los riesgos de inversión, mortalidad y gastos, va a ser tal que le convenga desplazarlos sobre la compañía de seguros.

Cuentas separadas

De acuerdo con las recientes modificaciones legislativas, a las compañías de seguros se les ha autorizado para establecer cuentas separadas, aparte de los demás activos sociales y libres de las restricciones que pesan sobre aquéllas. La compañía de seguros emite contratos con arreglo a los cuales los resultados de las inversiones se abonan directamente a cada cuenta separada.

La forma más corriente de cuenta separada es aquella en que se ponen en común los recursos de muchos tenedores de contratos para su inversión en acciones ordinarias. Sin embargo, algunas compañías de seguros han establecido cuentas comunes para la inversión en obligaciones e hipotecas, y si el tenedor de un contrato importante no desea participar en una de esas cuentas comunes, puede pedir de la empresa aseguradora que le abra una especial para su uso exclusivo.

El destino más corriente de las cuentas separadas es la acumulación de los recursos de los empresarios para la provisión de las prestaciones a los empleados que no se hayan jubilado todavía. El uso de cuentas separadas para los fondos de los empleados es actualmente factible de acuerdo con el reglamento de la Comisión de Valores y Bolsa. Pueden incorporarse cláusulas para el empleo de cuentas separadas, tanto en los contratos de administración de depósitos, como en los de garantía de participación inmediata.

También pueden utilizarse las cuentas separadas para dotar prestaciones de renta vitalicia variable. Se suelen transformar en unidades los importes colocados en la cuenta y el importe de la prestación del empleado se mide por esas unidades. La cuantía de cada mensualidad de la renta vitalicia es igual al producto del número de unidades a que tiene derecho el empleado, multiplicado por el valor de cada unidad de valor para el mes (24).

(24) Ver el resumen de la evolución de cuentas separadas en *Institutional Investor Study Report of the Securities and Exchange Commission*, vol. 2, parte 2, 10 de marzo de 1971, House Document Number 92-64 (Washington, D.C., U. S. Government Printing Office, 1971), págs. 642-684.

Fondo dividido

Hay programas de pensiones en los que se combinan dos o más tipos de contratos, o en los que el empresario hace uso de un contrato de seguro en conjunción con un acuerdo fiduciario no asegurado. A esas variaciones se las denomina *contratos de fondo dividido*. Con frecuencia se recurre a un banco para que guarde e invierta una parte del dinero depositado en el fondo de vida activa, transfiriéndolo de aquél a la compañía de seguros para atender a las rentas vitalicias garantizadas a medida que se jubilan los empleados. Si la compañía de seguros no está en posesión del dinero con anterioridad a la jubilación y sólo lo recibe cuando los empleados se jubilan, para comprar las rentas vitalicias garantizadas, el sistema recibe el nombre de *contrato de fondo terminal*.

Contratos de reparto de beneficios

Los sistemas de *reparto de beneficios* presentan diversos problemas, puesto que no se suele conocer la cuantía de la renta vitalicia que se satisfará a la jubilación; lo que se conoce es la cuantía de los beneficios asignados a cada empleado por cada año. Esos importes se suelen manejar de manera muy similar a la que se usa con las contribuciones de los empleados, aunque el rendimiento, en caso de cese en el trabajo, dependerá de las cláusulas de titularidad. Las sumas de dinero disponibles cada año se utilizan como primas únicas para comprar las rentas vitalicias por la cuantía que pueda conseguirse según la estructura de precios garantizada por la compañía aseguradora.

Cuando los beneficios asignados a cada empleado se colocan en una cuenta individual para el mismo, con arreglo a un fideicomiso no asegurado, las cantidades que haya acumuladas en el momento de la jubilación, podrán destinarse a la compra de una renta vitalicia garantizada según un sistema análogo al del contrato de fondo terminal descrito en la sección precedente.

Los trabajadores autónomos y sus empleados

La Ley 87/792, sobre jubilación y tributación de los trabajadores autónomos de 1962 (a la que corrientemente se denomina

«H. R. 10» o «Keogh») entró en vigor para los ejercicios fiscales posteriores al 31 de diciembre de 1962. La finalidad primordial de dicha ley era permitir que los trabajadores autónomos quedaran cubiertos por planes cualificados y hacerles extensivos algunos de los beneficios fiscales de que gozan los empleados de empresas con arreglo a aquellos planes que reúnen los requisitos establecidos en el artículo 401 a) del Código de Rentas Internas. El plan deberá cubrir a todos los empleados a jornada completa del trabajador autónomo que lleven tres o más años de servicio. Con validez para los ejercicios fiscales posteriores al 31 de diciembre de 1967, se liberalizó la ley en varios aspectos para que la creación de planes conforme a la misma resultara lo suficientemente ventajosa para los autónomos. Debido a las disposiciones de la ley acerca de las contribuciones y deducciones máximas en favor de los trabajadores autónomos, la mayoría de esos planes son del tipo de contribución definida. Se emplean varios tipos de contratos de seguro como vehículo de financiación para las prestaciones concretadas en esos planes (25). A la luz de los límites cada vez más altos fijados a las contribuciones (liberalizados nuevamente en 1974), dichos planes deberían constituir un importante mercado de contratos de seguro en el futuro.

Empleados de organizaciones benéficas y de instituciones educativas públicas

Los empleados de una de las organizaciones benéficas descritas en el artículo 501 c) 3) del Código de Rentas Internas, que están exentas de impuestos según el artículo 501 a), y los empleados de las instituciones educativas públicas tienen derecho a un tratamiento fiscal especial, respecto del dinero destinado por su empresario para comprarles una renta vitalicia. Las leyes y reglamentos tributarios federales disponen que el empleado podrá convenir con su empresa que ésta le detraiga una parte de su sueldo, con el fin de utilizarla en un contrato de renta vitalicia para aquél. Al final, ese dinero tendrá que pagar impuestos, pero

(25) También pueden utilizarse otros tipos de medios de gestión de fondos, como fideicomisos exentos no asegurados, certificados por importe nominal, cuentas de custodia con un Banco, y planes de compra de obligaciones.

no hasta que sea recibido realmente, como los intereses acumulados, bien como capital efectivo o como pago de una renta. A este sistema se le suele denominar «rentas del 403 b)» (por el artículo correspondiente del Código de Rentas Internas), o «rentas con protección tributaria».

Las normas por la que se rige la cantidad máxima de dinero que se puede reservar cada año en nombre de un empleado son harto complejas; sin embargo, por lo general la contribución máxima pagadera en nombre de un empleado, es igual al 20 por 100 de su actual retribución total anual, multiplicado por el período total de trabajo con el empresario (expresado en años y fracciones), menos la suma de las contribuciones anteriores y algunas otras contribuciones de imposición diferida, hechas por el empresario en su favor. Se utilizan diversos tipos de contratos de seguro, individuales y colectivos, como vehículos de financiación de esas contribuciones, que han resultado ser una importante fuente de negocios para muchas empresas aseguradoras.

Contribuciones de los empleados

En la explicación anterior, poco ha sido lo que se ha dicho de las *contribuciones de los empleados* a los planes de pensiones. Cuando los empleados pagan una parte del coste del plan de pensiones, lo habitual es llevar un registro muy detallado y con frecuencia ese dinero se mantiene separado del aportado por el empresario. En todo caso, la compañía de seguros de vida garantiza que si un empleado cesa en el trabajo o fallece antes de la jubilación, tendrá derecho a la devolución, de por lo menos sus contribuciones con cierto tipo de interés mínimo. En los planes, con frecuencia se garantiza que si el empleado fallece una vez empezado el pago de la renta habrá una prestación por fallecimiento igual al exceso, si lo hubiere, de la que se hubiera satisfecho si ese fallecimiento se hubiera producido inmediatamente antes de la jubilación sobre la suma de los pagos de renta que ya se hayan efectuado.

36

Seguros industriales de vida y enfermedad

NATURALEZA

Los seguros industriales de vida y de enfermedad se concibieron inicialmente pensando en las familias de ingresos reducidos que no podían permitirse atender a los pagos de las primas inherentes a los seguros de vida y enfermedad ordinarios. Este ramo del seguro de vida representa una significativa proporción de los que existen en vigor en Estados Unidos, a pesar de que la prima media por póliza es pequeña, $ 550 (1). A fines de 1974 había 71 millones de pólizas de seguros industriales de vida, con cobertura superior a $ 39.400 millones (2). Esto representaba alrededor del 2,0 por 100 del importe total en vigor, estando representado el resto en un 50,8 por 100 por pólizas ordinarias, en un 41,7 por por 100 por pólizas colectivas, y en un 5,5 por 100 por seguros de crédito para caso de fallecimiento (3).

Debe señalarse, empero, que debido al mayor ritmo de crecimiento de los seguros ordinarios, colectivos y de crédito para caso de fallecimiento, así como a la nivelación de las compras de los industriales de vida, la posición relativa de estos últimos ha experimentado una constante disminución. El seguro industrial

(1) *Life Insurance Fact Book, 1975*, pág. 32.
(2) *Ibidem.*
(3) *Ibidem*, pág. 20.

de enfermedad ha representado siempre un porcentaje muy reducido del total de los seguros de enfermedad vigentes en Estados Unidos. El relativo declinar del seguro industrial se ha debido en parte a los avances económicos de los trabajadores norteamericanos, que necesitan y se pueden permitir una protección superior a la que suelen ofrecer las pólizas industriales. Otro factor importante ha sido la rápida expansión del seguro colectivo.

El seguro industrial está íntimamente ligado al sistema de cobro y adeudo, y a medida que han aumentado las necesidades de los asegurados, debido a una combinación de prosperidad e inflación, no ha cambiado la definición arbitraria de la expresión *seguro industrial de vida*. Así pues, en una proporción considerable, el declinar de la importancia relativa del seguro industrial de vida cabe achacarlo al aumento en las ventas de seguros ordinarios según el sistema de cobro y adeudo. Los tipos de seguro de vida ordinario que se manejan en el mercado según ese sistema son los denominados corrientemente seguro de vida *ordinario de adeudo mensual* y de *adeudo semanal*, constituyendo este último el producto más innovador.

DEFINICION Y FINALIDAD

Al seguro industrial de vida se le ha definido en la ley reguladora como «aquella forma del seguro de vida en cuyas pólizas figuran las palabras *Póliza industrial* dentro de la materia descriptiva; y a) según las cuales, las primas son pagaderas semanalmente, o b) según las cuales las primas son pagaderas mensualmente o con mayor frecuencia, pero sin llegar a la semanal, si el valor nominal del seguro garantizado en esa póliza es de $ 1.000 ó menos».

Muchos Estados no han limitado de ese modo el seguro industrial de vida y permiten, por ejemplo, que las empresas aseguradoras los emitan por importes más elevados, de hasta $ 5.000. Las limitaciones de gastos y otros factores de regulación han restringido la expedición de nuevos contratos industriales en Nueva York. Está claro que los seguros industriales de vida y de enfermedad se están adaptando a un mercado en continua evolución, y al leer la explicación que sigue no deberá nunca olvidarse ese hecho.

En el pasado, la finalidad primordial del seguro industrial de vida consistía en proporcionar a un amplio sector de nuestra población un método para adquirir los recursos necesarios para asegurarse un entierro digno y el pago de los gastos de asistencia médica durante la última enfermedad. Hoy en día, y en una medida limitada, el seguro industrial sirve también para reemplazar los ingresos para subvenir a los gastos de enseñanza y para otros muchos usos. Es ello un resultado natural del aumento gradual de los ingresos entre los grupos con rentas más bajas, que les ha permitido procurarse mejores programas de seguros. Además, el seguro industrial de vida, lo mismo que ocurre con el seguro ordinario de vida, constituye un poderoso factor de estímulo del ahorro, de modo que los planes de primas semanales o mensuales utilizados en el primero han sido un medio importante para inculcar unos hábitos de ahorro sistemático en un amplio sector de nuestra sociedad, que normalmente se encuentra en dificultades para hacer frente a las contingencias. El pago de las primas semanales o mensuales desarrolla un hábito de previsión que tiene efectos beneficiosos en otros campos. El seguro industrial presta además el servicio de familiarizar a las masas con las prestaciones del seguro, y a él se debe en gran parte el auge de otras modalidades. A medida que aumenta el nivel de ingresos del asalariado y éste conoce mejor los ventajosos efectos del seguro industrial, se encuentra en mejor situación para apreciar el valor de otras formas de seguro, y el valor de participar en un programa sólido.

El seguro industrial de enfermedad suele llevar consigo unas prestaciones mínimas ligadas con frecuencia a una póliza de seguro industrial de vida, y su cobertura puede tomar la forma de una renta semanal o de prestaciones hospitalarias y quirúrgicas.

Desarrollo

Los orígenes del seguro industrial de vida se remontan al año 1975, en que la *Prudential Insurance Company of América* emitió la primera póliza de esta clase. Para 1879, la *John Hancock Mutual Life Insurance Company* y la *Metropolitan Life*

Insurance Company ya habían iniciado también la venta de este tipo de seguro de vida. Desde aquella época muchas otras compañías han penetrado en este campo, pero las tres citadas suscribían, hasta fecha reciente, la gran mayoría del total de los seguros industriales de vida concertados. Sin embargo, su posición está experimentando una transformación radical. En 1940, esas tres empresas tenían en sus carteras aproximadamente el 79 por ciento de todos los seguros industriales en vigor en los Estados Unidos. Progresivamente, su posición relativa ha ido declinando hasta hoy, en que tienen menos del 30 por 100 del total (4). El desplazamiento del interés de esas tres aseguradoras del seguro industrial al ordinario queda más de relieve cuando se menciona el hecho de que las tres han dejado de emitir nuevas pólizas industriales. A medida que ha disminuido el interés de esas empresas por el seguro industrial, un gran número de compañías de seguros de vida por acciones han irrumpido con entusiasmo en este campo y hoy en día suscriben cerca del 90 por 100 de todas las nuevas pólizas industriales de vida que se emiten. Virtualmente todas estas compañías por acciones emiten pólizas sin participación, cuyas cláusulas y prácticas difieren en muchos aspectos de las de las tres grandes empresas de seguros industriales de vida (5). A esta evolución se le prestará la atención oportuna en el curso del análisis del seguro industrial de vida que se realizará seguidamente.

Entre otros factores que también han influido sobre la cantidad de nuevos seguros industriales de vida que se celebran, cabe citar el rápido crecimiento de los seguros colectivos, las prestaciones de supervivencia de la Seguridad Social y los progresos económicos de los trabajadores norteamericanos; merced al efecto conjugado de ellos el mercado del seguro industrial ha mermado considerablemente.

El seguro industrial de enfermedad se desarrolló a partir de dos fuentes. Una fue la *Sociedad Amistosa* inglesa y las asociaciones de socorros mutuos de nuestro primeros grupos de inmigrantes. La otra fue la expansión de algunas de las grandes empresas de seguros industriales de vida hacia el campo del seguro de enfermedad en la primera parte del presente siglo. Unas cuantas de las más pequeñas empresas de seguros industriales iniciaron sus actividades en el campo del de enfermedad para ampliar posteriormente sus actividades al de vida.

(4) 1945, el 71 por 100; 1950, el 63 por 100; 1955, el 53,6 por 100; 1960, el 44,7 por 100; 1965, el 30,8 por 100.

(5) Virtualmente, todas las compañías que suscriben un volumen importante de seguros industriales de vida contratan también seguros ordinarios. Los agentes industriales hacen las dos formas de seguros y por eso se les suele denominar agentes de combinación. También es corriente llamar a esas compañías de combinación.

Comparación con otras formas del seguro de vida y de enfermedad

Aun cuando los seguros industriales de vida y de enfermedad constituyen una versión modificada de los ordinarios del mismo ramo con prima uniforme, y los suscriben empresas que también conciertan seguros ordinarios de vida e individuales de enfermedad, poseen ciertas características fundamentales que los distinguen de todos los demás seguros. Tal vez las dos características más distintivas sean: 1) frecuencia de los pagos de las primas, 2)) cobro de las primas por el agente sobre el terreno y 3) unidades relativamente pequeñas de seguro que se ponen en juego.

Frecuencia del pago de primas.—Las primas de los seguros industriales se pagan semanal o mensualmente, mientras que en los ordinarios esos pagos suelen ser anuales, semestrales, trimestrales o mensuales. Esta es una de las diferencias más notables, ya que la viabilidad del seguro industrial depende de este método particular de pago, al que debe adaptarse el sistema de agencia de la compañía. La experiencia ha demostrado la necesidad de unos cobros de primas sumamente frecuentes si se quiere diseminar el seguro de vida y de enfermedad entre una porción considerable de los grupos con rentas más bajas. Debe señalarse, no obstante, que se registra una tendencia a apartarse del pago semanal y a preferir el mensual, lo que refleja la mejora en la situación económica de los sectores con rentas más bajas.

Cobro de primas.—Las primas del seguro industrial, en vez de cobrarse en las oficinas de la compañía, como suele ocurrir en los seguros ordinarios de vida e individuales de enfermedad, las cobran en la gran mayoría de los casos los agentes de las com-

pañías en el domicilio de los asegurados. Esta característica es muy significativa, ya que explica en gran parte el aumento del coste de este tipo de seguro. Debe reconocerse que, a no ser por el contacto frecuente y regular entre el agente industrial y sus asegurados, muchos de éstos tendrían poca o ninguna protección del seguro.

Unidades de seguro relativamente pequeñas.—Hasta hace pocos años el seguro industrial de vida se suscribía no sobre la base de un «importe nominal» sino en función de una unidad de prima; es decir, el importe del seguro se ajustaba a la unidad de prima. Así, por ejemplo, una persona compraba una póliza de cinco, diez o quince centavos y el importe del seguro que se obtenía con esa prima semanal variaba según la edad y el sexo al formalizar la inscripción y solían representar importes poco elevados. Esto era esencial cuando se empleaban los sistemas de contabilidad manual. En años recientes, empero, con el advenimiento de la mecanización contable se ha hecho posible manejar el seguro industrial de vida del mismo modo que el ordinario a pesar de los importes y primas tan reducidas con que se opera. Aunque todavía se suscriben algunas pólizas en las que la prima sirve de unidad, cada vez es mayor el número de empresas que utilizan los importes nominales como la unidad de compra del seguro industrial de vida.

Las pólizas industriales de enfermedad se suscriben sobre la base de prestaciones por semana de incapacidad debida a enfermedad o a accidente, por una suma fija por día de internamiento en un hospital y por importes previstos para operaciones quirúrgicas, que no suelen sobrepasar los $ 150.

Los seguros industriales se suscriben cada vez más con arreglo a una prima mensual. Esta modalidad de prima mensual (con importes que oscilan de $ 250 a $ 5.000 para la cobertura de vida) reúne algunas de las características del seguro industrial y del seguro ordinario (6). Como se expondrá más adelante, a medida que aumenta el importe de la póliza y el de la prima, las cláusulas de la póliza industrial se aproximan más a las del contrato ordinario y la póliza de enfermedad individual.

(6) Cuando la legislación del Estado limita el seguro industrial de vida a $ 1.000, las operaciones se suscriben como «intermedias» u «ordinarias con adeudo mensual».

El importe relativamente pequeño de la póliza tiene otros efectos. Por ejemplo, virtualmente todos los seguros industriales se venden sin reconocimiento médico. Sencillamente, no sería de buena economía sufragar el coste del examen médico cuando la prima total es muy reducida (7). A medida que aumenta el importe de las mayores pólizas industriales, el examen previo a la suscripción se vuelve más detallado y significativo. Y de manera similar, y puesto que la antiselección es menos probable, las restricciones de la póliza en cuanto al suicidio, los riesgos de aviación o los de guerra no son tan necesarias. En realidad, toda la operación se encuentra en consonancia con la reducida cuantía media de las pólizas. Esto es algo esencial para mantener el factor de gastos en una relación razonable con la protección dispensada.

Otras características

Otra característica insólita del seguro industrial de vida y de enfermedad consiste en que, al contrario de lo que ocurre en el seguro ordinario de vida y en el individual de enfermedad, la edad de aseguramiento suele determinarse sobre la base del *siguiente* cumpleaños en vez del *más próximo* (8).

Al seguro industrial se le denomina a veces «seguro familiar» (9), ya que comprende a todos los miembros de la familia desde su nacimiento hasta los 70 u 80 años. Durante muchos años, sólo se podían concertar seguros sobre niños pequeños al amparo de pólizas industriales. Anteriormente, en algunos no se podían contratar seguros sobre la vida de niños que tuvieran menos de un año, pero ya se han suprimido esas limitaciones. Hoy en día, se pueden celebrar seguros en todos los Estados sobre la vida de los niños desde el día de su nacimiento.

(7) Sin embargo, por lo general los aseguradores se reservan el derecho a exigir un reconocimiento médico en determinadas circunstancias.

(8) Existe una reciente tendencia hacia el empleo del *último* cumpleaños como base para la determinación de la edad del seguro a efectos de contratos ordinarios e industriales.

(9) No debe confundirse esta expresión con la de «póliza familiar».

Las nuevas ventas de «seguros familiares» con arreglo a planes de seguro industrial de vida se encuentran en disminución al mismo tiempo que aumentan las de seguros ordinarios de vida según un plan familiar que, en su forma normal, cubre a los niños con un seguro temporal desde la emisión, incluyendo la cobertura automática de los nuevos hijos a medida que nacen hasta que lleguen a la edad de 23 años, a la que se garantiza la asegurabilidad de un hijo en la media establecida en la póliza.

Planes de seguro

Respondiendo a la necesidad de que los gastos sean mínimos, el número de planes distintos de seguro es limitado y mucho menor que en los casos de seguros ordinarios e individuales. La mayoría de las compañías emiten una póliza de seguro de vida entera con primas pagaderas hasta una edad avanzada, por ejemplo hasta los 65, los 70 ó los 75 años, y otra de vida con veinte pagos. Pueden contratarse normalmente pólizas de capital diferido, con primas pagaderas durante quince o veinte años o hasta una edad determinada, por ejemplo, los 60 ó 65 años. Lo que no se contrata en el departamento industrial es el seguro temporal porque no sería practicable en cantidades tan reducidas.

Algunas compañías ofrecen las denominadas pólizas intermedias, que, en su origen, eran pólizas ordinarias por importes de $ 500 o más y en las que se estipulaban primas trimestrales o incluso menos frecuentes. Hoy en día, son muchas las empresas aseguradoras que suscriben pólizas industriales por importes tan elevados como $ 2.000, y muchas también las que conciertan pólizas ordinarias por importes tan bajos como $ 500. El creciente uso de las primas mensuales tanto para las pólizas ordinarias e individuales, como para las industriales ha hecho sumamente borrosa la frontera entre ambas modalidades, y la expresión «intermedia» carece hoy de definición que tenga aplicación general.

Los límites de las pólizas de enfermedad semanales son por lo general más bajos que en las mensuales, y en ambas muy inferiores a los máximos que puedan conseguirse en las comerciales individuales. Algunas aseguradoras sólo conceden prestaciones quirúrgicas en las pólizas mensuales.

Algunas compañías de seguros industriales de vida, que tienen su principal campo de operaciones en los Estados del sur, emiten pólizas de seguro de enfermedad en las que se incluye un pequeño importe de seguro de vida. El seguro de enfermedad suele suscribirse con carácter anulable (10). Hay varios millones de esas pólizas en vigor, una gran proporción de las cuales cubren las vidas de personas de raza negra.

Tarifas de primas

En los últimos años se ha observado una tendencia a limitar las pólizas de prima semanal a los planes con primas más bajas y a limitar el importe del seguro que una persona puede comprar en un período específico. El seguro industrial de vida con primas semanales es, necesariamente, más caro para el tomador de la póliza que otro en el que las primas se paguen con menor frecuencia. Quienes conciertan primas de capital diferido o según otros planes con primas más elevadas, o que pueden adquirir pólizas de, por ejemplo, $ 500 o más, o que contratan límites más elevados de cobertura de enfermedad y de hospitalización, por lo general no suelen necesitar pagar por semanas. En reconocimiento del coste innecesariamente más elevado del pago de ese modo, algunas compañías limitan actualmente la emisión de pólizas con prima semanal a los planes en que las tarifas de primas no son superiores a la póliza de vida entera con veinte pagos y por importes no superiores a $ 500, y con primas semanales de no más de 25 centavos. El efecto de esas limitaciones ha sido que un gran número de seguros que anteriormente se hubieran emitido con primas semanales, se emiten ahora con primas mensuales.

En la tabla 36.1 se refleja un modelo de las tarifas para primas semanales utilizadas por uno de los más importantes aseguradores industriales de vida. Estas tarifas de primas son sin participación y un tanto más bajas que si la póliza fuera de participación. También, las primas de estos mismos contratos, si se suscribieran con carácter mensual serían un tanto más bajas por semana de lo que se indica en ellas. La tabla 36.2 recoge unas primas comparables con frecuencia mensual. En ellas se incluye el coste de las prestaciones de doble indemnización e incapacidad que cubren dichas pólizas.

(10) Ver capítulo 18.

TABLA 36.1

Tarifas de primas semanales por seguros industriales de vida para adultos, $ 500 *

Edad el próximo cumpleaños	*Vida entera desembolsada a los 85 años*	*Vida entera con 20 pagos anuales*	*Capital diferido a los 65*
20	$ 0,20	$ 0,31	$ 0,24
30	0,26	0,39	0,33
40	0,36	0,48	0,51
50	0,53	0,63	—

(*) Comprende prestaciones especiales por incapacidad y por muerte accidental.

TABLA 36.2

Tarifas de primas mensuales por seguros industriales de vida para adultos, por $ 500 *

Edad el próximo cumpleaños	*Vida entera desembolsada a los 85 años*	*Vida entera con 20 pagos anuales*	*Capital diferido a los 65*
20	$ 0,82	$ 1,30	$ 0,99
30	1,08	1,60	1,39
40	1,51	2,00	2,10
50	2,20	2,59	—

(*) Comprende prestaciones especiales por incapacidad y por muerte accidental.

En la tabla 36.3 se representa un modelo de tarifas de primas mensuales para la cobertura industrial de hospitalización y asistencia quirúrgica ofrecida por una gran aseguradora industrial. Esas mismas prestaciones, sujetas a una franquicia de $ 15 pueden conseguirse con tarifas más bajas.

Por supuesto, las primas de las pólizas industriales de vida y enfermedad semanales o mensuales son más caras que el seguro ordinario. Este coste más elevado del seguro industrial es una consecuencia tanto del mayor índice de gastos como de los índices de mortalidad y de morbilidad más elevados.

TABLA 36.3

Tarifas de primas mensuales para la cobertura industrial de hospitalización e intervención quirúrgica

Edad el próximo cumpleaños	*Habitación y manutención por $ 6 y cirugía por $ 150*	*Habitación y manutención por $ 10 y cirugía por $ 250*	*Habitación y manutención por $ 14 y cirugía por $ 250*
	Varones		
20	$ 3,08	$ 5,13	$ 6,40
30	3,47	5,78	7,26
40	4,25	7,08	8,97
50	5,18	8,63	11,04
60	5,76	9,60	12,37
	Mujeres		
20	$ 5,08	$ 8,47	$ 10,61
30	5,08	8,47	10,61
40	5,08	8,47	10,61
50	5,52	9,20	11,73
60	5,89	9,82	12,64
	Cada hijo		
Menos de 17	$ 1,64	$ 2,73	$ 3,26

CONDICIONES DE LA POLIZA

En sus características básicas, la póliza industrial es similar a la emitida para los tomadores de seguros ordinarios de vida e individuales de enfermedad, y los contratos de las principales compañías industriales no difieren mucho en sus condiciones esenciales. Debido a los reducidos importes del seguro, la póliza industrial no puede ofrecer algunas de las opciones ni la flexibilidad de los contratos ordinarios.

Los contratos industriales de seguro de enfermedad, son, sin embargo, más restrictivos que los individuales. La cláusula de aseguramiento para el cobro de la indemnización por incapacidad exige que el asegurado sea incapaz de realizar cualquier tarea, sea cual fuere, relacionada «... con alguna ocupación o trabajo *tanto lucrativo como de otra índole*». Esta explicación se

ceñirá a aquellas estipulaciones del seguro industrial que tienen carácter distintivo.

Opción a devolver la póliza

Hasta hace muy poco, muchas pólizas industriales contenían una cláusula en la que se daba al asegurado la oportunidad de examinarla y devolverla si no le satisfacía. En la póliza suele estipularse que el asegurado tiene el derecho a devolver la póliza en un plazo determinado (dos o tres semanas) a partir de la fecha de emisión y a que se le reembolsen las primas. En el caso de que se devuelva la póliza, se ha prestado un seguro sin coste desde la fecha de la proposición a la de la rescisión. Actualmente son pocas las compañías que incorporan esa cláusula a sus pólizas de vida, aunque debe señalarse, empero, que se trata de un estipulación exigida en los contratos de seguro industrial de enfermedad.

Privilegio de conversión

Algunas compañías también conceden al asegurado el derecho a convertir, al alcanzar determinada edad, su póliza industrial en otra clase de contrato. Esto puede representar sencillamente el cambio del sistema más caro de primas semanales al más barato de primas mensuales, o la conversión de un cierto número de sus pólizas industriales en ordinarias.

Prestaciones por incapacidad y muerte por accidente

Las prestaciones por incapacidad del tipo usual, que se establecen en las pólizas ordinarias, no serían practicables en las pólizas industriales a la vista de los reducidos importes asegurados.

Las prestaciones por incapacidad estipuladas en la póliza industrial continúan durante toda la vida del asegurado, en lugar de cesar a una edad determinada (como a los 60 años) como ocurre en las formas ordinarias de seguro (11). En la póliza suele

(11) Algunas compañías de seguros industriales de vida limitan efectivamente esta cobertura a la edad de sesenta y cinco o setenta años.

estipularse, por lo general, que si el asegurado pierde, por amputación, las dos manos o los dos pies, o una mano y un pie, o pierde de manera permanente la visión de los dos ojos, la compañía le pagará inmediatamente, en efectivo, el importe total del seguro en vigor en el momento en que se produzca esa pérdida. Asimismo, en ese caso, el seguro por el importe total seguirá en vigor, con renuncia de las primas (12), y será pagadero al fallecimiento, o al vencimiento si es de capital diferido. Algunas aseguradoras prometen la mitad del importe del seguro si el asegurado pierde una mano o un pie por amputación; o el importe total si pierde las dos manos o los dos pies, o una mano y un pie, o pierde permanentemente la visión de los dos ojos y, en cualquiera de esos casos, la renuncia a las primas y el pago de la totalidad del seguro al fallecimiento o a su vencimiento.

Desde 1929 se viene incluyendo en las pólizas industriales sobre adultos una prestación por muerte accidental, similar a la de doble indemnización contenida en las pólizas ordinarias de vida (13). En la cláusula de una conocida empresa aseguradora se determina que si el asegurado muere por causa accidental antes de los 70 años, se hará un pago complementario igual al nominal de la póliza menos las cantidades ya pagadas por incapacidad en relación con la misma lesión al amparo de la póliza. Este pago complementario no tiene lugar si la muerte se produce más de noventa días después del acciente, y la prestación se encuentra sujeta a ciertas exclusiones, como en el caso de la de doble indemnización para los asegurados de pólizas ordinarias.

Estas «prestaciones especiales» se incorporan al contrato industrial sin ningún recargo específico, y su costo va incluido en la prima regular que se paga.

Libranza de urgencia.—Unas cuantas compañías incorporan a cada una de sus pólizas industriales una cláusula en la que se estipula el pago inmediato de una capacidad determinada al fallecimiento del asegurado, siempre que la póliza haya estado en vigor durante un año. El pago se hace inmediatamente por un

(12) Algunos aseguradores no estipulan la renuncia de primas en el caso de pago por siniestros específicos.

(13) Algunas pólizas de prima semanal estipulan también una prestación por accidente de viaje.

banco, por la oficina principal, o por una delegación de distrito, a la presentación del impreso de libranza de urgencia que forma parte de cada póliza. El importe máximo que se paga contra esa libranza es de $ 500. Esta inmediata disponibilidad de dinero en efectivo puede ser muy valiosa para familias de medios modestos que se encuentran ante los extraordinarios problemas económicos que siguen a la muerte de quien la sostiene.

Pagos de primas

La primera prima debe pagarse siempre con la proposición y el seguro toma efecto inmediatamente, siempre que aquélla se encuentre aceptable. Se concede a los asegurados un plazo de gracia de cuatro semanas en el pago de las primas semanales, mientras que en las mensuales el plazo normal es de 31 días.

También hay una cláusula en la prima que permite el pago directo de las primas, en contraste con el sistema habitual de cobro por el agente en el domicilio del asegurado. Una cláusula característica permite un 10 por 100 de descuento si se pagan las primas directamente a la aseguradora durante un año sin interrupción. El importe de los descuentos se reembolsa al final del año, siempre que se hayan pagado todas las primas dentro del plazo de gracia. Y por lo menos hay una compañía que también concede un 5 por 100 de descuento cuando se pagan las primas de ese modo durante 26 semanas. Por lo demás, algunas aseguradoras conceden descuentos análogos por el pago anual o semestral de las primas relativas a estos contratos aun cuando se hagan directamente al agente.

Rehabilitación

Como es natural, las cancelaciones son más frecuentes con pólizas de primas semanales (o mensuales) que cuando los pagos se efectúan con menos frecuencia. La cláusula de rehabilitación de las pólizas industriales reconoce este hecho y se muestra más liberal que en la ordinaria. En general, la rehabilitación puede efectuarse dentro de los dos o tres años siguientes al de la cancelación, con sujeción a la prueba de la asegurabilidad; en el

seguro de vida, el pago de las primas atrasadas se hace *sin interés*. No se carga el interés porque por lo general su importe sería inferior al de los gastos que llevaría consigo su cobro. En la práctica, se permiten rehabilitaciones algunas veces cuando hay primas atrasadas durante períodos más prolongados, aunque en esos casos la compañía puede cobrar los intereses sobre aquéllas. Si la póliza hubiera estado en vigor durante más de cinco años y su cancelación hubiera sido inferior a seis meses, algunas empresas no exigen ninguna prueba de asegurabilidad para la rehabilitación.

Las pólizas de seguro de enfermedad pueden rehabilitarse mediante la aportación de la prueba de la asegurabilidad y el pago de las primas de dos semanas.

Inimpugnabilidad y anulación.—Normalmente, las pólizas industriales sólo son impugnables por un plazo de un año, frente al período habitual de dos años en los contratos ordinarios. Además, normalmente la proposición no se une ni forma parte del contrato industrial (14). Con el fin de establecer una salvaguardia contra los siniestros inadecuados o fraudulentos, en la póliza industrial se añade una cláusula de anulación para complementar la de inimpugnabilidad, en la que se estipula que aquella puede anularse durante el período de impugnabilidad si el asegurado no declara en el formulario de proposición el hecho de haber estado sometido a tratamiento por una dolencia física grave en los dos años precedentes a la fecha de la proposición (15). Una vez que la póliza haya estado en vigor por uno (o dos) años de vida del asegurado, es inimpugnable salvo por impago de las primas.

La mayoría de las pólizas no establece ninguna limitación de responsabilidad para el caso de suicidio, excepto en lo que se refiere a las prestaciones por muerte natural.

(14) Una de las compañías más importantes une a todos los contratos industriales la proposición.

(15) En 16 Estados hay una reglamentación específica relativa a esa cláusula, en la que el hecho más destacado es que la carga de la prueba se desplaza sobre los hombros del asegurado. El es quien debe demostrar que el tratamiento no tuvo un efecto importante sobre el riesgo. En Carolina del Sur se ha negado recientemente la aprobación de un formulario de póliza con esa estipulación, aduciendo que se desplaza la carga de la prueba, de la compañía al asegurado.

Cesión y préstamos

En las pólizas industriales se prohiben o se restringen las formas de cesión para eliminar complicaciones y reducir gastos. En los casos en que se permite la cesión, no puede realizarse más que a un banco nacional, estatal o a una sociedad fiduciaria, de modo que se permite al tenedor de la póliza pedir préstamos de esas instituciones.

A la vista de los importes tan pequeños que se podrían conseguir y de los gastos tan elevados que se ocasionarían, no sería viable que la mayoría de las pólizas industriales de vida incluyera un privilegio de préstamo. Los bancos, por su parte, no pueden conceder más que préstamos muy reducidos, ya que pueden variar los gastos de intereses según el volumen del mismo e imponer otras condiciones que no están permitidas de conformidad con la legislación estatal sobre seguros. Sin embargo, al ir aumentando el importe de las pólizas industriales más importantes, se va observando una tendencia a establecer ese privilegio en las que devengan primas mensuales.

Cláusulas de irrenunciabilidad

Los requisitos de la Ley Standard de Irrenunciabilidad (16) son los mismos para las pólizas industriales de vida que para las ordinarias, con la excepción de que 1) se usa una tabla de mortalidad diferente (17) para determinar los valores mínimos, y 2) en el caso de las pólizas industriales no hace falta establecer un valor *en efectivo* hasta que se hayan pagado las primas de cinco (en vez de tres) años. Debe estipularse un *valor desembolsado del seguro* (seguro desembolsado con plazo ampliado o reducido), al igual que en las pólizas ordinarias, siempre que la fórmula del «método de la prima ajustada» lo produzca.

Las empresas de seguros industriales suelen establecer valores en efectivo únicamente después de tres años y permiten un valor desembolsado de seguro temporal ampliado pasados seis meses. Como ocurre en el seguro ordinario, el seguro temporal

(16) Ver capítulo 26.
(17) La *Commissioners 1961 Standard Industrial Mortality Table.*

ampliado es la prestación habitual *automática* de irrenunciabilidad.

Dividendos

Hay tres diferencias importantes en las estipulaciones sobre dividendos de una póliza de seguro industrial de vida con participación si se las compara con las de otra ordinaria. En primer lugar, por razones de economía, no es posible aplicar al cálculo de dividendos de las pólizas industriales el mismo grado de afinamiento que en las pólizas individuales o en aquellas que se extienden para formalizar los contratos ordinarios. En segundo lugar, en la póliza se establece un solo método de reparto, al no haber «opciones de dividendo» como en los contratos ordinarios con participación. Se emplean dos bases generales para aplicar los dividendos a las pólizas industriales: los abonos de las primas y las adiciones desembolsadas. De acuerdo con el sistema de abono de primas, el dividendo anual está formado por un número determinado de primas semanales, que dependerá habitualmente sólo del año de emisión y, ocasionalmente, también del plan del seguro. Según el sistema de la adición desembolsada, se declaran los dividendos cada año en forma de una adición *porcentual* al nominal del seguro, en vez de como un importe *efectivo* de seguro complementario. Para terminar, no se suelen pagar dividendos hasta después de tres o más años, mientras que en las pólizas ordinarias con participación se reciben, normalmente, al final del primer año.

Opciones de liquidación

También debido a los reducidos importes de los seguros contratados, en las pólizas de prima semanal no suelen estipularse opciones de liquidación. Se puede incorporar una opción limitada disponible solamente si el valor nominal es superior a un mínimo que suele ser de $ 250. En el caso de las pólizas con primas mensuales, algunas compañías permiten disponer del interés y de las opciones temporales a plazos.

Beneficiario y facilidad de pago

Actualmente, en las pólizas industriales suele estipularse la designación de un beneficiario como en el caso de las ordinarias. Sin embargo, se determina que si el beneficiario designado en la póliza no presenta su reclamación dentro de un plazo señalado (treinta o sesenta días) a partir de la muerte del asegurado, o si dicho beneficiario 1) es heredero del asegurado, 2) no posee plena capacidad jurídica (un menor, por ejemplo), o 3) si muere antes que el asegurado, la prestación por fallecimiento podrá pagarse de acuerdo con la cláusula de *facilidad de pago*, en la que se permite a la *compañía* hacer el pago al albacea o administrador del asegurado, o a un beneficiario designado, o a cualquier pariente por consanguinidad o por afinidad del asegurado que a juicio de la misma tenga un derecho justo a la prestación. La finalidad de esta cláusula es simplificar el contrato y permitir una liquidación equitativa sin gastos o demoras indebidos, y responde a la necesidad que viene impuesta por las reducidas cuantías que suele tener los contratos de seguros industriales.

También debe señalarse que la aseguradora se reserva el derecho a retener su aprobación de cualquier designación original o cambio de beneficiario cuando el propuesto no parezca tener un interés asegurable en la vida del asegurado. No se invoca esta cláusula más que cuando hay pruebas de abuso del seguro y es coherente con los objetivos generales del seguro industrial de vida.

OTROS ASPECTOS DE LOS SEGUROS INDUSTRIALES

Coste de los seguros industriales de vida y enfermedad

El seguro industrial es, naturalmente, mucho más costoso que el ordinario. Sin embargo, su coste relativamente superior se ha visto reducido de manera considerable en los últimos años merced a las economías, las mejoras en los métodos administrativos y una mayor liberalidad en las condiciones del contrato. Además, en toda valoración de los costes relativos del seguro industrial y de las otras formas de seguro deben tenerse en cuenta todas las prestaciones y servicios que recibe el tomador de la póliza industrial.

Por lo general, el coste de cualquier tipo de seguro de vida depende del tipo de interés que se consiga, de la experiencia de mortalidad o de morbilidad del grupo asegurado, de las prestaciones estipuladas en el contrato y de los gastos de venta y gestión del negocio. Puesto que los fondos del departamento industrial de una compañía se mezclan con todos los demás a efectos de inversión, no debe haber ninguna diferencia significativa de costes en concepto de diferencias en los intereses percibidos. Hay, no obstante, considerables diferencias entre el seguro industrial y el ordinario por lo que respecta a los índices de mortalidad y de gastos.

Mortalidad y morbilidad.—Por varias razones, los índices de mortalidad y de incapacidad entre los tomadores de seguros industriales son más elevados que entre los de los seguros ordinarios de vida o individuales de enfermedad. En primer lugar, el seguro industrial se contrata casi exclusivamente sobre la vida de personas de los grupos con ingresos más reducidos, que suelen estar sujetas a tasas más elevadas de mortalidad y de morbilidad que las que disfrutan de un nivel de vida más elevado. Debe señalarse, no obstante, que este diferencial ha ido disminuyendo constantemente con el paso de los años, debido a las actividades de sanidad pública en el país y al continuo aumento en el nivel de vida en todos los grupos de rentas. En segundo lugar, la selección de los riesgos se hace de un modo muy distinto y mucho más liberal que en el seguro ordinario (18). Debido a las pequeñas cantidades en juego, el coste de los reconocimientos médicos o de los informes de inspección, si se exigieran de manera general, sobrepasaría con mucho los ahorros que se consiguieran por mortalidad. En consecuencia, el asegurador se atiene por lo general a la información que se le facilita en la proposición y a la que le transmite el agente, reemplazando con ella a la que resultaría del reconocimiento médico o del informe de inspección. Es muy natural que este procedimiento, aunque económicamente sólido, dé lugar a una tasa de mortalidad un tanto más elevada.

(18) Ver capítulos 31 y 32.

Por último, el grupo standard a efectos de tarificación es mucho más amplio que el que se encuentra en el seguro ordinario. A muchos grupos a los que se aplicaría una sobreprima (19) en un seguro ordinario o individual de enfermedad, se les clasifica como standard según las normas del seguro industrial. Anteriormente, en muchos Estados del Sur sólo se empleaban dos clasificaciones para el seguro industrial de enfermedad: una para los negros y otra para los blancos. Actualmente, la suscripción se basa en los factores socioeconómicos y se presta una gran atención a las condiciones ambientales que se cree que influyen de manera señalada en la mortalidad y en la morbilidad. Estas clasificaciones básicas tienen una subdivisión ulterior en varones y mujeres.

Como en el caso del seguro de enfermedad ordinario e individual, se ha resgistrado una constante mejora en la experiencia de mortalidad y morbilidad de los tomadores de pólizas industriales a medida que pasaban los años. Por lo que se refiere a los porcentajes, el mejoramiento ha sido muy superior en el seguro industrial, debido a que quedaba un mayor margen para el mismo.

Gastos.—El índice de gastos es también naturalmente más alto en el seguro industrial que en el ordinario, debido a: 1) importes medios más reducidos de las pólizas y de las primas, 2) costo del servicio complementario a los tomadores, y 3) prestaciones de incapacidad y de doble indemnización que se incorporan de manera automática a las pólizas de vida sin recargos específicos.

La magnitud media de la póliza industrial de vida en vigor con las empresas norteamericanas es de $ 550, frente a $ 7.690 para una póliza ordinaria (20). Como muchos de los gastos del seguro de vida son independientes de la cuantía de la póliza, emitir y manejar $ 1.000 de seguro en unidades más pequeñas representa un incremento del coste. Como ya se señaló anteriormente, los métodos de explotación utilizados tienen perfectamente en cuenta esta menor cuantía media de las pólizas.

El cobro semanal (o mensual) de las primas en el domicilio

(19) Ver capítulo 32.
(20) *Life Insurance Fact Book, 1975*, pág. 25.

del tomador tal vez sea el servicio «complementario» más significativo que hace que el seguro industrial tenga un mayor índice de gastos que el ordinario. Esto queda de manifiesto en la estipulación de la póliza que concede un 10 por 100 de descuento en la prima si éstas se remiten por correo o se satisfacen personalmente en la oficina de la compañía durante un año entero. En cierto momento fue bastante corriente que algunas compañías industriales prestaran un servicio gratuito de enfermeras como parte de su programa sanitario general para los tomadores de seguros industriales, pero se ha dejado de hacer debido en gran medida a la elevación del nivel de vida que ha redundado en una mejor experiencia de mortalidad y de morbilidad entre aquéllos. Se prestan otros servicios complementarios, pero no tienen un efecto significativo sobre el coste.

Naturalmente, la inclusión en las pólizas industriales de vida de las prestaciones de incapacidad y de doble indemnización sin recargo específico redundan en un coste más elevado.

Cancelación.—Los críticos del seguro industrial aducen a veces que está sujeto a un índice de cancelaciones excesivo y que acarrea un coste más elevado para sus tomadores. Al hacer esta crítica se pasan por alto o se desconocen algunos hechos importantes. No hay nada más lógico que el seguro de vida con prima semanal tenga un índice de cancelaciones algo más alto que el ordinario o el individual de enfermedad. Todos los años el tomador del seguro industrial tiene 52 oportunidades para dejar de pagar una prima semanal, frente al mucho menor número de oportunidades que se le ofrecen al titular de uno ordinario. Asimismo, los suscriptores de los seguros industriales con primas semanales son más vulnerables a los reveses económicos que los de los ordinarios y, por lo tanto, son más propensos a dejar caducar sus pólizas.

Una vez considerados todos los factores, la diferencia de costes entre el seguro industrial y el ordinario es razonable. Debe recordarse que el seguro industrial se concibió para aquellos que o no podían o no querían suscribir y retener seguros ordinarios de vida o individuales de enfermedad.

Organización y dirección del equipo de producción

Debido a los cobros semanales de las primas en el domicilio del asegurado, es necesario que los equipos de agentes en el seguro industrial estén organizados de acuerdo con las necesidades de este negocio. Para facilitar un manejo eficiente del enorme cúmulo de detalles relacionados necesariamente con los cobros semanales, el territorio de la compañía se divide en distritos a los que suele hacer coincidir con las principales ciudades, aunque en las más grandes como Nueva York, Filadelfia o Atlanta, existan varios distritos. Cada uno de éstos se encuentra sometido a la supervisión de un director, que cuenta con cierto número de subdirectores y numerosos agentes a sus órdenes. Se espera de los agentes que cobren todas las primas pendientes, y de acuerdo con el sistema, a cada uno de ellos se le asigna un «adeudo semanal» que es igual al total de las primas de todas las pólizas que se le han adjudicado para su cobro. En ese adeudo van comprendidas las operaciones de vida y de enfermedad, si la compañía emite esos dos tipos de seguro.

Como promedio, de cada agente se espera que cobre cada semana $ 350 o más en primas sobre 500 a 1.000 pólizas. Además de este servicio de cobro, se exige al agente que solicite nuevas operaciones según los planes industrial, intermedio y ordinario.

Retribución de los agentes y directores

La retribución del agente industrial consta de tres elementos: 1) comisión sobre las nuevas operaciones, 2) comisión de conservación, y 3) comisión de cobro o servicio. Así, pues, la retribución básica del agente se basa sobre la cuantía del «adeudo» cobrado cada semana, de la experiencia del coeficiente de cancelaciones, y de la cantidad de nuevas operaciones formalizadas. Sobre la cantidad de nuevas operaciones industriales concertadas durante la semana se le abona una comisión al agente. Además de ello, el agente de las compañías más importantes recibe una comisión de cobro de, por lo general, el 10 al 12 por ciento. Por añadidura, en un plan característico también se abonará una comisión de conservación, que oscilará normalmente entre $ 2 y $ 12 a la semana, según el coeficiente de cancelaciones de aquél, medido por un índice de base aplicable a la compañía en su conjunto. Todas esas comisiones varían según la compañía y también según el tiempo de servicio. Al agente también se le paga por el cobro de las pólizas con prima mensual según un sistema similar. En algunas empresas aseguradoras se emplea todavía el método de retribución llamado de la multiplicación, según el cual al agente se le paga un cierto número (veinte o treinta) de veces al *aumento* de su «adeudo», más una comisión de cobro que va del 15 al 20 por 100. Este sistema tuvo en tiempos un uso muy general, pero quedó postergado en los años treinta debido a la reducción en los ingresos de los agentes durante la depresión debido al índice de cancelaciones tan anormalmente elevado en aquel período.

La retribución por los seguros ordinarios y regulares de enfermedad contratados se calcula de manera similar a la utilizada para los agentes que sólo hacen operaciones de ese tipo, sobre la base de una comisión.

A los directores y subdirectores se les paga por lo general un sueldo, con una participación en los beneficios basada en la demostración de rendimiento representada por el volumen de nuevas operaciones y la persistencia relativa de las antiguas bajo su supervisión. En algunos contratos de retribución también se tienen en cuenta los costes relativos de producir un determinado volumen de negocio.

Crecimiento futuro

En los seguros industriales no se ha registrado el mismo índice de crecimiento que en las otras formas de seguro en el transcurso de los últimos 25 años. A fines de 1975 había diecisiete veces más seguros colectivos de vida en vigor, y seis veces más certificados colectivos, que en 1950. El seguro ordinario de vida en vigor se había multiplicado casi por siete desde 1950, y el número de los contratos pendientes se había duplicado. Sin embargo, durante el mismo período de tiempo, el importe de los seguros industriales de vida en vigor aumentó sólo en un 18 por 100, y el número de contratos pendientes disminuyó en un tercio (21).

(21) Esas cifras se refieren a la totalidad del ramo, y en ellas ha tenido un peso especial la retirada de las empresas de seguros de vida

En realidad, el importe de los seguros industriales de vida en vigor alcanzó su punto culminante en 1957 y no ha dejado de disminuir gradualmente desde entonces. Ese descenso indica que, desde ese año, las cancelaciones, los fallecimientos y los rescates han superado a las nuevas operaciones.

Por cierto número de razones, entre las que cabe mencionar la expansión constante de los programas de seguridad económica de la Administración, la mejora continua de las rentas familiares y, más recientemente, el marcado interés por el consumismo, es probable que el seguro industrial en cuanto tal siga declinando en importancia y a la larga quede eliminado en la mayor parte, si no en todas, las zonas del país. Muchos aseguradores que anteriormente comercializaban seguros industriales exclusivamente han reconocido esta evolución y han diversificado sus actividades y llevado a cabo otros ajustes para tratar de adaptarse a las necesidades del consumidor de hoy.

Es importante recordar que el volumen de adeudos mensuales ordinarios y regulares suscritos por medio del *sistema de marketing del adeudo* ha crecido de manera enorme. En contraste con los seguros industriales de vida y de enfermedad en cuanto tales, el futuro de sistema del adeudo constituye un sistema comercial viable tan excelente como positivo. A medida que se remodelan y ensanchan las líneas de productos (por ejemplo mediante la elaboración de un solo contrato tanto para los ordinarios como para los «industriales», y la adición de los fondos mutuos y el seguro de vivienda) y siguen mejorando los niveles de ingresos, el crecimiento de las primas, la retribución de los agentes y todos los elementos del sistema deberían experimentar un auge. La supervisión más estrecha del agente, el papel de apoyo del director en el proceso de ventas y la asignación de los tomadores a un agente específico para que les atienda son los puntos fuertes del sistema del adeudo en la comercialización de los seguros de vida y enfermedad (22).

Metropolitan, Prudential y John Hancock. Muchas otras compañías han conseguido avances significativos durante el mismo período.

(22) Ver ROBERT A. MARSHALL y ELI A. ZUBAY: *The Debit System of Marketing Life and Health Insurance* (Englewood-Cliffs, N. J.; Prentice Hall, 1975).

37

Prestaciones de los seguros públicos

SEGURO PUBLICO DE VIDA

El seguro público de vida se desarrolló en este país durante las dos guerras mundiales y la de Corea (1), y se le suele examinar corrientemente en relación con dos programas, el de Seguro de Vida de la Administración de los Estados Unidos y el de Seguro de Vida del Servicio Nacional. Dos leyes del Congreso, la de Indemnización a los Militares de 1951 (2) y la de Prestaciones a los Militares y Veteranos Supervivientes de 1956 (3), han tenido también una influencia considerable sobre esos programas de seguros públicos de vida, por lo que se dedicará cierta atención a su examen.

El más antiguo de los programas públicos de seguro de vida, el Seguro de Vida de la Administración de los Estados Unidos *(United States Government Life Insurance = USGLI)* fue creado en virtud de una ley del Congreso en 1919. En él se concedía un seguro temporal renovable de hasta $ 10.000 para quienes

---

(1) Para un excelente compendio de los seguros públicos de vida, ver por la Life Insurance Agency Management Association: *Veterans' Benefits*, 14.ª edición (Hartford, Conn., mayo de 1968). Ver también un amplio estudio sobre el seguro público de vida por DAN M. MCGILL: *An Analysis of Government Life Insurance* (Filadelfia, University of Pennsylvania Press, 1949).

(2) Ley Pública 23, 82.º Congreso, 25 de abril de 1951.

(3) Ley Pública 881, 84.º Congreso, 1 de agosto de 1956.

se encontraran en el servicio militar y naval, en favor de un número limitado de clases de beneficiarios, a saber, cónyuges, hijos, nietos, padres y hermanos, aun cuando el asegurado también tenía derecho a protección en caso de incapacidad total y permanente. Más tarde se concedió a los tomadores de seguros temporales el derecho a acogerse a planes de pólizas permanentes hasta el 2 de julio de 1927. En virtud de la Ley de Veteranos de Guerra de 1924 se hizo extensivo el USGLI a todos los miembros de las fuerzas armadas, y en 1928 se eliminaron las anteriores restricciones en cuanto a beneficiarios y se facilitó un apéndice especial de pensión por incapacidad.

El segundo de estos programas, denominado Seguro de Vida del Servicio Nacional (*National Service Life Insurance = NSLI*), fue creado por la Ley del Seguro de Vida del Servicio Nacional de 1940, que acabó con el privilegio de quienes se encontraban en servicio militar activo de poderse acoger al USGLI, salvo por lo que se refiere a los veteranos de la I Guerra Mundial. Con este segundo programa, la finalidad que se perseguía era la de servir a los veteranos de la II Guerra Mundial (4). Durante la misma, el NSLI se convirtió en la mayor operación de seguro de vida de toda la historia, con un importe máximo de más de 121.000 millones de sumas aseguradas en vigor. Desgraciadamente, después de terminada la conflagración, sólo un porcentaje relativamente reducido de los asegurados renovó su seguro temporal o ejercitó su derecho a convertirlo en ciertas formas permanentes de seguro de vida que se pusieron a su alcance.

La Ley de Indemnización a los Militares de 1951 se aprobó tras una larga serie de investigaciones acerca del funcionamiento, coste y justificación de todo el programa público de seguro de vida, y en virtud de la misma terminó la contratación de nuevas pólizas del Seguro de Vida del Servicio Nacional y del de la Administración de los Estados Unidos con los militares en

(4) En 1930 se centralizó la gestión de todas las prestaciones a los veteranos en un organismo público independiente denominado Administración de Veteranos, dirigida por el Administrador de los Asuntos de los Veteranos, que responde directamente ante el presidente. Las funciones de este organismo experimentaron una gran expansión a causa de la legislación relativa a los veteranos de la II Guerra Mundial y de la Guerra de Corea y al consiguiente incremento en el número de las personas con derecho a prestaciones públicas.

servicio. En su lugar se estableció un sistema de indemnización gratuita ($ 10.000) para todos los miembros de las fuerzas armadas que se encontraran en servicio al empezar la guerra de Corea, o que se incorporaran después al mismo (5).

La indemnización gratuita sólo se pagaba en plazos mensuales durante diez años, y únicamente a un grupo restringido de beneficiarios (6). No se establecían prestaciones por incapacidad, y se limitaba la cobertura de vida, que podía proseguirse después del retorno a la vida civil. A los tenedores del NSLI y del USGLI regulares, que se encontraban en servicio activo, se les permitió cancelar sus antiguas pólizas con el fin de acogerse al plan de la indemnización gratuita (volviendo a aquéllos tras su licenciamiento), o continuar en el NSLI o el USGLI en vigor con la renuncia por la Administración de la parte de puro riesgo de la prima. En la ley se establecían también dos nuevos tipos de seguro para los veteranos: el Seguro Temporal Especial para Veteranos, abierto hasta el 31 de diciembre de 1956, y el Seguro de Veteranos Incapacitados en Servicio (*SDVI = Service Disabled Veterans Insurance*), que es el único programa de seguros de vida público que sigue abierto a nuevas contrataciones.

La Ley de Prestaciones a los Veteranos y Militares Sobrevivientes de 1956 introdujo cambios radicales en todo el programa de prestaciones al personal en servicio y a los veteranos. Esa ley, entre otras cosas, puso término al programa de indemnización gratuita (1 de enero de 1957), excepto por lo que se refería a las cláusulas que protegían a quienes habían obtenido renuncias del riesgo puro de seguro o cancelado su NSLI o USGLI regular, y a las cláusulas de seguro posterior al servicio de los veteranos incapacitados. En otra innovación importante, se hicieron extensivas las prestaciones de la Seguridad Social por vejez, supervivencia e incapacidad a los miembros del servicio activo y a los familiares a su cargo con carácter plenamente contribuyente. Con la incorporación del personal de servicio al programa OASDI terminó la concesión de prestaciones del seguro público de vida a nuevas personas (excepto por lo que res-

(5) 27 de junio de 1950.

(6) Se limitaba la condición de beneficiarios a las personas de parentesco más cercano, como el cónyuge, los hijos, los padres y los hermanos. No podía hacerse el pago a herederos.

pecta al SDVI, mencionado anteriormente). Sin embargo, sigue habiendo gran cantidad de seguros públicos de vida en vigor, en particular con arreglo al programa NSLI. Por consiguiente, en la siguiente sección se pasa revista brevemente a las cláusulas del NSLI, con algunas referencias al USGLI y al seguro vigente en favor de algunos veteranos que quedaron incapacitados mientras se encontraban protegidos por el programa de la indemnización gratuita.

Seguro de Vida del Servicio Nacional (NSLI)

Con arreglo al NSLI, el valor nominal del seguro emitido oscila entre un mínimo de $ 1.000 y un máximo de 10.000 por multiplos de $ 500. Debe señalarse que algunas personas pueden tener en vigor seguros, según el NSLI y el USGLI, al mismo tiempo, pero el seguro de vida máximo permitido en cualquier momento, según todos los planes públicos combinados o tomados por separado, es de $ 10.000.

Tipos de contratos asequibles.—Además de una póliza temporal de cinco años, el NSLI ofrece ocho modalidades permanentes: vida modificada, a los sesenta y cinco años (7); vida modificada, a los setenta años (8); vida ordinaria; vida con 30 pagos; vida con 20 pagos; capital diferido a los sesenta y cinco años; capital diferido a los sesenta años, y capital diferido con veinte años.

El seguro temporal se puede renovar indefinidamente y puede convertirse en cualquier momento en alguna de las modalidades permanentes. Es convertible a un plan permanente (excepto los de capital diferido) sin prueba de asegurabilidad, incluso mientras el asegurado se encuentre totalmente incapacitado. Esto es particularmente ventajoso, ya que se incluye la renuncia de las primas por incapacidad total sin sobreprima. Cualquier plan permanente de seguro puede canjearse por otra modalidad permanente con un menor elemento de reserva (por ejemplo, el de capital diferido por el de vida entera); sin embargo, debe aportarse la prueba de encontrarse en buen estado

(7) Ley Pública 88-664, 88.° Congreso, 13 de octubre de 1964.
(8) Ley Pública 92-193, 92.° Congreso, 15 de diciembre de 1971.

de salud. La base económica de esos intercambios y de los que se hacen a planes permanentes con una reserva superior estriba en la diferencia de las reservas entre los dos planes. El de vida modificada a los sesenta y cinco años se creó para que fuera económicamente más fácil para los asegurados pasar a seguros de plan permanente. Sólo se puede acceder a él hasta la edad de seguro de sesenta años, y los dividendos son pequeños. A los sesenta y cinco años, el seguro se reduce automáticamente al 50 por 100 del nominal, sin reducción de la prima. El importe del seguro perdido a los sesenta y cinco años puede reemplazarse por un importe idéntico o inferior de seguro de vida ordinario especial con una sobreprima. No se exije reconocimiento médico. El plan de vida modificada a los setenta años es análogo, con la diferencia de que la reducción automática se produce a los setenta años, y se puede acceder al mismo en cualquier momento antes de llegar a esa edad.

Cláusulas de irrenunciabilidad.—Las pólizas permanentes de NSLI estipulan opciones de irrenunciabilidad similares a las de los contratos comerciales. Se estipula un seguro temporal ampliado (que es automático a falta de otra elección), un seguro desembolsado reducido y el derecho a rescatar la póliza por su valor efectivo (9). Puede conseguirse una cláusula de préstamo que difiere de la de los contratos comerciales en que se puede pedir un máximo del 94 por 100 del valor efectivo. El interés es del 4 por 100 para los préstamos conseguidos hasta el 11 de enero de 1971, y del 5 por 100 para los obtenidos desde esa fecha inclusive. Debe señalarse que una póliza de NSLI no puede ser cedida por el asegurado, excepto en relación con un préstamo sobre la misma.

Estipulaciones beneficiarias.—Las estipulaciones beneficiarias y las obligaciones de liquidación del NSLI quedaron modificadas en virtud de la Ley de Seguros de 1946 que era de aplicación a todas las pólizas que vencieran a partir del 1 de agosto, incluso de aquel año. Se suprimieron todas las restricciones en

(9) Debe señalarse que el seguro rescatado por su valor efectivo o desembolsado no puede rehabilitarse o volverse a adquirir *nunca*, excepto de acuerdo con las disposiciones especiales aplicables a las cancelaciones con arreglo al programa de indemnización gratuita.

cuanto a beneficiarios, pudiéndose designar a cualquier persona, entidad, sociedad, o a los herederos por su nombre o clase, y en el orden que se desease. Si ninguno de los beneficiarios designados sobreviviera al asegurado, se abonará la prestación a los herederos de éste en concepto de liquidación. Cuando ésta no se encuentre autorizada, se pagará el valor actual de cualesquiera plazos pendientes garantizados y no pagados, una vez fallecidos todos los beneficiarios designados, a los herederos del asegurado, a no ser que en la póliza se establezca otra cosa.

Opciones de liquidación.—Las pólizas de NSLI permiten cuatro opciones de liquidación: 1) pago de una cantidad global, a opción únicamente del asegurado; 2) plazos mensuales iguales que oscilan entre 26 y 240 meses, y por múltiplos de 12; 3) plazos mensuales iguales durante la vida del primer beneficiario, con 120 mensualidades seguras; y 4) plazos mensuales iguales en forma de una renta de reembolso por vida, con un valor nominal garantizado, salvo cuando la liquidación consta de menos de 120 pagos mensuales. Con algunas limitaciones, el asegurado goza de libertad para seleccionar cualquiera o una combinación de las modalidades de liquidación, así como para cambiarlas a su voluntad.

De acuerdo con las opciones de renta por vida 3 y 4, no se establece ninguna distinción entre vidas de varones y de mujeres, mientras que en los contratos comerciales un importe nominal determinado representará una renta vitalicia inferior para las mujeres, en vista de su mayor longevidad. No son asequibles las opciones 3 y 4 si el beneficiario es una empresa, sociedad, fiduciario, o entidad jurídica (incluida la herencia del asegurado). Si el asegurado selecciona la opción 2, la 3 o la 4 todas las cantidades garantizadas pagaderas después de la muerte de todos los beneficiarios irán a parar a la herencia del asegurado, salvo que se haya pactado otra cosa. En el caso de que el asegurado no haya elegido ninguna opción, la liquidación se hace automáticamente en 36 plazos mensuales iguales, a menos que el beneficiario designado opte por recibirla a lo largo de un período de tiempo más prolongado.

Un asegurado puede recibir el valor efectivo de su póliza NSLI o USGLI o el fruto de una capitalización, al contado, en plazos

mensuales de 36 a 240 meses, o como una renta vitalicia de reembolso (10).

Prestaciones de incapacidad.—En la Ley de Seguros de 1946 se autorizaba una cláusula de pensión por incapacidad total, en cualquier póliza del NSLI previa acreditación de buen estado de salud y el pago de una sobreprima. Se definía la incapacidad total como «todo impedimento de la mente o del cuerpo que haga imposible que el asegurado se dedique de manera continua a cualquier ocupación sustancialmente lucrativa». A efectos del seguro, también se considera que existe esa incapacidad cuando hay pérdida permanente del uso de los dos pies, de las dos manos o de los dos ojos, por una combinación de dos de los miembros antes mencionados, o en la pérdida total del oído o en la pérdida orgánica del habla. Originalmente, la prestación de incapacidad total ascendía a $ 5 al mes por cada 1.000 de seguro de vida, siempre que la incapacidad se produjera antes de alcanzar el asegurado la edad de sesenta años. Pero con efecto desde el 1 de noviembre de 1958 se estableció una prestación de $ 10 al mes por cada 1.000 de seguro, y el 1 de enero de 1965 los tomadores del apéndice de $ 10 quedaron capacitados para pedir una ampliación de la cobertura hasta los sesenta y cinco años con una pequeña prima complementaria. Los tomadores del apéndice de $ 5 pueden solicitar ahora el de $ 10 con cobertura hasta los sesenta y cinco años, siempre que demuestren encontrarse en buena salud. Tanto la solicitud de canje como la de un nuevo apéndice de $ 10 debe formularse antes de los cincuenta y cinco años.

Como ya se ha dicho anteriormente, se concede la renuncia de primas por incapacidad total sin sobreprima. Se renuncia a las primas pasado un plazo de seis meses de incapacidad total continua iniciado antes de los sesenta y cinco años (11).

Base actuarial.—Las tarifas de las primas, las reservas, y las opciones de liquidación mediante renta vitalicia del NSLI se basan todas ellas en la *American Experience Table of Mortality*, con el 2 por 100 de interés. Los valores de rescate de las pólizas

(10) Ley Pública 91-291, 91.° Congreso, 25 de junio de 1970.
(11) Ampliado desde los sesenta años, con efecto desde el 1 de junio de 1965.

de NSLI se fundan en la reserva plena neta uniforme (AET y el 3 por 100) y pueden conseguirse en cualquier momento una vez pasado un año sin tener en cuenta el problema de la «incidencia de los gastos», ya que la Administración norteamericana corre con todos los de explotación.

El NSLI es de participación, y los dividendos aprobados por el Administrador de Asuntos de los Veteranos puede: 1) cobrarse en efectivo; 2) utilizarse para adelantar el pago de primas; 3) acumularse con no menos del 3 por 100 de interés (actualmente al 4,50 por 100); 4) acumularse al 3 por 100 de interés (actualmente al 4,50 por 100) con sujeción a su utilización automática para impedir la cancelación de la póliza; 5) destinarse al pago de un préstamo o de una deuda con garantía prendaria, o 6) emplearse para adquirir ediciones desembolsadas (12). Aunque por ley se limita la cobertura básica a un máximo de $ 10.000 las adiciones desembolsadas, que no requieren el pago de otra prima, elevan la cobertura de los veteranos. Los dividendos del NSLI han sido muy generosos, y el coste neto de esas pólizas ha sido sumamente favorable debido a que el Gobierno de los Estados Unidos absorbe todos los gastos administrativos y reembolsa al Fondo de Administración Fiduciaria del NSLI por determinadas muertes relacionadas con el servicio (13).

Financiación del plan.—La explotación financiera del NSLI la lleva el Fondo de Administración Fiduciaria del NSLI, al que se abonan las primas y con el que se satisfacen los siniestros, reteniéndose el saldo de las entradas sobre las salidas para reservas, excedentes y dividendos. No obstante, los siniestros imputables a riesgos ajenos al servicio militar son reembolsados al fondo por la Administración pública a través de la denominada cuenta de dotación del NSLI. El fondo funciona como un fondo independiente de administración fiduciaria, en el que la Administración actúa como fiduciario. El secretario del Tesoro está autorizado para invertir todos los recursos del mismo en efectos públicos de los Estados Unidos que rindan intereses, sin que la Administración retire ningún beneficio de explotación.

(12) Ley Pública 92-188, 92.º Congreso, 15 de diciembre de 1971.

(13) Ver D. M. McGILL: «The sources of National Service Life Insurance dividends», en *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters* (diciembre de 1949).

Relaciones con el seguro de vida comercial.—A la vista de la gran envergadura de esta operación particular de la Administración pública, muchos temieron que el NSLI representase una grave traba para el desenvolvimiento de los seguros comerciales. Esos temores resultaron infundados en gran medida, en parte porque el sistema público hizo a las jóvenes generaciones tener mayor conciencia de la importancia del seguro de vida en parte porque un seguro por un importe máximo de $ 10.000 es relativamente pequeño cuando se le contempla a la luz de las necesidades familiares normales, y en parte porque fue relativamente escasa la proporción del personal en servicio que retuvo su seguro público después de licenciarse. Se estima que los veteranos de guerra y las personas a su cargo pronto representarán entre un tercio y la mitad de la población del país. Al poseer como máximo los $ 10.000 del seguro público de vida, se les inculcó a muchos de ellos la necesidad de contar con una protección más elevada de seguro de vida.

Seguro de Vida de la Administración de los Estados Unidos (USGLI)

En vista de la cuantía relativamente escasa de USGLI en vigor, el espacio no permite dedicar al mismo un examen detenido en el presente volumen (14). El USGLI y el NSLI siguen pautas similares, salvo que las cláusulas de incapacidad del primero son un tanto más generosas. Como en el caso del NSLI, la Ley de Indemnización a los Militares puso término a la contratación de nuevas pólizas a partir del 25 de abril de 1951.

Programa de indemnización gratuita

Como ya se ha señalado anteriormente, el programa de indemnización gratuita aseguró automáticamente a las personas

(14) Para detalles acerca de las disposiciones actuales del USGLI ver el folleto 29-1 de la Administración de Veteranos, que puede obtenerse en las delegaciones locales de la misma.

en servicio activo entre el 27 de junio de 1950 y el 1 de enero de 1957, por una suma de $ 10.000 (menos el importe de cualquier NSLI o USGLI que se mantuviera en vigor sobre cualquier base) (15). Había limitación en cuanto a los beneficiarios y sólo se establecía un plan de liquidación para las prestaciones por fallecimiento: plazos mensuales a lo largo de diez años (16).

La protección gratuita continuaba durante ciento veinte días después de cesar en el servicio (17), excepto respecto de las personas que hubieran permanecido en servicio activo menos de treinta días. El seguro que se permitía después del servicio era limitado. En el término de ciento veinte días a partir de su licenciamiento, y *sin prueba alguna de asegurabilidad*, todo veterano que tuviera derecho a indemnización a tenor de la ley podía solicitar únicamente un seguro por cinco años, renovable, no convertible y sin participación denominado Seguro Temporal Especial para los Veteranos. En 1958, el Congreso liberalizó ciertos aspectos de este programa. A partir del 1 de enero de 1959, el antiguo seguro temporal no convertible se pudo canjear por otra modalidad de seguro temporal con una prima inferior, no susceptible de renovación una vez cumplidos los cincuenta años por el asegurado, o convertirlo en alguno de los siete planes permanentes «modernizados». Esto señaló una inversión en la tendencia hacia la restricción del seguro público de vida para los veteranos. La tarifa se fijó sobre una base «modernizada» (18).

En el caso de los veteranos incapacitados que reúnan los requisitos necesarios, pueden acceder a todos los planes normales del NSLI sobre la base de una tarifa modernizada y sin participación. Lo que no se puede conseguir es un apéndice de pensión por incapacidad. Un veterano que tenga una incapacidad relacionada con el servicio o agravada por el mismo cuenta son

(15) También se amplió la cobertura a las personas en camino para incorporarse al servicio activo y a los reservistas y personal de la Guardia Nacional en vuelos de entrenamiento.

(16) $ 9,29 al mes por $ 1.000 de importe (el 2,25 por 100 de la base de interés).

(17) Antes del 1 de enero de 1957.

(18) *Commissioners 1941 Standard Ordinary Mortality Table (1941 CSO)* y el 2,25 por 100 de interés y en la *Annuity Table for 1949* por lo que se refiere a las contingencias de vida.

un año a partir de la fecha en que se le notifique por la Administración de Veteranos que su incapacidad se ha clasificado como relacionada con el servicio, para solicitar este tipo de seguro, denominado Seguro de Veteranos Incapacitados en Servicio.

Leyes posteriores sobre NSLI

En octubre de 1964 se promulgó una nueva ley relativa al NSLI en la que se permitía a ciertos veteranos incapacitados adquirir una nueva modalidad de Seguro de Vida del Servicio Nacional durante un plazo de un año, a partir del 1 de mayo de 1965 (19).

Todo veterano que hubiera reunido las condiciones necesarias para adquirir un Seguro de Vida del Servicio Nacional entre el 7 de octubre de 1940 y el 1 de enero de 1957, y que no poseyera un seguro público de vida o lo tuviera por un importe inferior a $ 10.000, podía acogerse al nuevo seguro siempre que 1) tuviera una incapacidad relacionada con el servicio, hubiera o no la misma dado lugar a indemnización, o 2) que tuviera una incapacidad no relacionada con el servicio que, por sí sola o en combinación con otra que sí lo estuviera le hiciera inasegurable por las empresas privadas comerciales.

El coste de este plan era más bajo para los veteranos que tenían una incapacidad relacionada con el servicio y respondían a los requisitos de buena salud de la Administración de los Veteranos; más elevado para los que no respondían a dichos requisitos a causa exclusivamente de sus incapacidades relacionadas con el servicio, y mucho más elevado para los que no podían contratar un seguro comercial a las tarifas más caras debido a incapacidades no relacionadas con el servicio.

A este seguro se podía acceder según cualquiera de los planes regulares permanentes, pero no se emitía seguro temporal.

Seguro de Vida Hipotecario para los Veteranos (Veterans' Mortgage Life Insurance = VMLI)

El Seguro de Vida Hipotecario para los Veteranos se esta-

(19) Ley Pública 88-664, 88.° Congreso, 13 de octubre de 1964.

bleció (20) para conceder este tipo de protección a aquellos veteranos que reunieran las condiciones necesarias y a los que se hubiera prestado asistencia económica por parte de la Administración para la adquisición de viviendas y, en el caso de los parapléjicos, «viviendas adecuadas para moverse en silla de ruedas». El importe del seguro estaba limitado a $ 30.000 y no podía contratarse a los setenta o más años.

Servicio de Vida Colectivo para los Militares (Servicemen's Group Life Insurance = SGLI)

El SGLI fue establecido por la Ley Pública número 89-214, aprobada el 29 de septiembre de 1965 (21), para proporcionar a los miembros de los servicios uniformados en activo un seguro suscrito con carácter colectivo por medio de aseguradoras de vida privadas. Similar en su concepción al Seguro de Vida Colectivo de los Empleados Federales (Federal Employees Group Life Insurance = FEGLI), el programa se administra por medio de un «asegurador primario» autorizado en los 50 Estados y en el distrito de Columbia. Pueden participar otras empresas como reaseguradores, aunque no tengan una autorización tan amplia, siempre que la Administración de los Veteranos apruebe los criterios para su selección. Las compañías aprobadas pueden optar por participar en la conversión del SGLI en pólizas individuales, actúen o no como reaseguradores del plan colectivo.

Las primas pagadas por el personal de servicio están pensadas para cubrir los costes normales de mortalidad en tiempo de paz y los gastos de administración. Todos los costes imputables a los riesgos adicionales del servicio militar serán satisfechos por la administración federal a través de las asignaciones de los distintos departamentos de servicio uniformado a un fondo rotativo, según una fórmula determinada por la Administración de Veteranos.

El seguro concedido con arreglo a este programa es completamente independiente y complementario de cualquier otro que el interesado pueda tener o adquirir en virtud del Seguro de

(20) Ley Pública 92-95, 92.º Congreso, 11 de agosto de 1971.
(21) Modificada por la Ley Pública 91-291, de 25 de junio de 1970.

Vida de la Administración de los Estados Unidos, del Servicio Nacional o Colectivo de los Empleados Federales. El importe del seguro de vida colectivo no se reducirá a consecuencia de ningún otro que pueda haber sobre la vida de esa persona.

Aptitud.—Se concede el seguro de manera automática a toda persona en servicio activo con dedicación plena en los servicios uniformados, oficial, clase o tropa, cuyas órdenes no le señalen un período de servicio de treinta días o menos. Los servicios uniformados comprenden la Marina, el Ejército, la Aviación, la Infantería de Marina, la Guardia Costera, y el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos; la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica, entes de Administración de Servicios Científicos y Ambientales (resultado de la fusión de la Oficina Meteorológica y del Centro Geodésico), y los cadetes y guardiamarinas del Centro de Formación de los Oficiales de Reserva que desempeñen un servicio activo a jornada completa o un servicio de instrucción, bajo órdenes que no se limiten a veinte días o menos.

Con la modificación de la ley, se amplió la protección a todos los reservistas y a los miembros de la Guardia Nacional y del Centro de Formación de Oficiales de la Reserva en el desempeño de servicios de formación autorizados.

Plan de seguro.—Toda persona apta quedará cubierta automáticamente por un seguro temporal colectivo de $ 15.000 (elevado a esa cifra desde la de $ 10.000 con efecto de 25 de junio de 1970) sin prueba de asegurabilidad, a menos que la misma opte por escrito 1) por no acogerse en absoluto a ese programa, o 2) por la cobertura de $ 5.000 o de $ 10.000. No hay más opciones.

El seguro permanece en vigor durante el servicio activo y por ciento veinte días después de cesar en el mismo, a menos que se haya extinguido antes a petición del asegurado. La cobertura se interrumpe si el asegurado se ausenta sin permiso por un período superior a treinta y un días.

Hace falta acreditar encontrarse en buen estado de salud si el interesado declinó previamente acogerse al seguro, si se desea aumentar la cobertura de $ 5.000 a 10.000 o a 15.000. El seguro

cancelado por encontrarse esa persona ausente sin permiso oficial recobra su vigencia automáticamente en la fecha en que se reincorpore al servicio con paga. Con anterioridad a la modificación del 25 de junio de 1970, para la rehabilitación hacía falta una solicitud y la prueba de tener buena salud.

Las primas mensuales se deducen de la paga de servicio del asegurado, sin que haga falta presentar una solicitud oficial de asignación, a unas tarifas determinadas por la experiencia del programa. Las tarifas se fijaron originariamente en $ 2 mensuales por un seguro de 10.000 y $ 1 mensual por uno de 5.000, y posteriormente en $ 3 al mes cuando se elevó el importe máximo a $ 15.000, independientemente de la edad o del sexo. Con efecto 1 de julio de 1972 se redujeron las tarifas de primas para quienes se encontraban en servicio a $ 2,65 al mes para 15.000, a $ 1,70 para 10.000, y a $ 0,85 para 5.000. Las primas de cobertura básica no se pagan más que durante el servicio activo. A menos que haya sido objeto de resolución o de conversión previamente, la cobertura colectiva continúa durante el período de ciento veinte días siguientes al licenciamiento sin más pagos de primas. La cuantía de la contribución exigida a los miembros para la cobertura de los reservistas durante los períodos limitados en que se les concede aquélla, se ha fijado en $ 1,50 al año por 15.000, $ 1 por 10.000 y $ 0,50 por 5.000. Esta cantidad se paga una vez cada ejercicio económico y no se reduce aunque se preste la cobertura por menos de un año completo.

Estipulaciones sobre beneficiarios y liquidación.—El asegurado puede designar a cualquier persona física o jurídica como beneficiario del seguro colectivo mediante una petición por escrito dirigida a la oficina indicada por su centro de servicio. Si no se designa ningún beneficiario o si el designado no sobrevive al asegurado, se satisfará el importe del seguro a los siguientes, por el orden de preferencia indicado:

1. El viudo o viuda.
2. El hijo o hijos y los descendientes de los hijos fallecidos, por representación.
3. Los padres.
4. El albacea o el administrador de la herencia.
5. El pariente más próximo según las leyes del estado de residencia del asegurado.

Si algún beneficiario con derecho al importe del seguro no lo ejercita en el plazo de un año a partir de la muerte del asegurado, se hará el pago al siguiente, siguiendo la línea de preferencia anterior.

El importe del seguro colectivo puede pagarse de dos formas: en una cantidad global, o en 36 plazos mensuales iguales. De no haberse pronunciado el asegurado por uno de esos sistemas de pago, podrá hacerlo el beneficiario; y si el asegurado eligió la opción de la cantidad global, el beneficiario podrá optar por los 36 plazos mensuales, pero no a la inversa.

Privilegio de conversión.—En todo momento, mientras se encuentre en vigor el seguro de grupo —dentro de los ciento veinte días siguientes al licenciamiento— el asegurado podrá convertirlo en una póliza individual, solicitándolo de cualquier asegurador aprobado y con arreglo a cualquier plan asimismo aprobado que suscriba. Esta póliza convertida se emitirá sin reconocimiento médico y por un importe no superior al del seguro canjeado, y sin restricciones de cláusulas de guerra. La ley de 25 de junio de 1970 modificó este privilegio estableciendo que la fecha de efecto de la póliza convertida queda limitada al 121º día siguiente al licenciamiento o cese en el servicio activo. Una excepción a esta limitación de los ciento veinte días la constituye el miembro del servicio que se encuentre totalmente incapacitado en el momento del licenciamiento. En ese caso dispone de un año, mientras se encuentre totalmente incapacitado para ejercitar el privilegio de la conversión.

Al amparo del seguro para reservistas no suele haber privilegio de conversión salvo en el caso de determinadas incapacidades. En tales casos, la conversión tomará efecto el día siguiente a la terminación del plazo de noventa días siguiente a dicho servicio.

Aproximadamente tres semanas después del licenciamiento, el miembro del servicio recibe de la Administración de los Veteranos un folleto (SGL-133) en el que se enumeran las compañías que tienen aprobada su participación en el programa.

SEGURO PUBLICO DE ENFERMEDAD

Los programas públicos que se ocupan de la pérdida de ingresos y de los costes de la asistencia médica durante los períodos de incapacidad, son de varios tipos. Entre ellos figuran algunos programas federales encaminados a la prestación de asistencia médica por medio de planes sanitarios de financiación pública y de instituciones destinadas a proporcionar los cuidados médicos esenciales a determinados sectores de la población. Además, existen programas de subvenciones federales para contribuir al sostenimiento de los planes conjuntos federal-estatales de la misma índole. A nivel estatal, se han organizado departamentos de sanidad pública, así como organismos especializados, incluidos los centros de rehabilitación para las víctimas de accidentes de trabajo, con objeto de afrontar otros aspectos del problema. Por otra parte, cierto número de organismos de ámbito local, en particular en las grandes ciudades, han empezado a desplegar una labor cada vez más intensa para llevar a la práctica programas unificados en los que se haga frente a los problemas derivados de la enfermedad, y uno de cuyos elementos consiste en la prestación de ayuda financiera en algunos casos.

Al mismo tiempo que se desarrollaban los programas de asistencia médica, se establecían otros destinados a reparar, por lo menos en parte, la pérdida de los ingresos. Uno de los más antiguos y más amplios de esos programas es de accidentes de trabajo, en el que se proporciona cobertura contra los costes de asistencia médica, la pérdida de ingresos debido a uno de dichos accidentes y, en muchos casos, las enfermedades profesionales en una u otra forma, en cada uno de los diversos Estados. La protección contra las pérdidas de salarios derivadas de los accidentes o enfermedades no profesionales existe en cinco Estados, a través de planes de aseguramiento de la incapacidad temporal.

La Administración federal ha elaborado algunos programas especiales, por ejemplo, los que desde hace algunos años garantizan una pensión de invalidez y, en algunos casos, los costes de atención médica a los empleados federales civiles según lo dispuesto en la Ley de Jubilación de Funcionarios Civiles y en

la de Indemnización a los Funcionarios Federales, y a los empleados ferroviarios al amparo de la Ley de Jubilación de Ferrocarriles. Más recientemente, y a partir de 1954, a tenor de las condiciones del Seguro de Vejez y Supervivencia, se ha realizado un intento generalizado de minimizar los efectos del tiempo perdido por causa de incapacidad por todas las personas protegidas por la Ley de Seguridad Social. Dicho esfuerzo se inició con la «congelación por incapacidad», disposición en la que se permitía la eliminación del tiempo perdido por causa de incapacidad para el cómputo del salario a efectos de las prestaciones del Seguro de Vejez y Supervivencia. Con posterioridad, y a partir de 1956, se concedió una prestación a los trabajadores que estuvieran impedidos «para desempeñar un trabajo lucrativo sustancial» por más de seis meses, si reunían los demás requisitos. Esta prestación se calcula del mismo modo que la primaria del Seguro de Vejez y Supervivencia (Old-Age and Survivors Insurance = OASI), del que se tratará en la sección siguiente.

EL SEGURO FEDERAL DE VEJEZ, DE SUPERVIVENCIA Y DE INCAPACIDAD Y EL PROGRAMA «MEDICARE»

Objeto de la legislación

La Ley de Seguridad Social de 1935, que entró en vigor el 1 de enero de 1937 y se debió en gran medida a la grave depresión económica de 1930-36, dotó a este país por primera vez de un sistema de subsidios de vejez (22). Al principio sólo el trabaja-

(22) La Ley de Seguridad Social de 1935 representó una ofensiva general contra los problemas de la inseguridad. Además de las prestaciones del seguro de vejez, en la ley se abordaban otros aspectos, entre ellos la ayuda a los ciegos, a los huérfanos y a los ancianos, así como el seguro de desempleo. La presente exposición se ceñirá al sistema actual del seguro de vejez, supervivencia e incapacidad, establecido inicialmente por la Ley de Seguridad Social de 1935 y modificado por la legislación posterior.

Ver ROBERT J. MYERS: *Social Security* (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1975); ver también *History of the Provisions of the Old-Age, Sur-*

dor recibía prestaciones, pero en 1939 se hizo extensiva esa protección a su familia. Al sistema ampliado se le dio el nombre de Seguro de Vejez y Supervivencia (OASI).

Por medio de modificaciones subsiguientes se introdujo una disposición (1946) a favor de las personas a cargo de los veteranos de la II Guerra Mudial fallecidos, y se procedió a liberalizaciones progresivas del sistema (en 1950, 1952 y 1954). Merced a otra reforma de 1956 se incorporó una pensión de invalidez al conjunto de prestaciones establecidas en la ley (lo que trajo consigo el cambio de denominación del sistema, que pasó a llamarse Seguro de Vejez, Supervivencia e Incapacidad = OASDI *(Old-Age Survivors and Disability Insurance);* se amplió la protección a las fuerzas armadas y a otros sectores minoritarios sobre la base de una aportación regular; se rebajó la edad mínima de jubilación voluntaria de las mujeres a sesenta y dos años y se amplió la protección a los hijos por encima del tope de los dieciocho años si habían quedado incapacitados antes de dicha edad. En 1958 volvió a modificarse la ley, incrementándose la cuantía de las prestaciones.

En 1960 y 1961 tuvieron lugar nuevas reformas legales. En 1960 se liberalizaron las disposiciones relativas a las prestaciones por incapacidad, a la prueba de los ingresos, a los requisitos para ostentar la condición de asegurado, a las ocupaciones protegidas, a las prestaciones de orfandad y a la determinación del salario mensual medio. En 1961 se rebajó el límite mínimo de jubilación voluntaria con derecho a pensión para los varones a sesenta y dos años, y además se produjo una nueva liberalización en las prestaciones mínimas, la plena condición de asegurado, ciertas prestaciones a supervivientes y la prueba de los ingresos.

Este proceso liberalizador continuó en 1965 por lo que respecta a la definición de la incapacidad total, a los ingresos compatibles con la percepción de prestaciones y al nivel de éstas. La reforma de 1965 estableció también el aumento de la base

vivors, Sisability and Health Insurance 1935-1973, Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar de Estados Unidos, mayo de 1974; y ALBERT RETTIG y ORLO R. NICHOLS: «Changes in Social Security Benefits under Public Law 93233», *Actuarial Note,* núm. 85, Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar de Estados Unidos, marzo de 1974.

de ingresos o de tarifa a $ 6.600, con efecto desde 1966, y se añadió el Título XVIII a la Ley de Seguridad Social, en el que se sentaban las bases para la implantación de un programa de seguro de enfermedad para los ancianos al que se ha dado popularmente el nombre de *Medicare* (de *Medical Care* = Asistencia Médica). Así pues, al programa actual se le puede denominar Seguro de Vejez, Supervivencia, Incapacidad y Enfermedad (*OASDHI = Old-Age Survivors, Disability, and Health Insurance*). Nuevas modificaciones en 1967, con más liberalización de las prestaciones y la elevación de la base de ingresos a $ 7.800, con efecto desde 1968. En 1969 tuvo lugar un incremento del 15 por 100 en las prestaciones sin subir los tipos ni las bases de cotización, ya que partió del supuesto de que el excedente actuarial existente era suficiente. En 1971 se decretó otro incremento del 10 por 100 en las prestaciones, con efecto retroactivo desde el 1 de enero de 1971, incremento que vino acompañado por la elevación de la base de cotización. Otra elevación de las prestaciones, de aproximadamente el 20 por 100, se produjo en 1972, simultánea a una subida de los tipos y bases de cotización.

Las modificaciones de 1972 establecieron un aumento automático tanto en las prestaciones como en la base de ingresos sujetos a cotización, siempre que el índice del coste de la vida subiese en un 3 por 100 o más en un año en el que el Congreso no hubiera concedido otro incremento. Se elevaron los ingresos autorizados, se igualó el cálculo para los trabajadores varones y mujeres, se subieron las pensiones de viudedad, se estableció una prestación complementaria para los trabajadores que retrasaran su jubilación, y se extendió la cobertura de Medicare a ciertos trabajadores incapacitados.

A principios de 1972 se aprobó una reforma en virtud de la cual se elevaban las prestaciones, la base máxima de ingresos sujetos a cotización y la limitación máxima de los ingresos por jubilación, al mismo tiempo que se revisaban las tarifas de cotizaciones. En 1975 volvió a subirse la base de cotización y la limitación de los ingresos por jubilación.

Los motivos de este plan nacional de protección fueron esencialmente cuatro: 1) la transformación de la economía del país,

que pasó de estar fundada sobre la base de una amplia autosuficiencia familiar en la que los ancianos seguían contribuyendo al sustento de la familia, a descansar sobre un complejo sistema urbano, en el que se perdía en gran medida la autosuficiencia de la familia nuclear; 2) la creciente necesidad, de acuerdo con el nuevo sistema urbano, de que los viejos dispusieran de dinero para su alojamiento y manutención, al mismo tiempo que carecían de oportunidades de ganarse la vida; 3) la creciente especialización y eficiencia de los procesos industriales, que hace muy difícil que los viejos conserven sus puestos de trabajo y prácticamente imposible que encuentren otros nuevos si pierden los antiguos, y 4) el rápido aumento, tanto en términos absolutos como relativos, del número de personas ancianas en el conjunto de la población. De 1900 a 1940, el porcentaje de la población con sesenta y cinco o más años creció del 4,1 al 6,9 y se estima en medios autorizados un nuevo incremento hasta el 9,7 en 1970, que casi duplicaría la cifra del 5,4 por 100 registrada en 1930.

Ambito de protección

El ámbito de protección del Seguro Federal de Vejez, Supervivencia e Incapacidad (al que en lo sucesivo denominaremos OASDI) está condicionado por la vinculación al mercado del trabajo. El programa no se basa en el principio de la protección universal a todos los residentes en el país, sino que persigue la cobertura de todos aquellos que desempeñan un trabajo retribuido.

Hoy en día, prácticamente todas las ocupaciones se encuentran protegidas, aunque algunas de ellas son objeto de requisitos especiales por motivos administrativos o constitucionales. Las ocupaciones excluidas están compuestas por: 1) ciertos tipos de trabajos familiares (como un hijo menor de veintiún años empleado por su padre); 2) «ocupaciones» dudosas, como las de los vendedores de periódicos menores de dieciocho años y los estudiantes universitarios con dedicación plena que trabajan en asociaciones o clubs estudiantiles; 3) algunos empleados de instituciones no lucrativas (como los estudiantes y las

enfermeras en período de formación); 4) la mayoría de los empleados de la administración federal, que están acogidos a un sistema independiente; 5) la policía y los bomberos, que ya están protegidos por un sistema estatal y municipal de jubilación (23), y 6) los trabajadores ferroviarios, que están amparados por la Ley de Jubilación de Ferrocarriles (24). En el momento actual, cerca del 90 por 100 de los trabajadores retribuidos se encuentran protegidos por el OASDI, y la cobertura según la legislación vigente es la más amplia que se puede alcanzar, salvo que se llegue a un plan universal de pensiones.

Prestaciones

Derecho a las prestaciones.—Las prestaciones derivadas del OASDI dependen de que el trabajador tenga la condición de asegurado. Para tener derecho a ellas hace falta que éste se encuentre *plenamente asegurado, actualmente asegurado* o *plena y actualmente asegurado* al mismo tiempo. El hallarse o no plena o actualmente asegurado dependerá del número de «trimestres de cobertura» que se posean y de cuándo se consiguieron.

Por «trimestre de cobertura» se entiende cualquiera de los naturales que terminan el 31 de marzo, el 30 de junio, el 30 de septiembre y el 31 de diciembre, y en el que un trabajador haya ganado por lo menos 50 dólares de salario o se le hayan abonado unos ingresos como autónomo (25).

1. *Pleno aseguramiento.*—Una persona tiene la condición de plenamente asegurada: a) cuando tiene en su haber 40 trimes-

(23) En algunos Estados también pueden acogerse los policías y los bomberos.

(24) La protección de los trabajadores ferroviarios al amparo de la Ley de Jubilación de Ferrocarriles está en estrecha relación con la existente según el seguro de vejez, supervivencia e incapacidad, debido a las disposiciones para el traspaso de abonos de salarios para los que lleven menos de diez años de servicio, así como a las disposiciones mínimas de la Seguridad Social aplicables a todos los empleados de ferrocarriles y al intercambio financiero entre ambos sistemas.

(25) Fundamentalmente, un asalariado debe percibir al menos $ 50 en un trabajo protegido durante cada trimestre que se lleve al haber de su cuenta; un trabajador autónomo recibe un abono de cuatro trimestres en cada año en que gane como mínimo $ 400 netos. No obstante, hay otras particularidades en estas reglas.

tres de cobertura devengados en cualquier momento desde 1936 (el trabajador que cumpla este requisito seguirá estando plenamente asegurado aunque no vuelva a desempeñar ningún trabajo protegido), o b) cuando reúne por lo menos un trimestre de cobertura (independientemente del momento en que lo haya devengado) por cada año natural transcurrido desde 1950 (o desde el año en que cumpliera los veintiún años, si fue más tarde) hasta la fecha en que llegue a los sesenta y dos años, fallezca o quede incapacitada. En todo caso, se requiere un mínimo de seis trimestres de cobertura. Si un trabajador permanece incapacitado por un año, con sujeción a determinados requisitos establecidos por la ley, no pierde su condición de plenamente asegurado.

2. *Aseguramiento actual.*—Una persona está actualmente asegurada cuando tiene en su haber por lo menos seis trimestres de cobertura durante los trece últimos anteriores a: a) aquél en el que fallezca; b) aquél en el que adquiera el derecho a las prestaciones del seguro de vejez o de incapacidad, o c) aquél en el que se jubile efectivamente.

Es importante señalar que el pleno aseguramiento se refiere a la *longitud* de la vinculación con el mercado del trabajo, y el aseguramiento actual, con la *vigencia* de la misma.

Naturaleza de las prestaciones (26). — En el programa del OASDI se establecen prestaciones por jubilación, supervivencia e incapacidad, todas las cuales se basan, empero, en el «importe del seguro primario» del trabajador asegurado.

1. *Prestaciones por jubilación.*—La prestación por jubilación del trabajador asegurado, que consiste en una renta vitalicia, se denomina «prestación del seguro de vejez» que coincide con el

(26) Un fallo del Tribunal Supremo de marzo de 1975 declaró que a un padre viudo con hijos pequeños se le debía pagar la prestación en las mismas condiciones que a una madre viuda con hijos pequeños, aun cuando en la ley no se establecían esas prestaciones en favor de los maridos ancianos y de los viudos, ni siquiera demostrando vivir a cargo de la esposa. Parece no ser más que una cuestión de tiempo el que por medio de una modificación legal o una decisión judicial se modifique el requisito de la dependencia económica y se produzca un tratamiento completamente igual para los dos sexos.

importe primario del seguro para la jubilación a los sesenta y cinco años o después (27). El cónyuge de un trabajador jubilado tiene derecho a una prestación igual al 50 por 100 del importe primario del seguro si tiene sesenta y cinco o más años (28), o, independientemente de la edad, si el jubilado tiene a su cargo un hijo no casado menor de dieciocho años, o sea cual fuere la edad de este último, si el hijo está incapacitado y lo ha estado desde los dieciocho años y el padre o la madre le prestan «servicios personales». Además, cada hijo a cargo del jubilado que tenga menos de dieciocho años (o de veintidós si estudia con dedicación plena) tiene derecho a una prestación igual al 50 por 100 del importe primario del seguro. La prestación máxima que puede percibir una persona y las que tiene a su cargo —o sus supervivientes— está en función de los salarios medios mensuales del trabajador asegurado, con un máximo absoluto de $ 870,80 al mes. Estas prestaciones por jubilación (representadas en el cuadro 37.1) se conceden solamente a las personas plenamente aseguradas y a los familiares a su cargo.

2. *Prestaciones de supervivencia.*—El cónyuge supérstite de un trabajador asegurado que no se haya vuelto a casar tendrá derecho a prestación ya a la edad de sesenta años. Tendrá derecho a percibir el 100 por 100 del importe primario del seguro si espera hasta los sesenta y cinco años o más para recibir la prestación. Esta se reduce, entre los sesenta y los sesenta y cinco años, en un 19/40 del 1 por 100 por cada mes que falte para alcanzar los sesenta y cinco años (por ejemplo, hay una reducción del 28,5 por 100 a los sesenta años, del 17,1 por 100 a los sesenta y dos). Si el cónyuge viudo tiene entre cincuenta y cincuenta y nueve años y además es inválido, tiene derecho a una prestación de incapacidad en la que también se opera una reducción del 43/240 del 1 por 100 por cada mes que le falte para

(27) La persona que se jubile como trabajador puede optar por hacerlo a los sesenta y dos años con una prestación reducida de manera permanente igual al 80 por 100 de la total (importe primario del seguro). Las prestaciones se prorratean para el caso de jubilación entre los sesenta y dos y los sesenta y cinco años.

(28) El cónyuge de un trabajador jubilado puede tener derecho a prestaciones, aunque por un importe reducido, desde los sesenta y dos años; a esta edad se paga el 75 por 100 de la prestación total, y más si la misma se pide entre los sesenta y dos y los sesenta y cinco años.

llegar a los sesenta años. Independientemente de la edad, si el cónyuge viudo tiene a su cargo un hijo soltero del trabajador, menor o mayor de dieciocho años, pero que se encuentre incapacitado desde esa edad, tendrá derecho a una prestación igual al 75 por 100 del importe primario del seguro. Por otra parte, el hijo soltero, que viviera a cargo del asegurado fallecido y tenga menos de dieciocho años (o menos de veintidós si cursa estudios con dedicación plena), o sin limitación de edad si quedó incapacitado antes de los veintidós años, tiene derecho a una prestación igual al 75 por 100 del importe primario del seguro (prestación de orfandad). Los padres que vivieran a cargo del trabajador asegurado y tengan sesenta y dos o más años tienen derecho a una prestación igual al 75 por 100 del importe primario del seguro (29). Además de estas prestaciones en forma de renta, a la muerte del trabajador se paga una cantidad global igual al triple del importe primario del seguro, sin que la misma pueda ser inferior nunca a $ 255 (prestación por fallecimiento).

Todas estas prestaciones de supervivencia se conceden únicamente a las personas a cargo del trabajador plenamente asegurado. Las que lo estén a cargo de un trabajador actualmente asegurado sólo tienen derecho a: 1) la prestación del padre o de la madre; 2) la prestación de orfandad, y 3) la prestación global por fallecimiento. Como se indicó más arriba, los trabajadores que sólo están actualmente asegurados y las personas a su cargo no tienen derecho a las prestaciones por jubilación.

Hasta un reciente fallo del Tribunal Supremo, el viudo que estuviera a cargo de una trabajadora fallecida, y el marido de una trabajadora jubilada que vive también a su cargo, si tenían sesenta o más años, y los viudos inválidos comprendidos entre los cincuenta y los sesenta y un años sólo tenían derecho a prestaciones si la trabajadora estaba plenamente asegurada. Esta y otras disposiciones similares discriminatorias con arreglo a la ley son claramente inadmisibles a la luz de la transformación que está experimentando el papel de la mujer trabajadora en los Estados Unidos. Es indudable que las recientes decisiones judiciales impondrán una revisión de los textos legislativos.

(29) Si sólo uno de los padres tiene derecho a esta prestación, la cuantía de la misma es del 82,5 por 100 del importe primario del seguro del difunto.

3. *Prestaciones por incapacidad.*—La reforma de 1956 en la Ley de Seguridad Social incorporó por primera vez al OASDI las pensiones de incapacidad, que han sido objeto de varias liberalizaciones sucesivas desde entonces. Un trabajador tendrá derecho a la prestación por incapacidad si: 1) está plenamente asegurado; 2) tiene por lo menos 20 trimestres de cobertura en los 40 inmediatamente anteriores a la incapacidad, y 3) ha quedado incapacitado por lo menos cinco meses de un modo tan grave que le impide desempeñar «cualquier actividad lucrativa sustancial» y que esa incapacidad haya durado o se espere que vaya a durar por lo menos doce meses o que sea a causa de muerte. Para las personas menores de treinta y un años son menores los requisitos de cobertura. El trabajador incapacitado debe estar dispuesto a aceptar los servicios oficiales de rehabilitación profesional.

La pensión de invalidez es igual al importe primario del seguro, pero sólo se paga mientras dure la incapacidad. La determinación de la incapacidad la hacen ciertos organismos de los Estados, con derecho a revisión por parte de la Administración de la Seguridad Social, que es la que, en definitiva, determina la *continuación* de la misma.

Las personas a cargo de aquéllas que perciben prestaciones por incapacidad tienen derecho a una pensión mensual, con las mismas limitaciones y requisitos que existen para las prestaciones por jubilación.

Debe señalarse que las modificaciones de 1960 cargaron el acento en la importancia de la rehabilitación en el programa de incapacidad. Así, un beneficiario incapacitado que desempeñe una labor a pesar de un impedimento grave, puede seguir percibiendo la prestación durante doce meses. Además, la ley establece también un período de reajuste para los beneficiarios que se encuentren en el proceso de recuperación de su incapacidad.

El hijo soltero de un trabajador fallecido, inválido o jubilado que haya quedado a su vez incapacitado antes de los veintidós años, tiene derecho a una pensión a partir de los dieciocho años. Esta prestación se pagará mientras dure la invalidez del hijo y es la misma que recibiría el hijo a cargo de un trabajador fallecido o jubilado. También existe una prestación en favor

del padre o la madre que tiene a su cargo a un hijo inválido beneficiario de una pensión, siempre que se trate del cónyuge de un trabajador incapacitado, jubilado o fallecido. Las medidas de rehabilitación del programa de incapacidad también son aplicables a los hijos inválidos.

Los ciegos también tienen derecho a prestaciones por incapacidad si están plenamente asegurados.

Nivel de las prestaciones.—Como ya se ha señalado anteriormente, todas las prestaciones se basan en el importe primario del seguro, que, a su vez, depende del salario mensual medio. Este, que es un concepto técnico, se obtiene fundamentalmente calculando los ingresos totales cubiertos del asegurado (30) durante un número de años igual a cinco menos de los que han transcurrido desde 1 de enero de 1951, o desde el primer día del año en que el asegurado cumplió veintidós años, si éste fuera posterior, y antes del año en que cumple los sesenta y dos años, fallece, o queda incapacitado, y dividiendo ese importe por el número de meses en esos años. Los años que se utilizan son los de ingresos más altos (pero si esa persona no tiene tantos años con ingresos como los que hacen falta debe poner ceros en los años restantes). En el cálculo del número de años utilizado para determinar el salario mensual medio se omiten los períodos durante los cuales permaneció incapacitado el asegurado. El efecto de las disposiciones de «congelación por incapacidad» es el de aumentar el salario medio mensual y, en consecuencia, las prestaciones correspondientes. En los casos de jubilación, el número de años utilizados no puede ser inferior a cinco. Pueden utilizarse los ingresos en cualquiera de los años posteriores a 1950, incluidos los anteriores a cumplir los veintidós años o posteriores a los sesenta y dos.

La fórmula de la prestación aplicada al salario medio mensual para hallar el importe primario del seguro está sometida a una fuerte ponderación a favor del trabajador de ingresos más bajos. Durante la evolución de la Ley de Seguridad Social se han empleado distintas fórmulas para el cómputo de ese importe primario. Actualmente se utiliza la *Tabla de Importe Primario del Seguro y de Prestación Familiar Máxima* (artículo 215 (a) de la Ley de Seguridad Social) para determinarlo; esa tabla contiene también otras instruccines importantes para el cómputo de las prestaciones familiares. En el cuadro 37.1 se representan unos cuantos importes primarios del seguro y las prestaciones familiares máximas correspondientes.

(30) Desde el 1 de enero de 1975, en los ingresos sujetos a cotización entran todos los percibidos en un trabajo protegido hasta un máximo de $ 14.100 al año. En períodos anteriores, esos topes máximos fueron de 3.000, 3.600, 4.200, 4.800, 6.600, 7.800, 9.000, 10.800 y 13.200 dólares.

Pérdida de las prestaciones

1. *Prueba de los ingresos.*—Si una persona menor de setenta y dos años con derecho a una prestación, obtiene unos ingresos de más de $ 2.520 al año (31) de un trabajo protegido, no protegido o autónomo, perderá una parte o la totalidad de las prestaciones que le corresponderían por dicho año, cosa que no ocurre si aquellos ingresos son de $ 2.520 o menos. Con sujeción a la prueba mensual descrita a continuación, se produce una pérdida de $ 1 de prestación por cada 2 de ingresos, por la porción en que éstos superen los 2.520. Sin embargo, no se pierde ninguna prestación por aquellos meses en los que esa persona no gane más de $ 210 por salario ni realice trabajos autónomos de consideración. Así pues, si un trabajador plenamente asegurado, de sesenta y seis años de edad, ganó $ 10.000 en un trabajo continuo en 1975, no le correspondería ninguna prestación de la Seguridad Social por ese año; pero si ganó $ 210 o menos de salario mensual en cuatro meses de ese año y no llevó a cabo ningún trabajo autónomo de consideración, se le pagarían las prestaciones correspondientes a esos cuatro meses.

La prueba de los ingresos es aplicable a todos los beneficiarios menores de setenta y dos años, excepto a los que se encuentren incapacitados.

Los ingresos de una persona que esté percibiendo una prestación como familiar o superviviente sólo afectan a la que se le paga a ella y no a las que se abonan a los otros miembros de la familia. Así pues, si la viuda de un trabajador fallecido pierde su prestación de viudedad debido a la prueba de los ingresos, sus hijos (menores de dieciocho años, incapacitados desde los

(31) En 1975.

TABLA 37.1

Ejemplos del importe primario del seguro y de las prestaciones familiares máximas

Salario medio mensual del trabajador asegurado	*Importe primario del seguro* *	*Prestaciones familiares mensuales máximas*
$ 300	$ 214	$ 352
350	237	412
400	259	473
440	275	514
480	292	538
520	307	561
560	324	583
600	344	609
640	363	634
680	375	656
720	386	675
760	396	693
800	405	708
840	414	724
880	422	739
920	431	755
960	440	770
1.000	449	786
1.040	457	800
1.080	465	814
1.120	473	828
1.160	481	842

(*) Prestación mensual para un trabajador jubilado a los 65 años, o para un trabajador incapacitado a cualquier edad. Las cifras consignadas en la tabla se basan en el artículo 215 a) de la Ley de Seguridad Social, en vigor en junio de 1974.

dieciocho años, o menores de veintidós si cumplen el requisito de los estudios) continuarán percibiendo normalmente las suyas.

2. *Doble derecho.*—Una persona que tenga derecho a más de una prestación recibirá la más alta de las que haya solicitado. Así, una esposa con derecho propio a prestación como trabajadora asegurada, podrá obtener una prestación al amparo de la condición de asegurado de su marido sólo en la medida en que la misma sea superior a la suya propia de vejez.

3. *Jubilación retrasada.*—Con efecto de enero de 1973, a los trabajadores se les concede un incremento especial en sus prestaciones de vejez por cada mes (1/12 del 1 por 100 mensual) que tarde en jubilarse entre las edades de sesenta y cinco y setenta y dos años.

4. *Cambios en la situación familiar.*—Se suprimen las prestaciones de la Seguridad Social cuando en la situación familiar se producen cambios, tales como el matrimonio o el divorcio, que alteran las condiciones en las que se hacen los pagos. Por ejemplo, los pagos a un hijo no incapaz cesan cuando llega a los dieciocho años o a los veintidós si cursa estudios, y a un viudo o viuda cuando contrae nuevo matrimonio.

5. *No petición.*—La no petición de la prestación una vez que se ha producido el derecho a la misma puede privar de ella al beneficiario durante cierto tiempo. En la ley se conceden prestaciones de manera retroactiva por un período de doce meses.

6. *Registro incorrecto.*—Cada persona tiene la responsabilidad de comprobar periódicamente si el registro de la Seguridad Social contiene una información correcta en su propio expediente. Los errores deben corregirse en el plazo de tres años, tres meses y tres días, excepto en las circunstancias expresamente señaladas en la ley (32).

7. *Varios.*—Pueden perderse las prestaciones si se desempeñan ciertos trabajos fuera de los Estados Unidos, y también si al beneficiario se le condena por ciertos delitos subversivos.

Programa Medicare

Como ya se ha dicho, las modificaciones de 1965 en la Ley de Seguridad Social le añadieron el Título XVIII, en el que se estableció un programa de seguro de enfermedad para los ancianos (33). «Medicare» representa uno de los cambios más radicales en la historia de esa Ley (34).

(32) Ver *Social Security Handbook*, 5.ª edición (Washington, D.C., Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar de Estados Unidos, 1974), págs. 247-48.

(33) Ver el borrador de la Nota de Estudio, parte 8, de la Sociedad de Actuarios, preparado por PAUL BARNHARDT.

(34) Las modificaciones de 1972 ampliaron la protección de *Medicare* a las personas menores de sesenta y cinco años que recibieran prestaciones de jubilación de la Seguridad Social o de los ferrocarriles basadas

En términos generales, «Medicare» es un programa de seguro federal de enfermedad en dos partes. De acuerdo con la Parte A, el Plan de Seguro de Hospital, a todas las personas de sesenta y cinco o más años se les conceden unas amplias prestaciones de hospitalización. Al amparo de la Parte B, que es facultativa, se establece, entre otras prestaciones, un programa suplementario de asistencia médica y quirúrgica, para las personas de más de sesenta y cinco años que se inscriban con una prima mensual de $ 6,70 para el período que empieza el 1 de julio de 1974. La tendencia al crecimiento de las primas mensuales ha sido la siguiente:

Período	*Prima mensual*
Julio 1966-marzo 1968	3,00
Abril 1968-Junio 1970	4,00
Julio 1970-junio 1971	5,30
Julio 1971-Junio 1972	5,60
Julio 1972-junio 1973	5,80
Julio 1973	5,80
Agosto 1973	6,10
Septiembre 1973-junio 1974	6,30
Julio 1974-junio 1975	6,70

Plan básico - Seguro de hospital.—Las prestaciones básicas del plan de hospital comprenden las siguientes:

1. *Servicios de internamiento en hospital*, de hasta 90 días en cada «período de prestación». También se establece una reserva vitalicia de 60 días que puede utilizarse después de los 90 días en un acceso de enfermedad. El paciente paga una franquicia de 92 dólares por los primeros 60 días, más una franquicia de 23 dólares al día por cada uno de los 30 siguientes por cada acceso de enfermedad, más otra franquicia de 46 dólares diarios por cada día de los de la reserva vitalicia (35). En los servicios hospitalarios entran todos los que un hospital presta ordinariamente a sus pacientes internos; sin embargo, no se paga el servicio privado de enfermeras ni los de los médicos, excepto los prestados por médicos u odontólogos internos o residentes en formación de acuerdo con programas autorizados de enseñanza. Está incluido el servicio psiquiátrico hospitalario al paciente interno, pero con una limitación vitalicia de 190 días.
2. *Atención posthospitalaria ampliada* (en un centro que tenga un acuerdo con el hospital para el oportuno traslado de los pacientes y para proporcionar información médica acerca de los mismos) después de trasladar al paciente del hospital, tras una estancia mínima de tres días, hasta un total de 100 días en cada «período de prestación». Pero después de los primeros 20 días, los pacientes pagan una franquicia de 11,50 dólares al día por cada uno de los siguientes en un acceso de enfermedad.
3. *Servicios sanitarios posthospitalarios a domicilio* de hasta 100 visitas por cada acceso de enfermedad, dentro del año siguiente a la salida de un hospital, tras una estancia mínima de tres días, o de un centro de atención ampliada. El destinatario debe estar bajo el cuidado de un médico y siguiendo un plan, fijado también por un médico en el término de los 14 días siguientes a la salida del hospital, que haga necesarios esos servicios. En estos entran la asistencia intermitente de enfermeras, la terapia y los servicios parciales de un ayudante sanitario a domicilio. El paciente debe estar confinado en su domicilio, con la excepción de que cuando se utiliza determinado equipo se le puede llevar a un hospital, a un centro de atención ampliada o a uno de rehabilitación para que reciba allí alguno de esos servicios sanitarios a domicilio pero aprovechando la existencia del equipo necesario.

No está incluido ningún servicio de atención poshospitalaria ampliada o de asistencia sanitaria poshospitalaria a domicilio que sea de tal índole que tampoco estaría incluido si se le prestara a un paciente en un hospital.

Se considera que un «período de prestación» empieza cuando una persona ingresa en un hospital y termina cuando deja de estar internada en un hospital o centro de atención ampliada durante sesenta días consecutivos.

Los importes de las franquicias por los servicios de internamiento en un hospital y en un centro de atención ampliada se irán aumentando a medida que lo hagan los costes hospitalarios, con las correspondientes revisiones de los importes del coaseguro para las prestaciones por largas estancias en hospital y centros de atención ampliada. Sólo se aumentará la franquicia inicial de hospital cuando se requiera un aumento de $ 4.

A quienes prestan los servicios comprendidos en el plan bá-

en una incapacidad a largo plazo, o que padecieran alguna dolencia renal crónica y necesitaran hemodiálisis o un trasplante de riñón. Las personas incapacitadas deben haber estado recibiendo prestaciones por invalidez durante veinticuatro meses consecutivos antes de adquirir el derecho a la protección de *Medicare*.

(35) Cifras de 1975.

sico se les pagan las facturas sobre la base de los «costes razonables» ocasionados por la atención a los beneficiarios.

Plan suplementario de seguro médico.—En este plan suplementario se establecen, con una franquicia anual de $ 60 y una participación del 20 por 100 (coaseguro) por encima de aquélla, las siguientes prestaciones:

1. *Servicios médicos y quirúrgicos,* tanto si se prestan en un hospital, clínica, consulta, domicilio, o en cualquier otro lugar. Los servicios de radiología y patología a los pacientes internos no están sujetos a las cláusulas de costes compartidos.
2. *Asistencia sanitaria domiciliaria* (sin requisito de hospitalización previa) hasta un máximo de 100 visitas en cada año natural.
3. *Servicios médicos y sanitarios* con inclusión de la diagnosis por rayos X, mediante pruebas de laboratorio, y otros medios de diagnóstico; terapéutica con rayos X, radio e isótopos radiactivos; servicios de ambulancia; vendajes y entablillados quirúrgicos, escayolados, y otros medios para la reducción de fracturas y dislocaciones; alquiler de equipo médico duradero, como pulmones artificiales, tiendas de oxígeno, camas de hospital y sillas de ruedas para su utilización en el domicilio del paciente; prótesis (no dentales) que reemplacen en todo o en parte un órgano interno del cuerpo: bragueros ortopédicos y piernas, brazos y ojos artificiales; tratamientos fisioterapéuticos y otros.
4. *Asistencia psiquiátrica,* con una limitación especial para el tratamiento extrahospitalario de los trastornos mentales, psiconeuróticos y de la personalidad. El pago por ese tratamiento durante cualquier año natural está limitado a 312,50 dólares, o al 62,5 por 100 de los gastos, según cual de las dos cantidades sea menor.

Si alguno de los servicios indicados arriba se encuentra incluido en el plan básico, queda excluido del suplementario.

En la ley se establecen normas especiales relativas a los períodos de inscripción y al momento cuando se inicia la cobertura.

Financiación

El sistema del Seguro de Vejez, Supervivencia e Incapacidad y el plan de Seguro de Hospital se financian mediante las contribuciones iguales de los trabajadores y de las empresas (36). El trabajador paga una cuota por la retribución que percibe, y la empresa sobre su nómina. El tipo de cotización en 1974-75 fue del 5,85 por 100 sobre las remuneraciones sujetas y sobre las nóminas, con una aportación total del 11,70 por 100 de los salarios sujetos. Como ya se ha dicho antes, la cuota se calcula sobre los primeros $ 14.100 de retribución pagados a un trabajador durante el año natural de 1975. La empresa retiene la cuota del trabajador en su paga y la transfiere junto con la suya propia al Director de las Rentas Internas de EE. UU del distrito.

Las normas de cotización son un tanto distintas para los trabajadores autónomos amparados por la ley. Para financiar esta fase del programa, el autónomo paga una cuota igual a cerca de una vez y media del tipo de cotización de los trabajadores por cuenta ajena al OASDI, pero según el mismo tipo para el Seguro de Hospital. La cuota, que es actualmente del 7,90 por 100, se calcula aplicando ese tipo sobre los ingresos por trabajo autónomo hasta el tope de $ 14.100. Si una misma persona tiene salarios sujetos a cotización e ingresos como autónomo, se deduce el total de los primeros del máximo de $ 14.100 para determinar cuáles son los ingresos como autónomo sujetos a cotización. El trabajador autónomo paga su cuota por medio de un anexo especial unido a su declaración del impuesto federal sobre la renta.

Por lo que respecta a la financiación de la Seguridad Social, es importante poner de relieve el programa de aumento de los tipos de cotización contenido en la ley.

La prima del Seguro Médico Suplementario se paga a partes iguales por el participante y por el Gobierno federal. Deben pagarla todos los que tengan sesenta y cinco años o más y opten por acogerse a esta protección. La prima inicial para el participante era de $ 3 al mes (la prima total mensual era de $ 6). Las primas se calculan según un tipo fijado por el secretario de Sanidad, Educación y Bienestar. Los que se inscriben con posterioridad al momento del nacimiento de su derecho tienen que cotizar según un tipo más elevado, que es de un 10 por 100 más

(36) Ley de Aportaciones Federales al Seguro, capítulo 21, Código de Rentas Internas.

por cada año completo de retraso. Al 1 de julio de 1974 estaba en vigor una prima de $ 6,70.

Una vez pagados, los fondos recolectados por los distintos programas se asignan al Fondo Fiduciario del Seguro de Vejez y Supervivencia, al Fondo Fiduciario del Seguro de Incapacidad, al del Seguro de Hospital y al del Seguro Médico Suplementario. Todos estos fondos son administrados por una junta de síndicos compuesta por los secretarios del Tesoro, de Trabajo, y de Sanidad, Educación y Bienestar. Al secretario del Tesoro se le denomina Síndico Administrador, y en su calidad de tal dispone de amplios poderes de gestión sobre los fondos fiduciarios, que deben invertirse en valores emitidos o avalados por la Administración federal, y de los que se retiran las cantidades necesarias para atender los pagos de prestaciones y los gastos administrativos.

La legislación completa sobre Seguridad Social abarca en la actualidad varios centenares de páginas, por lo que en un resumen de esta índole es evidentemente imposible hacer mención de todas las circunstancias y situaciones que pueden presentarse. Las personas interesadas deben ponerse siempre en contacto con la delegación local de la Seguridad Social para obtener información sobre el extremo que les afecte.

Evolución actual.—En un informe publicado a principios de 1975, el Consejo Asesor sobre Seguridad Social (37) recomendaba seguir respetando los principios fundamentales del programa: protección universal obligatoria, prestaciones en función de los ingresos salariales y sin demostración de necesidad, y contribución al coste del programa por parte de los trabajadores protegidos y de las empresas. El Consejo recomendaba también la liberalización de la «prueba de la jubilación» —lo que puede ganar una persona sin reducción de la prestación— y un tratamiento legal igual para los varones y las mujeres. Expresaba su preocupación acerca de la integridad financiera del programa

(37) El artículo 706 de la Ley de Seguridad Social previene el nombramiento cada cuatro años de un Consejo Asesor sobre Seguridad Social, formado por un presidente y 12 miembros más en representación del público en general, de los trabajadores autónomos y de las organizaciones de empresarios y trabajadores. Su informe fue publicado a principios de 1975.

que empezará el año 2005 y urgía la adopción inmediata de medidas encaminadas a garantizar su solidez financiera a largo plazo. Recomendaba de manera específica la transferencia del sostenimiento del programa «Medicare» a la tributación general, ya que las prestaciones del seguro de hospitalización no guardan relación con las rentas del trabajo y, por lo tanto, no deben nutrirse de las cotizaciones sobre las nóminas. Los componentes del Consejo manifestaron su preocupación sobre la actualización de las prestaciones, tanto para los actuales beneficiarios como para los futuros jubilados, en función del índice de precios de consumo, así como por la equiparación de la base de salarios sujetos a cotización con los ingresos medios en el trabajo protegido. Se recomendaba un cambio en el método de cómputo de las prestaciones según se le aplican a los recién jubilados o a las personas que se inscriben por primera vez en la lista de beneficiarios, estableciendo un sistema de desconexión en el que los ingresos anteriores registrados del solicitante se actualizarían según el promedio de los salarios anteriores en el trabajo protegido y se aplicaría una nueva fórmula de prestación a los ingresos medios mensuales actualizados que resultaran. Se había puesto de manifiesto que el presente método de elaborar el cálculo de la prestación a los jubilados, tanto sobre los incrementos del índice de precios de consumo como sobre sus futuros ingresos más elevados, podría acarrear anomalías extrañas e involuntarias.

Por último, el Consejo reconocía que, a la luz de las actuales proyecciones demográficas, en los primeros decenios del siglo próximo habrá un fuerte aumento del número de personas en edad de jubilarse en relación con la población en edad de trabajar. Aun cuando el Consejo no recomendaba la elevación de la edad que da derecho a las prestaciones de la Seguridad Social por jubilación, lo que sí hacía era expresar su convicción de que ese cambio merecería estudiarse en el próximo siglo, cuando la carga financiera de las cotizaciones a la Seguridad Social sobre las personas que todavía estuvieran trabajando podría llegar a ser excesiva.

En la actualidad se presta gran atención a la elaboración de un plan combinado de Seguro Nacional de Enfermedad. Entre los problemas más graves con que se enfrenta hoy en día una

familia que trate de conseguir asistencia médica están los costes tan altos y en continuo aumento, la escasez crónica de médicos y enfermeras y la desigual distribución de las instalaciones sanitarias, que hace que algunas comunidades e incluso condados enteros carezcan de médicos o de hospitales. Se encuentran en estudio cierto número de soluciones globales a la crisis de la asistencia sanitaria en el país. Aun cuando la exposición detallada de esos planes queda fuera del objeto del presente texto, en el anexo 37.1 se resumen las cinco propuestas más importantes de las actualmente sometidas a debate.

Sea cual fuere el camino que se tome en relación con esas propuestas de asistencia sanitaria y con otras modificaciones que se recomiendan en el sistema de la Seguridad Social, no cabe duda de que la ley que lo instituyó marcó un hito definitivo en la evolución de la vida norteamericana. Su influencia sobre la seguridad económica del pueblo norteamericano ha sido al mismo tiempo decisiva y penetrante.

ANEXO 37.1

SIETE PROPUESTAS DE SEGURO NACIONAL DE ENFERMEDAD

Ley de Asistencia Sanitaria Nacional de 1973

McIntyre - S. 1100 — Burleson - H. R. 5200
(Asociación Norteamericana del Seguro de Enfermedad)

CONCEPTO

Programa voluntario en tres partes suscrito a través de aseguradores privados de enfermedad: 1) empresario-trabajador; 2) individual; 3) fondos de seguro subvencionados por los estados para los indigentes, cuasi indigentes e inasegurables. Inclusión gradual de prestaciones amplia, entre ellas una cláusula de riesgos catastróficos, con unas normas sobre prestaciones mínimas dictadas por la Administración federal. Por medio de otras estipulaciones se restringirían los costes de la atención sanitaria, se ampliarían los centros de asistencia ambulatoria y la planificación sanitaria, y se corregirían la escasez y la mala distribución del personal médico y asistencial.

ESTRUCTURA DE LAS PRESTACIONES

Prestaciones uniformes para todos. Hospitalización; acogida en asilos especializados; asistencia domiciliaria; atención médica, odontológica y otros servicios facultativos; análisis clínicos y rayos X; cirugía y radioterapia; obstetricia, ginecología y pediatría; asistencia psiquiátrica; reconocimientos médicos e inmunizaciones; servicios de rehabilitación; prescripción de medicamentos; lentes. Prestación por enfermedades catastróficas hasta 250.000 dólares. Opción HMO. Pago compartido de la asistencia institucional y de los servicios médicos. La participación en el pago de otros servicios varía entre ninguna para la asistencia preventiva y el 50 por 100 para el tratamiento de trastornos mentales. Modesta participación en los costes según los ingresos, estableciéndose el límite máximo total de desembolso por familia en 1.00 dólares, que es inferior para las de menos ingresos.

ADMINISTRACION

Empresas privadas de seguros de enfermedad para los planes individuales y colectivos cualificados aprobados por el departamento estatal de seguros. Los fondos estatales suscritos por tomadores particulares según la reglamentación del departamento de Sanidad, Educación y Bienestar. Coordinación de los programas federales por el Consejo de Asesores en Política Sanitaria.

FINANCIACION

Prima pagada por empresarios y trabajadores, plenamente deducible de impuestos si reúne los requisitos federales; eliminación de la deducción fiscal durante el período especificado si el plan no se ajusta a las normas. En los planes individuales, el tomador paga toda la prima. Los indigentes no pagan prima; los cuasi indigentes, sólo una parte, según sus ingresos. Esa diferencia la cubren las administraciones federal y estatales con fondos procedentes de las rentas generales.

EFECTOS SOBRE OTROS PROGRAMAS PUBLICOS

Complemento de las prestaciones de Medicare para cumplir las normas federales; absorción gradual de Medicaid como medio para financiar otros servicios, excepto los de custodia.

EFECTO SOBRE EL SISTEMA DE DISTRIBUCION

Establecimiento de varios controles de costes, entre ellos la revisión por parte de inspectores médicos (PSRO), el examen de la utilización de los hospitales, la aprobación prospectiva de las tarifas, acreditación de la necesidad de instalaciones sanitarias. Subvenciones, préstamos y avales para HMO's y otros tipos de centros sanitarios colectivos. Dotación complementaria para la planificación global de la sanidad. Más ayudas y becas a los alumnos de las carreras médicas y sanitarias, con medidas especiales para favorecer el ejercicio en las zonas con mayor escasez. Elaboración de una política sanitaria a escala nacional por el Consejo de Asesores en Política Sanitaria.

Plan de Seguro Global de Enfermedad

(Comprehensive Health Insurance Plan)
Packwood - S. 2970 — Mills-Schneebeli - H. R. 12684
(Propuesta del Gobierno)

CONCEPTO

Programa en tres partes: 1) Plan de Seguro de Enfermedad para Empleados, que los empresarios están obligados a ofrecer, y que los empleados pueden aceptar o no libremente; 2) Plan de Seguro de Enfermedad Asistencial para quienes no pertenecen a grupos protegidos, como los indigentes, los parados, etc., o no asegurables por otro concepto, menores de 65 años; 3) Programa Federal de Prestaciones Sanitarias para las personas de 65 ó más años. Cobertura global en la que se comprenden las prestaciones por siniestros catastróficos. Administrada por medio de aseguradores privados de enfermedad, salvo el Programa Federal de Prestaciones Sanitarias. Hay otras cláusulas para restringir los costes sanitarios.

ESTRUCTURA DE LAS PRESTACIONES

Prestaciones obligadas análogas para todos. Internamiento hospitalario; servicios de asistencia ampliada posthospitalaria; asistencia domiciliaria; prescripción de medicamentos; pediatría; servicios psiquiátricos. Otros servicios médicos y preventivos. Opción HMO. Franquicia por año natural y responsabilidad máxima en efectivo de $ 1.500 por familia según el Plan para Empleados; participación en los costes en función de los ingresos para los acogidos a los Planes Asistenciales.

ADMINISTRACION

Las empresas privadas de seguros de enfermedad desempeñan la función aseguradora del Plan para Empleados. Los Planes Asistenciales los administran los estados por medio de aseguradores privados, con arreglo a normas dictadas por la administración federal. Los estados deben promulgar leyes en las que se exija a los aseguradores registrar el plan, someter a inspección las tarifas y sus estructuras, pasar una auditoría anual, y cumplir otros requisitos. La administración federal explota el programa ampliado de prestaciones para los ancianos a través de sus propios intermediarios fiscales.

FINANCIACION

El empresario paga por lo menos el 75 por 100 (el 65 por 100 los primeros tres años) y el trabajador el resto. Subvención federal para ayudar a los empresarios en caso de subidas desusadamente fuertes en los costes de la primas. Según el Plan Asistencial, los indigentes no pagarían primas y los demás según sus medios; el resto se sufragaría con cargo a las rentas generales.

EFECTO SOBRE OTROS PROGRAMAS PUBLICOS

Se conservaría el Medicare con prestaciones ampliadas. Se suprimiría Medicaid, salvo para ciertos servicios.

EFECTO SOBRE EL SISTEMA DE DISTRIBUCION

Los servicios médicos sometidos a inspección facultativa (PSRO); aprobación prospectiva de las tarifas hospitalarias; acreditación de la necesidad de las instalaciones hospitalarias.

Ley de Seguridad Sanitaria de 1973

Kennedy - S. 3 — Griffiths - H. R. 22
(Comité para el Seguro Nacional de Enfermedad, AFL-CIO)

CONCEPTO

Programa obligatorio de seguro nacional de enfermedad para toda la población, administrado por el gobierno federal, sin seguro de enfermedad privado.

ESTRUCTURA DE LAS PRESTACIONES

Gama completa de servicios sanitarios: estancia en hospitales; residencias especializadas; asistencia domiciliaria; atención médica; odontología para los jóvenes; cuidados preventivos; diagnósticos; ginecología y pediatría; servicios de rehabilitación; prescripción de medicamentos; instrumentos médicos; lentes; otros servicios complementarios. Limitaciones en los servicios psiquiátricos, de residencias y de odontología, así como para la prescripción de medicamentos. Sin participación en los costes ni graduación de los mismos en los servicios cubiertos.

ADMINISTRACION

La administración federal por medio del Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar, cuyas delegaciones regionales junto con la sanidad local atenderán las oficinas de distrito que llevaría a la práctica el programa. El poder decisorio residiría en una Junta de Seguridad Sanitaria compuesta por cinco miembros; consejos asesores a todos los niveles con mayoría de los consumidores.

FINANCIACION

Por medio del Fondo Fiduciario de Seguridad nutrido con contribuciones sobre las remuneraciones salariales, los ingresos de los trabajadores autónomos, y las rentas del capital, así como por aportaciones de los ingresos generales federales, como sigue: un 3,5 por 100 sobre la nómina total de las empresas; un 1 por 100 sobre los salarios de los trabajadores y las rentas del capital hasta $ 15.000 al año; una contribución del 2,5 por 100 sobre los ingresos de los trabajadores autónomos hasta $ 15.000 anuales; y una aportación de las rentas federales generales igual al total recaudado para fines de Seguridad Sanitaria. La fuente de los fondos se desglosaría como sigue: el 36 por 100 de las empresas, el 12 por 100 de los trabajadores y de las rentas del capital, el 2 por 100 de los trabajadores autónomos y el 50 por 100 de las rentas generales de la federación.

EFECTO SOBRE OTROS PROGRAMAS PUBLICOS

Abolición de Medicare; absorción de la mayor parte de Medicaid, salvo ciertos servicios.

EFECTO SOBRE EL SISTEMA DE DISTRIBUCION

Importancia prioritaria para HMO's, con subvenciones y préstamos para construcción y para enjugar los déficits de explotación. Fondo de Desarrollo de los Recursos Sanitarios (finalmente, el 5 por 100 de los ingresos totales del programa) para mejorar la prestación de la asistencia sanitaria. Incentivos económicos y de otra índole para formación y utilización de personal sanitario escaso. Constitución de una Comisión Federal sobre la Calidad Asistencial para analizar el nivel de la misma y sus normas reguladoras. Presupuesto de la sanidad nacional elaborado cada año, con asignación de los fondos, por clase de servicios médicos, a las regiones y zonas locales.

Ley del Seguro Nacional General de Enfermedad de 1974

Kennedy - S. 3286 — Mills - H. R. 13870

CONCEPTO

Prestaciones sanitarias globales al amparo de la Ley de Seguridad Social para toda la población, excepto la acogida a Medicare. Función de los aseguradores privados restringida a la de intermediarios económicos y a la prestación de cobertura suplementaria limitada.

ESTRUCTURA DE LAS PRESTACIONES

Servicios ilimitados de internamiento hospitalario y atención médica; servicios médicos y otros de índole sanitaria; servicios sanitarios a domicilio; atención ampliada; servicios psiquiátricos; prescripción de medicamentos; asistencia preventiva, incluidos los servicios dentales, de oftalmología y audífonos para niños; planificación familiar. Sin franquicia para los servicios preventivos. Franquicia anual, por persona, de $ 150 para los demás servicios; límite de dos franquicias por familia. Contribución al pago de un dólar por medicamento prescrito; contribución del 25 por 100 para todos los demás servicios. Limitación total de los costes compartidos a $ 1.000 por familia, y de menos para las de ingresos más bajos; las franquicias y la contribución al pago de los indigentes quedarían subvencionadas.

ADMINISTRACION

Administrado por medio de un organismo independiente de la Seguridad Social, por medio de intermediarios económicos para los servicios institucionales, al igual que con Medicare. Para los servicios médicos y otros no institucionales, administración discrecional a través de un número limitado de aseguradores elegidos por los empresarios con 1.000 o más trabajadores, o directamente con la seguridad social; aseguradores, con carácter competitivo, para las pequeñas empresas, los autónomos y los particulares.

FINANCIACION

Contribución sobre los salarios, del 4 por 100 sobre los ingresos anuales hasta $ 20.000; el 3 por 100 a cargo de las empresas y el 1 por 100 como máximo, de los trabajadores. Los trabajadores autónomos pagarían el 2,5 por 100 de sus ingresos hasta $ 20.000; y el 2,5 por 100 sobre las rentas del capital de los particulares con ingresos inferiores a $ 20.000. El coste de la subvención de las franquicias y contribuciones al pago de los indigentes se sufragaría con cargo a los presupuestos generales, más aportaciones continuas de los estadios. Administración de los recursos por medio del Fondo Fiduciario del Seguro Nacional de Enfermedad.

EFECTO SOBRE OTROS PROGRAMAS PUBLICOS

Se mantendría Medicare con prestaciones liberalizadas, incluida la prescripción de medicamentos a los pacientes externos y la asistencia a largo plazo. Se absorbería Medicaid dentro del nuevo programa.

EFECTO SOBRE EL SISTEMA DE DISTRIBUCION

Se crea una Junta de Recursos Sanitarios dentro del Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar para velar por la prestación de los servicios sanitarios.

Ley de Reforma del Seguro Catastrófico de Enfermedad y de la Asistencia médica

Long-Ribicoff - S. 2513
(Comisión de Hacienda del Senado)

CONCEPTO

Programa en tres partes: 1) Plan Delegado de Seguro Catastrófico de Enfermedad; 2) Plan Federal de Asistencia Médica para personas económicamente débiles; 3) programa de acreditación voluntaria para el seguro básico privado de enfermedad.

ESTRUCTURA DE LAS PRESTACIONES

El mismo tipo de prestaciones que con Medicare. Al amparo del Plan de Seguro Catastrófico, la cobertura por internamiento hospitalario empieza a partir de los 60 días, sin limitación a partir de entonces, con un dólar diario de contribución al pago. Cubierto el ochenta por ciento de los gastos médicos pasada una franquicia de $ 2.000. Contribución total al pago limitada a $ 1.000 por familia.

El Plan de Asistencia Médica cubre la atención hospitalaria hasta 60 días y todos los centros de tratamiento especializado y los servicios sanitarios a domicilio. Cubiertos todos los demás servicios médicos, incluidos los preventivos, de diagnosis y de tratamiento. Opción HMO. Ninguna contribución al pago de los servicios salvo $ 3 por cada una de las primeras 10 visitas al médico por familia. El coste total del Plan de Seguro Catastrófico completamente pagado para los beneficiarios de la Asistencia Médica. Al amparo del programa de acreditación, los aseguradores privados presentan al Departamento de Sanidad las pólizas básicas del seguro de enfermedad para que se acredite la suficiencia de la cobertura, los requisitos para acogerse a ella y su prestación. La póliza acreditada debe cubrir 60 días de estancia en hospital y servicios médicos por valor de $ 2.000, con una limitación en la contribución a los costes.

ADMINISTRACION

El Plan de seguro catastrófico y el de Asistencia Médica administrados por medio del Programa Medicare de la Seguridad Social, con la intervención de aseguradores privados, cuando haga falta, como intermediarios para ocuparse de los siniestros y de pagar a los que prestan los servicios. El programa de acreditación voluntaria por aseguradores privados de enfermedad.

FINANCIACION

El Plan de Seguro Catastrófico financiado como Medicare por las cotizaciones federales de empresas y trabajadores y por una contribución especial de los autoasegurados (inicialmente del 0,3 por 100, que pasaría luego al 0,4 por 100). El Plan de Asistencia Médica financiado por las rentas generales de los estados y de la federación. En el programa de acreditación, las primas las satisfarían las empresas, los trabajadores, y los particulares.

EFECTO SOBRE OTROS PROGRAMAS PUBLICOS

El Plan de Seguro Catastrófico complementa las prestaciones de Medicare; el Plan de Asistencia Médica sustituye a Medicaid.

EFECTO SOBRE EL SISTEMA DE DISTRIBUCION

Servicios médicos sujetos a inspección facultativa (PSRO) se estimula la expansión de HMO.

Ley de Seguro de Asistencia Sanitaria de 1973 (Medicredit)

Hartke - S. 444 — Fulton-Broyhill - H. R. 2222
(Asociación de Médicos de América)

CONCEPTO

Escala móvil de bonificaciones fiscales en el Impuesto sobre la Renta para estimular la contratación voluntaria de seguros privados de enfermedad según planes cualificados que garanticen unas prestaciones específicas. Bonificación fiscal para las empresas que mantengan planes cualificados. Pago federal de las primas para los indigentes.

ESTRUCTURA DE LAS PRESTACIONES

Bonificaciones fiscales del 10 al 100 por 100 del coste de pólizas cualificadas de seguro de enfermedad. Los márgenes y asimilados reciben justificantes para el pago de las primas. Entre las prestaciones mínimas de la póliza cualificada figuran: 60 días de atención hospitalaria; centro de tratamiento especializado en sustitución de la estancia hospitalaria sobre la base de 2 a 1; servicios a pacientes externos y a domicilio; atención facultativa; laboratorio y rayos X; odontología infantil; cobertura de riesgos castastróficos con atención hospitalaria ilimitada y hasta 30 días más de estancia en centro de tratamiento especializado superada una franquicia fijada según los ingresos. Las pacientes pagan 50 dólares por estancia en el hospital, más contribuciones a los servicios médicos y odontológicos con límites de desembolso máximos; las franquicias y contribuciones a los pagos de los indigentes reciben una subvención.

ADMINISTRACION

Los aseguradores privados suscriben pólizas cualificadas bajo una Junta Nacional Asesora del Seguro de Enfermedad. Los departamentos de seguros de los estados acreditan a las compañías de seguros y sus pólizas cualificadas de acuerdo con las normas dictadas por la Junta Nacional. El Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar expide comprobantes a las personas con poca o ninguna responsabilidad fiscal.

FINANCIACION

Primas pagadas por empresas y trabajadores; en los planes individuales el tomador paga toda la prima. Los costes del seguro de enfermedad para los indigentes se sufragan con cargo a los presupuestos generales federales.

EFECTO SOBRE OTROS PROGRAMAS PUBLICOS

Sigue funcionando Medicare; Medicaid paga sólo los servicios no prestados al amparo de Medicredit.

EFECTO SOBRE EL SISTEMA DE DISTRIBUCION

La Junta Asesora del Seguro de Enfermedad coordina el desarrollo de la utilización y los programas de inspección facultativa. No se incluyen otras disposiciones específicas.

Ley de Financiación y Reorganización de los Servicios Sanitarios Nacionales

Ullman - H. R. 1
(Asociación Norteamericana de Hospitales)

CONCEPTO

Programa gradual en tres partes para establecer Prestaciones Globales de Asistencia Sanitaria: 1) plan privado de seguro de enfermedad para empresas y trabajadores; 2) plan privado para particulares; 3) protección financiada por la federación para pobres y ancianos. Previene la creación de corporaciones de asistencia sanitaria a escala colectiva, no lucrativas, privadas o públicas en todos los distritos del país, para ofrecer una amplia gama de servicios sanitarios a todos los residentes.

ESTRUCTURA DE LAS PRESTACIONES

Las prestaciones globales de asistencia sanitaria van aumentando progresivamente durante un período de cinco años hasta llegar a comprender: asistencia hospitalaria; asistencia ampliada; centros de tratamiento especializado; servicios sanitarios a domicilio; servicios facultativos y asistencia auxiliar; reconocimientos médicos periódicos; odontología y oftalmología infantiles; aparatos médicos; otros servicios a pacientes internos y externos. Contribución al pago de la atención institucional y de algunos servicios para pacientes internos y externos. Cobertura catastrófica efectiva, sin más participación en los costes cuando los gastos no cubiertos alcanzan un límite especificado que varía con la edad y los ingresos. Los indigentes no pagan primas ni contribuyen a los costes.

ADMINISTRACION

Planes privados suscritos por aseguradores privados bajo la supervisión de los estados, de acuerdo con las directrices federales. Los programas sanitarios federales coordinados dentro del Departamento de Sanidad. Los programas para los indigentes y los ancianos administrados por el gobierno federal por medio de la contratación directa con aseguradores privados o las corporaciones de asistencia sanitaria. Comisiones Estatales de Sanidad en cada estado para organizar las corporaciones de asistencia sanitaria y hacer cumplir las reglamentaciones, controlar las tarifas de primas, aprobar la expansión de las instalaciones y servicios y con otras funciones.

FINANCIACION

Pago de las primas por las empresas y los trabajadores, corriendo las primeras por lo menos con el 75 por 100. Subvención federal a través de los presupuestos generales para el pago de las primas para los trabajadores con ingresos bajos y determinadas pequeñas empresas, y un 10 por 100 de subvención para las primas de los socios de las corporaciones de asistencia sanitaria. Programa federal para los ancianos por medio de contribuciones sobre las remuneraciones salariales y dotaciones de los presupuestos generales con cierta participación en los costes. El seguro para los indigentes con cargo a los presupuestos generales, con cierta participación en los costes.

EFECTO SOBRE OTROS PROGRAMAS PUBLICOS

Medicare acabaría fundiéndose con las Prestaciones Globales de Asistencia Sanitaria, tanto según los programas federales para ancianos y pobres como según los planes de seguro privado de enfermedad; Medicaid se limitaría a servir de complemento a esas Prestaciones Globales de Asistencia Sanitaria.

EFECTO SOBRE EL SISTEMA DE DISTRIBUCION

Se exigiría por lo menos a una corporación de asistencia sanitaria de cada zona geográfica que dispensara Prestaciones Globales en sus propias instalaciones o en otras contratadas. Flexibilidad en la organización, propiedad, métodos de pago, modalidades de práctica médica y demás, y según la preferencia colectiva. Centros asistenciales para pacientes externos, con prioridad para la asistencia domiciliaria, el mantenimiento de la salud, la educación sanitaria y los servicios sociales. Subvenciones federales para la planificación, desarrollo y primeros gastos de funcionamiento de las corporaciones de asistencia sanitaria.

38

Otras formas del seguro de vida

SEGURO DE VIDA FRATERNAL

Muchas sociedades de socorros mutuos proporcionan a sus afiliados prestaciones de seguro de vida de un modo similar al utilizado por las compañías comerciales del ramo. No siempre ha sido así. En la primera fase de su existencia, estas organizaciones, que tienen otros objetivos además del de proporcionar un seguro a sus miembros, desarrollaron sus actividades casi por completo según el plan de primas por derrama (1) y emitían contratos con muchas restricciones (2). Hoy en día, empero, las principales sociedades de socorros mutuos que suscriben la mayor parte de los seguros de vida fraternales ofrecen un contrato que contiene en esencia las mismas condiciones que los de las empresas comerciales, promueven sus operaciones por medio de un sistema de agentes y están sometidas a una serie de normas dictadas por los Estados. Con unas cuantas posibles excepciones entre las más pequeñas, todas estas sociedades mantienen unas reservas legales respecto de sus obligaciones asegurativas (3).

(1) Descrito más adelante en este capítulo.

(2) Los primeros contratos emitidos por las empresas comerciales eran mucho menos liberales que en la actualidad. Ver JOSEPH B. MACLEAN: *Introduction to Life Insurance* (Nueva York, Life Office Management Association, 1948), págs. 198-201.

(3) Todas las sociedades que tienen en vigor seguros por un importe de 5 millones de dólares suelen funcionar con reservas legales.

Con el fin de estar en condiciones de comprender las peculiaridades de las sociedades de socorros mutuos y las modalidades que reviste su actuación, será de gran ayuda estudiar la naturaleza de las mismas y examinar con brevedad su desarrollo como compañías aseguradoras de vida.

Naturaleza de las sociedades de socorros mutuos

Las sociedades de socorros mutuos llevan existiendo en este país más de cien años. Las primeras se constituyeron a escala local, con fines exclusivamente sociales y benéficos. A los socios y a sus familias se les prestaban diversas modalidades de asistencia durante enfermedades y períodos de desempleo, o al fallecimiento, de manera no oficial. En muchas de ellas, para ser socio se exigía algún requisito de nacionalidad, idioma, pertenencia a una confesión religiosa determinada o secta, o profesión. Muchas sociedades modernas aceptan actualmente a sus afiliados sin tener en cuenta esos factores, pero la gran mayoría mantienen ciertos requisitos para admitir a sus afiliados. Hoy día, algunas de las sociedades de socorros mutuos tienen socios de dos clases, los «sociales» y los «beneficiarios», siendo estos últimos los únicos que participan en las prestaciones de los seguros. Con esto queda claro el hecho de que las sociedades de socorros mutuos tienen unas funciones básicas que no corresponden con la naturaleza del seguro. Es precisamente la existencia de ese aspecto benéfico o «fraternal» en sus actividades lo que justifica el favorable tratamiento fiscal que reciben.

Se define a las sociedades de socorros mutuos y se establecen las normas para su supervisión en todos los Estados y el distrito de Columbia, en secciones o capítulos especiales de los códigos de seguros del respectivo Estado, y salvo por lo que se refiere a los requisitos mínimos de reserva, los demás requisitos y las otras normas son menos amplios que los que hacen referencia a las empresas comerciales. A este respecto, es importante señalar que los inspectores de seguros de los distintos Estados están investidos de amplias facultades legales generales que les permiten regular y supervisar a todas las empresas de seguros en mayor medida de la que resulta del tenor exacto de los códigos de seguros. La ley de Nueva York, por ejemplo, define a las sociedades de socorros mutuos como sigue:

> *Definición de las sociedades de socorros mutuos*: Toda sociedad anónima, asociación o logia suprema sin capital social, formada, organizada y en funcionamiento exclusivamente en beneficio de sus miembros y de sus beneficiarios y sin objeto de lucro, que funcione según el sistema de logias y con una forma de gobierno representativa, que se obligue al pago de prestaciones de seguro o de renta vitalicia o de ambas clases de acuerdo con este artículo, será considerada como sociedad de socorros mutuos a los efectos de este capítulo (4).

La definición se explica por sí misma salvo por lo que se refiere a: 1) la expresión «que funcione según el sistema de logias», y 2) lo que se entiende por «forma de gobierno representativa». La ley de Nueva York en otra sección esboza los principios esenciales del funcionamiento de «el sistema de logias» según lo siguiente:

> *Definición del sistema de logias*: Se considerará que funciona según el sistema de logias toda aquella sociedad que cuente con un órgano supremo ejecutivo o legislativo y logias subordinadas, sea cual fuere el nombre que se les dé, a las que se dé acceso a los miembros por elección, iniciación o admisión de acuerdo con su escritura de constitución, estatutos, normas y reglamentos, cuyas logias subordinadas estén obligadas, en virtud de la escritura de constitución y de los estatutos de esa sociedad, a celebrar reuniones regulares o preestablecidas por lo menos una vez al mes y/o a realizar ciertas ceremonias rituales prescritas para la iniciación de nuevos miembros, o a llevar a cabo otras actividades altruistas, educativas, fraternales, benéficas o recreativas (5).

La «forma de gobierno representativa» connota un órgano rector supremo, integrado por representantes elegidos bien directamente por los afiliados o bien por medio de los órganos intermedios escogidos de acuerdo con la escritura constitutiva y estatutos de la sociedad. Es importante señalar que por lo general está prohibido votar por delegación, con lo cual se minimiza el uso de este sistema para la perpetuación de un grupo directivo.

(4) Artículo XIV, Sección 450, Ley del Seguro de Nueva York.
(5) Artículo XIV, Sección 451, Ley del Seguro de Nueva York.

Además del entrelazamiento de las funciones fraternales y aseguratorias y de la gestión de las mismas a través de una forma de gobierno representativa, otra nota distintiva de las sociedades de socorros mutuos es el uso que hacen del llamado contrato abierto, según el cual la escritura constitutiva y los estatutos de la sociedad, así como toda futura modificación en una y otros, se consideran incorporados y parte integrante de dicho contrato con el socio. En el contrato «cerrado» de las empresas comerciales, las condiciones del contrato de seguro de vida y la proposición previa constituyen la totalidad de los pactos y estipulaciones entre la compañía y el tomador del seguro. Más adelante se volverá sobre esta distinción y su conveniencia.

Desenvolvimiento del seguro de vida fraternal.—El seguro de vida fraternal hizo su aparición casi al mismo tiempo que el industrial, y como respuesta a las mismas necesidades: las de los sectores económicamente más débiles de la población. El volumen de seguros de vida suscritos por las sociedades de socorros mutuos creció rápidamente, en especial durante el decenio de 1880-89 y el de 1890-99 y, de hecho, durante el mismo período la cuantía de los seguros de vida fraternales en vigor fue efectivamente superior a la de los contratados por las empresas comerciales.

Hubo dos razones principales para el crecimiento de los seguros de vida fraternales en el período comprendido entre 1875 y 1895. La primera fue el número de quiebras de compañías de seguros de vida comerciales por aquella misma época. Las empresas más acreditadas habían trabajado siempre de acuerdo con unas sólidas pautas financieras, pero después de la Guerra de Secesión se constituyó un gran número de sociedades, muchas de las cuales funcionaban sin un fundamento estricto. Por añadidura, a la sazón, la regulación estatal era, por lo general, insuficiente. El pánico de 1873 y el subsiguiente período de depresión con su secuela de quiebras provocaron un clima de desengaño y desconfianza entre el público ante los seguros de vida a prima fija como los emitidos por las empresas comerciales.

La segunda de las razones que dieron lugar al crecimiento de los seguros de vida fraternales fue la opinión sumamente generalizada de que los seguros según el plan de prima fija o uniforme

eran innecesariamente costosos y que podía establecerse una cobertura sobre la vida mucho más barata con arreglo al «sistema de las derramas». El sistema de la prima fija o uniforme es técnico y complicado, y a la vista de las innumerables quiebras entre los que lo utilizaban no tiene nada de sorprendente que el público llegara a considerar más digno de confianza y razonable el seguro ofrecido por las sociedades de socorros mutuos, en particular porque resultaba ser mucho más barato. En sus primeras fases de desenvolvimiento, el seguro de vida fraternal se emitía sobre una base pura de derrama, con aportaciones uniformes, sea cual fuere la edad, cada vez que se producía un fallecimiento. Los defectos intrínsecos del sistema no se pusieron de manifiesto hasta mucho más tarde (6).

Desde 1919 hasta fecha muy reciente, el seguro de vida fraternal ha seguido una trayectoria descendente en el volumen de los contratos en vigor y actualmente representa una proporción mucho menor de las pólizas vigentes del ramo que anteriormente. La razón primordial de este descenso espectacular estriba en una incesante acumulación de dificultades desencadenadas por una idea fundamentalmente defectuosa: la del seguro según un plan de derramas.

Otra razón para la decadencia de los seguros de vida fraternal fue la introducción del seguro de vida colectivo por parte de las empresas comerciales a principios del decenio 1920-29. Un autor autorizado ha puesto de manifiesto el efecto de ese fenómeno como sigue:

> Tal vez el seguro colectivo haya sido el revés más grave que se haya infligido nunca a las sociedades de socorros mutuos, ya que satisfacía la necesidad de una protección temporal económica. En su búsqueda de negocio, las referidas sociedades se ven cada vez más obligadas a adoptar el sistema de prestaciones utilizado por las empresas comerciales. Se les critica por hacerlo, y se les previene de la penalización que puede recaer sobre ellas en forma de impuestos. Se les dice que se atengan a sus formas originales y sencillas de seguros, pero con unas tarifas suficientes, y se encuentran

(6) Señalemos, entre paréntesis, que si los primeros fraternalistas hubieran dedicado la menor atención a la literatura disponible en la que se describían los desastres de las «sociedades amistosas» inglesas, les hubiera resultado patente la falta de solidez del sistema de la derrama.

con que las compañías de seguros de vida les arrebatan sus posibles clientes por medio de la cobertura ofrecida al amparo de las pólizas colectivas (7).

Desde 1940, el volumen de los seguros de vida fraternales en vigor ha registrado un aumento gradual, aunque a un ritmo mucho más lento que los de los aseguradores comerciales, en sus modalidades ordinaria, industrial y colectiva. En parte, este aumento obedece a la superior cuantía media por certificado suscrito a causa de la inflación. Pero en su mayor parte, ello se debe a que actualmente las sociedades de socorros mutuos operan con reservas legales y a que aquellas que captan la mayor parte de los nuevos contratos funcionan de manera casi análoga a las de los aseguradores comerciales por lo que se refiere a los planes y sistemas de protección ofrecidos, las condiciones de los contratos y la utilización de métodos de promoción y de formación de sus agentes.

Al escribirse estas líneas, había en vigor 34.700 millones de dólares en pólizas de seguros de vida fraternales, lo cual representa aproximadamente el 1,7 por 100 del total de los seguros de vida vigentes en los Estados Unidos (8).

Período de transición

El sistema de las derramas.—En el sistema de las derramas se parte de la premisa fundamental de que se registrará una afluencia anual de nuevos socios de las edades más bajas, con lo que se tenderá a mantener el mismo promedio de edad que impida aumentar el costo del seguro (9). Es inevitable que la injusticia de la igualdad en las derramas sea cual fuere la edad se ponga a la larga de manifiesto e influya sobre la capacidad para captar y retener a los nuevos socios más jóvenes. Pero incluso aunque se mantuviera el promedio de edad, la cuantía de las derramas tendría que subir a medida que los socios originales fueran ha-

(7) S. H. PIPE: «History of Fraternal Life Insurance», en *Record of the American Institute of Actuaries*, vol. XVI (1927), pág. 29.
(8) *Life Insurance Fact Book, 1975*, págs. 20 y 96.
(9) Cabría señalar la posibilidad de utilizar el sistema con éxito si a todas las personas de alguna gran entidad política se les obligara a contribuir mediante la presión tributaria.

ciéndose más viejos, debido a la mayor mortalidad cuanto más avanzada es la edad. Pese a estos defectos intrínsecos, algunas de las sociedades de socorros mutuos consiguieron seguir funcionando con el sistema de las derramas por períodos notablemente prolongados, probablemente a causa del reducido importe de las prestaciones que abonaban, que redundaban en subidas muy pequeñas de la cuantía de las derramas; y quizá también por la conciencia de que el seguro de vida no era la única ni siquiera la más importante de las razones que inducían a ingresar en ellas. En esas circunstancias, las injusticias no eran tan manifiestas, ni tenían tanta influencia como podían haber ejercido en otras condiciones.

Los defectos del sistema de la derrama uniforme condujeron a la adopción del de las «derramas escalonadas», según el cual el importe de las mismas iba subiendo gradualmente en consonancia con la *edad en el momento del ingreso*. Con esta modificación se desconocía el hecho fundamental de que el coste anual del seguro depende de la *edad actual*. Algunas de estas sociedades, al darse cuenta de que el costo del seguro se encuentra en función de la edad actual, adoptaron el plan de derramas de «prima natural» o de «tarifa escalonada», de indudable solidez financiera, pero como los aseguradores comerciales ya habían comprobado, cuando se llega a edades avanzadas se producen unos costes prohibitivos, e incluso con los seguros temporales renovables anualmente con una base tarifaria suficiente, siempre se llega a un momento crítico debido a la antiselección a las edades más elevadas.

Esfuerzos legislativos.—Paulatinamente, muchas de las sociedades de socorros mutuos se fueron dando cuenta de que las prestaciones del seguro de vida debían estar fundadas en un plan adecuado de «primas naturales» o, si se quería garantizar una protección *permanente*, en el plan de prima fija con la formación consiguiente de unas reservas. La transición definitiva a un sistema actuarial sólido llevada a cabo por todas las sociedades de este tipo de cierta importancia, se vio impulsada por la legislación promulgada a instancia de ellas mismas a través de la acción

de sus organizaciones, el Congreso Nacional Fraternal y las Hermandades Asociadas de América del Norte.

En 1892, tras tener que vencer una virulenta oposición interna, el Congreso Nacional Fraternal elaboró un proyecto de ley uniforme recomendando su promulgación por los Estados. En este primer proyecto no se abordaban temas tales como los de las tarifas o de la solvencia actuarial. En él se definía fundamentalmente lo que es una sociedad de socorros mutuos, se establecía la autorización por cada Estado y la obligación de presentar a éste memorias anuales, y se eximía a los seguros fraternales de la mayoría de los requisitos impuestos por las leyes de los Estados a los aseguradores comerciales.

En 1898 se elaboró la *National Fraternal Congress Table of Mortality* (Tabla de Mortalidad del Congreso Nacional Fraternal) con la experiencia llegada tanto por las sociedades de socorros como por las empresas comerciales. A pesar de su apresurada confección y de sus imperfecciones, la *NFC Table* sirvió durante un período considerable como base para la fijación de las tarifas y para la valoración de las responsabilidades por seguros de vida de las sociedades de socorros mutuos. Su adopción puso de manifiesto el reconocimiento por éstas de la necesidad de una base actuarial para las prestaciones del seguro de vida. Como ha dicho un autor:

> Probablemente tuviera mayor influencia educativa que ninguna otra tabla de mortalidad... Las maniobras empleadas en la confección de su propia tabla tuvieron todo el cariz de un arreglo pseudo-actuarial para producir el resultado apetecido. Pero los logros valieron la pena. Las sociedades de socorros mutuos tuvieron una gran fe y todavía más valor para reformar su sistema (10).

Tras la confección de la *NFC Table*, en 1900 se preparó una modificación en el proyecto uniforme según la cual se exigiría a las nuevas sociedades cobrar unas tarifas basadas en esa tabla, pero no a las ya existentes. Las profundas divergencias en torno a esa modificación (denominada Proyecto Force) impidieron que se tomara ninguna medida, pero el tema suscitó ásperos debates acerca de los aspectos actuariales del seguro de vida fraternal.

(10) PIPE: «History of Fraternal Insurance».

En 1910, sendos comités de la Convención Nacional de Inspectores de Seguros y de las sociedades de socorros mutuos llegaron a un acuerdo sobre un nuevo proyecto de ley. En éste, denominado el Proyecto Mobile (11), se imponía la *NFC Table* como la base mínima de las tarifas y se establecían normas de solvencia actuarial. El proyecto, que se promulgó en trece Estados, exigía a las sociedades alcanzar unas reservas actuariales suficientes de manera gradual so pena de tener que disolverse o de perder su autorización. Pronto surgió la oposición al proyecto y en 1912 se llegó a un acuerdo sobre otro, el de la Conferencia de Nueva York. En este último se modificaban las disposiciones del Proyecto Mobile y se añadía una que permitía hacer una división entre grupos de tarifas suficientes e insuficientes. De acuerdo con el proyecto, los socios que se encontraran en la categoría de «tarifa insuficiente» podrían pasar a la de «tarifa suficiente» si aceptaban pagar la tarifa exigida. El Proyecto de la Conferencia de Nueva York fue promulgado en una gran mayoría de los Estados.

El recorrido anterior nos indica que, aun después de haber reconocido las sociedades de socorros mutuos la debilidad intrínseca del sistema de las derramas, fue necesario un prolongado período de transición para que se pusieran en práctica ciertas reformas. Esto es una cosa comprensible, ya que estas sociedades funcionan mediante una forma de gobierno representativa, y los socios tenían que votar por la elevación de sus propias primas, o por la reducción de sus propias prestaciones. Dada la naturaleza humana, y ante un tema técnico y un completo cambio de actitud (que por cierto exigió considerable valor) por parte de la dirección, no tiene nada de sorprendente que el logro definitivo requiriera un período considerable. Más recientemente, el Congreso Nacional Fraternal elaboró un nuevo proyecto de ley, el Código Fraternal Uniforme, que fue aprobado por la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros, y que, desde su aprobación, ha sido promulgado en 24 Estados y en Puerto Rico.

Seguro de vida fraternal moderno

Funcionamiento sobre el sistema de reservas legales.—Con

(11) La reunión de la Convención Nacional de Inspectores de Seguros de la que surgió el proyecto de ley se celebró en Mobile, Alabama.

unas pocas excepciones sin importancia, las sociedades de socorros mutuos funcionan actualmente sobre una base de primas fijas o uniformes y cobran unas tarifas suficientes al mismo tiempo que mantienen unas reservas legales. Prácticamente, cada Estado tiene una base de valoración mínima para los seguros fraternales y, en algunos aspectos, los requisitos son más estrictos que para las empresas comerciales de seguros.

El contrato fraternal.—En contraste con el breve certificado que se utilizaba anteriormente, y en el que se acreditaba la pertenencia a la sociedad y se exponía el contrato de seguro, el certificado o contrato modernos del seguro de vida fraternal tiene grandes analogías con los formularios empleados por las compañías comerciales y contiene la mayoría de las estipulaciones que suelen encontrarse en dichas pólizas. Aun cuando las leyes de algunos Estados no son tan restrictivas para los certificados fraternales como para las pólizas de las compañías comerciales, la presión de la competencia y el deseo de las sociedades de socorros mutuos de proporcionar a sus socios «la mejor protección en materia de seguros de vida» ha llevado a la adopción, por estipulación contractual o por práctica de la sociedad, de algunos privilegios que son esencialmente idénticos a los que las compañías comerciales conceden a sus tomadores de seguros. Por ejemplo, aun cuando el contrato fraternal no tiene necesariamente por qué llevar incorporada una cláusula sobre cesión o contener una amplia gama de opciones de liquidación, se reconoce por lo general el derecho de cesión y se suelen satisfacer las peticiones de liquidación no previstas específicamente, todo ello como parte de una práctica generalizada de esas sociedades. Y muchas de estas estipulan la cesión y una gama completa de opciones de liquidación en sus certifcados.

Uno de los rasgos peculiares del contrato fraternal consiste en su carácter de contrato «abierto», lo que significa que, al contrario de la póliza comercial, la cual, junto con la proposición, constituye la totalidad del pacto entre las partes, el contrato fraternal abarca la escritura de constitución y los estatutos de la sociedad y está sujeto a sus estipulaciones y a cualquier modificación o adición a las mismas. A este respecto, un investigador ha declarado:

> Ahora que las sociedades de socorros mutuos cobran las derramas de acuerdo con los principios actuariales, la diferencia entre el contrato cerrado y el abierto estriba en el procedimiento a seguir por las organizaciones aseguradoras en momentos de tensión económica. Con arreglo a los contratos *cerrados* la empresa está obligada a reasegurar, a fundirse con otra o a someterse a administración judicial. En todo caso, si hay alguna deficiencia significativa, el contrato cerrado debe ser «abierto» bien por mutuo acuerdo entre las partes o en virtud de decisión judicial, con el fin de que se puedan practicar las oportunas medidas de embargo, lo que contrasta con el contrato abierto en que, en idénticas circunstancias, el órgano supremo de la sociedad está capacitado para actuar. Se afirma que el procedimiento fraternal es rápido, sencillo y poco costoso (12).

Se ha debatido mucho acerca de las ventajas del contrato abierto. Como se señala en la cita anterior, en el contrato abierto se permiten las derramas pero sólo en el caso de insolvencia, situación en la que un asegurador comercial tendría que reasegurar o someterse a administración judicial.

La jurisprudencia ha dejado bien sentado que una sociedad de socorros mutuos no puede, en ninguna circunstancia, reducir las prestaciones prometidas sin el consentimiento de los socios, dado por cada uno con respecto a su caso particular. Esto no quiere decir que a un socio no se le pueda exigir el pago, en caso de menoscabo de las reservas, de una derrama equitativa destinada a impedir de hecho una reducción en la prestación que se le deba.

Si las reservas de una de estas sociedades sufrieran algún menoscabo, el consejo de administración o el órgano rector supremo puede imponer a cada socio una derrama por una cuantía igual a la de su proporción equitativa en la deficiencia. El socio puede pagar la derrama, en cuyo caso no hay problema. Pero si no lo hace, se presenta una alternativa: el socio puede optar por que la derrama no satisfecha se convierta en una carga que devengue intereses sobre su propio certificado, o por la aceptación de un certificado con prestaciones reducidas, pero libre de toda carga, en el que el valor actual de la reducción sería igual al de la derrama impuesta.

---

(12) RICHARD DE R. KIP: *Fraternal Life Insurance in America*, (Filadelfia, College Offset Press, 1953), págs. 112-13.

En toda justicia para el sistema fraternal, debe recordarse que un asegurador comercial se encuentra tan expuesto al menoscabo de las reservas como una sociedad de socorros mutuos que opere según el sistema de las reservas legales. Cuando se produce una situación de esa índole en una empresa comercial, el síndico, con el consentimiento del tribunal, establecerá cargas y otros sustitutivos de ellas que no diferirán gran cosa de los impuestos por el consejo de administración o el órgano rector de una sociedad de socorros mutuos en dificultades, con la autorización en caso de insolvencia puede una sociedad ejercitar la facultad que le otorga el contrato abierto de reducir de algún modo las prestaciones garantizadas en aquél. En otros Estados sería necesaria, sin lugar a dudas, la autorización del inspector de seguros antes de poder tomar esa medida.

En contra de lo que suele creerse, el empleo del contrato abierto no se encuentra restringido a los seguros fraternales. Las empresas comerciales hacen uso de este principio tanto en el ramo del seguro de enfermedad no revocable como en las coberturas colectivas. A la vista de las finalidades de las sociedades de socorros mutuos, y regidas como están por una forma de gobierno representativa, existe en ellas la creencia de que la fórmula del contrato abierto constituye una característica atractiva (13).

Las principales sociedades de socorros mutuos ofrecen todos los seguros ordinarios de vida y de capital diferido, con inclusión de la renta familar y de la pensión de jubilación. En su mayor parte, no satisfacen rentas vitalicias, salvo en relación con las modalidades de liquidación. Sin embargo, muchas de las sociedades más importantes están suscribiendo actualmente seguros de renta, algunas emiten contratos de seguro de enfermedad y, por lo menos, una ha dado sus primeros pasos en el campo de los fondos de inversiones.

Organización de la producción.—Hoy en día, las sociedades de

(13) Una persona que trabaja en el ramo del seguro fraternal ha sugerido que las sociedades de socorros mutuos reflejarían con más exactitud la naturaleza de su contrato si lo denominasen «completo» en lugar de «abierto». Por «completo» se entiende lo que ocurre en caso de menoscabo de la reserva, en oposición a la índole incompleta del contrato «cerrado» que no indica lo que ocurre en tal supuesto.

socorros mutuos utilizan métodos de promoción análogos a los de las empresas comerciales. Las más dinámicas funcionan según un sistema de representación construido en torno a los llamados directores de estado o de agencia con sus equipos de agentes de distrito. Las principales de estas sociedades han adoptado programas de formación para los nuevos agentes y, en general, su organización de ventas se asemeja de la de las empresas comerciales. A este respecto, las sociedades de socorros mutuos concentran su atención sobre la totalidad de sus miembros, en contraste con las aseguradoras ordinarias que suelen dirigir sus esfuerzos hacia las personas con rentas superiores a las medias. Sin embargo, muchas sociedades de socorros mutuos todavía captan a la mayoría de los nuevos afiliados a través de los miembros de las logias. Naturalmente, sus avances han sido inferiores a los conseguidos por las sociedades que operan según el sistema de representación y de agencias.

En 41 Estados los agentes fraternales deben estar en posesión de una licencia, y para obtenerla deben pasar un examen, por lo menos, en 21 Estados.

Exención fiscal.—Las sociedades de socorros mutuos han seguido estando exentas de impuestos sobre las primas. La exención de estas sociedades con arreglo a las leyes tributarias de la mayoría de los Estados obedece al hecho de que realizan tareas comunitarias y desarrollan una labor benéfica en favor de sus socios, además de proporcionar la protección de los seguros. Esas actividades asumen formas muy variadas, desde la prestación de ayuda económica a los socios necesitados, hasta la creación de hospitales, sanatorios, residencias para ancianos, pasando por los programas de desarrollo juvenil y otras muchas prestaciones no contractuales.

Las sociedades de socorros mutuos difieren en cuanto a la realización de las actividades «fraternales» propias de su organización. En muchos casos, sus actividades asegurativas tienen más rasgos comunes entre sí que las orientadas al servicio de la comunidad y de sus miembros. Esto es algo de lo más comprensible, ya que sus actividades en el terreno de los seguros se han desarrollado, como en todo el ramo, sobre una base actuarial común y sólida. Asimismo, algunas sociedades de socorros mu-

tuos dan distinta importancia al aspecto «fraternal» o «aseguratorio» del servicio que prestan a sus socios. Importa darse cuenta de que las leyes dejan mucha latitud para esa expresión, para permitir que los miembros se organicen, por medio de una forma de gobierno representativa, de la forma que les preste mejor servicio a ellos y a sus compañeros.

Asociaciones de derramas

Hay asociaciones de derramas y otras similares que funcionan con arreglo a muchos planes diferentes (14). Aunque la mayoría de ellas hacen uso del plan de la prima fija o uniforme y no operan únicamente con derramas, son muchas las que no tienen constituidas reservas matemáticas en cuanto tales. Las asociaciones más importantes mantienen un elevado excedente, que sirve de cierta protección pero que puede no bastar para atender las responsabilidades futuras. A menudo, el asegurado desconoce el derecho de la asociación a cobrarle derramas complementarias. Según las leyes de algunos Estados, se exigen primas y reservas suficientes con respecto a los nuevos miembros de las asociaciones de derramas existentes, imponiéndose también una separación de los activos. En otros Estados, está prohibida la constitución de nuevas asociaciones de este tipo. Desde luego, es dudoso que tales asociaciones satisfagan ninguna necesidad de seguro de vida mejor que las empresas comerciales y las sociedades de socorros mutuos.

SEGUROS DE VIDA DE LAS CAJAS DE AHORRO

Origen y finalidad

En 1907, en Massachusetts, se aprobó una ley por la que se autorizaba a las cajas de ahorros de ese Estado para establecer departamentos de seguros de vida para su emisión a los que resi-

(14) Por ejemplo, algunas funcionan cobrando un dólar a cada afiliado cada vez que fallece uno de ellos y abonando el total recaudado a los beneficiarios.

dieran o trabajaran en el mismo. Desde entonces, se han promulgado leyes similares en el Estado de Nueva York en 1938, y en el de Connecticut en 1941 (15).

La ley promulgada en Massachusetts fue una consecuencia de las propuestas formuladas por LOUIS D. BRANDEIS tras la investigación Armstrong en Nueva York (16). Las pruebas allegadas en el curso de la mencionada investigación pusieron de relieve las elevadas cantidades que en aquel momento se gastaban algunas compañías en concepto de comisiones por nuevos contratos, así como el coste relativamente elevado del seguro industrial con primas semanales, debido al cobro semanal en el domicilio del tenedor y a la tasa tan alta de cancelaciones. Otros factores que influían en el elevado costo de los seguros industriales consistían en que cubrían principalmente a los sectores de rentas más bajas sujetos a índices de mortalidad relativamente altos y en que, por lo general, se emitían sin ningún reconocimiento médico.

El objeto de la ley de Massachusetts era el de proporcionar un sistema de seguro a bajo coste y no oficial a todos los residentes de la comunidad que quisieran acogerse a un seguro de vida y que estuvieran dispuestos a ejercitar la virtud del ahorro. La reducción de los costes según el sistema de las cajas de ahorros dependía principalmente de la eliminación de los costes de ventas que pesan sobre las empresas comerciales, principalmente eliminando las comisiones de los agentes productores, y en la reducción del índice de cancelaciones. Además, se suprimía el cobro a domicilio característico de los seguros industriales. Por otra parte, en la mayoría de los casos, para acogerse al sistema de las cajas de ahorros hacía falta un reconocimiento médico (17). En consecuencia, aunque en su origen las cajas de ahorros emitían seguros por importes reducidos con un coste mucho más bajo que los industriales, no prestaban los mismos servicios si cubrían a las mismas categorías de la población. Hoy en día, empero, se

(15) Para un examen detallado, ver DONALD R. JOHNSON: *Savings Bank Life Insurance* (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1963).

(16) Investigación realizada por el Estado de Nueva York en 1905 acerca de muchas fases de las actividades de las sociedades de seguros de vida.

(17) Hoy en día se pueden contratar los seguros de vida de las cajas mutuas de ahorros sin reconocimiento médico, con sujeción a restricciones de edad e importe.

pueden contratar importes de hasta $ 41.000, y los estudios realizados ponen de manifiesto que son las mismas personas las que compran seguros de vida de las cajas de ahorros y de las compañías comerciales de seguros. También debe señalarse que la experiencia de mortalidad de los planes de seguros de las cajas de ahorros ha sido sumamente favorable.

En la ley de Massachusetts se disponía que las cajas de ahorros podían actuar como «emisores» o como «agentes». Sólo una minoría de las cajas mutuas de ahorros han hecho uso de la facultad de establecer esos departamentos de «emisión» de seguros. En Massachusetts son 41 las cajas que emiten pólizas y mantienen departamentos de seguros. Las otras *ciento veintitrés*, no obstante, actúan como agentes de las cajas de emisión. En Nueva York hay 58 cajas de ahorros emisoras y 54 agentes; en Connecticut hay 12 en la primera categoría y 45 en la segunda.

En otros Estados se han presentado proyectos de leyes para la implantación de los seguros de vida de las cajas de ahorros, pero desde al aprobación del de Connecticut en 1941 no se ha aprobado ninguno. Ese fracaso ha obedecido en parte a que en esos Estados las cajas de ahorros no eran tan fuertes ni tan numerosas como en los tres a que se ha hecho referencia. Por otra parte, y como es natural, la oposición más activa contra la autorización para emitir seguros de vida por parte de las cajas de ahorros ha venido de las organizaciones de agentes de seguros, que veían en ella un atentado contra su profesión y una amenaza contra su medio de ganarse la vida. En el pasado, las empresas aseguradoras comerciales se opusieron a esos proyectos de ley motejándolos de discriminatorios por cuanto que, según sus disposiciones, los departamentos de seguros de las cajas no estaban sometidos a los mismos requisitos y condiciones que aquéllas. En la legislación más reciente se ha equiparado el tratamiento dado a ambas clases de entidades aseguradoras.

Naturaleza

El rasgo distintivo de los seguros de vida de las cajas de ahorros es que se contratan en ventanilla o por correo, sin intervención de agentes productores, lo que normalmente repercute en un considerable ahorro de los gastos y en un bajo coste para los tomadores.

Como las cajas de ahoros no suelen estar equipadas para ocuparse de muchos de los aspectos técnicos de la administración de los seguros de vida, en cada Estado hay un órgano central que les presta los servicios actuariales, médicos y otros que puedan necesitar. Es ese mismo órgano central el que se encarga de calcular las tarifas de las primas, que son las mismas para todas las cajas emisoras de un Estado determinado, y el que confecciona también los impresos de pólizas, los formularios de proposición y demás documentación necesaria. Así, pues, en cierto modo, el sistema de seguros de las cajas de ahorros funciona de manera similar al de una sola compañía aseguradora, en la que el órgano central desempeñaría el papel de «oficina principal» y cada una de las cajas emisoras, el de «sucursales». No obstante, cada caja emisora forma una unidad independiente, que emite sus propios contratos, lleva sus registros y libros, e invierte los activos de su propio departamento de seguros. Los excedentes de este último sólo pueden utilizarse en beneficio de los tomadores de seguros de la misma caja. Además, se mantiene una separación entre los activos del departamento de ahorros y los del de seguros de una misma caja emisora, sin que los de uno puedan utilizarse para responder de los pasivos del otro. Asimismo hace falta una distribución equitativa de los gastos entre el departamento de ahorros y el de seguros. No obstante, el órgano central mantiene un fondo de emergencia o de «garantía», nutrido con las aportaciones de las cajas aseguradoras y del que se puede disponer, en caso necesario, para proteger a los tenedores de seguros de todas las cajas participantes.

Una característica sobresaliente de los seguros de vida emitidos por las cajas de ahorros y que confiere estabilidad al sistema es la llamada unificación de la mortalidad. Como los seguros emitidos o en vigor en muchas de las cajas representan importes relativamente bajos, la experiencia de cada una de ellas en cuanto a mortalidad está sujeta a fuertes fluctuaciones de un año para otro. Para dotarlas de estabilidad, se hace una fusión o promedio con los costes de mortalidad de todas las cajas de un Estado que participan en el sistema, y de ese modo cada una de ellas

experimenta proporcionalmente los mismos costes, unificándose de ese modo la siniestralidad por defunción.

En Connecticut, el órgano central es la Compañía de Seguros de Vida de las Cajas de Ahorros, con la que las cajas emisoras reaseguran *todas* sus operaciones.

Las cajas están autorizadas para contratar todos los tipos habituales de pólizas ordinarias, de renta y colectivas. Cuando los límites legales eran restrictivos (ver más adelante), se han contratado muchos seguros sobre mujeres y niños, pero al elevarlos se han empezado a hacer más operaciones sobre varones adultos. Las ventas de seguros temporales, en particular en su modalidad decreciente, para cubrir el saldo pendiente de una hipoteca, han sido proporcionalmnte más elevados que en las compañías aseguradoras comerciales. En los tres mencionados pueden contratarse prestaciones con renuncia de primas en caso de incapacidad total, pero con los tipos ordinarios de pólizas emitidas no pueden conseguirse las prestaciones de doble indemnización y de pensión por incapacidad.

Las condiciones de los contratos son similares a las de las compañías comerciales, y todos los contratos son con participación. Pasado un año se pueden pedir anticipos en metálico y créditos (18), y en los primeros años según pautas más liberales que las imperantes en los contratos habituales de las compañías comerciales. Estos valores favorables reflejan, por supuesto, los gastos mucho más bajos del primer año debido a la ausencia de las comisiones de los agentes y otros gastos de producción, y a lo reducido de los costes generales.

La ley limita la cuantía del importe del seguro que puede contratar cada proponente. Originariamente, la ley de Massachusetts limitaba las pólizas a $ 500 sobre la vida de una persona en cualquier caja. Este límite se elevó más tarde a $ 1.000 en cada caja, y en 1851, a $ 5.000, estableciéndose un límite total para los seguros emitidos o en vigor en cualquier momento sobre la vida de una persona determinada en todas las cajas de ahorros, de $ 1.000 por cada caja. Con arreglo a esta ley se puede contratar un total de $ 41.000 (el anterior límite de $ 1.000 multiplicado por

(18) En Connecticut se puede conseguir el valor efectivo después de haber pagado las primas de seis meses.

el número de cajas emisoras). Este importe es superior al que puede conseguirse en Nueva York o en Connecticut para un solo proponente. En el caso de que se desee un seguro de más de $ 5.000, no hace falta acudir a más de una caja, ya que cada una de las que participan en el sistema puede atender la totalidad de la proposición actuando como agente de las otras cajas.

Según la ley de Nueva York, el límite máximo del seguro, en una o en varias cajas, fue originariamente de $ 3.000, pero en 1948 se elevó a $ 5.000. En 1958 se elevó el límite básico para Nueva York a $ 10.000, con la excepción del seguro temporal decreciente, en el que se permitían $ 20.000 más. En 1967 se subió el límite a $ 30.000. En Connecticut, el límite del seguro que puede contratar un proponente, en una o varias cajas, fue originariamente de $ 3.000, pero en 1957 se elevó a $ 5.000. La póliza mínima en Connecticut y Massachusetts es de $ 500. En Nueva York, el mínimo es de $ 1.000 para los adultos y de $ 500 para los niños.

Las tarifas de las primas varían considerablemente entre los tres Estados, pero son relativamente bajas. Las primas se pueden pagar mensualmente o con menor frecuencia, pudiéndose hacer los pagos a cualquier caja que tenga departamento de seguros o que actúe como agente de cobro para el sistema, o a otros organismos que sirvan de delegaciones de cobro. En muchos casos se puede concertar el cobro automático de las primas con cargo a una cuenta de ahorro.

El seguro de vida de las cajas de ahorros sólo se puede emitir a quienes residen o trabajan en el Estado en cuestión, pero, por supuesto, permanece en vigor si el tomador del mismo tiene que trasladar su domicilio o centro de trabajo fuera de aquél.

Administración y supervisión

En Massachusetts hay tres órganos centrales: 1) División de Seguros de Vida de las Cajas de Ahorros; 2) Consejo de Seguros de Vida de las Cajas de Ahorros, y 3) Fondo General de Garantía de Seguros.

La supervisión general y el control regulador del sistema de seguros de vida de las cajas de ahorros de Massachusetts se encuentra en manos de la División de Seguros de Vida de las Cajas de Ahorros, una de las tres divisiones del departamento de Se-

guros y Banca. Esa división utiliza los servicios de un actuario y de un director médico, ambos del Estado, que atienden a todas las cajas emisoras. Con arreglo a la ley en vigor, los gastos de la división estatal se derraman entre las cajas emisoras y se pagan con el dinero de los tomadores de los seguros. La ley prohíbe la utilización de agentes productores, pero desde 1915 la división emplea a dos «instructores» cuya tarea consiste en «educar a los trabajadores» de todo el Estado acerca de las ventajas de los seguros de vida de las cajas de ahorros.

En 1938 las cajas emisoras formaron una asociación, el Consejo de Seguros de Vida de las Cajas de Ahorros, y desde entonces, éste se ha ido haciendo cargo de manera gradual de las actividades publicitarias y de promoción, así como de muchas funciones operativas que antes estaban en manos de la División de Seguros de Vida de las Cajas de Ahorros. Actualmente, las actividades de ésta, además de las de supervisión y administración, consisten en desarrollar las funciones actuariales, de suscripción y de confección de las pólizas.

El Fondo General de Garantía de Seguros es un órgano fiduciario colegiado nombrado por el gobernador y que forma parte de la División de Seguros de Vida de las Cajas de Ahorros. La función primordial de los fiduciarios consiste en servir de órgano rector del sistema. Además, mantienen y administran el fondo conjunto de emergencia formado por las aportaciones que la ley exige hacer a cada caja emisora. Originariamente, el tipo de la aportación era el 4 por 100 de las primas, pero en la actualidad no se hace ninguna, ya que se considera suficientemente el crecimiento por la agregación de las rentas al principio del fondo. A fines de 1973 el importe del fondo de garantía ascendía a $3.126.000. De este fondo se puede disponer en el caso de que alguna de las cajas participantes atraviese dificultades financieras en sus actividades aseguratívas, pero hasta la fecha ninguna ha tenido que recurrir a la ayuda del fondo de emergencia. Así, pues, la garantía de los tenedores de seguros de vida de las cajas de ahorros está representada por los activos del departamento correspondiente de la caja en que estén asegurados, junto con la del Fondo General de Garantía de Seguros.

En Nueva York, todas las funciones administrativas desarrolladas en Massachusetts por los tres órganos descritos más arriba,

se encuentran conjugadas en el Fondo de Seguros de Vida de las Cajas de Ahorros. La supervisión del fondo y de los departamentos de seguros de las cajas emisoras está encomendada al superintendente estatal para bancos, que desempeña la misma labor respecto de las compañías comerciales. Además, están sometidas a la supervisión del superintendente de seguros.

La ley de Connecticut, que se promulgó en 1941, era idéntica en todos los aspectos importantes a la de Nueva York hasta la primavera de 1963, en que se dictaron ciertas leyes que introdujeron cambios importantes en la situación. Los textos legales dictados en 1963 dispusieron la fusión del Fondo de Seguros de Vida de las Cajas de Ahorros con la Compañía de Seguros de Vida de las Cajas de Ahorros, entidad constituida por la Asamblea General de Connecticut.

La escritura de constitución de la Compañía de Seguros de Vida de las Cajas de Ahorros la dota de la misma forma social y atribuciones que tienen las otras compañías de seguros de vida con reservas legales autorizadas para operar en Connecticut. Puede emitir pólizas en respuesta a las proposiciones recibidas por las cajas de Ahorros que actúan como delegaciones, y puede reasegurar los riesgos de mortalidad y de morbilidad de las pólizas emitidas por las cajas de ahorros. Además, está facultada para prestar servicios a las cajas de ahorros que emiten seguros de vida, en especial los actuariales y médicos de que antes se ocupaba el fondo central.

La escritura constitutiva de la compañía la autoriza para prestar sus servicios a las cajas de ahorros mutuos constituidas según las leyes de los Estados Unidos o de cualquier estado, territorio o posesión de los mismos. Por lo tanto, cualquier caja de ahorros de cualquier Estado que esté autorizada para vender o suscribir seguros de vida puede utilizar a la Compañía de Seguros de Vida de las Cajas de Ahorros como instalación central. Sin embargo, no entraba en ninguna previsión que ni Nueva York ni Massachusetts utilizaran ese medio (19), ya que los sistemas de esos Estados están organizados de acuerdo con sus leyes respectivas.

---

(19) Para un examen del nuevo régimen del seguro de vida las cajas mutuas de ahorros y de sus repercusiones, ver WALTER E. RAPP: «New Horizons for Savings Bank Life Insurance», en *Savings Bank Journal*, agosto de 1963.

Extensión y crecimiento

Al 31 de diciembre de 1974, el volumen total de los seguros de vida de las cajas de ahorros en vigor era de cerca de $ 7.078 millones (20). Gran parte de ese importe total se encontraba en Massachusetts y Nueva York. El importe en vigor en Massachusetts ($ 2.029 millones) y el de Nueva York ($ 4.877 millones) están registrando un crecimiento constante, mientras que el de Connecticut (actualmente de $ 171 millones en vigor) es relativamente lento, debido en parte, al menos, al importe relativamente pequeño del seguro de vida permitido sobre una cabeza según las leyes del Estado.

Los activos reconocidos al 31 de diciembre de 1974 totalizaban $ 620 millones, de los cuales $ 309 millones correspondían a Massachusetts, $ 282 a Nueva York y $ 29 a Connecticut.

Esas cifras indican que, aunque las operaciones y activos de los seguros de vida de las cajas de ahorros son considerables, son relativamente insignificantes en comparación con la cifra total de las compañías comerciales de seguros de vida. Por otra parte, seguirá registrándose un crecimiento continuo y apreciable en los seguros devida de las cajas de ahorros en vigor, aun cuando el programa siga circunscrito a los tres Estados mencionados.

(20) *Life Insurance Fact Book, 1975*, pág. 96. Salvo donde se indique otra cosa, todas las estadísticas de esta sección proceden de esa fuente.

BIBLIOGRAFIA de la PARTE VIII

BERNSTEIN, MERTON C.: *The Future of Private Pensions* (Nueva York, Free Press, 1964).

BLACK, KENNETH, Jr.: *Group Annuities*, S. S. Huebner Foundation Studies (Filadelfia, University of Pennsylvania Press, 1955).

BLICKSILVER, JACK: *The Home Service Method of Marketing Life and Health Insurance* (Richmond, Va., Life Insurers Conference, 1973).

BRINKER, PAUL A.: *Economic Insecurity and Social Security* (Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1968).

DAVIS, MALVIN: *Industrial Life Insurance* (Nueva York, McGraw-Hill, 1944).

GRAHAM, W. J.: «Group Insurance», en *Transactions of the Actuarial Society of America*, vol. XVII, parte II (octubre de 1916).

GREGG, DAVIS W.: *Group Life Insurance*, 3.ª edición, S. S. Huebner Foundation Studies (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1962).

INSTITUTE OF LIFE INSURANCE: *Pension Facts 1974* (Nueva York, 1974).

JOHNSON, DONALD R.: *Savings Bank Life Insurance*, S. S. Huebner Foundation Studies (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1963).

JONES, EDWIN M.: «The Scope and Significance of Fiduciary Responsabilities Under Employee Retirement Income Act of 1974», en *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, vol. XXIX, núm. 3 (julio 1975).

KIP, RICHARD DE R.: *Fraternal Life Insurance in America* (Filadelfia, College Offset Press, 1953).

MCGILL, DAN M.: *An Analysis of Government Life Insurance*, S. S. Huebner Foundation Studies (Filadelfia, University of Pennsylvania Press, 1949).

— *Employer Guarantee of Pension Benefits*, Pension Research Council (University of Pennsylvania, Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1974).

— *Fulfilling Pension Expectations*, Pension Research Council (University of Pennsylvania, Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1962).

— *Fundamentals of Private Pensión*, 3.ª edición, Pensión Research Council (University of Pennsylvania, Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1974).

MARSHALL, ROBERT A., y ELI A. ZUBAY: *The Debit System of Marketing Life and Health Insurance*, Center for Insurance Research (Georgia State University, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1975).

MELONE, JOSEPH J., y EVERETT T. ALLEN, Jr.: *Pension Planning*, edición revisada (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1972).

MYERS, ROBERT J.: *Social Security*, McCahan Foundation (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1961).

PIPE, S. H.: «History of Fraternal Insurance», en *Record of the American Institute of Actuaries*, vol. XVI (1927).
ROBERTS, JAMES E.: «Retirement Savings for Individuals», en *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, vol. XXIX, núm. 4 (octubre 1975).
SATTERTHWAITE, JOSEPH W.: «The Private Pension System - Why it Should be Preserved», en *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, vol. XXV, núm. 4 (octubre 1971).
TAYLOR, MAURICE: *The Social Cost of Industrial Insurance* (Nueva York, Knopf, 1933).
TURNBULL, JOHN G., ARTHUR C. WILLIAMS, Jr., y EARL F. CHEIT: *Economics and Social Security*, 4.ª edición (Nueva York, Ronald Press, 1973).
WHITTAKER, E. B.: *The Social Responsability of The Group Insurance Industry* (Nueva Yor,k Prudential Insurance Company of America, 1948)

parte IX

ORGANIZACION, GESTION Y REGULACION DE LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS DE VIDA Y DE ENFERMEDAD

39

Clases de compañías

A las empresas que se dedican a la contratación de seguros de vida cabe clasificarlas, a grandes rasgos, en: 1) comerciales; 2) públicas, y 3) de otra índole.

Ya se ha estudiado el papel de los aseguradores públicos al analizar las prestaciones de la Seguridad Social, los seguros de vida públicos y determinadas modalidades de prestaciones por enfermedad y accidente. De modo análogo, se ha tratado de los seguros de vida de las cajas de ahorros, de los seguros de vida fraternales de las sociedades de socorros mutuos, de las asociaciones de derramas y de ciertas organizaciones no lucrativas que proporciona prestaciones por fallecimiento, enfermedad y accidentes en cuanto unidades institucionales, estudiando, además de la protección garantizada, las características de las entidades que conceden esas prestaciones.

La mayor parte de este libro se ha dedicado a los contratos, coberturas y prácticas de las compañías comerciales de seguros de vida y, asimismo, este capítulo se ocupa primordialmente del examen de las características organizativas, financieras y operativas de esta clase de empresas de seguros.

COMPAÑIAS COMERCIALES DE SEGUROS DE VIDA

A las compañías comerciales de seguros de vida se las puede clasificar en *sociedades por acciones* y en *sociedades mutuas* o *mutualidades.*

En ocasiones se ha intentado clasificar a las compañías de seguros de vida según emitieran pólizas con participación y sin participación. Este criterio no parece muy adecuado ya que las sociedades por acciones pueden emitir seguros con participación, sin ella o según ambos planes. En cierto número de Estados, entre ellos los de Nueva York y Nueva Jersey, sigue prohibida la venta de seguros sin participación por las mutualidades, pero incluso en ellos, se permiten ciertas excepciones por conceptos tales como reaseguro, rentas vitalicias, opciones de irrenunciabilidad, opciones de dividendos y otros similares. La característica distintiva de una sociedad por acciones son sus accionistas. Si una empresa aseguradora tiene accionistas, es una sociedad por acciones; si no los tiene, se trata de una mutualidad, sea cual fuere la clase de pólizas que emita (1).

En el siguiente análisis se estudian estos dos tipos de compañías de seguros desde los puntos de vista de: 1) la organización; 2) el control; 3) la estabilidad financiera, y 4) el coste de los seguros.

Organización

Aun cuando es posible, teóricamente hablando, que una empresa de seguros de vida esté formada por una sola persona o por una sociedad colectiva o comanditaria, el sistema de organización exigido deberá ser tal que permita al mismo tiempo la máxima garantía de permanencia y seguridad en los pagos. Sólo una sociedad anónima ostenta las características intrínsecas necesarias para responder a esas exigencias, y según las distintas leyes de los Estados en materia de seguros, es la única forma de organización social a la que se le permite la actividad de los seguros de vida.

Así, pues, desde el punto de vista jurídico y práctico, para el desarrollo de una actividad en el campo de los seguros de vida es precisa la constitución de una sociedad anónima, que a su

(1) Hay un autor que opina que el criterio debería radicar en el derecho al voto, y recomienda la denominación de «compañía mixta» para aquellas en las que tanto los accionistas como los tenedores de pólizas tienen derecho al voto. Ver JOSEPH M. BELTH: «Types of Life Insurance Companies», en DAN M. MCGILL: *Life Insurance*, edición revisada (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1967), pág. 790.

vez puede ser de dos clases, sociedad por acciones y sociedad mutua.

Sociedad por acciones.—Una sociedad de seguros de vida por acciones es la organizada con la finalidad de conseguir beneficios para sus accionistas. Si los clientes, o «tomadores de seguros» de la compañía pagan todos los años una prima fija consignada en sus pólizas para su protección, a sus seguros se los denomina de *no participación*, ya que aquéllos no participan ni en los beneficios ni en las pérdidas que puedan derivarse del funcionamiento del negocio. Sus primas fijas representan para ellos tanto el coste inicial como el final de su cobertura. Las compañías por acciones, como se señala más adelante, a veces emiten pólizas *con participación*. Cuando esta clase de sociedades emiten pólizas con participación, exclusivamente o de manera conjunta con otras sin ella, algunos Estados limitan hasta cierto punto los beneficios que sus accionistas pueden obtener de la actividad asegurativa con participación. Sin embargo, en la mayoría de los Estados no hay normas especiales acerca de los seguros con participación emitidos por las compañías por acciones.

El seguro de vida es una actividad sumamente especializada y está sometido en cada Estado a unas *leyes sobre seguros* especiales, en las que se regula, entre otros aspectos, la constitución de las sociedades anónimas de seguros de vida. De conformidad con estas leyes estatales sobre seguros, para que se autorice a una sociedad a operar como empresa de seguros de vida debe disponer de un capital y unos excedentes mínimos. Por ejemplo, según la legislación del Estado de Nueva York, las sociedades de seguros de vida por acciones tienen que tener un capital de un millón de dólares como mínimo y un excedente inicial del 200 por 100 del capital inicial, de modo que al ser el capital inicial exigido de un millón de dólares, el excedente inicial tiene que ser de dos millones. Estos requisitos mínimos de capital están destinados a garantizar la capacidad de la compañía para efectuar los depósitos necesarios (2), a asegurarse de que dispone de los recursos necesarios para las operaciones normales y a obligarla a que posea un fondo de emergencia para hacer frente a las posibles fluctua-

(2) Ver capítulo 44.

ciones adversas en los índices de siniestralidad durante el período inicial de desenvolvimiento. Una vez suscritas las acciones y cumplidos los distintos requisitos estatales, puede constituirse la sociedad y empezar sus actividades.

Sociedad mutua.—Una sociedad mutua de seguros de vida es también una sociedad anónima, pero no tiene capital en acciones ni accionistas. La sociedad está constituida y pertenece a sus asegurados, de los que provienen todos los recursos. El tomador de un seguro en una sociedad mutua es al mismo tiempo «cliente» y «propietario» de la misma, en contraste con el de una sociedad por acciones que es solamente «cliente». El asegurado de una sociedad mutua es socio de la misma y tiene derecho a votar en la elección del consejo de administración o de la junta directiva.

Técnicamente hablando, los activos y los ingresos de una sociedad mutua pertenecen a la misma sociedad. Los asegurados son acreedores contractuales, con derecho a votar para elegir a los administradores según lo dispuesto por las leyes. Se administra la sociedad y se dispone de sus activos en beneficio de los tomadores de los seguros y de los beneficiarios y para la protección de sus intereses. En un sentido lato, los activos y los ingresos pertenecen a los asegurados y a los beneficiarios y, o bien se retienen para su protección bajo la forma de reservas, excedentes o fondos de emergencia, o bien se les distribuyen como dividendos en la medida en que la dirección lo considera justificado a la vista de la experiencia de la empresa. Así, pues, en una sociedad mutua, el tomador del seguro paga, todos los años, una prima fija que es la que figura en su póliza (y que suele ser superior a la de un contrato similar sin participación con una compañía por acciones), pero el coste real o neto para él vendrá determinado por la cuantía de los beneficios de la empresa y por la de los dividendos asignados a su póliza cada ejercicio por el consejo de administración. Por lo tanto, a las pólizas emitidas por las sociedades mutuas se las suele denominar «de participación», es decir, con derecho a dividendos. La prima fija declarada en el contrato es el coste inicial y representa el máximo del mismo, pero el coste final queda reducido por el importe de los dividendos obtenidos por este contrato.

Normalmente, las sociedades mutuas sólo emiten pólizas *de participación*. Algunas veces también emiten pólizas *sin participación*, pero los tomadores de éstas, al igual que los asegurados de las sociedades por acciones, son meros clientes de la empresa, que pertenece a los asegurados con participación.

La constitución de una nueva sociedad mutua reviste graves problemas prácticos. Al igual que en el caso de las sociedades por acciones, hacen falta recursos para atender los gastos de explotación, hacer los depósitos necesarios ante el departamento estatal de seguros y dotar un excedente o fondo de emergencia con el que hacer frente a cualquier fluctuación insólita en el índice de siniestralidad antes de que la empresa haya tenido tiempo de allegar un remanente con el resultado de sus operaciones.

En el caso de la sociedad por acciones, los recursos necesarios para esas atenciones se consiguen mediante la venta de los títulos de participación en el capital social; pero en una sociedad mutua, la única fuente de ingresos, en principio, la constituyen las primeras primas satisfechas por los asegurados-socios originales, o los créditos solicitados para poner en marcha el negocio. La falta de ánimo de lucro es indudablemente un factor primordial en la decisión de formar una sociedad mutua, pero, además, los requisitos legales para su constitución son tan estrictos que la hacen casi imposible. Por ejemplo, en el Estado de Nueva York, para que pueda empezar sus actividades una mutua se exige que cuente con proposiciones de seguro por un importe mínimo de $ 1.000 cada una, formuladas por lo menos por mil personas, que representen una cuantía anual de primas acumuladas de $ 25.000, más un excedente inicial de $ 150.000 en efectivo. Parecen evidentes las enormes dificultades prácticas que revestiría el encontrar a un gran número de personas en las que concurran las condiciones de ser «asegurables», y de estar dispuestas a proponer un seguro y a pagar la primera prima a una empresa todavía inexistente y a la que, por lo tanto, le es imposible emitir pólizas.Estas dificultades de constitución son tan graves que no han permitido que se constituya ninguna sociedad mutua desde hace muchos años, ni es probable que se constituya en el futuro. La única vía posible consiste en formar una nueva empresa aseguradora de vida en forma de sociedad por acciones para transformarla en mutua

una vez que haya alcanzado la solidez y estabilidad financiera suficente (3).

Procedimiento.—En términos generales, el procedimiento para la constitución de una nueva empresa de seguros de vida es el mismo para las sociedades por acciones y para las mutuas. Ambas clases de aseguradoras son sociedades anónimas que deben atenerse a la legislación de cada estado sobre esa materia en general o, lo que suele ser más corriente, a las disposiciones especiales por las que se regula la constitución de las compañías anónimas de seguros (4).

Las distintas legislaciones estatales relativas a la constitución de empresas de seguros son muy similares, por lo que las pautas marcadas en el derecho de Nueva York pueden servir para formarse una idea de cuál es el procedimiento en términos generales. En el Estado mencionado, los socios fundadores (como mínimo trece personas) deben solicitar en primer lugar de las autoridades la formalización de un acta de constitución en la que se consignarán el nombre de la empresa, su domicilio, la actividad a la que se va a dedicar, sus facultades y las modalidades de su ejercicio, los procedimientos de control interno, la cuantía del capital (si es una compañía por acciones), y cualesquiera otros extremos esenciales. Además de dar publicidad en la forma prescrita a su proyecto de constituirse como compañía de seguros, los promotores deben presentar un «certificado de intenciones» y una copia del acta de constitución al superintendente de seguros para su aprobación antes de que quede plenamente constituida la sociedad. Entonces es cuando empiezan a recoger las suscripciones si

(3) Muchas de las grandes sociedades mutuas hoy existentes (v.gr.: Metropolitan, Prudential y Equitable de Nueva York) fueron en sus orígenes sociedades por acciones que se «mutualizaron». En determinado momento, algunos Estados dispusieron que las personas interesadas en la constitución de una sociedad mutua debían consignar un capital de garantía, que podría retirarse tan pronto como las actividades de la empresa se estabilizaran financieramente. Algunas veces el capital permanecía suscrito durante cierto tiempo, mientras la empresa funcionaba con arreglo al principio de la mutualidad, cosa que no justifica el establecer una distinta categoría de entidad aseguradora.

(4) En cierto momento, las compañías de seguros se constituían en virtud de un acto especial del cuerpo legislativo que se convertía en la «escritura fundacional» de la sociedad.

pretenden formar una mutua. Es importante señalar que todavía no pueden emitir pólizas. Cuando se haya suscrito el capital social mínimo establecido para las sociedades por acciones, o desembolsado las primas sobre los importes de los seguros mínimos necesarios, si se trata de una mutua, y una vez hecho el depósito reglamentario ante el superintendente, ya puede perfeccionarse la constitución. En este momento, los accionistas suscriptores o los proponentes iniciales proceden a la elección de los miembros del consejo de administración, quienes, a su vez, autorizan la emisión de las acciones o de las pólizas, según el caso. En esta junta constituyente, los propietarios adoptan también el reglamento por el que se regularán las obligaciones de los directivos y de los comités, el importe máximo del seguro que puede contratarse sobre una sola cabeza, el territorio en el que se desarrollarán las actividades, y demás puntos de interés. A continuación, los consejeros recién elegidos se reunirán para nombrar a los directivos y organizar los comités del consejo que vayan a ocuparse de cada uno de los departamentos de la administración general de la compañía, procediendo a las oportunas delegaciones de poderes. En este momento, y siempre que el departamento de seguros del Estado haya aprobado la solicitud de la empresa para el ejercicio de sus actividades, ésta podrá procurarse los medios humanos y materiales idóneos e iniciar de forma oficial sus operaciones.

Control

Al comparar las compañías de seguros por acciones y las mutuas, debe examinarse la cuestión del control y de la responsabilidad de la dirección ante los tomadores de los seguros.

Sociedades por acciones.—Puesto que los propietarios de una sociedad por acciones son sus accionistas, los consejeros y altos cargos responden ante ellos y no ante los tomadores de los seguros. Y, al igual que en todas las sociedades por acciones, los tenedores de la mayoría de las acciones son quienes ostentan el control real.

En términos técnicos, una gestión desacertada o incluso poco escrupulosa de los negocios de la compañía es algo que escapa al control de los tomadores de seguros. Exactamente igual que

ocurre con otras grandes sociedades anónimas nacionales, a una compañía por acciones formada por un gran número de accionistas sumamente dispersos la controla el grupo directivo por medio de la mecánica de los mandatos. En esos casos, el control efectivo no se encuentra en realidad en manos de los tenedores de las acciones o de las pólizas, sino en las del grupo que dirige la empresa. No obstante, es en extremo hipotética la posibilidad de que la dirección haga caso omiso de los intereses de los tomadores de los seguros en el caso de compañías de seguros de vida importantes y muy acreditadas, debido a la plena supervisión estatal a la que están sometidas todas las empresas de seguros de vida. En ocasiones, se permite una limitada participación de los tomadores de seguros en la dirección, por ejemplo, al concederles el derecho a elegir a un cierto número de componentes del consejo de administración que, naturalmente, serán una minoría. También es posible que una compañía de seguros pase de la forma por acciones a la de mutua.

1. *Mutualización de las sociedades por acciones.*—A algunas sociedades por acciones se las ha transformado en sociedades mutuas mediante el procedimiento denominado de la «mutualización», consistente, en esencia, en retirar su capital social suscrito en acciones, al mismo tiempo que se traspasa el control de los accionistas a los tenedores de seguros. Los motivos de esa transformación pueden ser muy distintos, y entre ellos puede figurar el deseo de impedir que el control de la sociedad caiga en manos indeseables por medio de un cambio en la titularidad de las acciones.

Los directivos de la empresa suelen iniciar el procedimiento de la mutualización presentando una propuesta al consejo de administración. El factor primordial es, por supuesto, el precio que haya de pagarse por cada acción y el modo de pago del mismo. El precio tiene que resultar atrayente desde el punto de vista de los accionistas para que accedan a renunciar a sus derechos de propiedad y control. Por otra parte, y desde el punto de vista de la empresa, el precio debe tener un límite determinado por el hecho de que el excedente que quede tras la mutualización debe bastar para permitir un funcionamiento sólido del negocio. A veces, reviste particular interés que el pago de las acciones se escalone a lo largo de cierto período de tiempo, con el fin de no someter al excedente actual a una carga indebida.

Si el consejo de administración acepta el proyecto, incluido el precio que se va a ofrecer a los accionistas, hay que presentarlo ante el departamento estatal de seguros para su aprobación por el inspector. Suponiendo que se conceda esta aprobación, entonces se propondrá el proyecto a los tomadores de los seguros y a los titulares de las acciones de conformidad con las formalidades establecidas en la legislación del Estado.

Al poner en práctica un proyecto de mutualización aprobado por las mayorías necesarias, la compañía se hace cargo del mayor número de acciones posible. Lo probable es que haya algunos accionistas que, por uno u otro motivo, se opongan al proyecto por lo que el proceso de traspaso de las acciones puede llevar bastante tiempo. A medida que se les va comprando, no se anulan las acciones, sino que pasan a manos de los síndicos de los tenedores de pólizas, que ejercitan en su nombre el derecho de voto. Lo normal será que se pueda comprar de inmediato una mayoría holgada de acciones, con lo que los tenedores de pólizas consiguen la propiedad y el control efectivos. Y, por último, cuando se hayan adquirido todas las acciones, se podrá proceder a su cancelación y la sociedad queda plenamente mutualizada (5).

2. *Las sociedades de cartera.*—En años recientes, la utilización de sociedades de cartera se ha convertido en el instrumento esencial de las reorganizaciones interempresariales emprendidas en un esfuerzo de la dirección por mejorar sus beneficios y perspectivas a largo plazo por la vía de la diversificación. En su mayor parte, las sociedades de cartera son empresas financieras que poseen o controlan a una o más aseguradoras, gestoras de fondos mutuos, empresas de administración, prospección e inversión de fondos mutuos, entidades de financiación a consumidores, etcétera. Algunas compañías de seguros de vida por acciones son

(5) Para un estudio reciente sobre la mutualización, ver LINDA PICKTHORNE FLETCHER: «Mutualization of Stock Life Insurance Companies» (Tesis doctoral, Universidad de Pensilvania, 1964). Aun cuando se trate de un fenómeno poco común, algunas sociedades mutuas han tomado la forma de compañías por acciones. Ver, por ejemplo, «Memo Explains How Mutual Life Company Switched to Stock», en *The National Underwriter* (Life ed.), 27 de marzo de 1965, pág. 21.

propiedad o están controladas por empresas de cartera no financieras y por conglomerados que agrupan a entidades de distintos campos.

Este último fenómeno ha suscitado alarma en algunos medios. El Comité Especial nombrado por el superintendente de seguros de Nueva York para examinar la situación de control de empresas aseguradoras por sociedades de cartera, llegaba a la conclusión de que:

> el mecanismo de las sociedades de cartera, cuando entraña la dependencia de empresas ajenas al campo de los seguros, pone en peligro los intereses tanto del público como de los tomadores de las pólizas, y será tanto más así cuánto más indiscriminado sea ese proceso y menos sujeto esté a una estricta supervisión reguladora (6).

El Comité pasaba a recomendar la mitigación de ciertas restriciones, tradicionales en la práctica y en el derecho de los seguros, pero que en su opinión habían ejercido una presión innecesaria en favor de la constitución de sociedades de cartera ajenas a los seguros. Los cambios recomendados se referían a la constitución y absorción de filiales, a la revelación de relaciones entre empresas matrices y filiales al superintendente de seguros, a la liberalización de la regulación de las inversiones, y a una mayor libertad para la captación de capital mediante la venta de títulos preferentes y de obligaciones convertibles en acciones (7).

Sociedades mutuas.—En una sociedad mutua, los tenedores de las pólizas son, teóricamente, los propietarios de la misma y quienes controlan la dirección; en la práctica esto es así sólo hasta cierto punto. La efectividad limitada del control de la sociedad mutua por parte de los tomadores de los seguros se debe a que: 1) éstos son muy numerosos; 2) están muy dispersos geográficamente; 3) tienen escasa capacidad de intercomunicación; 4) el interés de cada uno de ellos en la empresa es relativamente

(6) *Report of the Special Committee on Insurance Holding Companies* (Estado de Nueva York, Departamento de Seguros, 1968), pág. 7.

(7) Para un resumen de la evolución en el ámbito de las sociedades de cartera, ver KENNETH BLACK, Jr., y JOHN F. ADAMS: «*Insurance Company Organization and Finance*», *Working Papers*, International Insurance Seminars, Tokyo, Japón, 26-30 de julio de 1970, págs. 53-70.

reducido, y 5) muchos de ellos desconocen la verdadera naturaleza de una sociedad mutua o ignoran que tienen derecho a votar en la elección de consejeros. El hecho es que los *miembros del consejo de administración* y los *directivos* son quienes controlan en realidad a la sociedad mutua. Como en el caso de una sociedad por acciones muy acreditada, una sociedad mutua está controlada por el grupo directivo por medio del sistema de las delegaciones. Y tampoco en este caso es grave la falta de control por parte de los tomadores de los seguros, en particular si se tienen en cuenta el carácter y el alcance de la supervisión ejercitada por las autoridades estatales. En vista de la naturaleza tan técnica de esta actividad, tal vez lo mejor sea que ni a los tenedores de pólizas ni a los de acciones les resulte demasiado fácil intervenir en la gestión de la empresa.

La relación de las mutuas de seguros de vida con la mecánica de las sociedades de cartera es un tanto distinta a la de las compañías por acciones. Se habla de sociedades de cartera «superiores» para referirse a aquellas formadas por una o más sociedades por acciones que se encuentran en la cúspide de la estructura interempresarial; son propiedad de sus accionistas y propietarias, a su vez, de sus filiales. La llamada sociedad de cartera inferior suele ser constituida por una mutua de seguros (8): se encuentra en la mitad de la estructura interempresarial y es propiedad, en todo o en parte, de la mutua, situada en la cúspide, y es propietaria de otras filiales. La importancia de la distinción estriba en que la sociedad de cartera inferior presenta pocos problemas de regulación a los departamentos estatales de seguros porque la mutua matriz está sometida directamente a la reglamentación vigente en la materia. En consecuencia, una sociedad de cartera inferior sólo será viable si la mutua matriz dispone de unos fuertes excedentes y, de conformidad con las leyes actuales, nunca podrá gozar de la misma flexibilidad que las sociedades de cartera superiores (9).

(8) También las sociedades por acciones pueden formar sociedades de cartera inferiores.

(9) Esto puede muy bien ser objeto de legislación a nivel estatal debido tanto a la demanda de igualdad de oportunidades por parte de las mutuas, como a algunos de los excesos en la retirada de los activos de las compañías de seguros por algunos conglomerados. Ver JAMES S. KEM-

Las grandes sociedades mutuas de seguros de vida con una situación sólida en cuanto a excedentes pueden diversificar sus actividades mediante la absorción de empresas o por una sencilla decisión de la dirección, siempre que la actividad en cuestión esté permitida por el departamento estatal de seguros. Podría parecer que el mecanismo de las sociedades de cartera no revestiría gran interés para esas entidades si gozaran de una mayor flexibilidad, como se recomienda, por ejemplo, en el Informe del Comité Especial sobre el control de las compañías de seguros por sociedades de cartera (10). Debe señalarse que por parte de algunas mutuas de seguros de vida se ha demostrado cierto interés por transformarse en sociedades por acciones.

Garantía

En el período inicial de desenvolvimiento de una sociedad por acciones, el capital y los excedentes aportados por los accionistas constituyen un factor importante para la garantía del pago de las obligaciones de aquélla. En años posteriores, ese elemento de seguridad pierde importancia. En la mayoría de las sociedades de seguros de vida por acciones, el capital representado por éstas y los excedentes desembolsados son muy reducidos en comparación con el pasivo social total. Sigue siendo necesario un fondo de emergencia o de garantía para absorber las fluctuaciones desfavorables y las pérdidas, pero se alimentará principalmente con los beneficios acumulados a lo largo de los años. En una mutua, por supuesto, no existe capital social, y su fondo de garantía estará formado enteramente por los beneficios excedentarios. En ella, todos los activos y las ganancias derivadas de los mismos y de las operaciones mercantiles quedan en poder de la compañía en provecho y para protección de los tenedores de pólizas. Esas ganancias pueden destinarse a reducir el coste de los seguros o a engrosar el remanente de la sociedad como recursos complementarios de garantía.

PER, Jr.: «*Conglomerates and Congenerics - Their Impact on the Insurance Industry*», Sociedad de CPCU, Clínica del Capítulo de Nueva York, *CPCU News* (marzo de 1969), pág. 39.

(10) *Ibidem*, págs. 39-41. Ver también JOHN T. FEY: «*Markets and Marketing in the Age of Conglomerates and Congenerics*», *Best's Review* (Life/Health Insurance ed.), enero 1970, pág. 26.

La seguridad relativa de las sociedades por acciones y mutuas es de un interés casi puramente teórico. En las sociedades mutuas se parte de criterios más conservadores al elaborar las estructuras de las tarifas de primas, lo que las confiere un margen de seguridad y, por tanto, un elemento complementario de garantía. El valor de ese margen complementario a menudo es muy superior al del capital de las sociedades por acciones. No obstante, los principios fundamentales en los que reposa esa garantía son los de una dirección sólida y eficiente y una supervisión y control suficientes por parte de la administración pública. Una dirección incompetente puede resultar desastrosa para los tenedores de seguros, pero ésa es una eventualidad que pocas veces se ha presentado. Pero esto es válido para cualquier nueva empresa mercantil y no está solamente en función de los métodos de organización y control de la sociedad. En general; el tomador de un seguro en cualquier compañía acreditada, tanto si es mutua como si es por acciones, no necesita preocuparse por la cuestión de la garantía en cuanto tal.

Coste

Desde el punto de vista del tomador del seguro, un punto de comparación importante entre las sociedades por acciones y las mutuas es el del coste relativo de la protección asegurativa. Las sociedades por acciones emiten generalmente pólizas sin participación —esto es, pólizas en las que no se estipula el derecho a dividendos— de modo que el coste anual para el contratante viene determinado por la tarifa de primas. En su mayoría, las sociedades mutuas emiten pólizas con unas tarifas de primas más elevadas que las de las sociedades por acciones, pero con derecho a participar en las ganancias por medio de los dividendos, lo cual puede conducir o no a un «coste neto» más bajo.

En general, las tarifas sin participación de las sociedades por acciones se confeccionan sobre una base con la que se espera cubrir el coste del seguro y obtener un margen de beneficio con el que compensar a los accionistas por el riesgo que corren. En las sociedades mutuas, las tarifas con participación se fijan a unos niveles más conservadores, pero los tomadores, por medio de los dividendos, reciben su seguro «al precio de coste», sin que haga

falta ningún elemento para remunerar a los accionistas. Lo mismo que ocurre entre las pólizas con participación y sin ella (incluidas las emitidas por una misma empresa), parece claro que el coste de las segundas es más bajo en los primeros años, pero el coste neto de las primeras por lo general es manifiestamente más bajo pasado cierto tiempo y a largo plazo.

Puesto que las sociedades por acciones pueden emitir pólizas con participación, y muchas lo hacen, el cliente que contrata una con ellas se encuentra, en lo esencial, en la misma situación que el de una sociedad mutua, por lo que respecta al coste, excepto en lo que atañe a los beneficios que afluyen a la cuenta general de la empresa. De manera similar, algunas sociedades mutuas emiten contratos sin participación. En consecuencia, la comparación entre los costes relativos dependerá del sistema de prestación del seguro —con o sin participación— tanto como del que se establezca entre los aseguradores en cuanto tales. Es cierto, empero, que la mayoría de los seguros con participación los emiten las sociedades mutuas, y la de los que carecen de ella, las sociedades por acciones.

Sistemas con participación y sin ella.—En las primas brutas cobradas por las sociedades mutuas por el seguro con participación va incluido un margen con el que no sólo se cubren todos los gastos, sino que también queda una cantidad complementaria destinada a salvaguardar a la compañía contra cualquier posible contingencia. Posteriormente a medida que se producen ganancias, éstas retornan, en la medida en que lo autorice el consejo de adminstración, a los tomadores de los seguros en forma de dividendos, con lo que se les facilita protección a un coste basado en la experiencia real de la empresa. La sociedad por acciones normalmente sigue el plan de descontar el futuro —esto es, de pagar sus dividendos por adelantado—, cobrando una prima baja garantizada, mientras que la mutua pide una prima más alta para empezar y con posterioridad reduce el coste mediante el pago de dividendos (11). En la práctica, por tanto, para establecer una comparación entre la postura mantenida por cada tipo de sociedad desde el punto de vista del coste final del seguro hace falta controlar los costes netos anuales de la póliza en las dos sociedades en el transcurso de un prolongado período de tiempo.

(11) La póliza de vida modificada fue introducida por una sociedad mutua para afrontar la competencia de las pólizas sin participación. Ver capítulo 6.

1. *Comparación de los costes.*—Hay cierto número de maneras de presentar las comparaciones de costes (12), al más empleado de los cuales se le ha puesto la etiqueta de *método tradicional.* Consiste en sumar las primas satisfechas a lo largo de cierto número de años, por lo general veinte, y en sustraer el valor efectivo al final del mismo período y la suma de todos los dividendos de la póliza reflejados en la información de la compañía correspondiente en el mismo lapso de tiempo. Se saca el promedio a lo largo de diez o veinte años y el resultado es lo que se denomina «coste neto medio de rescate». Un comité del ramo, en su informe sobre los costes del seguro de vida, resumió el método tradicional, cuando se le utiliza como índice del coste neto comparado, como sigue:

> 1. Da por supuesto que la escala actual de dividendos continuará sin variación, lo cual constituye una hipótess artificial y desde luego no es una espectativa. Nadie sabe qué dividendos se pagarán a las pólizas con participación en los años venideros. Los dividendos ilustrativos no son ninguna indicación de lo que vaya a pagar una compañía aseguradora; no son más que la escala de dividendos actuales que se aplicarían a una póliza que se emitiera en la actualidad.
> 2. Se supone que los futuros cambios en las escalas de dividendos afectarán a todas las compañías aproximadamente de la misma manera o en el mismo grado. También esto es sumamente improbable, ya que no tiene en cuenta los cambios de tendencias dentro de las aseguradoras en cuanto a los rendimientos de las inversiones, los resultados de las suscripciones y los gastos de explotación.
> 3. Al hacer caso omiso de los intereses, no da valor al momento en que el tomador paga o cobra cada dólar, lo que tiene el efecto de atribuir un coste más bajo a una póliza con participación que a otra sin ella, si a una póliza con primas y valores efectivos

(12) Ver PRICE GAINES, Jr. (ed.): *Cost Facts on Life Insurance* (Cincinnati, Ohio: The National Underwriter Company, 1969). Para una excelente y penetrante exposición de las comparaciones de costes/beneficios en seguros de vida, ver E. J. MOORHEAD: «Contract Cost and Benefit Comparisons», en *Life and Health Insurance Handbook*, edición revisada (Homewood, Ill., Dow Jones- Irwin, 1973), págs. 211-23.

altos que a otra con unas y otros más bajos, y a una póliza con dividendos bajos al principio y más altos después, que a otra con una pauta más uniforme en ese sentido.

4. Se basa en la hipótesis artificial de que el tomador mantendrá su póliza en vigor exactamente durante 20 años o el período que se emplee) y entonces procederá a su rescate.
5. En muchos casos, parece dar a entender algo que resultará sorprendente para el tomador: que si uno mantiene su póliza en vigor por el período indicado, el seguro le habrá costado muy poco, o menos que nada (13).

Después de un repaso cuidadoso a los varios métodos de comparación de costes que se han propuesto, el comité recomendaba la utilización del llamado *método ajustado según el interés.* El comité opinaba que éste era el más idóneo porque:

1. Tiene en cuenta el momento del pago.
2. De todos los métodos que tienen en cuenta el momento del pago, es el más fácil de comprender.
3. Es posible utilizar este método sin tener que recurrir a las matemáticas superiores.
4. No pretende tener mayor exactitud de la que está justificada por las circunstancias.
5. Es lo bastante similar al método tradicional como para poder llevar a cabo la transición con el mínimo de confusión (14).

Los pasos necesarios para aplicar el método ajustado según el interés a una póliza con primas anuales uniformes son los siguientes:

1. Seleccionar el período sobre el que se vaya a hacer el análisis (10 ó 20 años).
2. Seleccionar el tipo de interés que se vaya a utilizar (actualmente el 4 por ciento).
3. Acumular los dividendos anuales, si los hubiere, con interés hasta el final del período seleccionado, y agregar a ellos el valor efectivo (y el dividendo terminal, si lo hay) disponible al final de aquél.

(13) *Report of the Joint Special Committee on Life Insurance Costs*, informe ante la American Life Convention, Institute of Life Insurance, y la Life Insurance Association of America (Nueva York, Institute of Life Insurance, 4 de mayo de 1970), pág. 6.

(14) *Ibidem*, pág. 21.

4. Dividir el resultado del Paso 3 por un factor de interés que lo convierte en un importe anual uniforme devengado en el transcurso del período seleccionado. Si el período es de 20 años y el tipo de interés, del 4 por 100, ese factor será 30,969 o, redondeando dentro de un margen de exactitud, 31.
5. Sustraer el resultado del Paso 4 de la prima anual. Este es el coste ajustado según el interés. Dividirlo por el número de millares en el importe del seguro para llegar al coste ajustado según el interés por mil.

En el informe del comité se daba una serie de comparaciones entre los resultados obtenidos por el método tradicional y por el ajustado según el interés (15). Las posiciones de muchas compañías aseguradoras permanecían aproximadamente igual con los dos métodos, pero había los suficientes cambios sustanciales como para justificar el tener en cuenta el interés empleando el método ajustado según el mismo en vez del tradicional del coste medio de rescate. Los tipos relativamente altos de interés actualmente en vigor hacen particularmente idóneo el empleo del método ajustado según el interés en la presente coyuntura.

Todos los métodos de presentar el «coste del seguro de vida» poseen ventajas e inconvenientes (16). Sin embargo, hay un problema específico inherente al seguro con participación originado por el uso de las cifras de coste neto previsto. Con las propuestas de coste neto se pone como ejemplo, por fuerza, un coste neto se pone como ejemplo, por fuerza, un coste neto final o un índice de costes que suele basarse en la escala de dividendos *actual* de la compañía aseguradora. Los aseguradores que emiten pólizas con participación previenen a sus agentes para que expliquen a los presuntos clientes que las previsiones de escalas de dividendos sólo son aclaratorias, y, de hecho, llevan una declaración junto a los ejemplos de los dividendos en la que se manifiesta claramente que éstos ni presuponen ni garantizan la experiencia futura. Las previsiones de dividendos suelen reflejar

(15) *Ibidem*, Apéndice C.

(16) Para una visión más penetrante de las actitudes y expectativas de los consumidores en relación con las comparaciones de costes, ver un estudio del Institute of Life Insurance en colaboración con la Life Insurance Marketing and Research Association: *Life Insurance Consumers: An Explanatory Study of Attitudes and Expectations regarding Cost Comparison* (Nueva York, Institute of Life Insurance, mayo de 1974). Ver particularmente los «Aspectos principales».

corrientemente la experiencia del momento; si los realmente pagados por una compañía en un período de años subsiguientes son más o menos favorables, ello reflejará una mejor o peor experiencia real con respecto a factores tales como las ganancias por intereses, la mortalidad, los gastos y otros de importancia, en relación con lo que se supuso en la previsión. La comparación entre los dividendos previstos anteriormente con la historia de los pagados efectivamente con arreglo a un plan particular, puede demostrar una previsión coherente conservadora. Parecería razonable dar mayor crédito a los planteamientos de costes netos o pagos netos previstos de una compañía cuando ésta haya satisfecho de manera constante unos dividendos superiores a los proyectados. Naturalmente, estos comentarios sobre el coste neto son pertinentes tanto si la comparación se establece entre una póliza con participación y otra sin ella como entre dos pólizas con participación.

Mucho se ha escrito acerca de cual sistema, el de la participación o el que no la tiene, presta una protección más barata al asegurado. Los resultados conseguidos según los dos planes dependerán de las compañías en cuestión y de la futura experiencia con arreglo a los dos tipos de contratos. La controversia en torno al tema consiste primordialmente en un debate acerca de las empresas aseguradoras y de sus direcciones. Debe reconocerse que una auténtica comparación entre los dos planes por lo que atañe al coste del seguro —comparación entre los sistemas y no entre las empresas— requiere que las aseguradoras utilizadas con fines aclaratorios o ejemplificadores operen exactamente en las mismas condiciones, que sus direcciones respectivas tengan la misma capacidad e integridad, que hagan aproximadamente el mismo volumen de negocios al año, y que sus pólizas sean semejantes en sus estipulaciones. ¡Pero no existen esas dos compañías!

2. *Ventajas y limitaciones de los sistemas.*—Las ventajas de las pólizas sin participación son: 1) coste anual fijo y garantizado, y 2) pago de una prima inmediata más baja. Como las primas sin participación no están sujetas a revisión, deben ser lo más bajas que se pueda dentro de los límites de seguridad, para hacer frente a la competencia en «coste neto» de las pólizas con participación. Puesto que se trata de un contrato a largo plazo, en la prima sin participación debe incluirse un cierto margen para los gastos previstos, así como para el beneficio del accionista, o una previsión para la contribución al excedente general de la compañía. Esta última contribución es esencial para mantener un excedente suficiente que confiera una garantía indiscutible a los tomadores de seguros de la compañía y, normalmente, no se les devolverá a éstos. Por otra parte, las primas cobradas por las pólizas con participación son lo bastante altas como para generar ganancias. Los extornos que se hacen en forma de dividendos sobre la póliza, por lo general, cada año, suelen basarse en la experiencia real de la compañía en cuanto a tipos de interés, mortalidad y gastos. Así, pues, el desembolso real en seguro por parte del tomador de una póliza con participación se mide por la prima menos el dividendo, es decir, el *pago neto* mencionado anteriormente.

Si se supone que todas las empresas aseguradoras son igual de eficientes y están igual de bien dirigidas, no existe ninguna ventaja automática en cuanto a costes en favor de ninguno de los dos sistemas. Entra en la naturaleza de las cosas que la experiencia sobre intereses, mortalidad y gastos produzca resultados completamente diferentes en el curso de distintos períodos de tiempo. Las primas brutas más elevadas del sistema con participación pueden conducir a unos pagos más elevados por comisiones y, a no ser que se apliquen los dividendos a la compra de suplementos desembolsados, darán lugar a una tasa de gastos ligeramente más alta por unidad de cobertura. Algunas compañías pueden tener también un tipo de comisión más bajo, plan por plan, y una póliza sin participación no tiene que soportar el coste del complejo sistema de cálculo y de contabilidad general de los dividendos. Por último, el mayor margen en la prima con participación devenga intereses hasta su reembolso en forma de dividendo, con lo que se engrosa el importe disponible para su distribución por dicho concepto. El tomador de una póliza sin participación goza de la disposición de ese recargo, y al comparar las dos clases de seguros debe tenerse en cuenta como otro factor importante el valor del derecho a disponer del propio dinero. No obstante, como se ha indicado anteriormente, en la prima del tomador de una póliza sin participación va incluido un cargo

para beneficio de los accionistas, lo que no sucede en las pólizas con participación.

El plan con participación tiene las ventajas generales de: 1) proporcionar un margen adicional de seguridad, y 2) hacer posible una mayor equidad entre todos los tomadores de seguros. En caso de sobrevenir una experiencia adversa, pueden reducirse los dividendos, lo que supone un factor de estabilización del que no se dispone con las tarifas de primas sin participación sobre pólizas antiguas, que, hasta cierto punto, deberán repercutir sobre las nuevas operaciones para compensar las pérdidas sufridas en las que ya se encuentran en vigor. Al menos teóricamente, las pólizas con participación deberían permitir la consecución de una mayor equidad entre los tomadores de seguros.

La competencia dentro del ramo es tan fuerte que las principales compañías tienen que mantener sus tarifas a un nivel razonablemente parecido, tanto si se trata de seguros con participación como sin ella, si quieren mantener su posición en el mercado. Debe señalarse, empero, que la competencia en materia de precios, en la medida en que es efectiva, sólo es aplicable al momento de la venta. Una vez emitido un contrato sin participación, queda fijo, para bien o para mal, según la experiencia se encargará de demostrar. La primera prima de una póliza sin participación fija el precio para toda la duración del contrato, mientras que si es con participación, los antiguos tenedores de pólizas comparten la experiencia de la empresa reflejada en los dividendos anuales. Suponiendo que los demás factores permanezcan iguales y que mejoren las condiciones en cuanto a intereses, mortalidad y gastos, el tomador de un seguro que quiera dar carácter fijo a su desembolso deberá adquirir una póliza sin participación. Debe recordarse, no obstante, que hay otros factores (el agente, la importancia de los costes fijos comparados con los de la experiencia, las prestaciones de la póliza, etc.) que influyen tanto o más a la hora de decidirse entre una póliza con participación o sin ella.

Desde el punto de vista del tenedor de una póliza con participación, existe la ventaja de coste de aplicar sus dividendos a adquirir suplementos desembolsados a unas tarifas netas sin prueba de asegurabilidad (17). Las otras opciones del dividendo tambiné confieren flexibilidad a su contrato. El que estos privilegios tengan un valor de coste para el tenedor de la póliza dependerá de cómo utilice los dividendos.

En resumen, por tanto, no existe ninguna ventaja automática de coste ni en favor de un tipo particular de compañía ni del sistema con participación o sin ella. La valoración que haga el comprador de las futuras condiciones económicas, de la calidad del servicio prestado por una compañía, y de sus objetivos, y de cómo proyecta utilizar las prestaciones de la póliza, todos ellos son factores importantes en el momento de tomar la decisión de adquirir un contrato determinado según un sistema determinado y a una empresa determinada. En cada caso pesarán la experiencia final en cuanto a intereses, mortalidad y gastos, la calidad real de la dirección de una compañía determinada y la utilización real.

CARACTERISTICAS DE CADA COMPAÑIA

Desde el punto de vista del comprador, la dirección, la orientación general y las prácticas de una compañía determinada son mucho más importantes que el hecho de que la misma sea una sociedad mutua, por acciones o de otro tipo. Probablemente, la única manera de valorar la gestión de una empresa sea en función de los resultados. Por tanto, factores tales como la naturaleza del producto, el coste, el servicio y la garantía son los criterios fundamentales para medir la calidad y la idoneidad de una empresa determinada. Sin embargo, el problema se complica debido a que esos factores están conectados entre sí. Por ejemplo, debería estar claro que una empresa que proporciona seguros de vida a un coste bajo puede obrar así porque tiene una gestión excelente, o porque presta muy poco servicio o emite un contrato restrictivo.

Naturaleza del producto

Las compañías de seguros de vida no siempre tratan de servir a los mismos mercados. Por ejemplo, muchas no suscriben se-

(17) Esto es también sustancialmente cierto para el seguro substandard; los dividendos se aplican a las tarifas netas *normales*.

guros industriales ni colectivos. Otras operan exclusivamente o en su mayor parte en esos u otros ámbitos especializados. Asimismo, entre las direcciones de distintas compañías puede haber fuertes diferencias de opinión en cuanto a la conveniencia de prestar cobertura de seguro de enfermedad. El hecho es que la estructura organizativa, los medios de servicio y el coste de explotación para esos ámbitos de protección difieren en extremo, y un campo de actuación puede influir sobre el coste en otro. Además, la filosofía de distribución multitudinaria del seguro colectivo en algunos puntos entra en conflicto aparente, si no real, con la que inspira la venta de seguros ordinarios. Las ventajas de unos mayores ingresos por primas y de una mayor diseminación del riesgo originadas por la explotación de muchos campos pueden quedar compensadas por la encarnizada competencia en campos como el de los seguros colectivos y por el mayor riesgo para la compañía inherente en la naturaleza subjetiva del de enfermedad. Por lo demás, una vez que una empresa aseguradora ha alcanzado un tamaño suficiente para realizar plenamente las economías de escala, el continuar su expansión en múltiples campos puede originar un aumento de los costes debido a problemas de gestión.

Además de las diversas filosofías acerca de los campos de actuación, con cada compañía varían considerablemente la gama y el tipo de los contratos diferentes. La necesidad de diferenciación en el producto puede hacer que sea virtualmente imposible para el comprador medio establecer ninguna comparación entre los contratos de dos compañías. Por ejemplo, las redistribuciones de primas que llevan consigo los contratos de vida modificados, las cláusulas sobre devolución de primas, las variaciones en los valores efectivos primitivos, las escalas de dividendos y otras modificaciones son tantos motivos más de complicación de esas comparaciones. Las pólizas combinadas o conjuntas suponen otra complicación más a la hora de decidir qué contrato es el más adecuado para un concurso determinado de circunstancias. Los contratos de la distintas compañías también difieren en cuanto liberalidad. Así, muchas no incluyen la cláusula de cambio de plan como un *derecho contractual*, aunque la mayoría lo permitirán en la práctica. Por otra parte, las opciones de liquidación que figuren en un contrato pueden ser más generosas que las consignadas en los de otra compañía. Los valores efectivos garantizados pueden diferir considerablemente de una empresa a otra, e incluso dentro de la misma, respecto de contratos diferentes. Debe recordarse que no existe ningún contrato de tipo de seguro de vida y, excepto por lo que atañe a las cláusulas preceptivas exigidas por las leyes de los Estados, es únicamente la competencia la que provoca la tendencia a la uniformidad. Así, pues, cuando una aseguradora introduce con éxito una nueva prestación o característica contractual, las demás tienden a imitarla. Sin embargo, la competencia también milita contra la uniformidad. A algunas empresas de seguros les sirve de incentivo el elaborar características contractuales distintivas y perfeccionadas con el fin de diferenciar su producto y de hacer la presentación lo más competitiva posible .La cuestión estriba no en que sea necesariamente deseable un contrato tipo, sino en que la comparación inadecuada de coste y cobertura puede ser en extremo engañosa debido a las diferencias del producto.

Un último factor importante por lo que respecta al producto consiste en las prácticas de suscripción de cada compañía. Muchas emiten pólizas *substandard* y todas difieren sobre qué se entiende por riesgo «normal». Algunas compañías son mucho más liberales que otras por lo que se refiere a la flexibilidad permitida al utilizar las opciones de liquidación. Es axiomático que, en igualdad de condiciones, una mayor liberalidad en las prácticas de la empresa entraña más servicio y costes más elevados.

Servicio

Servicio es un término nebuloso. Por lo que respecta a cada compañía, las diferencias se deben en gran medida a la filosofía de la dirección más que al tipo de empresa aseguradora. En algunas, una petición de información, un anticipo sobre la póliza, la tramitación de un siniestro por fallecimiento, u otros aspectos de la «ejecución» de un contrato de seguro de vida se despachan con mucha mayor rapidez que en otras. Este mayor servicio representa también mayor coste, y puede ser una consecuencia de la mayor influencia de las delegaciones locales o de otra causa específica en la orientación de la planificación y del personal. Por lo que se refiere al servicio prestado por el asegurador de

vida, las variaciones son todavía más fuertes. Algunas compañías conceden gran importancia a la formación de los agentes y dedican sumas importantes a la labor de mantenerles plenamente informados sobre las variaciones jurídicas, fiscales y de otra índole que influyen de manera vital sobre el servicio que un asegurador determinado es *capaz* de prestar. Una cuestión aparte, por lo que respecta a la cantidad y a la suficiencia del servicio de cualquier asegurador, es su *deseo* de servir.

Coste

El factor del coste al medir la actuación de las distintas compañías de seguros es el que recibe más atención por parte de los compradores. En realidad, como se desprende de la anterior exposición, es virtualmente imposible para el profano comparar el coste de dos compañías distintas debido a las muchas variables en juego. Con demasiada frecuencia se supone que todo lo que hace falta es una comparación de los tipos de primas. Lo que ocurre es que las tarifas de primas reflejan la filosofía de la dirección en términos de seguridad, servicio, liberalidad de las estipulaciones del contrato, y otros factores (18). Como es obvio, sería engañoso comparar las tarifas de primas iniciales de un seguro con participación con las de otro sin ella, ya que en las primeras se incluye un margen para el pago de dividendos.

Pero no hay ninguna manera de saber por anticipado cuál será el nivel de los dividendos que se paguen efectivamente por el seguro con participación, ya que esto dependerá de la experiencia de la compañía en los años venideros en términos de rendimiento de las inversiones, mortalidad y gastos de explotación. Por consiguiente, es imposible saber con antelación qué compañía o qué contrato supondrá un coste neto más bajo (19).

(18) Las compañías que no utilizan agentes pueden ofrecer el seguro a tarifas más bajas. Puede debatirse la cuestión del valor de los servicios de un agente, pero lo cierto es que éstos tienen un coste y un valor definido en términos monetarios.

(19) En realidad, con una muestra limitada de los precios de pólizas de vida ordinarias emitidas en 1962 a varones normales de treinta y cinco años se demostró que tanto la variación absoluta como la relativa de los precios de los seguros ordinarios con participación, eran considerablemente más elevadas que las magnitudes correspondientes para los

Aparte del hecho de que las exposiciones acerca del coste neto puedan inducir a error, en ellas se hace hincapié sobre la compra según ese factor, con exclusión de las verdaderas necesidades del comprador y de la conveniencia del contrato objeto de consideración. Debido a la importancia que se da al coste en las presentaciones para la venta, empresas muy ineficientes han sido capaces de colocar contratos con prestaciones y cláusulas contractuales sumamente limitadas. Es fundamental reconocer que una casa de $ 20.000 y otra de $ 40.000 pueden ser compras igualmente buenas.

Seguridad

El último criterio para medir la actuación de una compañía determinada es la cuestión de la seguridad de las prestaciones. También aquí es difícil sentar reglas generales sobre qué es lo que hace segura a una empresa. El importe de los seguros en vigor tiene poco que ver con la seguridad, ya que no representa más que la cantidad de dinero cuyo pago ha contratado la compañía en el momento en que venzan todas las pólizas pendientes. Las reservas de las pólizas sobre las que descansan los seguros en vigor son una partida del pasivo y, desde luego, no representan la seguridad de la compañía. Tampoco el tamaño de ésta en términos del activo dice mucho en cuanto a su seguridad, aunque tenga una relación directa con ella la relativa moderación de la base de valoración. Los activos son en gran medida el resultado de la acumulación de las reservas de las pólizas, que representan la estimación actual por parte de la compañía de la cantidad necesaria, junto con las primas futuras, para atender sus obligaciones contractuales a medida que vayan venciendo. Se establecen unas reservas mínimas en virtud de las leyes estatales, pero la mayoría de las empresas acreditadas tienen asignadas a esa atención cuantías muy superiores a las mínimas. El grado en que una compañía mantiene reservas superiores a las mínimas estará en función de la filosofía y del planteamiento de la gestión.

precios del seguro de vida ordinario sin participación objeto del estudio. Ver JOSEPH M. BELTH: *The Retail Price Structure in Life Insurance* (Bloomington, Ind., Bureau of Business Research Graduate School of Business, Indiana University, 1966), pág. 73.

Otros factores que influyen sobre la seguridad son las normas y las prácticas de suscripción, la cualidad de las inversiones, y la cuantía de los excedentes. El cociente entre el excedente de los tenedores de pólizas y los activos totales es un criterio de seguridad que suele citarse, pero la política de la compañía en cuanto a las reservas influye directamente en ese cociente, ya que la situación de los excedentes parecerá más fuerte con unas reservas mínimas. En la legislación de los Estados se establecen las normas de seguridad mínimas para las inversiones. La habilidad inversora de una compañía determinada representa un margen adicional de seguridad. Debe recordarse que el objetivo de la política de inversiones es el de conseguir la tasa de rendimiento más alta compatible con una seguridad absoluta. El discernimiento es, por supuesto, uno de los elementos esenciales para la fijación de esa política.

El factor de la seguridad no puede ser objeto de una medida objetiva absoluta. Si lo fuera, los departamentos de seguros de los Estados podrían garantizar una seguridad absoluta, cosa que no han podido conseguir mediante la regulación actual. Si una institución de clasificación o el departamento de seguros de un Estado asigna una categoría dudosa a una compañía, vale la pena tener en cuenta ese hecho en el momento de valorarla. Por otra parte, una buena clasificación según esas instituciones no es concluyente en términos de seguridad, como la experiencia pasada ha puesto de manifiesto (20).

En la exposición precedente se hacen resaltar dos puntos importantes. En primer lugar, que es muy difícil para una persona bien informada hacer una comparación entre distintas compañías de seguros, entre sus contratos y entre sus costes de explotación; en segundo lugar, que hacerlo es virtualmente imposible para el consumidor medio.

Entonces, ¿qué camino le resta al consumidor al utilizar los servicios del ramo de seguros de vida? La naturaleza compleja del negocio, sus repercusiones sociales, y la incapacidad del consumidor medio para hacer frente al problema han dado lugar a una completa regulación estatal y a una demanda de profesionalización en la actividad de los seguros de vida. El adquirente del seguro tiene el problema de determinar su necesidad de un seguro de vida, mediante la selección de los contratos apropiados y su suscripción del modo que más haga valer el dinero que le cuesta la prima. Al seleccionar cuidadosamente a un asegurador que le considere un cliente y le preste un servicio verdaderamente profesional, el adquirente tendrá la mejor oportunidad de resolver sus problemas de seguros de manera satisfactoria. Si se contrata el seguro con una compañía acreditada, la regulación estatal servirá de garantía para la seguridad de la prestación.

(20) Ver capítulos 42 y 43 para una exposición más completa de cómo se interpretan las memorias anuales y otras fuentes de información relativas a las operaciones de una compañía determinada.

40

Organización de las compañías de seguros

ORGANIZACION DE LA OFICINA PRINCIPAL

En sus rasgos fundamentales, la organización de la oficina principal de una compañía de seguros de vida sigue las mismas pautas que la de aquellas otras empresas que se dedican a allegar, invertir y desembolsar recursos pecuniarios. En términos generales, en esa organización pueden distinguirse tres elementos fundamentales: 1) niveles de autoridad; 2) división en departamentos; y 3) estructura funcional. Cada uno de esos elementos desempeña un importante papel en el establecimiento de una estructura organizativa eficiente y en la coordinación eficaz de los esfuerzos dentro de la misma.

En la organización de una compañía de seguros de vida también se encuentran presentes esos elementos. Desde el punto de vista de la estructura organizativa, suelen responder a las tres coordenadas de la *línea*, el *staff* y la *función*. No obstante, puede haber algunos sectores de estas empresas aseguradoras, organizados según el modelo de la *línea* o de *la línea y el staff*. Por ejemplo, las sucursales suelen estar organizadas según el modelo de la línea, con todas las actividades directamente bajo el control del director. Por otra parte, el departamento de producción suele funcionar según un modelo de *línea y staff*, con arreglo al cual el vicepresidente ejecutivo de producción cuenta con la colaboración de adjuntos de línea (los directores de las agencias) y tam-

bién de adjuntos de *staff* (por ejemplo, los directores de investigación y formación).

Entre las compañías de seguros de vida existen hondas diferencias en cuanto a la magnitud, al campo de actividad, a los objetivos y a otros factores. Asimismo difieren en sus pautas organizativas, ya que una empresa es muy raro que elija un modelo de manera consciente, sino que lo va elaborando en el curso de su evolución. Con esta limitación bien presente, la finalidad de este capítulo consiste en trazar un bosquejo de los cargos, comités y departamentos oficiales más importantes de una compañía de seguros de vida media y ya acreditada, y en describir con brevedad sus funciones y obligaciones respectivas.

Niveles de autoridad

En una empresa de seguros de vida suele haber generalmente cuatro niveles de autoridad. El consejo de administración con sus distintos comités constituye, por supuesto, la cúspide o nivel *directivo.* El presidente ejecutivo y los altos cargos de la empresa se encuentran en el nivel *ejecutivo.* Además de formar parte del equipo de la dirección ejecutiva, los altos cargos ejecutivos están investidos de autoridad y de responsabilidad por determinadas funciones. Cada uno de los vicepresidentes ejecutivos tiene a sus órdenes a mandos intermedios, que forman el nivel *de gestión* y a los que está encomendado el funcionamiento cotidiano de sus departamentos. Estos mandos intermedios, que pueden prestar sus servicios en una relación de línea, de *staff* o funcional, están capacitados para tomar decisiones en todos aquellos asuntos comprendidos dentro de los límites de la autoridad delegada en ellos. Por último, los supervisores encargados de las subdivisiones de los departamentos se encuentran en el nivel *supervisor* de autoridad.

El consejo de administración.—El consejo de administración, junto con los diversos comités que lo integran, constituye el nivel máximo de autoridad en el seno de una empresa de seguros de vida. En una sociedad mutua, los consejeros son elegidos por los tenedores de pólizas de entre su propio número de mutualistas, mientras que en una sociedad por acciones son elegidos por los accionistas y, para ser elegibles, deben ser propietarios de un número determinado de acciones. Pero, sea cual fuere el sistema seguido para su elección, el consejo de administración está dotado de un completo poder de supervisión sobre quienes dirigen la empresa. Está facultado no sólo para seleccionar al presidente ejecutivo y demás altos cargos, sino para delegar en ellos las atribuciones que considere oportunas. También se reúne a intervalos preestablecidos para aprobar o desaprobar las recomendaciones de los directivos y de los comités, y para examinar y pronunciarse sobre todas las cuestiones importantes relativas a la marcha general de la actividad de la empresa. Como las operaciones de una compañía de seguros de vida adoptan gran variedad de formas, se suele considerar deseable que el consejo de administración esté formado por personas que representen a distintas profesiones, y posean experiencia en campos muy amplios.

Para facilitar el desempeño de sus funciones y poner a sus miembros en contacto más estrecho con la actividad de la empresa, el consejo de administración está dividido en cierto número de comités permanentes. En muchas empresas, el presidente ejecutivo y otros altos cargos son miembros del consejo de administración, y por tanto tienen derecho a pertenecer a los comités importantes. Cuando los altos directivos no son consejeros, se les invita a las diversas reuniones a título de asesores. Los comités varían en las distintas empresas, pero generalmente suele haber un *comité ejecutivo* o *de seguros,* un *comité financiero,* un *comité de siniestros* y un *comité de auditoría.* El comité ejecutivo, integrado por el presidente ejecutivo y varios consejeros tiene como finalidad el estudio y la ratificación de decisiones en aquellos asuntos que guarden una relación vital con la política general de la empresa. Por ejemplo, en este comité se determinan las clases de contratos de seguro que venderá la compañía, las cláusulas de los mismos, las tarifas de primas, en qué territorio se va a actuar, y otras cuestiones análogas. El comité financiero, formado por el presidente ejecutivo de la compañía, por el tesorero y cierto número de consejeros, está encargado de ejercitar el control supervisorio sobre la política y las prácticas de inversión de la empresa. En las grandes compañías es bastante corriente que haya un comité distinto que se ocupa de las inversiones inmobiliarias y de los préstamos hipotecarios. El comité de si-

niestros ejerce el control general sobre el pago de los mismos y, en particular, establece las directrices relativas a los que sean dudosos o discutibles. El comité de auditoría mantiene una supervisión general sobre el sistema y los libros contables de la empresa.

En general, son los directivos de la empresa encargados de su gestión activa los que proponen cualquier medida, y el cometido de los consejeros consiste en aprobar o desaprobar las recomendaciones formuladas. En su mayor parte, los comités del consejo de administración se dejarán guiar por las recomendaciones de los directivos de la empresa directamente relacionados con su competencia. Esto es particularmente cierto en los comites que se ocupan de los detalles técnicos del negocio.

Directivos.—Los directivos son los encargados de llevar a cabo la política determinada por el consejo de administración y de la gestión general del negocio. Entre ellos suele haber un presidente ejecutivo, uno o más vicepresidentes, cada uno de los cuales tiene a su cargo un departamento, y un tesorero. Al presidente ejecutivo, por lo general, le confía el consejo de administración unos amplios poderes ejecutivos, y deberá estar muy versado no sólo en cuestiones financieras, sino tener también una amplia experiencia en el negocio de los seguros de vida, con el fin de ser capaz de interpretar adecuadamente los resultados obtenidos por los departamentos respectivos, asesorar al consejo de administración en la supervisión del tráfico general de la empresa, determinar cuál es la mejor política que debe seguir ésta, y dirigir el trabajo de los directivos inferiores. Los distintos vicepresidentes ejecutivos, cada uno de los cuales suele tener a su cargo un departamento, deben ocuparse también de las actividades mercantiles generales de la empresa, con el fin de poder prestar su asistencia al presidente en sus funciones, de desempeñar estas (o las de otro vicepresidente) durante la ausencia del mismo, y de estar preparado para asumir ese cargo en caso de ascenso.

Ambitos funcionales

Las actividades de una compañía de seguros de vida comprenden tres funciones básicas: vender, prestar un servicio e invertir. Pero para llevar a cabo esas funciones adecuadamente, necesita un asesoramiento profesional del más alto nivel de calidad por parte de un actuario, de un abogado, de un médico, y un contable. En consecuencia, la mayoría de las empresas actúan con siete ámbitos funcionales principales; el actuarial, el de producción, el de contabilidad y auditoría, el de inversiones, el jurídico, el de suscripción, y el de administración.

División en departamentos

La labor que debe desarrollarse se divide en secciones o cometidos, organizados según un criterio lógico que son los departamentos. Las empresas mercantiles suelen estar divididas en departamentos según un sistema *funcional, geográfico* o de *producto*. En muchas compañías de seguros de vida, pueden encontrarse ejemplos de esos tres tipos de división en departamentos. Así, el departamento actuarial está establecido sobre la base de la función, el del Sur responde a un punto de vista geográfico, y los de pólizas ordinarias o de pólizas colectivas siguen el criterio del producto. En cada caso, lo normal es que cada compañía siga su propio sistema peculiar. En la exposición que se hace seguidamente de la división funcional por departamentos, se pondrá de manifiesto cuales son la organización y las actividades internas de una compañía de seguros de vida.

En el *departamento actuarial* se establecen las tarifas de primas de la compañía, las reservas y los valores irrenunciables y, en general, se atienden todos los aspectos matemáticos del negocio. Este departamento está encargado también de analizar las ganancias y, en una empresa de seguros con participación, es él el que facilita los datos estadísticos con los que se elabora la escala anual de los dividendos. Asimismo, el equipo actuarial se ocupa de la concepción de nuevas pólizas y modelos de contratos, y es el responsable de su registro ante los diversos organismos estatales competentes en la materia. Otro cometido consiste en la realización de estudios de mortalidad y en la supervisión de las prácticas de suscripción de la empresa. Trabaja en estrecho contacto con el departamento de producción, al estudiar la redacción de las pólizas y demás factores que influyen sobre la posición competitiva del equipo de ventas. Por último, debido a

la importancia del elemento técnico actuarial en los seguros y rentas vitalicias colectivas, este departamento a menudo se ocupa de la administración de esa clase de actividad o tiene un grado considerable de responsabilidad en la misma. El papel del actuario es vital para el funcionamiento de una compañía de seguros de vida. En muchas de las más pequeñas, aquél ostenta el cargo de vicepresidente ejecutivo y ejerce una influencia considerable sobre todos los ámbitos de actuación.

El *departamento de producción* es el encargado de la venta de nuevas pólizas, de la conservación de las existentes, y del servicio a los tomadores de seguros. En él se supervisan las actividades del equipo de ventas de la compañía, y se lleva a cabo la labor de publicidad, de promoción de ventas, de análisis de mercados, de reclutamiento, selección y formación de los agentes, y de control de los costes de producción.

El *departamento de contabilidad y auditoría*, bajo la dirección del vicepresidente ejecutivo encargado de la dirección e intervención financieras, se ocupa en elaborar y supervisar los procedimientos de contabilidad y control de la empresa. La labor de auditoría, tanto en las agencias como en la oficina principal, la lleva a cabo una unidad independiente del departamento. Allí se realiza la preparación efectiva de la memoria anual, aunque el departamento actuarial ejerce un control funcional importante a ese respecto. Por supuesto, al departamento de contabilidad le están encomendados los asuntos relativos a las leyes y reglamentos fiscales federales, estatales y locales. También efectúa los análisis de gastos y demás estadísticas operativas, no encargadas al departamento actuarial.

En años recientes, la implantación de *equipo electrónico para el tratamiento de datos* (EDP), y las aplicaciones cada vez más perfeccionadas del mismo a las actividades empresariales, han dado lugar a reajustes organizativos. En muchas empresas aseguradoras, la instalación original de ese equipo se hizo bajo la dirección y el control del departamento actuarial o del de contabilidad. En cualquiera de esos casos, a la larga se ha impuesto la necesidad de un control global de la investigación y la planificación informáticas, con el resultado de que cierto número de compañías aseguradoras han establecido *departamentos de proceso o tratamiento de datos* independientes de los otros funcionales normales.

El *departamento de inversiones*, habitualmente bajo la dirección del tesorero, se ocupa del programa de las inversiones de la empresa con arreglo a la política trazada por el consejo de administración. Además de dictaminar acerca de los méritos de las inversiones, con carácter previo a su presentación al comité financiero para su aprobación definitiva, el departamento está encargado de la custodia de los valores, obligaciones, acciones y demás títulos de inversión, siendo el responsable del cobro de los intereses y dividendos devengados por los mismos. Invertir los recursos de la compañía en valores que sean seguros, y al mismo tiempo reporten un rendimiento un tanto más elevado que el tipo previsto para el cálculo de las primas y reservas, es una labor que exige pericia y un amplio conocimiento de los diversos campos en los que se permite a las empresas aseguradoras colocar sus fondos. Debe ponerse el máximo cuidado, en especial por lo que se refiere a las hipotecas inmobiliarias. Para aceptar éstas sin temor a quebrantos, hace falta conocer bien los valores, el carácter del deudor hipotecario, y examinar con detenimiento las escrituras y extractos del título. Al constituir las hipotecas inmobiliarias una proporción tan importante de las inversiones totales del ramo de seguros de vida, es corriente que las grandes compañías tenga un departamento especial —el *departamento inmobiliario*— para su gestión y supervisión.

Al *departamento jurídico* le incumbe la tarea de ocuparse de todas las cuestiones de esa índole que afecten a la compañía. Entre ellas figuran la conducción de los pleitos por impugnación de reclamaciones o siniestros, los procedimientos de extinción del derecho de redención de las hipotecas, los títulos imperfectos, etc.; la suficiencia y corrección de los modelos de póliza, de los contratos de producción, obligaciones, pagarés, etc.; la inspección de los títulos de los bienes adquiridos por la compañía, o con la garantía de los cuales ésta haya efectuado préstamos; y el análisis e interpretación en beneficio de la empresa de las disposiciones legales y de la jurisprudencia por las que se rige el seguro de vida en los estados en que actúa aquélla.

El *departamento de suscripción* es el encargado de establecer las normas de selección y de decidir sobre las proposiciones de

seguro. En algunas empresas, al *departamento médico* se le concede rango autónomo. El director médico supervisa el equipo de examinadores médicos, y puede ser la autoridad suprema para decidir sobre la asegurabilidad de un proponente. En algunos casos, empero, el control general de las suscripciones puede encontrarse en manos de un vicepresidente que no sea médico. En el departamento trabajan muchos especialistas denominados «suscriptores legos», que no son facultativos. Muchas decisiones de suscripción no dependen de la opinión de un médico, ya que la «asegurabilidad» connota mucho más que «buena salud».

El *departamento de administración*, a menudo encabezado por el secretario, está encargado de la prestación de los servicios de la oficina principal al equipo de ventas de la compañía y a los tenedores de seguros. En esta labor suele ir incluida la emisión de nuevas pólizas, la contabilización de las primas y comisiones, los siniestros, anticipos, rescates, cambios de póliza y otras operaciones similares. Se encarga también este departamento de la administración de personal y de la organización de la oficina principal. El secretario es el que tiene encomendada la correspondencia de la empresa, las actas del consejo de administración y de sus diversos comités, y los archivos.

Debe señalarse que muchas compañías también están organizadas por departamentos sobre la base del producto, y tienen departamentos de seguro *ordinario*, *industrial*, de *enfermedad* y *colectivo*, según las especialidades que contraten.

Además de los comités del consejo de administración se pueden nombrar otros *interdepartamentales* por parte de los mandos ejecutivos, para coordinar los esfuerzos de los distintos departamentos. Dichos comités normalmente someten sus decisiones al directivo responsable de su nombramiento. Algunos de los que se suelen constituir son el comité de seguros, el de presupuestos, el de relaciones públicas o publicidad, el de personal y prestaciones a los empleados, el de investigación y el de formación del personal y de la dirección.

Por más que esta descripción de la organización de una oficina principal sea representativa, tal vez no responda a ella la de ninguna empresa determinada; su finalidad es la de servir de mera ilustración de uno de los posibles tipos de organización.

PRODUCCION DE SEGUROS DE VIDA Y DE ENFERMEDAD

El éxito de una compañía de seguros de vida está en función del esfuerzo conjugado de todas las actividades de su organización. De los tres principales ámbitos funcionales —producción, inversiones y administración—, el primero es el más amplio tanto por sus necesidades de mano de obra como por sus costes. Tanto en la atención a los tenedores actuales de pólizas, como en la captación de otros nuevos con el consiguiente ingreso de primas, es vital el papel del departamento comercial en su contribución al bienestar de la compañía.

Responsabilidad de la alta dirección respecto de la función comercial

Sobre la alta dirección de una compañía de seguros de vida recae la responsabilidad última de la efectividad de las actividades comerciales de la empresa. A ella le corresponde trazar la política básica en el campo de la venta, entre cuyas decisiones más trascendentales figuran las de la clase de mercados a los que se pretende llegar, del tipo de organización para la conducción del negocio, de la cuantía de recursos que se van a destinar a la producción de nuevas operaciones, así como las relativas a la expansión y al personal de ventas de la empresa.

La aplicación práctica de la política marcada por la alta dirección es la tarea que corresponde al primer directivo comercial, en su condición de jefe del departamento de producción y del equipo de ventas. Otra obligación inherente a ese puesto es la de mantenerse continuamente alerta a los vientos de cambio que puedan soplar en los mercados de la compañía, y formular a la alta dirección las propuestas idóneas basadas en las nuevas necesidades.

Organización comercial

En la organización de la gestión comercial de una compañía de seguros de vida, hay cierto número de puestos directivos inter-

medios que sirven de enlace entre el directivo comercial superior y los supervisores de producción de los representantes que operan en la calle. En una empresa que opere en un ámbito geográfico muy amplio el número de directivos intermedios puede ser bastante elevado, aun cuando se mantenga un grado razonable de control. Debe disponerse de la asistencia de un *staff* suficiente para manejar los detalles de la gestión de la actividad y dotarla del complemento de investigación y desarrollo indispensable en toda empresa progresiva y orientada hacia el futuro. Incluso en una pequeña compañía, el primer directivo comercial debe contar con el apoyo de un personal competente de *staff* y de línea.

Aun cuando las obligaciones de la dirección de ventas son numerosas, según se ha indicado más arriba, se pueden clasificar en seis ámbitos principales de responsabilidad:

1. Desarrollo y mantenimiento de un programa de ventas.
2. Reclutamiento y selección de personal.
3. Formación del personal.
4. Motivación del personal.
5. Dirección del trabajo administrativo.
6. Desarrollo y mantenimiento de unas buenas relaciones públicas.

Estos ámbitos principales de responsabilidad son aplicables a todos los peldaños de la jerarquía directiva de una compañía de seguros de vida. Aun cuando algunos puestos puedan abarcar los seis ámbitos, otros pueden referirse a menos. Esas obligaciones tienen una validez general; rigen tanto para los supervisores del personal de ventas en la calle como para el directivo de quien depende toda la actividad comercial.

Desarrollo y mantenimiento del programa comercial

El desarrollo y mantenimiento del programa comercial de una compañía constituye la responsabilidad primaria del primer directivo comercial. Sus decisiones y recomendaciones en este campo son la base del resto de su actuación en sus demás ámbitos de responsabilidad.

La primera decisión, de carácter fundamental, sobre la que gira el desarrollo del programa comercial de una compañía consiste en qué *tipo de* mercado se quiere conseguir. Se puede restringir, por ejemplo, la actividad comercial, a ciertas zonas geográficas seleccionadas, o se puede optar por darle un alcance nacional o, incluso, internacional. La empresa puede inclinarse por desplegar una actividad urbana o rural; o concentrarse en los grupos sociales de ingresos altos, medios o bajos. De manera similar, debe decidirse cuál va a ser la *línea de productos* en lo que se refiere a las características especiales de las pólizas, como por ejemplo, los anexos de los seguros temporales, las pólizas con fines especiales, o la venta de seguros de enfermedad o colectivos.

Una vez tomada la decisión relativa a la orientación del mercado, debe determinarse el tipo de organización comercial con que se quiere contar. Algunas compañías de seguros de vida prefieren operar por medio de agentes generales, mientras otras optan por sucursales de la propia empresa. Es también básica la cuestión de la *magnitud* de la organización de ventas. Partiendo del supuesto de que haya que mantener o acrecentar la penetración relativa en el mercado, puede hacer falta desarrollar y mantener programas encaminados a la expansión horizontal del equipo de ventas. Por otra parte, si la empresa decide incrementar las ventas totales mediante la promoción de las aptitudes de la actual organización, entonces habrá que formular un plan de acción distinto. Existe un cambio continuo en el ambiente del «marketing» del seguro de vida, tanto en el aspecto interno como en el externo. Téngase en cuenta, por ejemplo, las transformaciones que para el ramo del seguro de vida se han derivado de la legislación en materia de Seguridad Social y, más recientemente, del programa Medicare. Los desplazamientos demográficos de las zonas rurales a las urbanas, del centro de las ciudades al extrarradio y de los Estados del Este o los del Oeste, han influido de manera transcendental sobre los programas comerciales de las compañías de seguros de vida. De manera similar, la elevación en el nivel de vida, las transformaciones en el estilo de ésta, y otros cambios, han repercutido sobre la manera de enfocar el negocio. Todos estos cambios son de percepción lenta, pero hay que preverlos lo antes posible, con el fin de poder afrontar el reto de unas condiciones comerciales en constante transformación.

En gran medida, la actividad de ventas está supeditada a las circunstancias económicas locales, y al grado en que los posibles

clientes disponen de recursos para adquirir seguros. Cuando se producen desplazamientos demográficos y surgen nuevas oportunidades comerciales, se impone una nueva distribución de las agencias o sucursales, así como del personal de ventas. Este proceso implica la creación de nuevas agencias o la expansión de las existentes en las zonas en crecimiento, y la eliminación o fusión de aquéllas cuyo potencial de ventas va en disminución. Incumbe al primer directivo comercial la determinación del marco y del programa básicos con arreglo a los cuales deban realizarse las transformaciones en la estructura del equipo de ventas.

Parte integrante del desarrollo y mantenimiento del programa comercial es la cuantificación del comportamiento previsto de las ventas, basada en la comprensión común de la orientación de la compañía y en el conocimiento de los compromisos de largo alcance por parte del presidente ejecutivo. La tarea del primer directivo comercial en este ámbito consiste en fijar los objetivos de ventas, tanto los de la compañía como los territoriales. Por último, en el programa de «marketing» se deben establecer una serie de informes de control, para que sirvan de señales de alarma y de recordatorios para la dirección en todos sus niveles, con el fin de que se tomen medidas correctoras cuando sea preciso.

ORGANIZACION DE VENTAS

Necesidad de la organización de ventas

A pesar de la necesidad casi universal del seguro de vida, son relativamente pocas las personas que lo solicitan voluntariamente; a la mayoría las tiene que convencer un agente. Las razones no son difíciles de explicar. El seguro de vida constituye una previsión para el *futuro*, y para asegurarse, hay que entregar a la compañía aseguradora un dinero que pudiera destinarse a la satisfacción de necesidades *actuales*. El seguro de vida no tiene el mismo atractivo para una persona que un automóvil o un aparato de televisión, o cualquier otro producto tangible, del que se puede disfrutar en la actualidad o que se puede enseñar a los amigos, proporcionando de ese modo a su poseedor un placer y una satisfacción inmediatos. El tener que sacrificar esas cosas es lo que hace que muchas personas pospongan el momento de procurarse un seguro de vida, y por ello son necesarios los agentes de ventas para que se actúe antes de que sea demasiado tarde. Además, una de las funciones principales del seguro es la de prevenir la muerte prematura, y a la gente, de manera instintiva, les disgusta pensar en la posibilidad de morirse o de quedarse incapacitado. La jubilación, para los jóvenes, es algo sumamente remoto. Los servicios del agente productor contribuyen a motivar al posible cliente, provocando de ese modo la adquisición de un seguro que de otra forma no se conseguiría. Asimismo, en el momento de ir a contratar el seguro surgen muchas cuestiones perturbadoras debidas a nuestro complejo modo de vida. Los agentes son necesarios para que presten el servicio de averiguar cuales son las necesidades del posible cliente y se adapten el seguro a las mismas. Debido a los rápidos cambios en las circunstancias son también necesarios los agentes para atender las necesidades de las pólizas una vez vendidas, ya que el seguro de vida no es algo estático sino que exige frecuentes revisiones y reajustes para adaptarse a esos cambios de situación. El tenedor de la póliza también depende en gran medida del agente para otra clase de servicios, como son los anticipos, las cesiones, los cambios en los planes de seguro, las rehabilitaciones, etc. Por último, en el momento del fallecimiento o del vencimiento de una póliza de capital diferido, el agente ayuda a los reclamantes y a los beneficiarios. El sistema de producción encarece sin lugar a dudas el coste del seguro, pero sería erróneo suponer que la eliminación de ese coste y de los servicios correspondientes redundaría en beneficio del público.

Se han realizado intentos de vender seguros de vida directamente al público por medio de la publicidad y a través de las cajas de ahorros y de determinados orgnismos públicos, como el servicio de correos, pero esos sistemas han tenido poco éxito. En el momento actual, sólo una compañía importante de los Estados Unidos funciona sin agentes, y aunque hace uso del correo y hace publicidad por otros medios, el volumen de operaciones cerradas ha sido relativamente reducido. La compañía de seguros de vida regulares más antigua del mundo, y una de las más sólidas desde el punto de vista financiero, funciona sin agentes,

pero las pólizas vendidas cada año no pasan de unos centenares, aunque por lo general son por importes elevados. El Estado de Massachusetts implantó la venta de seguros de vida a sus ciudadanos a través de las cajas de ahorros en 1907, pero el importe de los contratados desde entonces es relativamente pequeño en comparación con los suscritos por las empresas comerciales. En 1911 se aprobó en Wisconsin una ley por la que se autorizaba la venta de seguros de vida por parte del Estado, pero el importe de los que se han suscrito por ese sistema hasta la fecha ha sido insignificante. En diversas ocasiones, en Inglaterra se ha ofrecido la venta de seguros de vida y de rentas vitalicias por medio de la caja postal de ahorros, pero con resultados poco alentadores. No se establecían agentes y los planes de seguros eran de carácter permisivo y voluntario. Después de muchos años de funcionamiento de conformidad con la ley de 1882, el número total de contratos de renta vitalicia y de seguros de vida suscritos era relativamente insignificante en comparación con las operaciones realizadas por las empresas regulares (1).

Aunque el volumen de los seguros de vida vendidos sin intervención de agentes ha aumentado con el desenvolvimiento de los planes de mercadotecnia masiva (venta por medio de tarjetas de crédito, de asociaciones, de fondos mutuos, y de organizaciones de crédito), la cuantía de los nuevos seguros producidos individualmente por medio de agentes sigue predominando por un amplio margen. Sin embargo, debe señalarse que a los expertos en mercadotecnia les siguen apasionando las posibilidades de los diversos métodos de comercialización multitudinaria, pero, salvo por lo que se refiere a los planes de ahorros sobre los sueldos y a los planes colectivos para asociaciones, el interés ha sido superior a la actividad en ese campo (2).

La necesidad de contar con agentes no es una mera cuestión de conseguir el mayor volumen posible de nuevos contratos de seguro. Es una necesidad derivada de la responsabilidad social

(1) Los planes de Seguros de Riesgos de Guerra impulsados por el Gobierno de EE. UU. durante las dos guerras mundiales, tuvieron más éxito que ninguno de los demás planes oficiales, pero el elevado importe de seguros en vigor, se vendió en condiciones favorables y mediante métodos muy enérgicos.

(2) Life Insurance Marketing and Research Association: *News and Trends*, Bulletin núm. 105, 14 de noviembre de 1974.

que tienen las compañías aseguradoras de prestar una suficiente protección aseguradora a todos los que la necesiten y de ese modo cumplir de una manera óptima la misión para la que se constituyeron.

La existencia de una organización de ventas, con su red de oficinas distribuidas por todo el país, además de encuadrar a los agentes que representan a la empresa aseguradora y los que los supervisan, es algo esencial para desempeñar de manera eficiente funciones tan importantes como la cobranza de las primas y la liquidación de los siniestros, por no hablar más que de éstas.

Estructura de la organización de ventas

El agente es la piedra angular de la organización de ventas. Suele operar siguiendo las directrices y bajo la supervisión de un director adjunto o supervisor de producción. El siguiente peldaño en la escala jerárquica lo constituye el director de sucursal o agente general. Y ésta es la estructura directiva de ventas. El directivo que supervisa y controla a los directores de agencias, sucursales o a los agentes generales puede tener el título de vicepresidente regional, director regional de producción, o superintendente de producción. Ese supervisor regional puede tener su sede en la oficina principal o en la oficina regional correspondiente. En la cúspide de la jerarquía de producción se encuentra el vicepresidente del departamento, que está en contacto directo con el presidente ejecutivo. En algunas de las mayores compañías, con el fin de revelar al vicepresidente de producción de algunas de sus muchas obligaciones, se ha creado el cargo de primer vicepresidente de *marketing* en el puesto supremo de la organización de ventas. En muchas empresas, el presidente ejecutivo dedica gran parte de su tiempo e interés a las cuestiones comerciales.

La efectividad de una organización de ventas viene determinada en gran medida por el reclutamiento de nuevos agentes y por la dirección con que cuentan tanto los nuevos como los antiguos (es decir, los experimentados).

El director o agente general tiene la importante misión de inculcar a su organización el deseo y la voluntad de aprender, de servir, de vender y de triunfar. Además de esta importante fun-

ción de liderazgo, el jefe de producción tiene que reclutar a nuevos agentes si se quiere que crezca el equipo, formarlos en la prospección y en la venta y brindarles su asesoramiento y orientación cuando lo necesiten. Es responsable no sólo de la labor desarrollada por el personal administrativo, sino también de la corrección de las proposiciones y formularios entregados por el equipo de producción, para su transmisión a la oficina central. Con frecuencia, se espera que el director de sucursal o el agente general, desarrolle cierta labor de venta de seguros. Hay algunas compañías que no son partidarias de este sistema por los efectos negativos que puede tener sobre el reclutamiento y la promoción de los agentes. Por supuesto, la mayoría de las compañías desean que el jefe de una agencia, en su calidad de personalidad empresarial importante de la comunidad, tome parte en las actividades cívicas ya que, al hacerlo, no sólo contribuye a cumplir las tareas sociales de la empresa sino que también prestigia a la agencia.

Tipos de organización de ventas

Los dos tipos principales de sistemas de producción utilizados en el ramo de los seguros de vida y de enfermedad son el de los agentes generales y el de las sucursales. Además, existe el sistema de los agentes directos, nombrados y supervisados desde la oficina principal y a los que se les puede asignar o no un territorio exclusivo. Este tal vez sea el sistema más antiguo, ya que es el que da mejores resultados tratándose de pequeñas compañías con territorios de actuación limitados. Hay algunas sociedades mutuas que lo emplean exclusivamente en la actualidad, pero el grueso de las aseguradoras tienen un sistema de producción a base de agentes generales o de sucursales, o uno en el que se conjugan las características de ambos.

Se venden también muchos seguros a través de corredores o agentes libres, por más que este método revista mucha menos importancia relativa que los dos principales sistemas mencionados. Los corredores o agentes libres de seguros suelen estar establecidos en las grandes ciudades, y prestan sus servicios a sus clientes procurándoles seguros de todas clases, que satisfagan sus necesidades. Al obtener un seguro de vida o de enfermedad para su cliente, el corredor puede actuar como agente del asegurador o del asegurado, según las leyes del Estado en el que se realice la operación. Así, en algunos, como Pensilvania y Nueva York, la ley exige del corredor, antes de que pueda contratar seguros de vida o de enfermedad con una compañía, que obtenga del Estado una licencia para actuar como agente libre. En los Estados en los que se exige este requisito, el corredor puede tener licencia de agente (que dura un año) con cierto número de compañías, como consecuencia de su actividad de satisfacer las necesidades de sus clientes. En todos los Estados, el corredor suele contratar los seguros por medio de agentes libres autorizados regularmente, en vez de directamente con la oficina principal.

Sistema de agentes generales. — El sistema puro de agentes generales, que hoy día es sólo teórico, es el más antiguo de todos y persigue la consecución por medio de aquéllos de los mismos objetivos que se pretenden alcanzar a través del establecimiento de sucursales con el sistema empresarial. La compañía nombra a un agente general para que la represente en un territorio determinado sobre el que se le confiere el control, y por medio de un contrato se obliga a pagarle una comisión convenida sobre las primas del primer año más una renovación sobre las subsiguientes. A cambio, el agente general suele comprometerse a introducir a la compañía en un territorio determinado. Entre sus atribuciones figura la de contratar otros agentes en las condiciones que estime más convenientes. Así pues, el director o agente general puede pagarles la totalidad de su comisión por el primer año, más una renovación un tanto inferior a la que recibirá el mismo de la compañía, o pagarles la totalidad de la comisión sobre las primas del primer año y retener las renovaciones, o, también, retener una parte de las primas del primer año y de las renovaciones. La diferencia entre lo que el agente general recibe de la compañía y el importe que paga a sus agentes, es lo que se llama exceso de comisión.

Si la agencia ya se encuentra establecida cuando se nombra al agente general, lo habitual es que la compañía le pague una comisión de cobranza por las primas percibidas sobre las operaciones formalizadas por sus predecesores, para que pueda destinar estos ingresos a la implantación de la agencia. No obstante,

si ésta se establece en esos momentos, es frecuente que la compañía anticipe al agente general el capital necesario para sus primeras actividades, descontándoselo de las comisiones que le correspondan en virtud de su contrato. Es frecuente que en éste se estipule la producción por el agente general de un número determinado de operaciones en un plazo señalado. A menudo se le hace también responsable del cobro de las primas y de los intereses sobre los anticipos, de la recepción de las peticiones de anticipo y de las pruebas de los siniestros, y de otras tareas administrativas que son la prolongación natural de los seguros vendidos en su territorio. Sin embargo, las cuestiones de trámite de esa índole pueden encontrarse a cargo de un equipo distinto de personas, ubicado en la oficina del agente general pero con dependencia directa de la oficina central. Este sistema libera al agente general de todos aquellos detalles no relacionados directamente con la producción y al mismo tiempo presenta las ventajas derivadas de un estrecho contacto en esos asuntos.

Deberá tenerse bien presente que los contratos de los agentes se celebran con el agente general y no con la compañía. En el contrato puro de agente general, la compañía no tiene teóricamente ningún control sobre el nombramiento de los agentes de aquél, aunque en la práctica suela especificar la forma del contrato y reservarse el derecho a rechazar los nombramientos.

Este sistema funciona con arreglo a dos planteamientos: 1) aquel en que el agente general basa su beneficio principal en su propia actividad personal y considera de importancia secundaria los ingresos obtenidos por medio de los subagentes; y 2) otro en el que el agente general subordina sus actividades y objetivos personales al desenvolvimiento de un nutrido equipo de subagentes, con vistas a extraer sus beneficios principales de la diferencia marginal entre las comisiones y renovaciones pagadas a aquellos y las que él percibe de la compañía. En el primer caso, el agente general dará la primacía a sus actividades personales y seleccionará a los proponentes potenciales de los que mejor pueda ocuparse. Ni que decir tiene que este sistema no es tan ventajoso para los subagentes como el segundo planteamiento, en el que, aunque el agente general deberá perseguir siempre hacer algunas operaciones personales, tratará de promover el bienestar de aquéllos con preferencia a su actuación propia.

El sistema de sucursales.—En contraste con el sistema de agentes generales, el de sucursales propias de la empresa está ganando terreno de forma relativa, por lo menos entre las grandes compañías. Consiste en el establecimiento de sucursales en varios distritos, cada una de ellas encabezada por un director y un cajero. Al director, a quien por lo general se le elige debido a sus aciertos como agente, se le confía la misión de contratar y dirigir a los agentes dentro de un territorio determinado y de servirles de guía, de apoyo y de estímulo en su tarea de producción. La función del cajero, por otra parte, consiste en cobrar las primas y los intereses de los anticipos sobre pólizas y en llevar los libros de la sucursal. Se espera de él que se ocupe de toda la correspondencia relacionada con proposiciones y pólizas; de avisar de sus obligaciones a los contratantes morosos; de ayudar a la confección de los partes de siniestro, de las solicitudes de anticipos sobre pólizas, y del pago de capitales vencidos; y de responder a todas las comunicaciones de tenedores de pólizas, que no sean tan importantes que haga falta remitirlas a la oficina central. Es cometido suyo también la supervisión, productividad y dirección del personal administrativo. Como en el caso de los directivos de la oficina principal, a los directores, cajeros y empleados de la sucursal se les paga un sueldo, aunque a veces al primero se le abonan las primas complementarias por haber aumentado el volumen de operaciones realizadas a través de su oficina y por haber incrementado el número de agentes productivos.

Comparación entre los dos sistemas.—El tratamiento separado concedido hasta este punto a los dos principales sistemas de producción no debe inducir al lector a sacar la conclusión de que una compañía hará uso de uno o de otro del mismo modo que se les ha descrito. Como ya se ha indicado antes, el sistema de las sucursales propias de la empresa tiene ahora más aceptación que el de los agentes generales. También en años recientes se ha registrado una tendencia hacia la implantación de un sistema de producción en el que se conjugen rasgos de ambos, tendencia que obedece en parte a que el trabajo de implantación de las agencias está ya hecho y los beneficios que reporta la introducción del negocio en un nuevo territorio ya no son tan elevados

como antes. Así, por lo que se refiere a los gastos de los agentes generales, las compañías a menudo conceden a éstos las llamadas subvenciones para la atención de determinados gastos. Asimismo, algunas están asumiendo actualmente la responsabilidad de la formación y el desarrollo de los agentes, cosa que antes se dejaba enteramente en manos del agente general. Por otra parte, se anima a los directores de sucursales para que trabajen con más interés, por medio de un sistema de remuneración cuya cuantía varía según el volumen de operaciones producidas.

Se ha escrito mucho acerca de los méritos relativos del sistema de agentes generales y del de sucursales, unos autores a favor del primero y otros en pro del segundo, por lo que no estará de más señalar los principales puntos controvertidos. Se argumenta que el sistema de agentes generales, posee la doble ventaja de fijar de forma definida el coste que le supone a la compañía la obtención de operaciones, y de liberarla al mismo tiempo de los problemas relacionados con la supervisión de muchos agentes y de los riesgos inherentes a las relaciones financieras que tendría que entablar, en otro caso, con un equipo numeroso de aquéllos. Los partidarios del sistema de las sucursales, por otra parte, mantienen que resulta más económico debido al cobro y a la transferencia de las primas más rápidos, ya que, según este sistema, se exige a los agentes el pago inmediato y los importes de las primas y de los intereses se llevan en seguida al haber de la compañía que puede disponer de ellos para sus inversiones. Este punto se refiere a la práctica de conceder con frecuencia un plazo de gracia a los agentes para proceder a sus cobros y transferencias, lo que da lugar a que existan importantes saldos en los bancos a favor de las agencias, o a que los clientes no sean demasiado puntuales en el pago de sus primas. Otro de los argumentos que se esgrimen es el de que el sistema de agentes generales redunda en una falta de uniformidad, ya que aquéllos pueden controlar y retribuir a sus subagentes según les parezca mejor, mientras que con el sistema de sucursales la compañía lleva toda su actividad de producción directamente desde su oficina principal, por medio de sucursales alquiladas a nombre de aquélla y confiadas a directores que perciben un sueldo.

Otros aspectos

Contratos con los agentes.—A los agentes les puede contratar la compañía, o, en un sistema puro de agente general, aquél a quien la misma haya autorizado para desarrollar una actividad en su nombre en un territorio determinado. En cualquiera de ambos casos, se pide al agente que firme un contrato por escrito y la relación jurídica entre él y la compañía es la misma.

Buena parte del contrato de un agente ordinario está dedicada a la remuneración que el mismo va a percibir (3), y que suele basarse en el sistema de comisiones, elevadas sobre las primas del primer año y más reducidas sobre las subsiguientes (4). Por ejemplo, en la «escala de Nueva York» se establece que las comisiones del primer año puede llegar hasta el 55 por 100 sobre algunas pólizas como las ordinarias de vida, porcentaje que va disminuyendo gradualmente hasta el 10 para algunas formas de seguro temporal y al 2,25 por 100 respecto de los contratos de prima única (5), mientras que las comisiones de renovación son del 5 por 100 sobre todos los modelos de pólizas, pagaderas durante 9 años. Según el llamado Contrato de Nueva York, el total de la comisión pagadera es un máximo del 100 por 100 de la prima de un año (el 55 por 100 más el 9 × 5 por 100) (6). En

(3) Para un estudio de la Life Insurance Agency Management Association (Asociación de Dirección de Producción de los Seguros de Vida), acerca de la remuneración de los agentes productores, ver LIAMA: *Cost and Compensation in Life Insurance* (Hartford, Conn., LIAMA, 1967), páginas 103-144.

(4) Unas cuantas compañías de magnitud razonable emplean sistemas de remuneración distintos del de las comisiones. En sus contratos se estipula un sueldo en lugar de las comisiones o además de ellas. Sin embargo, la cuantía de ese sueldo está en función de la producción, y esta fórmula equivale a la de remuneración por niveles de comisión.

(5) Los contratos de comisiones máximas varían según las compañías.

(6) Hay variaciones de una compañía a otra, ya que en el Contrato de Nueva York se insiste únicamente, en que la remuneración total sea el equivalente actuarial del plan normal o menos. Toda compañía autorizada para desarrollar su actividad en el Estado de Nueva York, deberá respetar sustancialmente esa limitación en cualquier otro Estado en el que opere. Las compañías no autorizadas en Nueva York pueden pagar más. Las compañías pequeñas, así como aquellas otras que creen que deben pagar más para atraer y retener a los agentes, ofrecen a menudo contratos en los que se llega hasta el 90 por 100 de la comisión del primer año, con fórmulas de renovación como las de nueve años al 7,50 por 100 y cinco al 5 por 100.

años recientes, no obstante, se han hecho más corrientes las llamadas «renovaciones acumuladas» (por ejemplo, el 15, el 10 y el 5 por 100; o dos años al 10 por 100 y cinco al 5 por 100).

En el contrato se estipula la «adquisición en propiedad» de las comisiones de renovación si el agente alcanza determinados niveles de producción o completa un período mínimo de servicio, de cinco, diez, quince o hasta veinte años (7).

Como reconocimiento de los servicios que el agente tiene que seguir prestando mucho después de haber expirado las comisiones de renovación, muchas compañías pagan una «comisión de servicio», que empieza cuando se acaban las renovaciones y continúa mientras el agente permanece en aquella y la póliza sigue en vigor. La comisión de servicio es un pequeño porcentaje, del 2 ó 3 por 100 normalmente, y nunca pasa a propiedad del agente.

Muchas compañías pagan también comisiones o primas complementarias basadas en una producción satisfactoria (comisiones, primas de seguros, o volumen) o en un coeficiente de constancia, o en una combinación de ambos. La existencia y la naturaleza de esas retribuciones complementarias varía mucho y está en función de la orientación general de la compañía en cuestión.

Además de la remuneración directa, en muchas compañías existen prestaciones complementarias de jubilación, seguro de vida e incapacidad.

Con arreglo a un contrato de comisión pura, el agente no gana nada hasta que empieza a hacer ventas. A consecuencia de ello, un agente nuevo tiene que contar con otra fuente de ingresos hasta que sus comisiones adquieran un nivel razonable. Hoy día es corriente que las compañías o los agentes generales financien los primeros meses o años de un agente en la actividad (8). Las fórmulas de financiación son muy variadas, pero se pueden resumir sus rasgos generales. Por ejemplo, el planteamiento de la cuenta corriente significa únicamente que al nuevo agente le concede un crédito la compañía o el agente general del que puede disponer de forma semanal o mensual según se convenga, o a medida que lo necesite. En la mayoría de los casos el agente tiene que restituir ese dinero cuando pueda, y normalmente aunque haya terminado su contrato. En algunos de éstos, no obstante, parte de ese anticipo se considera como subvención. Muchas compañías no tienen inconveniente en estipular un sueldo determinado, abriendo al agente una cuenta a cuyo haber se llevan los importes de las comisiones que gane, y se suele poder seguir con este sistema por un plazo, por ejemplo, de hasta tres años, siempre que se cubran unos mínimos de producción y de validez; en la mayoría de las empresas el agente puede apartarse de ese sistema cuando lo decida. En caso de marcharse de la empresa, según los casos deberá o no deberá responder del saldo que figure en el debe de su cuenta. En otras fórmulas de financiación se prevé un sueldo que va disminuyendo y el pago de parte o de todas las comisiones desde el principio. Las variaciones son casi infinitas. Pero, en todo caso, deberá recordarse que, sea cual fuere la fórmula de financiación, el agente debe vender seguros de vida para ganarse la vida en esa profesión.

(7) Esa adquisición se refiere a la propiedad de las renovaciones. En la práctica las renovaciones adquiridas en propiedad, significan que se les seguirán pagando las mismas al agente, incluso después de haber dado por terminada su relación con la compañía.

(8) Las pérdidas se suelen repartir entre la compañía y el agente general o director de sucursal.

En el contrato del agente también figuran estipulaciones relativas al territorio en que debe operar, a sus obligaciones respecto al cobro de las primas, a su derecho a contratar subagentes, a su derecho a modificar o cambiar el contrato de seguro, al mantenimiento y la propiedad de los libros de registro, y a otros muchos aspectos que pueden surgir cuando uno dedica su tiempo y energías a la venta de seguros de vida y de enfermedad.

Formación de los agentes.—Son enormes los progresos que se han hecho en la elevación del nivel y el aumento de la eficiencia de los agentes de seguros de vida. En la mayoría de los Estados, el agente debe sacar una licencia y, en otros, debe pasar un examen escrito antes de que se le permita desarrollar su actividad. Las compañías cada vez son más cuidadosas en la selección de los nuevos agentes. También ellas dedican gran atención a la formación de sus agentes en la naturaleza y usos del seguro de vida y en el arte de la venta. Son muchas las que llevan a cabo programas especiales de formación en los que se conjugan los prin-

cipios del seguro de vida y de enfermedad con los de la mercadotecnia. Otras muchas elaboran material formativo en el que se explican las distintas clases de contratos y sus usos respectivos, los diversos aspectos del proceso de venta (prospección, contacto, refutación de objeciones, remate, etc.), y se dan otras muchas informaciones valiosas para el agente en su tarea cotidiana.

Si el agente quiere prestar el mejor servicio posible a su cliente y actuar como un verdadero profesional, deberá estar perfectamente al corriente de los aspectos técnicos del seguro de vida, tales como la tarificación, el funcionamiento de la reserva matemática, la naturaleza y las fuentes de los excedentes, etc., todos los cuales poseen su importancia para permitirle atender adecuadamente a su cliente. Deberá poseer un conocimiento cabal de los tipos de pólizas disponibles, de su utilidad en las diversas circunstancias familiares y económicas, y de las opciones de liquidación con sus ventajas respectivas, de modo que pueda adaptar de forma inteligente la póliza a las necesidades concretas de un posible cliente. El agente deberá estar perfectamente informado acerca de las inversiones de la compañía y del tratamiento que la misma concede a los tenedores de seguros, y ser capaz de exponer las prestaciones del seguro de forma clara y convincente. El seguro de vida también presenta muchas facetas jurídicas, como la designación o el cambio de beneficiario y la cesión de pólizas y la comprensión de las mismas será de gran ayuda para el agente en su capacidad de atender al cliente. Por añadidura, no deberá considerar terminada su tarea una vez efectuada la venta de la póliza, sino que su actividad de asesoramiento al asegurado y al beneficiario deberá prolongarse durante toda la vida de la póliza y, por lo que se refiere a la conservación del producto de la misma, incluso después de su vencimiento.

Uno de los avances educativos más importantes en la formación de agentes fue la constitución del Colegio Norteamericano de Aseguradores de Vida, aprobado el 22 de marzo de 1927. La finalidad de esta organización es elevar el nivel educativo y ético de las personas que se dedican al seguro de vida, hasta que esa actividad llegue a adquirir a los ojos del público la misma consi-

deración que otras profesiones conocidas como son las de abogacía, la medicina y la contabilidad (9).

Para conseguir su objetivo, el Colegio Norteamericano celebra todos los años una serie de diez exámenes de dos horas cada uno que versan sobre una amplia gama de temas, entre ellos las nociones fundamentales del seguro de vida, economía, ciencia política, psicología, sociología, tributación, derecho mercantil y del seguro, derecho de sucesiones, regulación de los fideicomisos, legislación hipotecaria, finanzas de las empresas, banca, crédito e inversiones. Si el candidato pasa con éxito los exámenes y reúne otros ciertos requisitos, se le concede el título de Agente Diplomado de Seguros de Vida, del que puede servirse de la manera más adecuada para acreditar que está capacitado de acuerdo con unas normas muy exigentes para prestar valiosos servicios en la producción de seguros de vida. El colegio estimula y fomenta la formación de los alumnos de las instituciones para la profesión de agente de seguros de vida, y coopera con las universidades y otros centros de enseñanza superior en la educación de los consumidores en el campo del seguro de vida.

La asociación profesional de los agentes productores de seguros de vida, la Asociación Nacional de los Aseguradores de Vida, desempeñó un importante papel en la fundación del Colegio Norteamericano e intervino también de forma decisiva en la constitución del Consejo de Formación de los Aseguradores de Vida (Life Underwriter Training Council)), organismo de formación para la venta que ha ejercido una enorme influencia sobre la calidad del servicio prestado al público por los agentes de seguros de vida en ejercicio. El objetivo primordial de los programas de agentes Diplomados de Seguros de Vida y del Consejo de Formación de los Aseguradores de Vida, consistió en elevar el grado de competencia del agente productor. Las asociaciones locales de agentes se reúnen con regularidad e imparten también una formación continuada a sus miembros.

---

(9) Ver ERNEST J. CLARK: «The American College: Its Founding», en *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, marzo de 1947; ver también RAYMOND C. JOHNSON: «Higher Education in Insurance-Our Growing Strength», en *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, marzo de 1951.

Relaciones entre la oficina principal y el equipo de ventas.— Al departamento de producción a menudo se le define como el más importante de la oficina central. Para una labor de producción fructífera hace falta no sólo la organización más efectiva sino también una cooperación muy estrecha entre la oficina principal y los hombres que están en la calle. A tal objeto, nunca se hará demasiado hincapié en la necesidad de una acción coordinada. No sólo hay comités especiales encargados de estudiar en la sede de la compañía todas las cuestiones importantes relacionadas con la producción, sino que se organizan reuniones y congresos de agentes con el fin que se puedan debatir libremente todos los temas significativos referentes a su trabajo.

41

Las inversiones de las compañías de seguros de vida

NATURALEZA DE LA ACTIVIDAD INVERSORA

Necesidad de la inversión

Se ha indicado anteriormente que, de acuerdo con el sistema de los seguros de vida con prima fija o uniforme, el asegurador retiene una parte de las primas satisfechas durante los primeros años de la póliza y la acumula, junto con los beneficios obtenidos de su inversión, para atender al pago de las prestaciones en los últimos años de la póliza. Debería ser evidente que, a medida que aumenta la tasa de rendimiento de los activos invertidos, y si los demás factores permanecen sin variación, la compañía puede reducir las primas que cobra por las nuevas pólizas, o aumentar los dividendos que abona sobre las pólizas con participación existentes, o ambas cosas a la vez. Como las tarifas de primas y los costes netos son unos importantes elementos competitivos, la función inversora representa uno de los factores más significativos para mantener y mejorar la posición relativa de una empresa en el ramo. En su conjunto, la magnitud y la orientación de la actividad inversora de las compañías de seguros convierten a éstas en uno de los ejes sobre los que giran los mercados de capitales.

Ambito de la actividad inversora

Fuentes de los recursos susceptibles de inversión.—En una compañía de seguros de vida, los recursos susceptibles de inversión proceden de las actividades aseguratorias e inversoras. El «cash-flow» de las operaciones de seguros está formado por la diferencia entre los ingresos en efectivo (primas, precios de las rentas vitalicias y otros depósitos) y los desembolsos en efectivo (prestaciones y gastos). El «casch-flow» de las inversiones existentes dimana de los ingresos corrientes (ganancias por interés neto, dividendos y beneficios por la *realización* de capital), vencimientos, pagos adelantados, amortizaciones, dividendos pasivos y ventas. La magnitud de este «cash-flow» y su gestión constituyen una relevante función inversora.

Magnitud de la actividad inversora.—La mejor manera de hacerse cargo de la magnitud de la actividad inversora de las compañías de seguros de vida consiste en examinar detenidamente las cifras de la tabla 41.1. El 31 de diciembre de 1974, los activos de todas las compañías de seguros de vida norteamericanas eran superiores a los $ 263.000 millones (casi cuatro veces más que al término de la Segunda Guerra Mundial), con un incremento durante aquel mismo año de $ 10.900 millones. Este crecimiento de los activos en 1974, fue superior a la totalidad de los que tenían todas las compañías de seguros de vida norteamericanas al final de la Primera Guerra Mundial, lo cual constituye un testimonio abrumador, de la estima en que el público asegurador tiene a este peculiar sistema de protección y ahorro.

Por muy asombroso que pueda parecer el incremento de los activos en 1974 por un importe de $ 10.900 millones de dólares, la historia no acaba ahí, ya que durante ese mismo año las compañías aseguradoras se vieron obligadas a hacer inversiones muy por encima de esa cifra. El ramo dedicó $ 117.100 millones a nuevas inversiones en el curso de 1974 (1). La considerable diferencia entre las inversiones brutas y el incremento de los activos netos viene representada por cierto número de factores que imponen la reinversión de los activos sociales. Entre ellos están las reinversiones automáticas a su vencimiento («rollover») de los bonos del

(1) *Life Insurance Fact Book*, 1975, pág. 64.

TABLA 41.1

Total de los activos admitidos de las compañías de seguros de vida norteamericanas (en millones)

Año	*Importe*
1900	$ 1.742
1905	2.706
1910	3.876
1915	5.190
1920	7.320
1925	11.358
1930	18.880
1935	23.216
1940	30.802
1945	44.797
1950	64.020
1955	90.432
1960	119.576
1965	158.884
1970	207.254
1971	222.102
1972	239.730
1973	252.436
1974	263.349

Fuente: Instituto del Seguro de Vida; dato utilizado con autorización.

Tesoro y de otros efectos a corto plazo; la venta, amortización o canje de valores ya en cartera; y las amortizaciones y pagos adelantados del principal de los préstamos hipotecarios.

Por medio de las inversiones de las empresas de seguros de vida se opera una fusión de recursos que redunda en pro del bienestar del país. Los millones de tomadores de seguros, mediante la aportación de las cantidades relativamente pequeñas de sus primas anuales, crean un fondo de cuya inversión se encargan unos profesionales en este campo. Con la inversión de esos recursos se proporciona una base financiera a la construcción de más y mejores viviendas, escuelas y otras instalaciones de utilidad pública, dotándose al mismo tiempo de medios a la industria para su progreso tecnológico. Todo esto redunda, siquiera indirectamente, en beneficio del tomador del seguro, del mismo modo que el producto de su póliza acrecienta su seguridad económica y la de su beneficiario.

Funciones del Departamento de Inversiones

El departamento de inversiones de una compañía de seguros de vida está encargado de hacer las recomendaciones en las que se basa la política inversora formulada por la alta dirección. El pasivo de una empresa de seguros de vida está formada en gran parte por las reservas de las pólizas establecidas para responder de sus contratos de seguro y de renta vitalicia pendientes. El grueso del pasivo (del 80 al 90 por 100) está constituido por obligaciones fijas a largo plazo que aumentan periódicamente según un tipo estimado de interés. La naturaleza de estos pasivos exige que los activos correspondientes se inviertan en operaciones fijas a largo plazo que den un rendimiento igual, por lo menos, al tipo de interés garantizado sobre los contratos pendientes. El resto de los activos puede muy bien destinarse a inversiones a corto plazo y a disponibilidades en efectivo para contar con la liquidez necesaria para hacer frente a las demandas corrientes. Se presta cierta atención a la distribución de los vencimientos, pero el objetivo básico parece ser la adquisición de los vencimientos a más largo plazo compatibles con las consideraciones de riesgo, rendimiento y liquidez que inspiran la estrategia inversora de una empresa.

Objetivos básicos de la inversión.—Al igual que otros inversores, las empresas de seguros de vida tienen que enjuiciar los riesgos relativos y rendimientos probables de distintos activos. Dentro de las restricciones necesarias para mantener una cartera de inversiones segura, las empresas de seguros de vida tratan de maximizar el rendimiento conseguido en sus inversiones, aunque en sus decisiones también influyen las consideraciones *socioeconómicas*. Históricamente, la *liquidez*, capacidad para convertir un activo en efectivo de manera inmediata y sin pérdida de su valor, ha tenido menos importancia relativa para las empresas de seguros de vida que para muchas otras instituciones financieras (2). No obstante, es un factor de la planificación de las inversiones, particularmente a la vista de las fluctuaciones inesperadamente fuertes en el «cash-flow» en los últimos años en los que los tipos de interés alcanzaron máximos históricos y la sangría de los anticipos sobre las pólizas fue muy elevada (3).

(2) Ver LAWRENCE D. JONES: *Investment Policies of Life Insurance Companies* (Boston, Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University, 1968), pág. 24. Ver también JAMES E. WALTERS: *The Investment Process* (Boston, Division of Research, Harvard University, 1962), pág. 40.

Desde el punto de vista del riesgo, la preocupación fundamental de una empresa de seguros de vida es el riesgo de insolvencia legal, esto es, la situación en que los activos admitidos (4) son inferiores a los pasivos exigidos por ley. La preocupación principal reside en el riesgo conjunto o de cartera, en contraste con el riesgo de cada propuesta de inversión separada. En los últimos años, muchas empresas han dado muestras de estar dispuestas a sacrificar un tanto la seguridad del principal mediante la adquisición de inversiones con un riesgo relativamente más elevado pero con expectativas de rendimiento más altas. Esto refleja el creciente refinamiento de la planificación de las inversiones, los efectos de la competencia, y la mayor importancia que se da riesgo de cartera en vez de al individual. La significación de un rendimiento competitivo es indudable que crecerá en importancia relativa, debido al creciente desarrollo de contratos orientados hacia las inversiones como los instrumentos de renta vitalicia, seguro de vida y dotación de pensiones variables, en competencia directa con otras instituciones financieras para el ahorro o la inversión del dinero. La introducción de las cuentas separadas ha representado un paso significativo hacia el mejoramiento de la posición competitiva de las compañías de seguros de vida (5).

(3) Por ejemplo, durante 1966, de nuevo en 1969-70 y, otra vez, en 1973-74, los anticipos sobre pólizas experimentaron un fuerte incremento, al mismo tiempo que descendía sensiblemente la devolución de los anticipos pendientes. El resultado neto fue una fuerte disminución en el volumen de recursos disponibles para inversiones. En vista de los importantes compromisos de futuro contraídos, muchas compañías de seguros de vida se vieron obligadas a retirarse por completo del mercado y, en algunos casos, a liquidar las inversiones existentes en un momento sumamente desventajoso para vender. A consecuencia de esta reciente experiencia, en el ramo del seguro de vida se está procediendo a una revalorización de las necesidades de liquidez. Si se da una mayor prioridad a la liquidez, las consecuencias serán la limitación de los compromisos de futuro y la tendencia a la reducción del rendimiento de las inversiones.

(4) Ver el capítulo 42.

(5) Ver *Institutional Investor Study Report of the Securities and Exchange Commission*, vol. 2, parte 2, 10 de marzo de 1971, House Document Number 92-64 (Washington, D.C., U. S. Government Printing Office, 1971), págs. 642-84.

El equilibrio de la preocupación tradicional por la seguridad del principal con la necesidad de maximizar el rendimiento de la cartera, es una de las decisiones básicas que reflejan la política inversora de una de empresa de seguros de vida.

Puesto que los pasivos son relativamente estables y previsibles, el riesgo de insolvencia principal reside en la potencial pérdida de valor de los activos. La Asociación Nacional de Inspectores de Seguros establece todos los años unas directrices para la valoración de los activos a efectos de la memoria anual (6). Más adelante se pasará revista a esas reglas y procedimientos, cuando se entre a examinar las distintas categorías de inversiones de la empresa de seguros de vida. Además, todos los Estados tienen leyes y reglamentos que limitan el ámbito de la actividad inversora de las mismas. También se pasará revista más adelante a dichas restricciones.

Para una empresa de seguros de vida media y afianzada, la insolvencia legal no es el problema principal; éste estriba, más bien, en tener un nivel de excedentes tan bajo que haga peligrar a la empresa o que menoscabe su imagen ante el público o ante su propia organización comercial (7). En una empresa que suscriba operaciones con participación, la reducción de la escala de dividendos debido a un bajo nivel de excedentes será un problema grave a los ojos del equipo de producción. El departamento actuarial tenderá a calificar el riesgo de las inversiones según el nivel de los excedentes. Aun cuando las dos situaciones pueden ser reflejo de las mismas condiciones básicas, con ellas se demuestra que, en esencia, no es el riesgo de la inversión sino la actitud ante el mismo lo que transforma los objetivos inversores en estrategia inversora.

Cometidos operativos.—El equipo especializado en inversiones de una compañía de seguros de vida está encargado, además de la función general de llevar a la práctica la política inversora de la empresa, del doble cometido de adquirir, supervisar y mantener sus activos invertidos actuales y de llevar a cabo una búsqueda constante de nuevas salidas para sus recursos susceptibles

(6) Ver más adelante «Valoración de los activos».
(7) El nivel medio de excedentes del ramo es de cerca del 8 por 100 de los activos admitidos.

de inversión. Lo primero supone un estudio constante de la situación financiera y económica en general de las personas y sociedades a las que se han hecho préstamos o cuyos valores ya figuran en cartera, así como de los «mercados monetarios» en general. El segundo cometido lleva consigo la determinación del momento en que una actividad o una empresa dentro de ella ha alcanzado la estatura suficiente como para que se la tenga en cuenta a efectos de inversión. Además, supone estar al corriente de las constantes transformaciones socioeconómicas que acarrean un cambio en las pautas y medios de las inversiones. De la evolución que han experimentado unas y otros desde 1900 se tratará más adelante.

Características peculiares del proceso inversor en el seguro de vida

Compromisos de futuro.—Como se indicó anteriormente, las compañías de seguros de vida normalmente necesitan menos liquidez que otras clases de instituciones financieras, y la estabilidad de su «cash-flow» les permite cierta facilidad para planificar con vistas a períodos de tiempo relativamente largos. Una proporción significativa de sus inversiones se destina a la financiación directa de grandes proyectos productivos, tales como fábricas, servicios públicos, edificios de oficinas y bloques de viviendas, así como otras empresas similares. Estos proyectos son objeto de planificación permanente mucho antes de que se complete su construcción. A estos arreglos se los denomina «compromisos de futuro», y constituyen una característica especial del proceso inversor de los seguros de vida que hace mucho más fácil y más eficaz la realización de proyectos a gran escala.

Inversiones directas.—Otra característica peculiar del proceso inversor de las entidades de seguros de vida lo constituye el relieve que posee la inversión directa de obligaciones de empresas, se trata de emisiones de efectos con un vencimiento superior a cinco años, cuyas condiciones se negocian directamente entre prestador y prestatario y cuyo título pasa directamente del uno al otro (8).

(8) DAVIS W. GREGG, y VANE LUCAS: *Life and Health Insurance Handbook* (Homewood, Ill., Dow-Jones-Irwin, 1973), p. 1.029.

Las compañías de seguros de vida desempeñaron un papel fundamental en el desarrollo del mercado de la inversión directa, que hasta fecha reciente representaba entre un tercio y la mitad de la financiación total de las empresas por medio de obligaciones, ofreciéndose el resto al público por mediación de las entidades tradicionales de suscripción. Las inversiones directas representaban cerca del 90 por 100 de las inversiones de las empresas de seguros de vida en obligaciones industriales, y dichas empresas a menudo representan más del 90 por 100 de todas las inversiones directas. La contracción experimentada por el «cash-flow» de las entidades de seguros de vida durante los recientes períodos de escasez de dinero ha hecho declinar la importancia de las inversiones directas en relación con las emisiones públicas.

Las inversiones directas ofrecen considerables ventajas a las pequeñas empresas prestatarias, tanto por la considerable reducción del coste total de financiación como por la comodidad y la flexibilidad que deparan. Asimismo, brindan la posibilidad de modificar las estipulaciones con rapidez cuando cambian las circunstancias, y la de conseguir un compromiso de futuro en el que se fijen los costes de financiación de un proyecto cuando se procede a su elaboración, sin tener que utilizar los fondos hasta que se necesiten.

REGULACION DE LA INVERSION

Las actividades inversoras de las compañías de seguros de vida tienen como marco las limitaciones establecidas en las normas estatales sobre seguros. Existe una uniformidad bastante grande entre los diversos Estados, debida primordialmente al papel de la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros en la formulación de la regulación de las inversiones. La concentración de los aseguradores domiciliarios en cierto número de Estados, importantes desde el punto de vista de los seguros, hace posible poner de relieve las disposiciones vigentes en unos cuantos de aquellos sin que con ello la exposición deje de ser representativa del marco regulatorio en el que se toman la mayoría de las decisiones inversoras (9). No obstante, deberán examinarse las disposiciones legales y reglamentarias de cada Estado al estudiar situaciones concretas.

En general, la legislación de los Estados establece limitaciones encaminadas a, 1) preservar la seguridad de los activos en que se materializan las reservas de los tomadores de seguros, y 2) prevenir un control indebido por parte del asegurador de vida, a través de una inversión desproporcionadamente elevada en una empresa. Así pues, en las normas sobre inversiones se especifican cuáles son aptas y cuáles son los criterios mínimos de calidad para cada una de ellas dentro de las categorías permitidas. Además, existen limitaciones cuantitativas sobre los importes que pueden destinarse a las inversiones aptas.

Clases de inversiones

Las principales categorías de inversiones de las compañías de seguros de vida consisten en: 1) obligaciones, 2) hipotecas, 3) acciones ordinarias y preferentes, 4) bienes raíces. En el siguiente examen de los tipos de inversión se ejemplificarán las limitaciones mencionadas más arriba, tratándose asimismo el tema de la valoración de los activos a efectos de las memorias anuales, que constituye una restricción complementaria que debe tenerse en cuenta al tomar las decisiones inversoras.

Obligaciones.—Las obligaciones de diversos tipos constituyen actualmente el principal tipo de inversión de las compañías de seguros de vida. En todos los Estados está permitida la propiedad de obligaciones del gobierno norteamericano, de los Estados y de sus subdivisiones políticas. En algunos Estados se restringe la posesión de obligaciones municipales a las de carácter general; en otros, se permite adquirir obligaciones fiscales de responsabilidad limitada y de anticipación de los ingresos presupuestarios. En términos generales, los Estados permiten adquirir obli-

(9) La ley de seguros del Estado de Nueva York es especialmente significativa, debido a las disposiciones extraterritoriales que exigen de las compañías *autorizadas* para desarrollar su actividad en el Estado que «respeten sustancialmente» las normas de Nueva York. Ver *New York Insurance Law*, Sec. 42(5), 90(1).

gaciones hipotecarias, ordinarias y efectos de empresas solventes de Estados Unidos y Canadá. En una limitación característica (en Nebraska) se exige que la empresa de servicios públicos emisora, haya tenido como mínimo unos beneficios iguales al 150 por 100 de los gastos fijos de su deuda durante el ejercicio anterior. En otro Estado (Illinois) se limita la inversión en obligaciones de empresas de servicio público al 33,33 por 100 de los activos admitidos. Hay otro Estado (Connecticut) en el que se prohíbe la compra de obligaciones, en las que se haya producido un impago de los intereses en el curso de los cinco años precedentes. En otro (Ohio) se restringe la compra de obligaciones de empresas de servicios públicos a las primeras hipotecarias de aquellas entidades que hayan tenido unos beneficios medios, iguales al 150 por 100 de sus gastos fijos en el curso de los cinco años precedentes. Existen otras muchas restricciones de análoga índole estadística, pero con las expuestas se pone de manifiesto la falta de uniformidad en los detalles para conseguir una meta común. Todas estas limitaciones, más las que se mencionarán más adelante, se concibieron con un único propósito a la vista, el de proteger los depósitos de los tomadores en la empresa aseguradora. Baste decir que su existencia no ha mermado la capacidad de un departamento de inversiones típico para conseguir un buen rendimiento de sus activos invertidos.

Hipotecas.—Las primeras hipotecas sobre inmuebles residenciales, comerciales e industriales, representan el segundo gran campo de inversión de las compañías de seguros de vida. La necesidad de recursos para financiar la construcción de viviendas ha inducido a varios Estados a permitir unas inversiones sin apenas restricciones prácticas en esta clase de préstamos. La aparición del préstamo asegurado por la Administración Federal de la Vivienda y del préstamo garantizado por la Administración de los Veteranos, empujó al ramo del seguro de vida al campo de las hipotecas residenciales en mayor medida que tras la depresión de principios de los años treinta y antes de la Segunda Guerra Mundial. Recientemente, los elevados rendimientos que se pueden obtener en las casas de vecindad y en los inmuebles comerciales e industriales han frenado la afluencia de fondos procedentes de empresas aseguradoras a la construcción de viviendas unifamiliares. La restricción legal más general sobre los préstamos de primera hipoteca «ordinarios» (sin asegurar ni garantizar) consiste en que el importe de aquél no debe ser superior a un determinado tanto por ciento del valor del inmueble. En algunos Estados se permiten préstamos por cuantías de hasta el 80 por ciento del valor; en otros se las limita al 75 por 100. Las hipotecas ordinarias para viviendas fueron sumamente importantes en los años sesenta (10).

Al término de 1974, las inversiones en las dos categorías anteriores (obligaciones e hipotecas) representaban un poco más del 69,5 por 100 de los activos de las compañías de seguros de vida norteamericanas. Las transformaciones en la estructura social y económica del país y el enorme incremento en los recursos susceptibles de inversión han obligado a esas empresas a buscar nuevos campos. Aunque el uso de las restantes categorías es reducido en comparación con sus actividades en el campo de las obligaciones y de las hipotecas, las cantidades en juego son lo suficientemente importantes para la economía de la nación como para justificar la mención de algunas de las restricciones legales con que se tropieza más a menudo en relación con ellas.

Acciones ordinarias y preferentes.—Va en aumento el número de Estados que están promulgando leyes por las cuales se permite la inversión en acciones preferentes u ordinarias. Este tipo de inversión había quedado prohibido en muchos casos a consecuencia de una investigación realizada en el mundo de los seguros de Nueva York a principios del presente siglo y en el curso de la cual se pusieron de manifiesto excesos especulativos, coincidencias de las mismas personas en distintos consejos de administración, y otras características poco deseables que son las secuelas potenciales de las grandes inversiones en el capital social de otras empresas. Las restricciones características impuestas por los Estados en este campo son las siguientes: limitar la inversión total en acciones a un tanto por ciento relativamente pequeño del activo de la empresa aseguradora, o a un tanto por ciento de su capital o de sus excedentes; limitar la tenencia de acciones en una empresa determinada a un pequeño tanto por ciento de las que hay en circulación; prohibir la posesión de acciones de

(10) *Life Insurance Fact Book*, 1975, pág. 64.

una empresa determinada a un pequeño tanto por ciento de los activos admitidos del asegurador; y prohibir la adquisición de aquellas acciones que no reúnan diversos requisitos estadísticos, relativos primordialmente a los beneficios de la empresa y al historial de los dividendos. En 1969, el Estado de Nueva York elevó su límite para las acciones ordinarias al 10 por 100 de los activos admitidos. Esto, unido a la difusión de las cuentas separadas sin limitación para las acciones ordinarias, ha aumentado de manera significativa la importancia de esta clase de títulos en la cartera de inversiones de las compañías de seguros de vida.

Es posible esgrimir argumentos contra la inversión de recursos de una empresa de seguros de vida en el capital social de otra empresa. Debería quedar de manifiesto, no obstante, que la autorización para utilizar este medio permite a los aseguradores invertir en aquellas sociedades cuyas actividades no exigen la utilización de la clase de título de crédito que es más característica de las inversiones de aquellos. También aumenta la capacidad del ramo para hacer frente a las diversas demandas de capital de la nación y supone una fuente más de diversificación.

Bienes raíces.—Durante muchos años, a la mayoría de las empresas de seguros de vida les estuvo prohibida la inversión en bienes inmuebles a no ser que fuera con fines operativos. La índole dinámica de la economía posterior a la Segunda Guerra Mundial, provocó en el comercio y la industria una creciente demanda de capital. Una empresa que puede mantener su posición competitiva en una economía estática con un gran porcentaje de su capital inmovilizado en activos fijos a menudo necesita capital para ampliar sus instalaciones o sus existencias y poder sostener su nivel de competencia. Esas circunstancias han dado lugar a un auge en las transacciones denominadas de venta y de compra con arrendamiento. En ellas, una empresa construye una fábrica, almacén u oficina y, una vez terminada, se la vende a un inversor a largo plazo, al mismo tiempo que toma en arrendamiento el inmueble del comprador. A las empresas de seguros de vida, como fuentes importantes de capital, se les ha propuesto naturalmente este tipo de inversión, y muchos son los Estados que han promulgado una legislación permisiva en este campo. Lo característico es que a las compañías aseguradoras se les permita tener

sólo una pequeña proporción de sus activos en inversiones inmobiliarias; la cifra más común es del 5 por 100. En la mayoría de los Estados se exige que los alquileres percibidos sean suficientes para amortizar el coste del inmueble a lo largo de un plazo determinado, que suele ser el del arrendamiento o un número especificado de años. En la mayoría de los Estados se exige también que el arrendamiento sea «neto»; es decir, que el arrendatario responda de la conservación, seguro e impuestos normales, además del pago de los alquileres.

En ciertos estados se incluye una «disposición de libertad de acción» o «cláusula global» en sus códigos de seguros, destinada a aligerar en parte las restricciones legales sobre las actividades inversoras de las empresas aseguradoras. En el código de Connecticut figura la siguiente disposición: «Toda compañía de seguros de vida nacional podrá prestar o invertir sus recursos en una cuantía no superior al ocho por ciento total de sus activos admitidos para fines no reconocidos o permitidos en este cuerpo legal o en cuaquier otra ley general.»

Valoración de los activos

Aun cuando no sean, estrictamente hablando, limitaciones legales directas, la Reserva Obligatoria de Valoración de Títulos y las normas consecuentes de la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros, así como los códigos de los distintos Estados por lo que se refieren a la valoración de los activos, sirven para disuadir a los aseguradores de invertir en exceso en valores de una calidad inferior a la generalmente reconocida.

Para dejar bien claro la base de los valores asignados a los activos a efectos de los estados financieros, es sumamente útil clasificarlos de manera lata como: 1) valores negociables, y 2) otros bienes.

Valores negociables.—En vista del hecho de que una proporción considerable de los activos de una empresa de seguros de vida se encuentra invertida en valores fácilmente negociables, los problemas relativos a la valoración de esas inversiones son muy importantes. En este caso se dispone de la cotización diaria del mercado, pero si se utiliza la misma como base para la valora-

ción de esos títulos, la posición financiera de una empresa estaría sometida a frecuentes fluctuaciones debido a lo veleidoso del mercado de esos valores. Un estado financiero elaborado con ese criterio tendría poca importancia o utilidad real. Las autoridades reguladoras de los Estados se han dado cuenta de este fenómeno y en la mayoría de ellos se ha establecido por vía legal o administrativa un método de valoración de una parte considerable de los valores que es independiente de los precios corrientes en la bolsa donde se negocian los mismos.

La ley del Estado de Nueva York resulta representativa; en ella se dispone, en relación con la valoración de los títulos negociables, que: 1) ninguna acción u obligación en la que haya falta de pago del principal o del interés, o que no esté holgadamente garantizada así como ninguna «obligación perpetua» (sin fecha de vencimiento) se valorará por encima del valor de mercado; y 2) todas las demás obligaciones —aquellas que se encuentren ampliamente garantizadas y en las que no exista falta de pago— se valorarán sobre la base del precio de compra, ajustado con el fin de hacerle coincidir con el nominal al vencimiento y de que mientras tanto rinda el tipo efectivo de interés al que se hubiera hecho la compra. Los valores resultantes de la aplicación de este método a la segunda categoría son los llamados *valores amortizados*. Del proceso de obtención de esos valores se trata más adelante, pero a los efectos que ahora nos interesan, será suficiente con clasificar los valores negociables en amortizables y no amortizables.

1. *Valores amortizables.*—Durante algunos años, el Comité para la Valoración de Títulos, nombrado por la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros, ha proporcionado una base específica para determinar la aptitud de diversas clases de acciones para su amortización. Ese comité presenta una memoria anual en la que se señalan los requisitos necesarios con gran detalle. Como esos requisitos son bastante complejos y están sujetos a variación de un año para otro, sólo se dará aquí una descripción muy general de los mismos.

A) *Aptitud.* Son amortizables las *obligaciones* (11) *que no sean de*

(11) Excepto las obligaciones perpetuas.

empresas y hayan sido emitidas o avaladas por los Estados Unidos, Canadá o subdivisiones políticas de dichos países, y sean inversiones «legales» para las compañías de seguros. Los títulos de deuda extranjera serán amortizables, siempre que el comité considere que se encuentran ampliamente garantizados. A las *obligaciones de empresas* (12) no incursas en impago, se las somete a dos pruebas estadísticas para determinar su aptitud para la amortización.

La primera prueba, que se aplica en su mayor parte a todas las obligaciones de las empresas, se refiere a: 1) clasificación asignada a esa obligación por una unidad calificadora, 2) proporción de ganancias netas disponibles en el curso de un período de cinco años para hacer frente a los gastos fijos, y 3) cociente entre la «deuda a largo plazo» y la capitalización total.

La segunda prueba, aplicable únicamente a las obligaciones ferroviarias, exige que el activo circulante no sea inferior al 125 por 100 del pasivo exigible a corto plazo.

Para las obligaciones de otras categorías, hay requisitos complementarios en cuanto a las ganancias y a la relación entre el «capital circulante» y la «deuda a largo plazo».

B) *Proceso de amortización.* El empleo del valor de amortización de una obligación se basa en la hipótesis de que 1) los importes del principal y los intereses se pagarán a su vencimiento, y 2) que no será necesario vender antes de ese vencimiento.

La expresión «valor de amortización» sólo es aplicable, en términos estrictos, a las obligaciones compradas con prima (por encima del nominal), pero también suele utilizarse gradualmente, en relación con las compradas con descuento (por debajo de la par). Se refiere al ajuste del coste original (valor contable original), mediante el cual se reduce o aumenta dicho valor por etapas sucesivas, hasta coincidir con el *valor nominal* en la *fecha de vencimiento.*

En la tabla 41.2, se ilustra el proceso de amortización de una obligación de 1.000 dólares a la que faltan dos años para su vencimiento, y cuyo tipo de interes nominal pagadero es del 6 por 100 (cupón semestral al tipo del 3 por 100). Se supone que la obligación se compró a $ 1.018,81 con un rendimiento del 5 por 100.

Los principios ejemplificados son igualmente aplicables a la acumulación de descuentos para una obligación comprada por debajo de la par.

El valor de amortización de una obligación, no guarda ninguna relación necesaria con el precio que pudiera obtenerse de su venta en el mercado. Según este sistema, se supone que el principal de la obligación, será reembolsado al vencimiento y

(12) Excepto las obligaciones de renta perpetua.

que se pagarán todos los cupones. Los únicos elementos que entran en la valoración de una obligación, según los sistemas de amortización son, por tanto, el tipo de interés empleado en la operación (el rendimiento correspondiente al cambio de compra: el 5 por 100 en el ejemplo anterior), los importes a cobrar como principal o como intereses), y el tiempo que falta para que venzan dichos importes. Cuando las obligaciones están plenamente garantizadas y no existe ninguna duda sobre el reembolso del principal, no hace falta tener en cuenta ningún otro factor. Hay que recordar, con todo, que las obligaciones se negocian y a menudo no se conservan hasta su vencimiento.

Debería ser evidente que la utilización de valores de amortización para las obligaciones entraña la aplicación del mismo principio a la valoración de activos que se emplea para la de pasivos. En ambos casos, dado un importe pagadero en una fecha futura, la operación del interés o del descuento se aplica sobre la base de un rendimiento fijo determinado por el precio pagado.

2. *Valores no amortizables.*—Según se ha indicado anteriormente, todas las acciones u obligaciones a las que no se considere «ampliamente garantizadas» o que se encuentren actualmente en falta de pago *deberán* valorarse al precio del *mercado.* De vez en cuando, en épocas de circunstancias económicas anormales, se ha puesto en tela de juicio la exigencia del valor de mercado, debido a sus niveles anómalamente bajos y al hecho de que las compañías de seguros de vida no tenían ningún interés por vender a esos precios temporalmente deprimidos. Entre 1917 y 1921, y nuevamente entre 1931 y 1933 la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros aprobó resoluciones en las que se recomendaba para las valores no amortizables la adopción de una valoración superior a la de los precios de mercado al 31 de diciembre. A esos «valores de mercado» arbitrarios se los denominó *valores convencionales* o *de los inspectores.* La mayoría de los Estados aprobaron esos valores superiores y la mayoría de las empresas hizo uso de los mismos, pero en algunos no se permitió recurrir a dichos valores convencionales.

El principio adoptado para determinar esos valores convencionales consistía en reemplazar el valor real del mercado por un precio *medio* basado en el «nivel normal del mercado». Por más que pueda ser discutible el uso de esos valores arbitrarios,

TABLA 41.2

Ilustración de los valores de amortización de las obligaciones

Periodo (en semestres)	*Valor contable al principio del semestre*	*Cupón pagadero al final del semestre*	*Intereses de seis meses al 5 % sobre el valor contable al principio del semestre*	*Exceso del cupón sobre el interés exigido (amortización)*	*Valor contable al final del semestre (valores amortizados)*
1	$ 1.018,81	$ 30	$ 25,46	$ 4,53	$ 1.014,28
2	1.014,28	30	25,36	4,64	1.009,64
3	1.009,64	30	25,24	4,76	1.004,88
4	1.004,88	30	25,12	4,88	1.000,00

en los años en que se permitieron los mismos, el empleo de los valores de mercado hubiera supuesto una infravaloración importante, especialmente cuando la mayoría de las compañías no tenían necesidad de disponer de los títulos de su cartera.

Encontrar un método satisfactorio de valoración de los «valores no amortizables» plantea un problema difícil. El único valor no arbitrario disponible, el precio actual de mercado, puede verse afectado temporalmente por muchos factores que pueden guardar poca relación con el valor auténtico. El empleo de esos valores de mercado puede conducir a una pérdida o ganancia aparente que puede cambiar por completo de signo unas semanas después. La respuesta puede consistir en el uso de algunos valores relativamente estables aunque artificiales en conjunción con reservas especiales de inversiones. Este sigue siendo un campo clave para las investigaciones del seguro de vida. Una solución satisfactoria para el problema tendría ramificaciones importantes no sólo para la política inversora, sino en términos de concepción del producto, de la capacidad de la compañías para abastecer de capital a la economía, de la relativa posición competitiva del ramo, y en otros aspectos.

3. *Reserva obligatoria de valoración de títulos* (13).—Al tratar de resolver el problema de la valoración de los títulos negociables, las autoridades reguladoras introdujeron en 1951 la Re-

(13) CHARLES L. VAN HOUSE, Sr., y W. ROGERS HAMMOND: *Accounting for Life Insurance Companies* (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1969), págs. 180-83.

serva Obligatoria de Valoración de Títulos con la finalidad primordial de impedir cambios indebidos en los excedentes provocados por las fluctuaciones en el valor de mercado de los títulos en cartera. Esa Reserva absorbe también, dentro de unos límites preestablecidos, las oscilaciones en los excedentes causadas por los incrementos o disminuciones debidas a las ganancias o pérdidas de capital *realizadas*.

El importe de la reserva obligatoria de cada ejercicio está formado: 1) por el saldo del ejercicio anterior, 2) por las ganancias de capital menos las pérdidas de capital en el ejercicio corriente, y 3) por un importe complementario añadido cada año de acuerdo con una fórmula.

Se establece un importe máximo para la reserva obligatoria, hasta alcanzar el cual, se absorben con ella todas las ganancias y pérdidas de capital para que no incidan en los excedentes. Una vez alcanzando el máximo, las *ganancias* de capital incrementan directamente los excedentes, y las *pérdidas* hacen disminuir la reserva. Si ésta se quedara a cero, las *pérdidas* de capital subsiguientes harían disminuir directamente los excedentes.

La cuantía máxima de la reserva obligatoria y las adiciones anuales a la misma se calculan multiplicando los valores admitidos de cada uno de los diferentes tipos de acciones u obligaciones por unos porcentajes específicos. El método exacto de cálculo es muy complejo, y no será objeto de exposición aquí (14).

Aunque la reserva obligatoria absorbe las fluctuaciones de los excedentes debidas a las obligaciones y a las acciones, es más útil en relación con los cambios en el valor de mercado de las acciones ordinarias, aun cuando la proporción de los recursos de las compañías de seguros invertidos en esta clase de títulos sea relativamente pequeña en comparación con los invertidos en obligaciones. Existen tres razones para ello: 1) la mayoría de las obligaciones son aptas para amortización, y sus valores, tal como se presentan en la memoria anual no están sujetos, por tanto, a las oscilaciones del mercado; 2) el grado de alza y de baja de los precios de mercado es mucho mayor respecto a las acciones ordinarias que para las preferentes o para las obligaciones; y

(14) No obstante, debe señalarse que a las obligaciones y a las acciones preferentes se las clasifica en un grupo, y a las acciones ordinarias, incluidos los certificados y las opciones, en otro.

3) aunque la cartera de acciones ordinarias de la mayoría de las compañías de seguros de vida sea un pequeño porcentaje de los activos totales, constituye un importante tanto por ciento de los excedentes, por lo que las variaciones en el precio de mercado pueden ocasionar cambios considerables en éstos.

Como las compañías de seguros de vida norteamericanas deben valorar las acciones ordinarias al precio de mercado a efectos de la memoria anual, les preocupan las ganancias o pérdidas no realizadas de las que tienen en cartera. Si no se mantuviera una reserva de inversiones, los excedentes oscilarían muy acusadamente, y las personas no familiarizadas con este aspecto de los estados de las compañías de seguros llegarían a la errónea conclusión de que esas fluctuaciones eran un indicio de inestabilidad. Por lo tanto, la protección brindada por la reserva obligatoria de valoración es de gran importancia para aquellas empresas a las que les interesa, por cualquier motivo, invertir en acciones ordinarias.

Como no se produce ningún cambio directo en los excedentes debido a las variaciones de valor de mercado de las obligaciones amortizables, categoría a la que pertenecen la mayoría de los que forman la cartera de esta clase de títulos, respecto a ellas basta con una adición porcentual anual a la reserva obligatoria inferior a la necesaria en el caso de las acciones. Sin embargo, hace falta una cierta reserva para absorber las ganancias o las pérdidas cuando se procede a su venta, o para absorber los cambios en el valor de mercado de las no amortizables.

Dado que los activos en que se materializan estas reservas podrían aplicarse a otros fines en caso de necesidad o de emergencia, parece que a los mismos se les debería considerar realmente como fondos excedentarios. Sin embargo, y debido a que su cuantía viene determinada por disposiciones legales y a que su mantenimiento es obligatorio, en los estados financieros aparecen en el pasivo.

Importa mucho recordar que la reserva obligatoria de valoración de títulos se refiere sólo a las acciones y obligaciones. No está destinada a proteger contra la depreciación de los valores de los otros tipos de inversión, como las hipotecas y los bienes inmuebles, cuyos problemas de valoración se exponen seguidamente.

Otros bienes.—Entre los bienes distintos de los títulos y valores están los inmuebles, el material de transporte, los préstamos hipotecarios, los anticipos sobre pólizas y el dinero en efectivo. A esos activos se les suele asignar el *valor contable;* esto es, en el caso de los inmuebles y del material de transporte, el *coste* (con las revisiones que se hayan producido), y en el de los préstamos y anticipos, el del *saldo del principal pendiente de devolución.*

Los bienes inmuebles pueden valer o no realmente lo que costaron originalmente o su valor contable actual. Periódicamente podrá hacerse una tasación para revisar formalmente el valor contable, pero en todo caso no se trataría más que de una estimación. Así pues, algunas compañías establecen una partida del pasivo a efectos de compensación en forma de reserva especial de contingencia para la revalorización de los bienes inmuebles con la que cubrir las pérdidas previstas a la venta. Por otra parte, si los valores contables son claramente excesivos, se los debe reducir. El mismo procedimiento puede aplicarse a los préstamos hipotecarios si la garantía parece discutible.

En relación con los préstamos hipotecarios se plantea la importante cuestión de hasta qué punto cabe considerar al crédito como un activo por lo que atañe a los *intereses vencidos y no pagados.* Según la ley vigente en Nueva York, los intereses vencidos y devengados sobre préstamos hipotecarios pueden incluirse como activos por una cuantía que no sobrepase el valor de la finca, *menos* el préstamo pendiente de devolución y *menos* los impuestos pendientes de pago. No obstante, no se permite llevar al haber los intereses que tengan un atraso de más de dieciocho meses, o *ninguno* que esté atrasado, si hay algún impuesto vencido y no pagado hace más de dieciocho meses.

Puede capitalizarse el interés no pagado —agregándolo al préstamo— pero ello sólo está justificado cuando la garantía es suficiente para cubrir el aumento del préstamo.

COMPORTAMIENTO DE LAS INVERSIONES

A la tasa de rendimiento sobre los activos invertidos se la considera como el criterio básico para determinar el comportamiento de las inversiones en una compañía de seguros de vida. La tasa

TABLA 41.3

Tipo de interés neto devengado con los recursos invertidos por las compañías de seguros de vida norteamericanas

Años	*Tipo*	*Años*	*Tipo*
5,05 %	1930	3,96	1959
3,70	1935	4,11	1960
3,45	1940	4,22	1961
3,11	1945	4,34	1962
2,93	1946	4,45	1963
2,88	1947	4,53	1964
2,96	1948	4,61	1965
3,06	1949	4,73	1966
3,13	1950	4,82	1967
3,18	1951	4,95	1968
3,28	1952	5,12	1969
3,36	1953	5,30	1970
3,46	1954	5,44	1971
3,51	1955	5,56	1972
3,63	1956	5,88	1973
3,75	1957	6,25	1974
3,85	1958		

Fuente: Instituto del Seguro de Vida. El tipo de interés neto se calcula utilizando los totales del ramo y representa el cociente entre: 1) rentas netas por inversiones, y 2) promedio de activos invertidos (incluido dinero en caja y bancos), menos la mitad de las rentas netas por inversiones. Antes de 1940 se dedujeron algunos impuestos federales de las rentas netas por inversiones. A partir de ese año, se calcularon los tipos antes de deducir ningún impuesto federal sobre los beneficios. En esos datos figuran los activos y las ganancias (menos las pérdidas y ganancias de capital) de las cuentas separadas.

de rendimiento de la cartera es el promedio ponderado de unas inversiones hechas en distintos momentos y con diferentes tasas de rendimiento. Esta tasa compuesta constituye un módulo sumario de las decisiones inversoras anteriores y actuales. En la tabla 41.3 se representa el tipo neto de interés medio devengado por las empresas norteamericanas de seguros de vida en el curso de los años. Como es natural, el comportamiento de cada compañía será superior o inferior al promedio del ramo.

El comportamiento de las inversiones en curso viene determinado primordialmente por la estrategia de su asignación, basada en el riesgo, el rendimiento y otras consideraciones, y en la dis-

ponibilidad de inversiones deseables. La cuantía relativa de los recursos disponibles para su inversión («cash-flow») depende de factores tales como las anteriores decisiones inversoras (como el plazo medio de los vencimientos), el crecimiento de la empresa (los factores de primas y pensiones vitalicias), y así sucesivamente. Como la tasa de rendimiento es un promedio ponderado del obtenido en diferentes períodos d tiempo, en ella influye claramente la sincronización del «cash-flow» con respecto a los tipos de interés del mercado. Debe recordarse que la tasa de rendimiento de la cartera viene determinada por unos factores que, a corto plazo, escapan en gran medida al control de los directivos encargados de las inversiones; por esta razón, la tasa de rendimiento de las *nuevas* inversiones es un importante criterio complementario para medir el comportamiento de aquéllas.

PAUTAS DE LA INVERSION, DE 1900 A 1974

Una vez expuesta la finalidad de la actividad inversora del seguro de vida y esbozado el marco legal y empresarial en el que desempeña sus funciones un departamento de inversiones característico, podemos examinar a continuación la evolución de la cartera a lo largo de un período de 74 años analizando las causas de las alzas y bajas periódicas en la prominencia de los diversos medios de inversión.

Efectos públicos

Bonos del Tesoro.—Probablemente no haya mejor empleo de la inclinación del ramo del seguro de vida a adaptarse a la transformación de las pautas de demanda de capital que el representado por el grado de tenencia de bonos del Tesoro público. En 1900, la cartera de valores del gobierno en manos de las compañías de seguros de vida representaba tan sólo el 0,4 por 100 de sus activos totales. Esta cifra ascendió bruscamente del 1,2 por ciento en 1917 al 8,6 por 100 en 1918 y al 11,5 por 100 en 1919, a medida que el ramo contribuía a satisfacer la necesidad de capital para la Primera Guerra Mundial. Desde 1919 hasta 1931, la importancia relativa de los bonos del Tesoro público disminuyó hasta el 1,8 por 100 de los activos. A partir de ese año, las medidas de la administración federal para combatir la depresión económica volvieron a crear una demanda sobre este ramo del seguro, que se materializaría en un incremento continuo de la inversión en bonos del tesoro, tanto en términos relativos como absolutos, durante la recuperación económica de los años treinta y los de la Segunda Guerra Mundial, de 1941 a 1945. Al término de este último año, el ramo tenía el 45,9 por 100 de sus activos invertidos en bonos del Tesoro norteamericano. Después de ese año, la orientación de la demanda volvió a cambiar de signo, y la importancia de esos efectos públicos declinó tanto en términos absolutos como relativos. Para 1974, la cifra era del 1,7 por 100 de los activos. Esa disminución obedeció al incesante crecimiento de las necesidades de capital del comercio y la industria en la época de postguerra, a la necesidad de una mayor diversificación de las inversiones, y al reconocimiento por parte del ramo de vida de que le hacía falta un rendimiento mayor del que le ofrecían los valores del Tesoro. El grueso de las nuevas inversiones en esa clase de títulos responde a necesidades de liquidez o de reservar recursos con el fin de utilizarlos para atender compromisos anticipados demasiado cuantiosos para poderlos afrontar con el «cash-flow» normal.

Títulos de la deuda de los Estados, de los municipios y de entidades públicas extranjeras.—La cartera de valores de esta clase en poder de las compañías de seguros de vida nunca ha sido de excesiva importancia relativa. El mayor porcentaje de activos que el ramo ha tenido invertido en este campo fue el 7,8 por 100 en 1940. El año siguiente fue testigo de nuestra entrada en la Segunda Guerra Mundial y, al mismo tiempo que se producía un estancamiento en la financiación de las corporaciones locales, las inversiones de las compañías aseguradoras de vida en títulos de la deuda de dichas entidades fue menguando hasta llegar por último al 1,8 por 100 de los activos en 1947. En el lustro siguiente se registró una tendencia ascendente en la adquisición de estos efectos y, al final de 1962, los mismos representaban el 4 por 100 de los activos del ramo.

El efecto de la Ley del Impuesto sobre los Beneficios de las Compañías de Seguros de Vida de 1959 fue el de restar atractivo a esa clase de valores desde el punto de vista del rendimiento,

y la cartera correspondiente declinó hasta el 1,4 por 100 de los activos totales del ramo al término de 1974. Con esos recursos se han costeado escuelas, servicios públicos y carreteras, para satisfacer las necesidades de nuestra población en constante crecimiento.

En esta categoría se hallan comprendidos también los títulos de la deuda extranjera, representados principalmente por los del Dominio del Canadá. Esta clase de efectos nunca han representado una porción significativa de los activos de las compañías de seguros de vida (1,5 por 100 a fines de 1974).

Efectos mercantiles

Las obligaciones y acciones de las empresas mercantiles e industriales han constituido, desde 1935, el mayor campo de inversión de las compañías de seguros de vida, hasta el punto de representar el 45,0 por 100 de los activos al término de 1974.

Obligaciones.—La cartera de obligaciones de sociedades ascendía a fines de 1974 a $ 96.700 millones, y representaba el 36,7 por 100 de todos los activos. Estas inversiones han experimentado un crecimiento constante durante muchos años habiendo aumentado más del doble entre 1955 y 1974. Sin embargo, durante los últimos 25 años han mantenido una proporción situada entre el 35 y el 40 por 100 de todos los activos de las compañías de seguros de vida.

El grueso de la cartera de obligaciones mercantiles e industriales al término de 1974 estaba invertido en sociedades norteamericanas; había $ 5.200 millones colocados en empresas extranjeras, principalmente canadienses.

Este tipo de obligaciones comprende las de ferrocarriles, empresas de servicios públicos, y sociedades industriales, mercantiles y de otra índole. Las obligaciones de las empresas de servicios públicos han sido uno de los más importantes destinatarios tradicionales de los recursos de los aseguradores de vida. Tales inversiones han contribuido a dotar al país de la energía necesaria para la expansión industrial y de los medios para su distribución. También han fomentado la expansión de los medios de comunicación y costeado la instalación de servicios de agua, alcantarillado, combustible y transporte local, para una población cada vez más numerosa y con mayor movilidad.

Acciones ordinarias y preferentes.—Las inversiones en acciones, que representan la otra parte de los valores mercantiles e industriales en poder de las compañías de seguros de vida norteamericanas, ascendían a $ 21.900 millones a fines de 1974. Las acciones ordinarias representaban aproximadamente dos tercios y las preferentes un cuarto del total. Entre ambas constituían el 8,3 por 100 de los activos totales de las aseguradoras al terminar el año 1974.

Desde un punto de vista histórico, las acciones han sido siempre un pequeño tanto por ciento de los activos totales, por razones que radican tanto en la filosofía inversora del ramo de vida como en las normas que lo regulan. No se ha recurrido a ellas en gran escala como medio de inversión de los recursos que respaldan las pólizas de seguro de vida, debido a las garantías contractuales de importes específicos en dólares, así como también han tenido un contenido muy específico las restricciones legales para este tipo de inversión.

El acceso del ramo de vida a los campos de los fondos mutuos y de las rentas vitalicias variables, conjugado con el creciente uso en la actualidad de acciones por parte de las empresas aseguradoras en sus cuentas segregadas para fondos de pensiones, presagia un aumento de la inversión en esa clase de valores por encima de los niveles habituales hasta ahora. En la actualidad, la legislación de los estados permite de modo general que ciertos activos de esas pensiones y de otros planes figuren en una cuenta separada de los demás activos de la compañía aseguradora, pudiéndose invertir hasta el 100 por 100 en acciones y otras participaciones en el capital social de empresas. El reciente aumento de la cartera de acciones ordinarias es en parte una de las consecuencias de tal evolución, pues a fines de 1974 los valores de esa clase en cuentas separadas alcanzaban un valor de $ 6.200 millones (15).

---

(15) Expresado con más detalle en el capítulo 42.

Préstamos hipotecarios

Durante la primera parte del presente siglo, los préstamos hipotecarios con destino a la vivienda y el comercio constituyó el principal campo de inversión de las compañías de seguros de vida estadounidenses. Su importancia relativa fue creciendo hasta representar, en 1927, el 43,1 por 100 de los aotivos totales del ramo. Con posterioridad a esa fecha y hasta la terminación de la Segunda Guerra Mundial, esos préstamos fueron perdiendo importancia relativa en las actividades inversoras de las empresas de seguros de vida norteamericanas. Los imperativos de la Gran Depresión de 1929-1932 fueron el principal factor causal de ese descenso, seguidos por las demandas de capital del sector público en la época inmediatamente siguiente y durante el período bélico. El mínimo histórico del 14,8 por 100 de los activos se alcanzó en 1945 y 1946. Desde entonces, el deseo de toda familia norteamericana media de ser propietaria de su vivienda, conjugado con las necesidades del comercio y de la industria en cuanto a espacio de oficinas y de fabricación, ha dado lugar a un auge en la construcción que ha pulverizado todos los récords. Las compañías de seguros de vida, por medio de sus actividades en el campo del préstamo hipotecario, han aportado gran parte de la financiación precisa para tal expansión. El 70 por 100 de la cartera de hipotecas al término del año 1974 estaba formado por bloques de apartamentos e inmuebles comerciales; el 22 por 100 de esa deuda hipotecaria correspondía a viviendas unifamiliares, y el resto a fincas rústicas. Aproximadamente el 20 por 100 de estos préstamos, está garantizado por la Administración de Veteranos o asegurado por la Administración Federal de la Vivienda. Debe señalarse, empero, que la cartera de hipotecas garantizadas por esas dos entidades públicas ha experimentado una constante disminución en los últimos años.

En el otoño de 1967 se imprimió un nuevo impulso a los préstamos hipotecarios y a las inversiones de otra índole, con el compromiso asumido por el ramo del seguro de vida de invertir $ 1.000 millones para contribuir a paliar los problemas del deterioro de las grandes ciudades. Cerca de tres cuartas partes de esos compromisos fueron para viviendas y el resto se destinó a la

creación de puestos de trabajo y a otros servicios. A este programa se añadió otro compromiso de $ 1.000 millones en 1969, orientado esta vez un poco más hacia la creación de puestos de trabajo y a la promoción de la pequeña empresa, disminuyendo la proporción invertida en viviendas hasta cerca del 55 por 100. El programa se encuentra terminado en la actualidad, con unas inversiones hechas de 2.034.978.700 en enero de 1973 (16).

Bienes raíces

Como se ha indicado anteriormente, a las compañías de seguros de vida les estuvo prohibido, durante muchos años y en la mayoría de los Estados, adquirir bienes raíces para fines distintos de los puramente operativos. Al principio del período sometido a estudio, las inversiones en la oficina principal y en las sucursales podían representar y de hecho representaban una porción considerable del activo (el 9,1 por 100 en 1900); no obstante, los asientos normales de amortización unidos al crecimiento de los otros activos dieron como resultado una tendencia relativamente descendente a largo plazo hasta 1926 (el 2,3 por 100). En los primeros años del decenio 1930-39 se asistió a un aumento sustancial en las carteras inmobiliarias de las compañías aseguradoras a consecuencia de la ejecución de las hipotecas establecidas sobre viviendas y edificios comerciales, alcanzando un máximo después de la depresión del 8,6 por 100 de los activos en 1935 y 1936. La enajenación de los bienes ejecutados dio lugar a una tendencia descendente tanto absoluta como relativa en este campo hasta el final de la Segunda Guerra Mundial (el 1,5 por ciento de los activos al acabar 1946). El advenimiento en la postguerra del tipo de operación de compra y arrendamiento de que se ha hecho mención más arriba, conjugado con el constante crecimiento de las inversiones operativas, ha vuelto a cambiar el signo de esta tendencia. El ramo de vida tenía el 3,2 por 100 de sus activos invertidos en diversas clases de bienes raíces al final de 1974. Las inversiones inmobiliarias en edificios comerciales y viviendas unifamiliares representaban el 70 por 100 del total

(16) Informe 2 Billones del Programa de Inversiones Urbanas del Sector del Seguro de Vida (1967-1972) (Nueva York: Clearinghouse on Corporate Responsability, 1973).

de las que había en cartera al término de ese ejercicio, y las oficinas principal y las sucursales suponían otro 24 por 100.

Anticipos sobre pólizas y otros activos

Aun cuando los anticipos sobre pólizas son un activo generador de ingresos, es decir, una «inversión», su tratamiento dentro de los estados financieros de la compañía aseguradora de vida no corresponde a las competencias normales del departamento de inversiones. Como cabría esperar, la importancia relativa de esos anticipos como activo del ramo, fluctúa a la inversa de la disponibilidad de crédito en otras fuentes. Al final del ejercicio de 1974, los anticipos sobre pólizas constituían el 8,7 por ciento de los activos de las aseguradoras de vida, cifra que representaba la mayor proporción desde los años cuarenta.

Las primas al contado, vencidas y aplazadas y los préstamos pignoraticios constituyen el activo que falta. Los dos primeros conceptos es evidente que no son inversiones salvo por lo que se refiere a la situación de liquidez de la empresa, y el último, muy poco frecuente hoy en día, nunca ha ocupado una posición prominente en las actividades inversoras de los aseguradores de vida.

LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS DE VIDA EN LOS MERCADOS DE CAPITALES

Las principales instituciones financieras de los Estados Unidos son los bancos comerciales, las compañías de seguros de vida, las asociaciones de ahorro y crédito, las cajas de ahorros mutuos, los fondos de pensiones empresariales, las compañías de seguros generales, las sociedades financieras y los fondos mutuos de inversión. En la tabla 41.4 se observa que los bancos comercials son las más importantes de esas instituciones como fuente de recursos en los mercados monetarios y de capitales norteamericanos. En cuanto a activos financieros totales, dichos bancos han experimentado un crecimiento relativamente rápido en los últimos años. La reciente pérdida del papel de intermediarios financieros que desarrollaban las asociaciones de ahorro y crédito ha repercutido sobre su posición relativa, del mismo modo que las minusvalías del capital derivadas de la cotización de las acciones ordinarias en la bolsa ha influido en gran medida sobre la importancia de estas entidades como fuente de recursos de capital.

TABLA 41.4

Fuentes de los recursos en los mercados monetarios y de capitales norteamericanos (en miles de millones)

	1965	*1971*	*1972*	*1973*	*1974 (*)*
Compañías de seguros de vida.	$ 7,7	$ 11,9	$ 12,8	$ 15,4	$ 15,2
Planes privados de pensiones de compañías de seguros ...	5,2	7,4	6,5	7,2	8,7
Fondos de jubilación estatales y locales	3,3	6,2	7,8	9,2	11,7
Asociaciones de ahorro y crédito	9,6	29,2	36,4	27,1	21,4
Cajas de ahorros mutuos	3,9	10,0	10,4	5,4	3,7
Bancos comerciales	28,6	51,4	75,4	83,3	58,2
Bancos de la Reserva Federal.	3,8	8,9	0,3	9,2	6,2
Entidades federales de crédito.	2,6	7,3	7,7	14,4	21,5
Fondos mutuos	2,1	0,4	— 1,8	— 2,5	1,4
Compañías de seguros de incendios y de accidentes ...	1,1	6,3	4,9	5,0	4,1
Fondos de inversión inmobiliaria	—	2,5	4,9	4,5	1,0
Sociedades no financieras	5,4	10,1	9,1	16,6	10,8
Extranjeros	— 0,3	27,3	10,7	3,5	13,2
Particulares y otros	3,2	— 16,5	13,0	27,8	28,1
Total	$ 76,1	$ 162,3	$ 199,9	$ 226,0	$ 205,2

(*) Provisional.

Fuente: «Life Insurance Fact Book», 1975, p. 65.

Es evidente que el ramo del seguro de vida es un factor significativo en los mercados de capitales. Su papel reviste particular importancia por cuanto que, a pesar de una regulación relativamente estricta, las compañías de vida están en condiciones de utilizar una variedad de instrumentos más amplia que muchas de las demás entidades financieras. Pese a un índice de crecimiento extremadamente favorable en los seguros de vida a partir de la Segunda Guerra Mundial, ha disminuido la tasa relativa de

ahorros canalizado a través de los mismos. Esto tiene su reflejo en el desplazamiento hacia los seguros temporales, tanto individuales como colectivos, en los que apenas interviene el elemento de ahorro.

El actual interés de las compañías de seguros de vida por los productos basados en la participación en el capital social de las empresas y por otras nuevas tendencias del mercado son una muestra de la preocupación que existe en el ramo por la participación relativa en la tasa de ahorro monetario y de la intención de mejorarla. El seguro de vida debe seguir siendo uno de los principales factores que operen en los mercados de capitales.

42

Cómo interpretar los estados financieros de una compañía de seguros de vida: I

INTRODUCCION

Los estados financieros fundamentales son dos: 1) *balance de situación*, en el que se presenta la situación financiera de una empresa en un momento determinado; y 2) *estado de ingresos y gastos*, en el que se resumen las operaciones financieras de la empresa durante un período de tiempo determinado.

Los estados financieros se transforman en instrumentos útiles de la dirección, de la inversión, e incluso de la regulación, tan sólo cuando se los interpreta de una manera inteligente. Para que esa interpretación cobre sentido hay que proceder a ella por medio de un análisis sistemático de los mismos estados, acompañado por el manejo de otras fuentes complementarias de información.

Los estados financieros se incluyen en la *memoria anual* que publica la empresa para sus propietarios y otras personas. En el presente capítulo se pretende dar unas claves básicas para la interpretación de los estados y memorias anuales de las compañías de seguros, que se elaboran de acuerdo con las normas estatales en materia contable y se presentan a los inspectores estatales de seguros (1). Esas memorias anuales, a las que denomina-

(1) Ver B. FRANKLIN BLAIR: *Interpreting Life Insurance Company Annual Reports*, American College of Life Underwriters, 1965. Gran parte del material de este capítulo se basa en el estudio del señor Blair.

mos estados «oficiales», difieren de los de la mayoría de las demás empresas. Recientemente, el Instituto Norteamericano de Censores Jurados de Cuentas publicó «Auditoría de las sociedades de seguros de vida por acciones», guía de auditoría confeccionada por su Comité de Contabilidad y Auditoría de Seguros. Además de ser una guía para la profesión contable acerca de la realización de auditorías, contenía ciertas conclusiones acerca de la aplicabilidad de los principios de contabilidad generalmente aceptados a las compañías de seguros de vida por acciones que tienen unos efectos espectaculares y de gran transcendencia sobre el modo como dichas compañías presentan su información al público. (No se trata de modificar la manera como las compañías informan a las autoridades estatales competentes ni el sistema de declaración de sus beneficios a efectos fiscales). La guía adquirió efectividad plena para informar sobre el ejercicio de 1973.

La guía consta de tres partes principales y de varios apéndices. En la parte I se abordan la naturaleza y la gestión de la actividad del seguro de vida, y las prácticas de contabilidad e información prescritas o permitidas por las autoridades reglamentarias (las llamadas prácticas de contabilidad reglamentarias). En ella figuran también los bosquejos de ciertos procedimientos de auditoría cuya aplicación se propone a las cuentas llevadas de conformidad con las prácticas reglamentarias.

En la parte II (que es, sin lugar a dudas, la sección más importante de la guía) se tratan las diferencias entre las prácticas contables reglamentarias y los principios de contabilidad generalmente aceptados. Se exponen unas directrices idóneas para la contabilidad y la información financiera de conformidad con los referidos principios, y se proponen ciertos proyectos de procedimientos de auditoría aplicables a las cuentas ajustadas.

La parte III está dedicada a las diversas circunstancias en que se puede solicitar de los auditores que emitan su dictamen, y expone algunos ejemplos de los que se pueden dar en tales circunstancias.

Los aspectos principales de los tratados en la parte II, en los que puede haber divergencias entre las prácticas contables reglamentarias y los principios de contabilidad generalmente aceptados pueden colocarse bajo los encabezamientos siguientes: 1) contabilización de los ingresos por primas y de los costes: 2) impuestos diferidos sobre los beneficios; 3) valoración de las inversiones y contabilización de las ganancias (o pérdidas no realizadas conseguidas con ellas; 4) inversiones en empresas filiales; 5) tratados especiales de reaseguro; 6) comisiones; 7) recursos propios; 8) reserva obligatorias de valoración de títulos; y 9) activos no admitidos (2).

Las diferencias entre la «contabilidad oficial» y los «principios de contabilidad generalmente aceptados» son una consecuencia natural de: 1) índole de la actividad de los seguros de vida y enfermedad, y 2) regulación administrativa. Antes de seguir adelante no estaría de más examinar esas diferencias de manera sumaria (3).

Los riesgos a largo plazo y que por lo general aumentan según pasa el tiempo, asumidos por una compañía de seguros de vida y de enfermedad exigen reservar una parte de los importes anuales percibidos en concepto de primas uniformes para garantizar la capacidad de aquella para atender al pago de los siniestros que se produzcan en años posteriores, cuando los costes de los mismos sean superiores a la cuantía de las primas recibidas. Estas cantidades reservadas son los valores descontados de los futuros pagos de prestaciones menos los valores descontados de los futuros ingresos por primas, y constituyen el *pasivo* medido por las *reservas de las pólizas*. Estas están sujetas a un continuo cambio con el transcurso del tiempo, de modo que no resulta práctico ni útil anotarlas en el mismo libro mayor oficial. Es mucho más sencillo valorarlas únicamente en el momento de confeccionar el estado financiero y reflejar su importe directamente en el mismo, sin ni siquiera llevarlas a los libros de contabilidad.

La contabilidad oficial del seguro de vida, que es reflejo de la regulación administrativa en general y de las normas del Estado Anual de la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros en particular, se encuentra condicionada por la *prioridad que se da a la solvencia*, con la que se persigue que las compañías estén en condiciones de cumplir con sus obligaciones en cualquier mo-

(2) Para una exposición concisa sobre cada uno de esos aspectos, ver BOBBY F. DUNN: «The Life Insurance Audit Guide», *C.L.U. Journal*, volumen XXVII, núm. 4 (octubre 1974), págs. 46-52.

(3) Ver ROBERT G. ESPIE: «Financial Statements», en DAN M. MCGILL: *Life Insurance*, edición revisada (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1967).

mento. Esta prioridad es esencial, ya que la dirección puede no conseguir mantener una solvencia real, sin que sea fácil advertirlo antes de que los tenedores de pólizas u otras personas interesadas hayan resultado perjudicados. Esa prioridad de la solvencia y la dificultad de averiguar si existe la misma, han impuesto la adopción de unas normas de valoración, tanto del activo como del pasivo, más cautelosas de lo que suele ser habitual en la información financiera en general de acuerdo con los principios de contabilidad generalmente aceptados.

La utilidad del Estado Anual la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros, como módulo de los beneficios de un año para otro, se ve afectada también por esas normas de valoración cautelosas, ya que las mismas repercuten sobre las ganancias y la variación de los excedentes de un final de ejercicio a otro. Asimismo, medir los beneficios de una compañía de seguros de vida de un año para otro, según un criterio consecuente con la práctica general en otras actividades, es más difícil por las siguientes circunstancias:

1. Debe pasar un espacio de tiempo relativamente largo, antes de poder determinar si ha sido rentable la venta de un conjunto de pólizas de seguro.
2. Las pautas de las tasas de mortalidad que figuran en las *tablas de valoración de la mortalidad*, suelen ser bastante diferentes de las que informan las *tablas de experiencia* de cada compañía, y que se utilizan para establecer las tarifas de primas.
3. Las fórmulas de valoración de la prima neta uniforme habitual y modificada, *liberan márgenes de gastos* en las primas, según un criterio que puede ser muy *distinto de la incidencia* real de los mismos.

Debe quedar bien claro que cada una de esas situaciones puede dar lugar a una distorsión real o potencial de las *ganancias actuales* de una compañía de seguros de vida por acciones en comparación con los de sociedades por acciones de otras clases.

Así pues, puede verse que hay diferencias significativas entre las prácticas contables del seguro de vida y los denominados principios de contabilidad generalmente aceptados. De manera más específica, entre las principales diferencias figuran las siguientes:

1. Las comisiones y demás costes de adquisición de nuevos contratos, se cargan a las operaciones a medida que se producen, en vez de aplazarlos para adeudarlos al recibir el ingreso que constituye su contrapartida. La consecuencia es, que suele producirse una sangría considerable en los excedentes reflejados en los estados financieros por cada nueva póliza vendida (en particular si se establecen las reservas sobre la base de las primas uniformes netas). Por consiguiente, el incremento en el volumen de nuevos seguros vendidos de un modo aparentemente rentable, puede producir una disminución en las ganancias netas contables de explotación, y, a la inversa, la disminución en los nuevos seguros vendidos puede dar lugar a un incremento en las ganancias netas de explotación.
2. Los supuestos sobre intereses en los que se fundan las reservas de los seguros de vida y de las rentas vitalicias, tienden a que aquéllas sean más elevadas que con arreglo a los principios de contabilidad generalmente aceptados.
3. Para la determinación de la situación financiera de la compañía, no se tienen en cuenta determinados tipos de activos (los llamados «activos no admitidos»).
4. Los valores de aquellas partidas del activo que estén representados por acciones de sociedades filiales, se determinan según un criterio relativamente cauteloso.
5. Debe constituirse la Reserva Obligatoria de Valoración de Títulos, para cubrir la posibilidad de que resulten impagadas las obligaciones, o de que la cotización de las acciones descienda de manera sensible. Sin embargo, la cuantía de dicha reserva puede no encontrarse en relación directa con la calidad y el valor actual de los títulos.
6. No se dota ningún fondo de previsión para futuros impuestos de sociedades, sobre las ganancias netas de capital devengadas pero no realizadas.

Deben tenerse presentes estas distinciones y complicaciones al estudiar este capítulo y el siguiente, relativos ambos a la interpretación de los estados financieros oficiales de las compañías de seguros de vida.

FUENTES DE INFORMACION SOBRE LAS OPERACIONES

Estados anuales y exámenes trienales

Formulario de estado de la A.N.I.S. (Asociación Nacional de Inspectores de Seguros).—Los principales estados financieros de

una compañía de seguros de vida se presentan cada año en un informe denominado «formulario A.N.I.S.», o convencional, que debe depositarse en los departamentos de seguros del Estado donde aquella tenga su sede, y de cada uno de los demás en los que esté autorizada para realizar sus actividades. El estado A.N.I.S es un modelo normalizado establecido por la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros. En algunos Estados se exigen algunas variaciones de poca importancia respecto a dicho modelo.

Con el estado A.N.I.S. se pretende facilitar la información técnica necesaria para que el departamento estatal de seguros ejerza una supervisión adecuada sobre todas las actividades (4). La naturaleza y la cantidad de los datos requeridos a efectos oficiales hace del estado A.N.I.S. un informe largo y complejo, que abarca con considerable detalle la situación financiera y las operaciones de la aseguradora.

El estado A.N.I.S. no es, ni pretende ser, una cómoda fuente de información para los tenedores de pólizas, los accionistas o el público en general. En la *memoria anual* publicada por cada compañía para sus tenedores de pólizas o de acciones, figuran estados financieros condensados y simplificados, y son esos mismos estados y algunos extractos de su memoria anual los que utilizan muchas empresas de seguros para anunciarse y para otros fines publicitarios.

Exámenes trienales.—Por lo general, cada tres años el inspector de seguros del estado donde la compañía tiene su domicilio, procede a una *auditoría* o *examen* financiero regular de la misma, en el que pueden participar también representantes de otros Estados. Para simplificar esta participación, los exámenes se llevan a cabo por *zonas*. Según los acuerdos tomados por la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros, Estados Unidos se encuentra dividido, en la actualidad, en seis zonas. Si una compañía tiene autorización para operar en uno o más estados de una zona, ésta puede enviar un representante para que tome parte en el examen, cuya supervisión incumbe al inspector del Estado del domicilio de aquélla.

Los exámenes trienales son muy completos. Los examinadores

(4) Ver capítulo 43.

del Estado no sólo comprueban la exactitud del estado anual A.N.I.S.; investigan sobre materias tales como las prácticas de liquidación de los siniestros y otras que afectan a los tenedores de pólizas. Los departamentos de seguros de muchos Estados permiten el acceso del público que lo solicita a los informes sobre sus exámenes.

El estado anual A.N.I.S y el examen trienal, son dos sistemas utilizados por el Estado para la supervisión de la actividad aseguradora. Hay otros *instrumentos* reglamentarios, como la necesidad de que las compañías comuniquen ciertos tipos de transacciones. El hecho de que la información facilitada al Estado pueda llegar, presumiblemente a conocimiento del público, es algo que pone en juego la poderosa fuerza de la opinión pública. Un ejemplo servirá para demostrar este aserto. No hay ninguna disposición por la que se limiten las remuneraciones de los empleados de las compañías de seguros, pero se exige a éstas que comuniquen la retribución de todas aquellas personas que perciban más de $ 30.000 al año, así como los diez sueldos más altos, sea cual fuere su cuantía. La publicidad que puede rodear a esta información puede ser un factor significativo para impedir los sueldos excesivos.

Publicaciones especializadas

Otra fuente de información financiera acerca de las compañías de seguros puede encontrarse en las llamadas *publicaciones especializadas*. Cierto número de editores publican volúmenes anuales en los que recogen resúmenes de los datos comunicados en los estados anuales de la mayoría de las compañías de seguros de vida, que desarrollan sus actividades en los Estados Unidos.

En esos libros figuran todas las compañías importantes, y con ellos se pueden obtener, a un coste relativamente bajo, resúmenes relativos a la mayoría, si no a todas, de aquellas en las que uno pudiera estar interesado. En algunos de esos volúmenes figuran informaciones sobre la compañía así como análisis y comentarios que no se encuentran en la memoria anual.

El material es un tanto diferente en las distintas publicaciones, pero en esos volúmenes tan completos, normalmente suelen

recogerse los siguientes aspectos acerca de las empresas incluidas:

1. Los activos clasificados por categorías, como obligaciones, acciones, hipotecas y bienes raíces.
2. Los pasivos clasificados por categorías, como reservas, dividendos diferidos, e impuestos devengados.
3. Los ingresos del ejercicio y el destino de los mismos.
4. El análisis de la cuenta de excedentes.
5. Los tipos de interés sobre varias bases diferentes.
6. Inventario histórico de los seguros desembolsados, de los que están en vigor, de los recursos del activo y de los excedentes.
7. La lista de los consejeros y directivos.

Memorias anuales a los tenedores de pólizas

Más arriba se ha hecho mención de las memorias anuales de las compañías de seguros de vida destinadas a los tenedores de sus pólizas o de sus acciones. Las cifras reglamentarias de esas memorias se preparan, en parte, con información que figura en el estado anual A.N.I.S. Los estados financieros reglamentarios, si los hay, son, en cierto sentido, versiones relativamente condensadas de los que se consignan en aquel estado, y de los que se elaboran para uso de la dirección dentro de la empresa.

El alcance de las memorias anuales y la clase y el detalle de la información contenida en ellas, además de los estados financieros fundamentales, varía mucho de una empresa a otra e incluso de un año a otro dentro de la misma empresa. En la mayoría de esas memorias figura información complementaria acerca de las actividades de la empresa, de sus planes, y de otros temas que suelen hallarse también en la prensa especializada. Entre otras cosas, a menudo se suele hacer una exposición con fines de promoción. Si se incluyen los estados financieros con arreglo a los principios de contabilidad generalmente aceptados, lo normal es que se establezca una concordancia entre las principales partidas de aquellas con las correspondientes de los estados reglamentarios.

La memoria anual cumple su cometido sólo cuando se la lee y se la comprende. La mayoría de las empresas dedican gran atención a la elaboración de una memoria en la que se conjuguen

el interés y la utilidad, como un medio para promover y mantener unas buenas relaciones públicas.

El resto de este capítulo se refiere al: 1) análisis del tipo de información que suele contener una memoria anual característica, 2) al resumen breve y general del estado anual A.N.I.S., y 3) a algunos de los elementos que intervienen en la valoración del comportamiento de una compañía determinada.

Los datos que siguen, son aplicables en términos generales tanto a las sociedades *por acciones* como a las *mutuas*. Para simplificar la exposición, no obstante, los datos se basan en el supuesto de que la empresa de que se trata es una sociedad *mutua* que emite seguros con participación en su mayor parte. La elección de una sociedad mutua refleja el hecho de que más del 63 por 100 del total de los seguros en vigor emitidos por aseguradoras. norteamericanas al final de 1974, era con participación y que el 51 por 100 del total había sido suscrito con sociedades mutuas (5).

Una segunda hipótesis de partida es que los ingresos por primas de seguros de enfermedad son pequeños en relación con las primas totales. Este supuesto refleja también el caso más corriente en el ramo. No obstante, a lo largo de la exposición se presta la atención adecuada tanto al seguro de *vida* como al de *enfermedad*.

MEMORIAS ANUALES

Naturaleza del balance de situación

El elemento más significativo del estado reglamentario, en una memoria anual que lo incluye, probablemente sea el que recoge la situación financiera, es decir, el balance de situación (tabla 42.1). Consiste éste en una lista de los activos y pasivos de la empresa así como de su capital y excedentes.

A la vista del balance es posible hacerse una idea de los márgenes de capital y de excedentes disponibles para contingencias,

(5) *Life Insurance Fact Book*, 1975, pág. 27. Por otra parte, se debe indicar que hoy en día operan en los EE. UU. muchas más compañías de seguros de vida por acciones que mutuas.

siempre en la inteligencia de que *se hayan valorado correctamente los activos* y de que *se hayan consignado debidamente los pasivos*. Si el pasivo, más el capital y los excedentes mínimos legales fueran superiores al activo, la empresa sería técnicamente insolventes. Los activos casi siempre superan al pasivo con una diferencia considerable y, según ha podido comprobarse, las compañías de seguros de vida muy raras veces incurren en insolvencia.

El exceso del activo sobre el pasivo está formado por el capital (en una sociedad por acciones) y los excedentes, tanto afectados como sin afectar a atenciones determinadas. Como se explica a continuación, se puede tener una idea aproximada de la estabilidad financiera de una compañía, mediante la relación existente entre el capital con los excedentes y el pasivo.

Con el fin de comprender el ejemplo de balance que se presenta en la tabla 42.1, será útil considerar con brevedad ciertos términos técnicos que aparecen en el estado anual A.N.I.S., aun cuando sea raro encontrarlos en las memorias anuales.

Activos registrados.—Son los que se han inscrito en los libros o registros de la empresa; los principales son el dinero efectivo y las inversiones.

Activos no registrados.—Por razones prácticas, algunos activos no se registran casi nunca en los libros de la empresa. Los más significativos de ellos son: 1) *ingresos atrasados por inversiones* (generalmente pequeños), 2) *ingresos vencidos por inversiones* (devengados pero no recibidos), 3) *primas netas debidas* (o no cobradas) sobre todos los tipos de seguros, y 4) *primas diferidas* sobre los seguros y las rentas vitalicias ordinarias. La última clase de activos no registrados se debe a que el pasivo por reservas matemáticas o de póliza suele partir del supuesto de que todas las primas son pagaderas anualmente por anticipado. Esto acarrea una sobreestimación de las reservas cuando las primas son pagaderas por meses, trimestrales o semestrales (6),

(6) Supóngase una póliza fechada el 15 de septiembre y con las primas pagadas hasta la que vence el 15 de septiembre. Al 31 de diciembre, la que debe pagarse el 15 del mismo mes ya ha vencido y se la computa como parte del activo, aunque todavía no se haya pagado efectivamente. Las primas que vencen el 15 de marzo y el 15 de junio, con las que se completa el año de la póliza, son primas «diferidas», y sus importes netos se computan también como parte del activo.

TABLA 42.1

Ejemplo de estado de situación financiera al 31 de diciembre de 1974
(Balance de situación)

ACTIVO		
Obligaciones *		
Gobierno de EE. UU.	$ 4.400.000	
Gobierno de Canadá (incluidas sus subdivisiones políticas)	500.000	
Estados, condados y municipios	3.900.000	
Empresas de servicio público	13.000.000	
Ferrocarriles	2.600.000	
Empresas industriales y de otra índole	23.100.000	
Total Obligaciones		$ 47.500.000
Acciones *		
Preferentes y garantizadas	$ 1.500.000	
Ordinarias	3.200.000	
Total acciones		4.700.000
Hipotecas		
Aseguradas según la Ley Federal de la Vivienda	$ 8.000.000	
Garantizadas en parte por la Administración de los Veteranos	5.000.000	
Otras (ordinarias)	22.200.000	
Total hipotecas		35.200.000
Inmuebles y otros bienes		
Oficina principal	$ 950.000	
Bienes inmuebles adquiridos como inversión	2.045.000	
Bienes inmuebles adquiridos en satisfacción de deudas	55.000	
Material de transporte	160.000	
Equipos de informática	50.000	
Total inmuebles y otros bienes		3.260.000
Otros activos		
Anticipos sobre pólizas de la compañía	$ 4.700.000	
Préstamos pignoraticios	60.000	
Depósitos en caja y bancos	1.300.000	
Renta de inversiones debida y devengada	850.000	

TABLA 42.1 (*continuación*)

Primas netas debidas y diferidas (*plenamente cubiertas por las reservas matemáticas*)	2.000.000	
Varios activos	430.000	
Total otros activos		9.340.000
TOTAL ACTIVOS		$ 100.000.000

* Las obligaciones sujetas a amortización según la legislación de los estados, se contabilizan por su valor de amortización. Las demás obligaciones y acciones, a los valores establecidos por la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros.

PASIVO

Reservas por pólizas y contratos complementarios		
Seguros de vida	$ 58.500.000	
Rentas vitalicias y contratos complementarios con contingencias de vida	17.500.000	
Prestaciones por incapacidad	500.000	
Prestaciones por muerte en accidente	300.000	
Seguros de enfermedad	750.000	
Total reservas por pólizas y contratos complementarios.		$ 77.550.000
(*Este fondo, junto con las primas y los ingresos por intereses futuros, está destinado a atender el pago de las prestaciones futuras*)		
Contratos complementarios sin contingencias de vida		3.750.000
Dividendos de los tenedores de pólizas que se dejan acumular con intereses		2.900.000
Dividendos de los tenedores de pólizas declarados para el ejercicio siguiente		1.600.000
Primas recibidas por anticipado		1.550.000
Siniestros en curso de liquidación (*incluido el importe reservado para los siniestros ocurridos pero no declarados*).		800.000
Impuestos devengados, pagaderos en el próximo ejercicio		800.000
Otros pasivos		1.100.000
Reserva Obligatoria de Valoración de Títulos		1.350.000
Total pasivo		$ 91.400.000
Capital		750.000
Excedentes especiales		1.750.000
Excedentes no afectados		6.100.000
Total pasivo, capital y excedentes		$ 100.000.000

Nota: En una auténtica memoria anual, lo más probable es que se hubieran consignado las cantidades correspondientes a reservas por pólizas y contratos complementarios en un importe global, sin desglosarlo por partidas como se ha hecho aquí.

o cuando vencen antes de la fecha del estado, pero sin haber sido satisfechas todavía. Con esta última partida del activo se compensa la constituida en el pasivo por la reserva extraordinaria, con lo que el efecto neto sobre el balance es correcto.

Activos admitidos.—Son los aprobados por las autoridades competentes del Estado, como activos sólidos y aceptados como tales en el estado anual A.N.I.S. Los activos admitidos están formados por activos registrados y no registrados. Todos los que figuran en la parte reglamentaria de una memoria anual son activos admitidos.

Activos no admitidos.—En esta categoría, por supuesto, están comprendidos todos aquellos activos que no reúnen los requisitos de solidez exigidos a los efectos del estado anual A.N.I.S. Aunque a algunos de estos activos se les consideraría sólidos en otras actividades, aquí no se les admite, en interés del criterio de cautela que campea en la presentación de los informes sobre la situación económica de una compañía. Entre los activos no admitidos figuran: 1) *mobiliario y equipo* (7); 2) *saldos de agentes* (anticipos hechos a éstos), y 3) *intereses atrasados y acumulados sobre hipotecas*, cuando el retraso en el pago de los mismos sobrepasa un plazo específico. A las compañías se les deja un cierto margen de maniobra para la determinación del plazo transcurrido, el cual a esos intereses se les dará la consideración de activos no admitidos. Algunos activos no admitidos son activos registrados (como, por ejemplo, los saldos de los agentes), y otros no registrados (como los intereses atrasados).

El criterio del devengo frente al de caja.—Con el criterio de *caja* (que es el que utilizan la mayoría de las personas para sus declaraciones del impuesto sobre la renta) se supone que los gastos e ingresos declarados comprenden *sólo* aquellas partidas que se han recibido o desembolsado realmente y que se han anotado en los libros. Por otra parte, si se incluyen partidas que no se han recibido o desembolsado realmente, pero que son imputables al período contable en curso, se dice que se sigue el criterio del

(7) Cierto número de Estados hacen una excepción respecto de los equipos de tratamiento de datos a gran escala, permitiendo que se compute como parte del activo su valor una vez deducida la amortización.

devengo. Como ejemplos de *partidas de ingresos* no recibidas efectivamente pueden citarse los intereses vencidos y las primas no cobradas; son ejemplos de *partidas de gastos* que no se han desembolsado en efectivo los siniestro en curso de liquidación y los impuestos pagaderos en el próximo año y correspondientes a los resultados del corriente. En el resumen de las operaciones que figura en el estado anual A.N.I.S. (y en muchas memorias anuales) se sigue el *criterio del devengo* para dar constancia de los gastos e ingresos (8).

Interpretación del balance

El ejemplo de balance de situación recogido en la tabla 42.1 es el de una hipotética compañía por acciones que suscribe seguros con participación. Si se tratase de una sociedad mutua, faltaría la partida de «capital». Por otra parte, tampoco habría partida de dividendos en un sociedad por acciones que *sólo* suscribiera operaciones sin participación. También, puede existir una partida de dividendos a los accionistas en los estados de las sociedades por acciones.

El activo y el pasivo de esta compañía, reflejan aproximadamente los que constituyen el promedio de todas las empresas de seguros de vida norteamericana al final de 1974. Para presentar algunos conceptos con fines de análisis, hubo que recurrir a suposiciones razonables, en cuanto al desglose de ciertas partidas sobre las que no se disponía de información respecto a todas las compañías.

Activo.—Los valores que se asignen a las diversas partidas del activo revisten gran importancia para el cuadro financiero ofrecido por el balance. En el capítulo precedente se abordó el tema de la valoración de los activos. A los efectos de la presente exposición, cabe clasificarlos, según aparece en un estado financiero del siguiente modo:

1. Dinero en efectivo.
2. Inversiones.
3. Primas netas diferidas y atrasadas.
4. Intereses y rentas debidos y vencidos.

(8) Ver más adelante «Resumen de operaciones».

5. Otros servicios.
6. Activos en cuentas separadas.

1. *Dinero en efectivo.*—Integran esta partida a) dinero en efectivo que hay en la caja de la compañía en la fecha del balance tanto en la oficina principal como en las sucursales, y b) importes depositados en bancos. La mayoría de las compañías reflejan estos importes en una sola cantidad, pero otras lo hacen por separado. Es esencial que las empresas mantengan cuentas bancarias en las ciudades del país en las que realizan operaciones. Parte de esos depósitos pueden ser «con interés» (por lo general según un tipo muy bajo), pero no es esa la práctica habitual. Aunque «el efectivo en caja» es una cantidad relativamente pequeña, el depositado en bancos puede ser de hasta el 0,5 por ciento del total del activo. Como se trata de una partida improductiva, un importe desusadamente alto de la misma justificaría investigar su causa. Como se señaló en el capítulo precedente, uno de los problemas más arduos con los que tiene que bregar la dirección de una compañía de seguros de vida es el de la previsión del «cash-flow», con el fin de facilitar las inversiones y de maximizar los rendimientos de los activos invertidos.

2. *Inversiones.*—La cartera de inversiones de una compañía de seguros de vida suele estar compuesta por: a) obligaciones, b) acciones, c) préstamos hipotecarios, d) bienes raíces, y e) anticipos sobre pólizas (9).

Los valores asignados a cada una de estas clases de inversiones se determinan según lo explicado en el capítulo anterior; esto es, las obligaciones, si están plenamente avaladas y no se encuentran en mora, se contabilizan por su valor de amortización; las demás obligaciones y todas las acciones, se anotan por su valor actual de mercado (según lo determinado por el Comité de Valoración de Títulos de la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros) (10); las hipotecas y los anticipos sobre pólizas

(9) En algunas compañías hay otros tipos especiales de inversiones, incluidas diversas clases de préstamos (v.gr.: los «préstamos pignoraticios»), que no son préstamos hipotecarios, ni anticipos sobre pólizas, ni sociedades en comandita, ni asociaciones de cuentas en participación, etc.

(10) Las acciones preferentes «de buena categoría» se consignan por sus «valores ajustados», según lo determinado por el Comité de Valoración de Títulos. Ver el capítulo 41.

se asientan por los importes no devueltos (11); y los bienes raíces, por el valor contable o de mercado, según el que sea más bajo. Es bastante común rebajar el valor contable cada año. En muchos casos, esas reducciones pueden ser superiores a la amortización normal. Lo corriente es que el valor contable sea inferior al valor justo de mercado.

Como la página del activo de una memoria anual no revela la calidad de las partidas que lo integran, la información más útil que cabe extraer del mismo es una idea acerca de en qué medida su distribución en una compañía determinada es comparable con la que tiene en el ramo del seguro de vida en su conjunto. Si el porcentaje de los activos de cada categoría, respecto de una compañía dada se acerca al del ramo, es probable que su programa de inversiones se encuentre poco más o menos a mitad de camino comparado con el de otras entidades. No obstante, si existen diferencias significativas, convendría hacer una investigación más a fondo en su programa de inversiones, en la que uno de los factores más importantes que hay que tener en cuenta es el tipo de interés conseguido.

Al analizar el programa de inversión de una empresa, es preciso no perder de vista las circunstancias mercantiles y económicas, y los efectos que las mismas podrían tener sobre un programa de inversiones «prudente». Deberá recordarse también que «aprender de lo pasado es mejor que prever lo futuro»; sólo el tiempo puede servir para juzgar con certeza la solidez de un programa de inversiones determinado.

Los *efectos públicos norteamericanos* no deben ocupar un puesto demasiado importante en el estado actual de una compañía en relación con el promedio del ramo (que al término de 1974 era del 4,5 por 100). Lo contrario significaría que la empresa concede una prioridad indebida a la seguridad y a la liquidez en menoscabo de la rentabilidad.

Las *obligaciones de empresas privadas*, que forman alrededor del 36,7 por 100 de los activos totales de todas las compañías, representan, por lo general, una posición a medio camino entre la seguridad, la rentabilidad y la liquidez.

(11) Las hipotecas adquiridas por encima o por debajo de su valor nominal se consignan, en muchas ocasiones, por valores en que se tienen en cuenta la prima o el descuento.

Las *obligaciones exentas de impuestos* (emitidas por los Estados y las corporaciones locales) no representan más que un pequeño tanto por ciento de los activos (alrededor del 1,4 en 1974) pero pueden aumentar en vista del tratamiento que se da a las rentas de esos títulos en el impuesto federal sobre los beneficios de las compañías de seguros de vida.

La mayoría de las empresas aseguradoras hacen constar en la memoria anual o indican a petición de los interesados la lista de los valores que componen su cartera. La proporción cada vez mayor de los títulos que se obtienen mediante colocación directa dificultan el que un extraño pueda formar un juicio válido acerca de su calidad (12). Es posible, empero, determinar si una compañía de seguros de vida ha invertido de manera excesiva en los valores de una empresa determinada y hacerse una idea aproximada de la *diversificación* de su cartera.

Las *acciones* suelen constituir un pequeño porcentaje del activo total. Las acciones preferentes y garantizadas representan alrededor del 2,7 por 100 de los activos totales de las compañías del ramo, y las ordinarias, el 5,7 por 100 más o menos. La cantidad de acciones ordinarias, por más que siga siendo reducida, ha crecido de manera considerable en el transcurso del pasado decenio. Si se observase una proporción elevada del activo invertido en acciones ordinarias, ello podría ser un indicio de que se presta poca atención a la seguridad en el programa de inversiones. En la mayoría de los Estados, las leyes limitan la cartera de acciones ordinarias a un pequeño porcentaje del activo, y sería raro que una empresa de rango nacional quisiera o pudiera llegar al máximo permitido. Una compañía que desarrolle sus actividades en un ámbito geográfico limitado y que tenga un tanto por ciento elevado de capital y de excedentes en relación con el activo, es concebible que pueda acercarse al máximo legal, pero existe el factor limitativo de que éste no se basa en el coste sino en el precio de mercado, y no cabe duda de que aquella tratará de dejar un margen de seguridad entre el importe invertido y el permitido.

(12) Principalmente, debido a los problemas que implica la determinación de los valores correctos de muchas obligaciones colocadas directamente y de las acciones, se exige a las compañías de seguros de vida la constitución de la Reserva Obligatoria de Valoración de Títulos.

Una de las principales objeciones que se oponen a que la cartera de acciones ordinarias alcance demasiado volumen (y una de las razones para las limitaciones impuestas por los Estados) consiste en que no se ha conseguido descubrir ningún método satisfactorio para valorar aquellas con independencia de las fluctuaciones a corto plazo de los mercados bursátiles. Ha sido tradicional medir los compromisos de las compañías de seguros de vida por importes fijos, y las acciones no resultan satisfactorias para una inversión en gran escala, debido a que tienden a oscilar según las circunstancias económicas y el mercado, dejando abierta la posibilidad de que la empresa incurra en insolvencia durante un momento de depresión, aun cuando pudiera recuperarse con una plusvalía considerable cuando volviera a subir el precio de mercado de esos valores. No obstante, la legislación que permite la financiación mediante cuentas separadas puede dar lugar a que se inviertan en acciones ordinarias, una proporción cada vez mayor de los activos de las aseguradoras de vida, con lo que se añadirían nuevos problemas al análisis de la información financiera de una empresa determinada (13).

Las hipotecas suelen constituir la segunda categoría de las inversiones por orden de importancia, ya que en 1974 representaban el 32,8 por 100 de los activos del ramo de seguro de vida. A las hipotecas se las suele considerar como menos líquidas que las obligaciones, ya que normalmente no se pueden negociar con la misma facilidad. Por supuesto, existe cierta liquidez a través del rendimiento por amortizaciones y pagos anticipados. También aquí se debe tener en cuenta al valorar la cartera de una compañía el equilibrio entre la liquidez y la mayor rentabilidad de las inversiones hipotecarias. Por supuesto, un elemento importante es el tanto por ciento de las hipotecas que están avaladas por la Administración Federal de la Vivienda o por la de los Veteranos. Esas hipotecas «aseguradas» tienen la característica de ser más fácilmente negociables que las convencionales. Por lo demás, la mayoría de las que se constituyen actualmente tienen estipulada su completa amortización en un plazo de años determinados, práctica que ha mejorado mucho su posición como

(13) Ver capítulo 41. Ver también HAROLD G. FRAINE: *Valuation of Securities Holdings of Life Insurance Companies* (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1962).

inversiones, por lo que atañe a seguridad y liquidez. Si se invierte en préstamos hipotecarios, es aconsejable que los mismos tengan un volumen importante. Los elevados costes fijos que suelen llevar consigo las hipotecas las hacen poco rentables en pequeños volúmenes.

Como se señaló anteriormente, la cartera de hipotecas garantizadas por la Administración de los Veteranos y por la Administración Federal de la Vivienda en poder de las compañías de seguros de vida no ha dejado de disminuir en los últimos años. También debe llamarse la atención sobre el desplazamiento que en esa cartera se ha registrado de las hipotecas residenciales hacia las comerciales, lo cual refleja la actual situación de los mercados monetarios.

La *inversión en bienes raíces* constituye una partida relativamente poco importante en el balance de la mayoría de las empresas aseguradoras. Se trata de un medio de inversión poco idóneo para que en él se materialice una parte importante del activo debido a sus especiales características, entre ellas la falta de liquidez, la inestabilidad de su valor, y las posibles desventajas fiscales de acuerdo con la actual legislación sobre el impuesto federal sobre los beneficios.

Los bienes raíces adquiridos a consecuencia de la *ejecución de hipotecas*, son una partida insignificante hoy en día. En la mayoría de las compañías, la *oficina central* (terrenos y edificios) no representa más que una pequeña fracción del activo. En ocasiones, una pequeña compañía aseguradora posee una oficina principal que constituye una proporción importante del activo, lo cual puede ser un síntoma de excesiva expansión o de falta de una gestión prudente. Existe también el peligro de que el valor contable asignado a esa propiedad sea superior al que pudiera obtenerse por su venta, en particular en un momento de depresión económica. No obstante, es mucho más corriente que el valor contable de la oficina principal sea inferior a su valor equitativo de mercado. Son muchas las compañías que cada año reducen el valor contable de su sede central para tener en cuenta la amortización y la obsolescencia, y esa «reducción» en la mayoría de los casos sobrepasa la depreciación real.

El *material de transporte* en cantidades moderadas constituye

un medio idóneo de inversión, cuyas ventajas e inconvenientes son un tanto similares a las de los bienes inmuebles.

Los *anticipos sobre pólizas* representaban al cerrarse el ejercicio de 1974, el 8,7 por 100 de los activos de las compañías de seguros de vida, frente a un máximo del 18 por 100 en 1932 y 1933. Esa cifra representa el nivel más alto de los anticipos sobre pólizas desde los años cuarenta. Como los mismos se suelen hacer solamente sobre los seguros ordinarios, su porcentaje en una compañía determinada puede ser superior o inferior al promedio del ramo, según la proporción de sus reservas matemáticas que corresponda a esa clase de seguros.

Por lo general, la situación económica es el factor primordial que influye sobre la cantidad de anticipos sobre pólizas pendientes en cada momento. En una compañía determinada su porcentaje puede ser mucho más elevado que en el promedio del ramo, a consecuencia de factores que no revisten especial importancia. Por otra parte, un elevado tanto por ciento pudiera ser un inicio de que la compañía opera en una zona deprimida y de que su negocio probablemente sea más vulnerable a las rescisiones por impago y a los rescates que el de otra que se aproxime más al promedio del ramo. La reciente subida del tipo de interés del mercado para los préstamos a niveles superiores al tipo garantizado en la mayoría de los contratos en vigor, ha sido uno de los factores que más han influido en el aumento de los anticipos sobre las pólizas.

3. *Primas netas diferidas y no cobradas.*—Como se señaló más arriba, se considera a esta partida como una porción del activo para compensar la sobreestimación del pasivo por reservas matemáticas originada por la diferencia entre la estimación hecha sobre el pago de las primas al calcular las reservas y la modalidad efectiva del pago de las mismas. En sustancia, hay una sobreestimación tanto del activo como del pasivo con la consecuencia de que la posición del excedente de la compañía no experimenta variación. En esta partida se encuentran representadas también las primas vencidas y no pagadas, ya que en este caso existe asimismo una sobreestimación de la reserva.

4. *Intereses y rentas vencidos y devengados.*—En un estado completo del activo, deben figurar no sólo las partidas que se

encuentran efectivamente en poder de la empresa, sino también las representadas por los importes debidos a la misma, tanto si han vencido efectivamente como si forman parte únicamente de pagos que vayan a recibirse más tarde.

En el caso de los efectos a cobrar vencidos y no pagados, sólo existe un activo sólido si el pago está garantizado (que es lo que suele ocurrir respecto de las hipotecas y otros préstamos).

Los intereses devengados (cuando no ha habido falta de pago) constituyen un activo sólido. Por ejemplo, en el caso de las obligaciones, de proceder a su venta en el precio de ésta se reflejaría la presencia de los intereses devengados. En época normal, es probable que los intereses atrasados no sean una partida cuantiosa; a menudo se le anota junto con la mucho más importante de los intereses devengados. Pero en períodos de depresión económica, los intereses atrasados de las hipotecas pueden alcanzar una cifra considerable (14). En esas épocas, su magnitud puede ayudar a dar alguna indicación sobre la calidad de la cartera de hipotecas. Pero la utilidad de este indicador, se ve mermada por el hecho de que las prácticas de las compañías de cancelar los intereses atrasados llevándolos a la cuenta de pérdidas como activos no admitidos, varían sobremanera. Es posible que una compañía con una cartera de excelente calidad presente en su memoria anual más intereses vencidos y no pagados, que otra que tenga una cartera de calidad inferior. Esto podría ocurrir si la primera hace figurar la mayoría de sus intereses atrasados como una partida de los activos admitidos y la segunda les da el tratamiento de activos no admitidos, tal vez por que su cobro no resulte más dudoso que en el caso de la primera compañía.

5. *Otros activos.*—Otros activos que se suelen consignar en un estado son, principalmente: a) otros importes debidos a la compañía pero no recibidos todavía (por ejemplo, la liquidación de siniestros reasegurados, y b) préstamos pignoraticios, ninguno de los cuales constituye cifra importante en los estados habituales. Algunas empresas también incluyen en esta categoría

(14) Al activo no se lleva ninguna partida de intereses atrasados por las obligaciones en mora, ya que en el valor de mercado de las mismas se suele reflejar esa falta de pago.

el equipo electrónico para el tratamiento de datos a gran escala. En determinadas compañías, la constitución de asociaciones de cuentas en participación, de sociedades en comandita y de otras cuentas de relación similares, a través de la actividad inversora, pueden formar una categoría importante del activo.

6. *Activos en cuentas separadas.*—Las compañías de seguro de vida norteamericanas empezaron a utilizar las cuentas separadas en relación con su actividad en el campo de las pensiones a principios de los años sesenta. Los primeros datos disponibles sobre el tema se hicieron públicos en 1963, año en el que doce compañías estadounidenses, declararon unos activos totales de $ 28 millones en esas cuentas separadas. Desde entonces, la utilización de este vehículo de la inversión ha aumentado de manera sustancial, hasta el punto de que al término de 1974 los activos globales en esas cuentas ascendían a $ 9.300 millones. Para entonces, el número de aseguradoras de vida que cumplimentaba los estados anuales separados relativos a esas cuentas, según lo exigido por los organismos competentes, se elevaba ya a 120.

Una *cuenta separada* es un fondo creado por una compañía de seguros de vida y administrado aparte de todos los demás activos sociales. En las leyes de los estados se dispone que los activos de las cuentas separadas se pueden invertir sin sujeción a las restricciones que pesan sobre las inversiones de los activos de las compañías de seguros de vida. En consecuencia, la cartera de una cuenta separada pudiera muy bien estar constituida nada más que por acciones ordinarias, por obligaciones, o por hipotecas o por alguna combinación de esos tres tipos de inversiones. En el momento actual (así como en todos los ejercicios en los que se ha declarado la distribución de los activos en las cuentas separadas), la mayoría de esas cuentas se han invertido casi enteramente en acciones ordinarias.

Todas las rentas, así como todas las pérdidas y ganancias de una cuenta separada se imputan directamente a las cuentas de las pensiones, rentas vitalicias o seguros de vida de aquellas personas o grupos que optaron por una protección basada sobre inversiones en activos variables.

Aunque el destino primordial de las cuentas separadas ha sido el de financiar las rentas vitalicias individuales y colectivas,

la introducción del seguro de vida variable, cuando se produzca, acrecentará su empleo para estos fines. Al contrario de lo que ocurre con los recursos invertidos en las cuentas generales de las compañías de seguros de vida, el comportamiento inversor de las cuentas separadas no tiene ninguna garantía mínima. Quienes desean que se coloquen sus fondos en una cuenta separada aceptan los riesgos de la inversión, tanto más cuanto que la mayor parte, si no la totalidad de los mismos, se colocan en acciones ordinarias u otras participaciones en el capital de empresas. Recientemente, el aumento en las adquisiciones de rentas vitalicias variables por particulares, ha canalizado todavía más recursos hacia las cuentas separadas de las empresas aseguradoras.

A una cuenta separada se suelen llevar los fondos de muchos tenedores de pólizas o vitalistas según una fórmula de inversión combinada; es lo que se llama una «cuenta común». Sin embargo, a un importante tenedor de póliza se le puede abrir una cuenta individual separada, a la que se lleven solamente sus aportaciones.

Del importe total de los activos que figuraban en cuentas separadas al término del ejercicio de 1974, el 67 por 100 estaba representado por acciones ordinarias, frente al 79 por 100 del total al final de 1973, descenso que puede achacarse de manera principal a la depresión por la que atravesó el mercado bursátil durante ese año.

Pasivo.—Los pasivos que aparecen en un estado habitual pueden clasificarse como sigue:

1. Reservas matemáticas de pólizas.
2. Importes en depósito para los tenedores de seguros y los beneficiarios.
3. Dividendos (para los accionistas y los tenedores de seguros) que se han adjudicado, pero que no serán pagaderos hasta después de la fecha del balance.
4. Siniestros ocurridos pero no liquidados todavía.
5. Otras cantidades a pagar.
6. Cantidades por cuenta de otros.
7. Reservas especiales consideradas como pasivo.

1. *Reservas matemáticas de pólizas.*—Las reservas matemáticas son los importes que, según las tablas de mortalidad (o de otro tipo) con que se opere y los tipos de interés, son necesa-

rios, junto con las primas que se prevé recibir en el futuro, para satisfacer las prestaciones estipuladas en los contratos de seguro de vida, de enfermedad y de renta vitalicia, y comprenden las reservas para «prestaciones especiales», es decir, las previstas para los casos de incapacidad total permanente o de muerte por accidente, y las de los contratos complementarios con contingencias de vida.

Según lo indicado en el balance de la tabla 42.1, la proporción más importante del pasivo de una compañía de seguros de vida está representada de manera abrumadora por la categoría de las «reservas matemáticas». En las leyes de los estados se establecen los *criterios mínimos* para el cálculo de la mayoría de esas reservas, y en aquellos casos en que no los hay, la compañía debe convencer al inspector de que la base utilizada como reserva es suficiente. En el estado A.N.I.S. se consignan los detalles de las bases de las reservas matemáticas. Cierto número de departamentos estatales de seguros, calculan por su cuenta la mayoría de las reservas matemáticas de las compañías del estado, por lo que cabe admitir que aquéllas suelen ser suficientes.

En una memoria anual puede no darse ninguna indicación acerca de las bases de mortalidad, morbilidad e interés, o del método (de prima neta uniforme o de plazo preliminar modificado) (15) utilizadas en el cálculo de las reservas matemáticas. En consecuencia, tal vez sea imposible decir, a la vista de la memoria anual, si la base de la reserva se encuentra en el mínimo prescrito o cerca del mismo, o si por el contrario, la base utilizada arroja unas reservas superiores a las mínimas, y por tanto más conservadoras. Algunas de las publicaciones especializadas anteriormente mencionadas facilitan información sobre los tipos de interés utilizados en el cómputo de las reservas, y también sobre si se ha recurrido al método de la prima neta uniforme o a otro en el cálculo de aquellas. No suelen decir casi nada acerca de la base de las reservas del seguro de enfermedad.

(15) La cuestión del método de valoración se plantea primordialmente sólo con respecto de las reservas de los seguros de vida y de enfermedad, debido a que las otras categorías importantes de reservas —rentas vitalicias y contratos complementarios— en su mayoría no están sometidas a más pagos de primas, por lo que no surge ese problema con respecto a esas categorías.

En igualdad de condiciones, cuanto más bajo sea el tipo de interés utilizado para la valoración, más altas serán las reservas. Por lo tanto, se suele considerar que un tipo bajo de interés para la valoración revela un criterio de prudencia e indica una base fuerte en dicha valoración. Por lo demás, las reservas son superiores con una base de prima neta uniforme, que con otra de plazo preliminar puro o modificado, de modo que, si los demás factores son idénticos, la primera es la que resulta más prudente. No debe perderse de vista, sin embargo, que intervienen otros elementos —como los márgenes de las primas brutas y la magnitud de las prestaciones de reservas garantizadas— que deberán tenerse en cuenta al analizar la prudencia relativa de la base de valoración del pasivo por reservas matemáticas.

2. *Importes en depósito para los tenedores de seguros y los beneficiarios.*—En esta categoría se incluyen: a) importes en poder de la compañía en virtud de contratos complementarios sin contingencia de vida, b) dividendos en su poder en virtud de la opción de acumulación, y c) primas pagadas anticipadamente.

Entre los *contratos complementarios* figuran liquidaciones con contingencias de vida y sin ellas. Los que estipulan rentas basadas en contingencias de vida son, efectivamente, rentas vitalicias y forman parte de las reservas matemáticas de pólizas ya mencionadas. Aquí se incluyen los restantes fondos depositados con interés, o según las opciones con plazo fijo o con importe fijo.

Los *dividendos de los tomadores de seguros* pueden acumularse con interés, de conformidad con los contratos con participación, y en la mayoría de las mutuas es un importe considerable el acogido a esta opción. El pasivo que aparece en el balance comprende los intereses devengados pero todavía no pagaderos hasta la fecha de aquél.

Las *primas pagadas de manera anticipada* no suelen revestir demasiada importancia en comparación con la partida de las reservas matemáticas, pero en una compañía determinada pueden alcanzar un importe considerable. Se suele reconocer, en las compañías, como cuestión de principio, el derecho a pagar las primas por anticipado, pero la mayoría de ellas sólo lo permiten

dentro de unos límites y con un descuento moderado. El importe de la partida total que aparece en el balance, es el valor descontado de todas las primas cobradas de ese modo y que todavía no hayan vencido.

3. *Dividendos adjudicados pero que todavía no son pagaderos.*—Con respecto a los tomadores de seguros, la práctica generalmente aceptada, excepto en contratos colectivos, consiste en llevar al pasivo el importe estimado de los dividendos repartidos a los tomadores de seguros en el curso del siguiente año natural. Se procede así, partiendo de la premisa de que los dividendos repartidos en un año natural determinado, se pagarán con cargo al excedente conseguido en el año anterior. Sin embargo, hay algunas compañías que no toman ninguna medida oficial respecto a sus dividendos para el siguiente año, antes del 31 de diciembre. Sólo llevan al pasivo el importe estimado de los dividendos a los tomadores de seguros, por una parte del año siguiente, como tres meses por ejemplo. En todo caso, cuando los consejeros o los síndicos deciden asignar una cantidad determinada para pago de dividendos, la misma se convierte en parte del pasivo y debe aparecer en el balance como tal.

En el caso de las sociedades por acciones, los dividendos a los accionistas pasan a ser parte del pasivo, desde el momento en que el consejo de administración acuerda su reparto.

4. *Siniestros ocurridos pero no liquidados todavía.*—En esta categoría del pasivo se incluyen: a) siniestros debidos pero no pagados todavía, b) siniestros rechazados o en discusión, c) que se encuentran en curso de liquidación, y d) *responsabilidad estimada* por los siniestros *ocuridos* hasta la fecha del estado (por lo normal el 31 de diciembre) pero de los que *no se ha dado parte* todavía.

Las dos primeras categorías son muy reducidas, ya que los siniestros se suelen pagar tan pronto como se recibe el expediente completo, y es muy baja la proporción de los siniestros de vida o enfermedad que son objeto de litigio. A la tercera categoría, también pequeña, pertenecen los siniestros que se encuentran todavía en curso de investigación o respecto de los cuales no se ha recibido la documentación completa. La última categoría, la de los siniestros *ocurridos pero todavía no comunicados,*

puede ser bastante elevada, en particular por lo que se refiere al seguro de enfermedad. Su cuantía se estima sobre la base de la experiencia de años anteriores.

5. *Otras cantidades a pagar.*—Además de los siniestros pendientes de liquidación, hay que responder de otras partidas causadas pero todavía no satisfechas, como gastos, impuestos, valores de rescate, etc. Uno de los principales conceptos de este grupo es el importe estimado de lo que habrá que pagar por el impuesto federal de sociedades, sobre los ingresos del presente año.

6. *Cantidades por cuenta de otros.*—Como se ha indicado anteriormente, en el pasivo deben figurar los depósitos de los deudores hipotecarios para el pago de impuestos, las primas de seguros y otras cantidades similares todavía no vencidas, las cantidades debidas a las compañías de reaseguros, las retenciones sobre nóminas, y demás recursos que la empresa tiene en su poder de manera temporal.

7. *Reservas especiales.*—La distinción entre algunas reservas especiales que en algunas compañías se denominan *pasivo* y las que en otras se denominan meramente *excedentes afectados* es harto sutil. Por ejemplo, una reserva especial para un fin especial, en una compañía puede considerarse como parte del pasivo, y en otra como parte de la cuenta de excedentes.

La Reserva Obligatoria de Valoración de Títulos es exigida por la ley en la mayoría de los estados, y debe figurar en el pasivo, aun cuando por su naturaleza se trata básicamente de un fondo de contingencia o excedente afectado. La finalidad de esta exigencia es acumular una reserva en el transcurso de los años para protegerse contra las fluctuaciones adversas en el valor de los títulos (acciones y obligaciones) y contra las pérdidas en su venta. Este fondo se nutre mediante aportaciones anuales hasta alcanzar el máximo establecido. La cuantía de la aportación anual depende de los valores de las acciones y obligaciones en cartera, y de los beneficios netos de capital por dichos títulos en el curso del año. A las compañías se les permite, dentro de unos límites, llevar a la reserva una cantidad superior a la exigida. Esta reserva sólo guarda relación con los títulos bursátiles

y no está destinada a proteger a la compañía contra la disminución en el valor de los demás tipos de inversiones.

A consecuencia de las liberales condiciones en la liquidación optativa de las pólizas emitidas con anterioridad, son muchas las compañías que tienen establecida una *reserva especial para las opciones de liquidación no vencidas*, que forma parte de manera más clara del pasivo y a la que muy bien podría incluirse dentro de las reservas matemáticas de pólizas. De modo análogo, la reserva especial que suelen establecer las empresas que contratan seguros colectivos para cubrir los riesgos catastróficos, se aproxima a la naturaleza del pasivo, pese a lo cual, muchas de ellas le dan el tratamiento de excedente afectado (ver más abajo). En esta cuestión de la consideración de las reservas especiales como pasivo o como parte de los excedentes, sería de desear una mayor uniformidad, pues el hecho de adolecer de ella constituye una dificultad a la hora de analizar los balances de cada compañía en particular.

Las empresas aseguradoras, en ocasiones, llevan al pasivo otras partidas destinadas a cubrir toda una variedad de situaciones especiales, en las que existe una incertidumbre superior a la habitual sobre si se producirá o no una responsabilidad complementaria. Esas partidas especiales, si son de poca monta, lo más probable es que se incluyeran bajo el encabezamiento de «Otros pasivos»; si son de mayor cuantía, podrían figurar por separado en la memoria anual. En cualquiera de los casos, se las consignaría por separado en el estado A.N.I.S.

Resulta difícil decir cómo valorar esos pasivos especiales en una compañía determinada, ya que su ausencia del balance podría obedecer a haberse elaborado la base de la reserva con un criterio tan prudente y conservador que holgara su presencia. Por otra parte, podría ocurrir también que la situación de los excedentes no fuera tan sólida que permitiera la constitución de esas partidas especiales del pasivo, por más falta que hiciesen. Sería necesario un profundo análisis actuarial de la estructura de la compañía antes de estar en condiciones de aseverar cuál de estas situaciones es más probable, aunque también pudiera ser otra distinta. E incluso entonces, sería mucho lo que influiría el juicio particular de la persona que procediese al análisis. Y a mayor abundamiento, cuando en un estado reglamentario aparecen esas partidas del pasivo, es virtualmente imposible decir si su importe responde a un criterio conservador o no.

Capital y excedentes.—Como se ha señalado más arriba, el exceso del activo sobre el pasivo es lo que forma el capital y los excedentes (16). Como es natural, el capital nada más aparece en los balances de las compañías por acciones. Aunque es una partida que representa un interés de los accionistas en la compañía, se puede disponer de ella para la protección de los tomadores de seguros. En el caso de dificultades financieras, los intereses de los titulares de pólizas *prevalecen* sobre los de los accionistas.

Los excedentes aparecen en la memoria anual (al igual que en el estado A.N.I.S.) en una de estas dos formas:

1. *Fondos de excedentes especiales.*—En algunas compañías, todos o parte de los excedentes se destinan a la cobertura de contingentes especiales. Los ejemplos siguientes, tomados de memorias anuales auténticas, ilustran los tipos de eventualidades cubiertas:

> «Reserva voluntaria para el fortalecimiento de las reservas matemáticas.»
> «Reserva del seguro de vida colectivo para epidemias.»
> «Reserva especial para posibles pérdidas o fluctuaciones de valor de las inversiones.»
> «Reserva voluntaria para contingencias.»

En algunas compañías, a la totalidad de los excedentes se les da el tratamiento de fondo especial para la cobertura de contingencias imprevistas.

2. *Excedentes no distribuidos.*—Puede representar la totalidad de los excedentes o aquella parte de los mismos que no se

(16) Hay cierta tendencia, en las memorias anuales de las empresas (en otras actividades lo mismo que en los seguros), a sustituir el término «excedente» por alguna otra expresión como «reserva para contingencias» o «margen para contingencias». Esta tendencia obedece a la connotación posiblemente desfavorable de la palabra «excedente», que lleva consigo la idea de exceso, de algo más de lo necesario, y con ella se podría hacer creer a los tenedores de pólizas o de acciones, que la empresa retiene más recursos de los necesarios y paga dividendos menores de los que debería.

haya destinado a la cobertura de contingencias específicas o generales.

La afectación de los excedentes para hacer frente a contingencias especiales puede modificarse, como es natural, de un año para otro. Así que la reserva especial para la fluctuación de las inversiones constituida al final de un año, podría utilizarse, en caso necesario, durante el siguiente, para enjugar las fluctuaciones en la tasa de mortalidad derivadas de una epidemia o una guerra.

Resumen de operaciones (ingresos y gastos)

Uno de los elementos más importantes de las memorias anuales de muchas compañías de vida la constituye el «resumen de operaciones» del ejercicio, en el que suele seguirse la pauta general del que figura en el estado anual A.N.I.S. (17). Con todo, y como se explica más adelante, el resumen de operaciones de las memorias anuales características, con frecuencia difiere del consignado en el estado A.N.I.S. por lo que respecta al tratamiento de ciertos detalles, como por ejemplo los gastos por inversiones. En la práctica existe una considerable variedad en el modo de presentación de los resúmenes de operaciones en las memorias anuales.

En la tabla 42.2 se reproduce un ejemplo de resumen de operaciones. Al igual que se hizo con el ejemplo de balance, las partidas que figuran en este estado corresponden aproximadamente a las mismas proporciones de los totales correspondientes respecto de todas las compañías de seguros de vida norteamericanas en 1974. La primera parte del resumen es un análisis de los ingresos.

(17) El estado anual A.N.I.S. contiene también un «Análisis de operaciones por línea de actividad», en el que, como su nombre indica, se analizan las operaciones del ejercicio, desglosadas por líneas de actividad, es decir, según las diferentes clases de contratos, como el industrial, el ordinario, el colectivo, el de enfermedad.

TABLA 42.2

Ejemplo de resumen de operaciones para 1974
(Según el criterio del devengo)

INGRESOS		
Primas de los tomadores de seguros:		
Seguros de vida	$ 10.200.000	
Rentas vitalicias	1.520.000	
Seguros de enfermedad	3.080.000	
Total primas		$ 14.800.000
Beneficios netos por inversiones:		
Intereses, dividendos y rentas, menos gastos e impuestos de las inversiones		3.300.000
Fondos en poder de la compañía:		
Rendimientos de pólizas colocados según contratos complementarios, y dividendos que se dejen acumular		1.860.000
Otros ingresos		40.000
Ingresos totales		$ 20.000.000
DISTRIBUCION DE LOS INGRESOS		
Prestaciones a tenedores de pólizas y beneficiarios:		
Prestaciones por fallecimiento	$ 3.000.000	
Vencimientos de capital diferido	600.000	
Prestaciones por renta vitalicia	600.000	
Prestaciones por incapacidad y seguro de enfermedad	2.400.000	
Prestaciones por rescate (seguros)	1.200.000	
Dividendos acumulados retirados	400.000	
Prestaciones por contratos complementarios	800.000	
Dividendos a tenedores de seguros	1.500.000	
Total prestaciones		$ 10.500.000
Gastos e impuestos de explotación (excluidos los de las inversiones:		
Gastos de producción incluidas las comisiones	$ 2.000.000	
Actividades de seguro en la oficina principal	1.500.000	
Impuestos sobre primas, nóminas y otros aspectos de la actividad aseguradora	150.000	
Impuesto federal sobre sociedades	350.000	
Total gastos e impuestos		4.000.000

TABLA 42.2 (*continuación*)

Aumento de las reservas exigidas en favor de los tenedores de seguros y beneficiarios			4.500.000
Traspaso a la cuenta de excedentes			1.000.000
Distribución total de los ingresos			$ 20.000.000
MODIFICACIONES EN LA CUENTA DE EXCEDENTES			
Excedentes no distribuidos, 31 de diciembre de 1969			$ 5.800.000
Incrementos:			
Traspasado de las operaciones de seguros	$ 1.000.000		
Incremento neto en el valor de los activos	480.000		
Incremento en los excedentes de la actividad por cuentas separadas	20.000		
Total incrementos		$ 1.500.000	
Deducciones:			
Dividendos a accionistas	$ 100.000		
Pérdidas netas por venta de activos.	300.000		
Incremento en las reservas por cuenta de la modificación de la base de valoración	200.000		
Incremento en la Reserva Obligatoria de Valoración de títulos	500.000		
Incremento en los fondos de excedentes especiales	100.000		
Total deducciones		1.200.000	
Incrementos netos			300.000
Excedentes no distribuidos, al 31 de diciembre de 1974			$ 6.100.000

Nota: Entre las primas de seguros consignadas, figuran las correspondientes a las prestaciones de incapacidad y muerte por accidente.

Ingresos.—Los ingresos de una empresa de seguros de vida están compuestos de manera primordial por:

1. Primas.
2. Contrapartidas por contratos complementarios y depósitos.
3. Renta de las inversiones.
4. Ganancias de capital.
5. Otros ingresos.

1. *Primas.*—Entre los ingresos en concepto de primas figuran, además de las pagadas de manera regular por los titulares de pólizas: a) dividendos dejados por los mismos en forma de seguro complementario desembolsado, y b) producto de pólizas (procedente de siniestros por fallecimiento, vencimiento de capital diferido y rescates) que se dejan en poder de la compañía como contrapartida por contratos complementarios con contingencias de vida. Como es natural, las primas constituyen con mucho la fuente más importante de los ingresos.

2. *Contrapartidas por contratos complementarios y depósitos.*—Una proporción considerable del producto de las pólizas por fallecimiento, vencimiento de capital diferido y rescate, se deja en poder de la compañía, de conformidad con fórmulas de liquidación optativas *sin* contingencias de vida. Aunque por parte de la compañía no se efectúa más pago en efectivo que el del primer plazo en el momento de liquidarse el siniestro, se considera *como si* esas cantidades hubieran sido satisfechas primero al tomador del seguro en efectivo y devueltas de inmediato a aquélla. Por lo tanto, a estas partidas *se las anota como ingresos y como gastos.* Al no tener lugar ningún desembolso en efectivo (pues al del primer plazo se le considera como una operación aparte), no se modifica el importe total del activo de la compañía.

La misma situación existe por lo que respecta a los dividendos en poder de la compañía de acuerdo con la opción de acumulación. Con el fin de consignar el verdadero importe total de los dividendos «satisfechos», a los dividendos depositados se les incluye entre los demás dividendos dentro de los gastos y se les anota también como ingresos.

3. *Renta de las inversiones.*—La renta de las inversiones está formada por: a) intereses de las obligaciones y préstamos, así como sobre otras partidas varias, tales como los intereses sobre los saldos de los agentes; b) dividendos por acciones; y c) rentas de los bienes inmuebles y del material de transporte propios, incluida la que la compañía se carga a sí misma por la ocupación de bienes propios, tales como su oficina principal. Esta última partida es necesaria si se quiere reflejar el verdadero rendimiento de la inversión.

La cuantía de los «intereses» en el caso de las obligaciones amortizables, no suele ser por lo normal el importe del cupón, sino más bien el interés efectivo rendido por la obligación, incluida la amortización de la prima o la acumulación del descuento.

En la memoria anual, la renta de las inversiones puede aparecer «en bruto» *antes* de la deducción de los gastos e impuestos de las mismas. No obstante, en el estado anual A.N.I.S. es preceptivo consignar tanto la renta bruta como la «neta», esto es, *después* de deducidos los gastos e impuestos de las inversiones. Son muchas las compañías que en sus memorias anuales indican tan sólo la renta neta de las inversiones. Por tanto, debido a las diferencias en el proceder de las distintas compañías, a menudo resulta difícil establecer comparaciones entre ellas a partir de los datos que figuran en sus memorias anuales. Y éste no es más que uno de los campos en los que se plantea una dificultad similar.

4. *Ganancias de capital.*—Las *ganancias de capital realizadas* obedecen a la venta de un activo por un importe superior al que figura en los libros.

Las *ganancias de capital no realizadas* son consencuencia de la revalorización de activos y de los cambios en el valor de mercado de los títulos no amortizables, los cuales, como se recordará, se valoran en el balance, salvo por lo que respecta a las acciones preferentes «de buena calidad», a los precios corrientes de mercado. Aunque esas ganancias o pérdidas no se hayan realizado, repercuten en un cambio en la cuantía del activo, por lo que deben tener reflejo en el cambio de los excedentes correspondientes al ejercicio.

En sus memorias anuales, algunas compañías incluyen en sus ingresos las ganancias netas de capital realizadas (ganancias menos pérdidas). Sin embargo, en el estado A.N.I.S. se excluyen de los ingresos todas las ganancias y pérdidas de capital, reflejándolas directamente en la «cuenta de excedentes», de la que se tratará más adelante, y cuyo examen se simplificará bastante si se tiene en cuenta que en las memorias anuales se incluyen también en ella todas las partidas relativas al capital.

5. *Otros ingresos.*—Suelen ser de poca cuantía en relación con los ingresos totales; comprenden las partidas menores que no encajan claramente en ninguna de las tres primeras categorías descritas más arriba.

Gastos.—Los gastos o desembolsos de una compañía de seguros de vida están formados por:

1. Pagos contractuales.
2. Pagos con cargo a fondos depositados.
3. Dividendos de los tenedores de seguros.
4. Gastos de explotación.
5. Pérdidas de capital.

1. *Pagos contractuales.*—Los pagos contractuales son todos los de prestaciones, que comprenden —además de los pagos regulares por fallecimiento, capital diferido o rentas vitalicias— los valores de rescate en efectivo, y los pagos de conformidad con contratos complementarios con contingencias de vida, así como los correspondientes a la renuncia de prima, pensión de incapacidad y seguro de enfermedad.

Se incluirá el importe total de los pagos por siniestros cuando se deje el mismo en poder de la compañía, en uso de una opción de liquidación. Lo mismo ocurrirá cuando se deduzca un anticipo sobre una póliza, ya que el importe total del siniestro es igual a la cancelación del activo (el anticipo sobre la póliza) más el pago neto en efectivo. Por lo que respecta a las pensiones por incapacidad (satisfechas en metálico) y a las primas renunciadas (no satisfechas en metálico), ambas se incluyen por su total entre los gastos. En el caso de la renuncia de primas se procede como si la misma hubiera sido satisfecha primero a la compañía y devuelta seguidamente. Es peciso hacerlo así para que tengan su reflejo adecuado los ingresos por primas y los pagos por prestaciones.

2. *Pagos con cargo a fondos depositados.*—A esta clase de desembolsos corresponden en primer lugar los pagos regulares efectuados de acuerdo con contratos complementarios *sin* contingencias de vida, y los importes correspondientes a las acumulaciones de dividendos, retirados o pagados, con liquidaciones por fallecimiento, capitales diferidos vencidos, o valores de res-

cate, y a todos ellos se les podría clasificar también, en buena lógica, como «contractuales».

3. *Dividendos de los tenedores de seguros.*—Si se supone que, a efectos de dividendo, el ejercicio coincide con el año natural, el importe total de los dividendos *pagaderos* en cualquiera de éstos, dependerá de los excedentes existentes al término del *anterior año natural.* Al final de cada uno de éstos, se hará una nueva asignación (con cargo a los excedentes) de los dividendos a repartir en el año siguiente. Según el criterio del devengo, el desembolso del año en curso es igual a los pagos efectivos por dividendos correspondientes al año más la nueva asignación menos la antigua.

4. *Gastos de explotación.*—Se ha tratado de las principales categorías de gastos en relación con la obtención de las primas brutas. Deberá señalarse aquí, empero, que los impuestos (salvo por lo que se refiere a las contribuciones territoriales) están compuestas, primordialmente, por el impuesto federal sobre sociedades y los estatales sobre las primas, ambos de importante volumen. Entre otros impuestos pueden citarse las tasas por licencias, las exacciones para Seguridad Social y otros análogos.

5. *Pérdidas de capital.*—A las pérdidas de capital, tanto realizadas como sin realizar, se las debe tratar como pagos, por las razones ya expuestas al hablar de las ganancias de capital. Como también se señaló allí, en el estado anual A.N.I.S., ahora se llevan todas las ganancias y pérdidas de capital a la cuenta de excedentes. A efectos expositivos, hemos supuesto que en las memorias anuales se sigue el mismo procedimiento.

Ejemplo de resumen de operaciones.—El examen precedente de las partidas de ingresos y pagos de una compañía de seguros de vida, debería simplificar la interpretación del estado de resumen de operaciones.

Como ya se dijo anteriormente, en la actividad de una empresa de seguros de vida hay una gran parte de los ingresos que no «se gastan» en el mismo año que se reciben, sino que se retienen en favor de los tomadores y beneficiarios de los seguros, en forma de aumento de las reservas y de los excedentes (si la compañía está experimentando un proceso satisfactorio de crecimiento. Por lo tanto, en las memorias anuales, a menudo se emplea una expresión más descriptiva, como «distribución de los ingresos» o «destino dado a los ingresos obtenidos» en lugar de hablar de «salidas» o de «desembolsos».

TABLA 42.3

Otra posible presentación de la distribución de los ingresos en el resumen de operaciones

Ingresos totales		$ 20.000.000
Distribución de los ingresos		
Prestaciones totales a los tenedores de pólizas y a los beneficiarios (incluyendo dividendos)	$ 10.500.000	
Gastos e impuestos totales	4.000.000	
Incremento en las reservas obligatorias	4.500.000	
		19.000.000
Beneficio neto de explotación una vez repartidos los dividendos o Traspaso a la cuenta de excedentes		$ 1.000.00

La mayoría de las partidas comprendidas bajo el encabezamiento de «Distribución de los ingresos» no necesitan mayor explicación. Como ya se ha indicado, en las cifras correspondientes a prestaciones por fallecimiento, vencimientos de capital diferido y rescate de pólizas, están incluidas las cantidades que quedan en poder de la compañía, de acuerdo con opciones de liquidación así como las satisfechas en efectivo; de manera similar, en la cifra de los dividendos repartidos a los tenedores de seguros, están comprendidos los depositados para acumulación.

En el ejemplo, de los gastos e impuestos consignados se han excluido los relativos a las inversiones, que ya se dedujeron de la renta de las mismas en la sección de «Ingresos». Debe repetirse que la compañía que sea propietaria del edificio donde está situada su oficina principal debe cargarse a sí misma un alquiler razonable (que se contabilizará al mismo tiempo como gasto y como asiento de compensación de los ingresos). Es preciso proceder así para que se representen los gastos según un criterio comparable, con independencia de que la oficina principal sea propia o alquilada, aunque deba indicarse, de paso, que el primer caso (la propiedad) es el más frecuente.

La partida denominada «traspaso de la cuenta de excedentes» en el ejemplo de resumen de operaciones de la tabla 42.3, es de

TABLA 42.4

Otra posible presentación de la distribución de los ingresos

Ingresos totales		$ 20.000.000
Distribución de los ingresos		
Prestaciones totales a los tenedores de pólizas y beneficiarios (excluidos los dividendos)	$ 9.000.000	
Gastos e impuestos totales	4.000.000	
Incremento en las reservas obligatorias	4.500.000	
		17.500.000
Beneficio neto de explotación antes de repartir los dividendos		$ 2.500.000
Dividendos a los tenedores de pólizas		1.500.000
Beneficio neto de explotación después de repartidos los dividendos		$ 1.000.000

manera fundamental, un asiento de compensación o contrapartida contable (18). En algunas memorias anuales se la denomina «Ganancias netas de explotación después de dividendos». La tabla 42.3, en la que se han redistribuido algunas de las principales partidas que figuran en el ejemplo de resumen de operaciones, puede servir para aclarar la naturaleza de ese último concepto e indicar por qué se le puede denominar de cualquiera de esas dos maneras.

En algunas memorias anuales, no se juntan los dividendos pagado a los tenedores de pólizas con las prestaciones satisfechas a los mismos y a los beneficiarios. En tales casos, puede darse el beneficio neto de explotación, tanto *antes* como *después* de los dividendos. En la tabla 42.4, que se basa en los resultados de explotación utilizados en la tabla 42.2, sirve de ilustración a lo dicho. (La tabla 42.4 sigue de manera paralela el tratamiento de esos conceptos en el estado anual A.N.I.S.)

Con la expresión «ganancia neta» se da a entender —de manera incorrecta— que la compañía, como algo distinto de los tenedores de seguros, se beneficia con esa ganancia; por lo tanto hay cierta repugnancia hacia el uso de tal expresión. Esto es particularmente aplicable a la «ganancia neta antes de dividendos»

(18) En una compañía de seguros de vida por acciones, al beneficio de explotación se le considera como un importante criterio para medir el resultado de la actividad y es algo más que una «contrapartida contable».

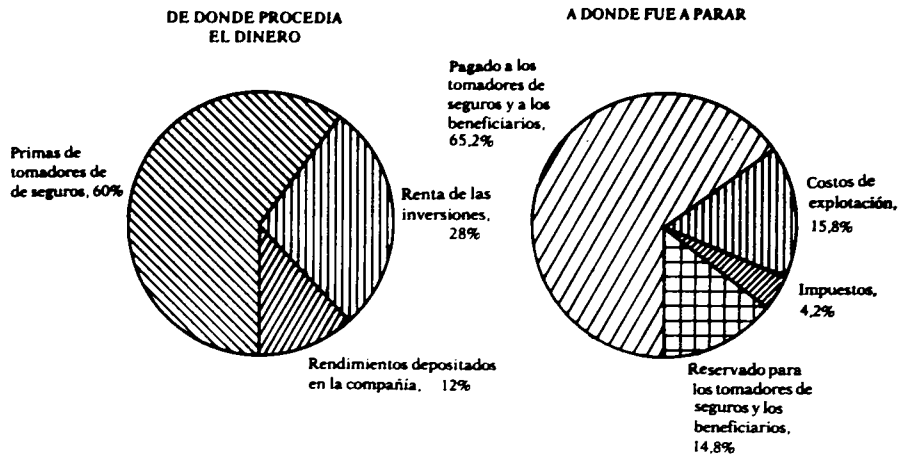


GRAFICO 42.1.—Origen y destino de los ingresos dólar en 1974

que suele ser casi siempre una cifra relativamente elevada dentro de la actividad del seguro con participación. Por lo tanto, cierto número de compañías prefiere el sistema de presentación utilizado en la tabla 42.2.

Es harto corriente hacer en las memorias anuales un análisis gráfico de los «ingresos dólar» en el ejercicio corriente. Entre esos gráficos suele haber grandes diferencias en cuanto al formato, pero sus características principales se encuentran bastante nomalizadas. El gráfico 42.1 constituye un ejemplo típico.

En relación con esos gráficos, se indica a menudo, que el dinero pagado o retenido a los tenedores de seguros y a los beneficiarios es superior al recibido de ellos, debido a que los beneficios de las inversiones superan a los gastos e impuestos de explotación.

Cuenta de excedentes

En muchas memorias anuales, el resumen de operaciones suele ir acompañado por un análisis de la cuenta de excedentes, en la que se concilian éstos, al principio y al fin del ejercicio.

Un ejemplo de ella es el que figura en la tabla 42.2 debajo del resumen de operaciones. La mecánica básica de esa conciliación contable puede explicarse como sigue:

A los excedentes no distribuidos al principio del ejercicio, se les suman todas las adiciones efectuadas en el curso del mismo, tales como:

1. Ganancias netas de explotación después de repartidos los dividendos a los tenedores de pólizas y de deducidos los impuestos federales sobre beneficios (excluidos los que recaen sobre los beneficios de capital), y excluidas las ganancias y pérdidas de capital.
2. Las ganancias netas de capital (realizadas y sin realizar), menos los impuestos federales sobre los beneficios realizados.
3. La disminución en la Reserva Obligatoria de Valoración de Títulos.
4. El aumento en los excedentes de la actividad por cuentas separadas.

De esa suma, se sustraen todas las deducciones de los excedentes no distribuidos en el curso del ejercicio, como son:

1. Los dividendos a los accionistas.
2. Las pérdidas netas de capital (realizadas y sin realizar).
3. Los impuestos extraordinarios relativos a años anteriores.
4. El aumento en las reservas a cuenta de la modificación de la base de valoración (fortalecimiento de las reservas).
5. El aumento en la Reserva Obligatoria de Valoración de Títulos.
6. La disminución en los excedentes de la actividad por cuentas separadas.

El saldo será igual a los excedentes especiales, aportados y no distribuidos al final del año.

La cuenta de excedentes resulta sumamente útil para dar una visión de los resultados del ejercicio en curso. Más adelante se trata del problema de la magnitud de los excedentes en relación con la de la compañía.

Otra información estadística

Además de los instrumentos básicos descritos más arriba (balance, resumen de operaciones, cuenta de excedentes), en muchas memorias anuales pueden hallarse otros datos estadísticos complementarios, entre los que suelen figurar:

1. Las cifras de las nuevas operaciones, con indicación del importe de los seguros y del número de pólizas pagadas. Esas cifras pueden ir desglosadas en las diversas categorías de seguros, es decir, ordinarios, colectivos, industriales y de enfermedad (19). En el caso del seguro ordinario, a veces se descomponen las cifras correspondientes según se trate de vida, capital diferido, seguro temporal o complementos ya desembolsados; a menudo se indica también el importe medio de seguro por póliza.
2. Los seguros en vigor, a menudo según las subdivisiones arriba mencionadas.
3. Las prestaciones satisfechas a los tenedores y beneficiarios de seguros a lo largo del año, y el total de las prestaciones satisfechas desde la constitución.
4. El análisis de la siniestralidad por fallecimiento durante el año, según la causa de aquél.

Respecto de cada uno de esos conceptos, se suelen dar las cifras correspondientes al año en curso y al anterior. Con frecuencia se facilitan las cifras correspondientes a algunos de ellos (así como los análisis de los activos por tipos) en cada uno de los últimos cinco, diez o veinte años, o por lapsos de cinco años a lo largo de un período determinado. A partir de las cifras de nuevas operaciones y de seguros en vigor, puede extraerse alguna idea acerca de la tasa de crecimiento de la compañía. Con frecuencia tienen interes para los tenedores de pólizas las variaciones en la distribución de los fallecimientos según su causa.

Las cifras de nuevas operaciones y de seguros en vigor, se suelen presentar con arreglo al mismo criterio que preside la información correspondiente del estado anual A.N.I.S., con la consiguiente duplicación en algunos casos, ya que en las cifras de los seguros en vigor reflejados en aquél se incluyen los reaseguros tomados de otras compañías además de todas las operaciones suscritas directamente, se hayan o no «cedido» parte de las mismas a otra compañía como reaseguro. Así pues, si se procede a sumar las cifras correspondientes a todas las compa-

(19) Los ingresos por primas son el criterio empleado habitualmente para medir los importes de los seguros de enfermedad.

ñías, se produce una duplicación en la medida en que haya habido operaciones de reaseguro (20).

Al valorar una compañía es muy útil saber la índole de operaciones que contrata. Uno de los aspectos que tenía más importancia tradicionalmente era la proporción de seguros temporales. Debido a su carácter transitorio y a lo bajo de sus primas y de sus comisiones por cada $ 1.000 de importe, el seguro temporal de ordinario no significa tanto por lo que respecta al crecimiento permanente de la compañía, como las operaciones de vida entera o de capital diferido por una cuantía idéntica (21).

La proporción de nuevos seguros temporales puede influir de manera decisiva sobre el importe medio de seguro por cada póliza ordinaria nueva. El importe nominal medio de las pólizas temporales, es casi siempre mucho más elevado que la media correspondiente a las pólizas de vida entera y de capital diferido, a consecuencia de cierto número de factores, entre los que figuran lo bajo de las primas en proporción al importe del contrato, la diferente distribución por edades de los adquirentes de seguros temporales, y la menor proporción de mujeres entre los contratantes de los mismos.

Es importante el importe medio de seguro por póliza. Hay algunos gastos que dependen del número de pólizas, más que de la cuantía de los seguros, de tal modo que la tasa de gastos por cada $ 1.000, de ordinario, será un tanto más baja en una póliza grande que en otra pequeña. Así pues, a igualdad de todos los demás factores, una compañía con un importe medio elevado de seguro por póliza, tendrá una tasa mayor de gastos por $ 1.000, que otra con un promedio más bajo por póliza. Pero como los demás factores no son nunca iguales en dos compañías distintas, debe obrarse con la máxima cautela al hacer comparaciones entre los importes medios de seguro por póliza en compañías diferentes, como indicación de sus tasas de gastos respectivas.

(20) El balance de situación y el resumen de operaciones no suponen ninguna duplicidad, ya que en ellos se incluyen los datos de los reaseguros tomados, pero se excluyen los datos de las operaciones cedidas a otras compañías.

(21) De las bases para medir el crecimiento de una compañía se trató en el capítulo 41.

La importancia que cabe atribuir a la proporción del seguro temporal o al importe medio de seguro por póliza se ha visto muy mermada por estos dos fenómenos:

1. La popularidad de la póliza familiar, en la que suele combinarse un seguro de vida entera sobre el cabeza de la familia, con otro temporal de menos importe sobre el cónyuge y los hijos. En algunas compañías se une este seguro temporal a los demás del mismo tipo; en otras, se trata a la póliza familiar en su integridad como una póliza permanente de seguro de vida.
2. El uso cada vez mayor de tarifas de primas graduadas según el tamaño de la póliza, y de pólizas «especiales» con elevados importes mínimos. Así pues, el contratante de una póliza grande se beneficia de la reducida tasa de gastos por cada $ 1.000 de su seguro, aun cuando el importe medio de seguro por póliza sea bastante bajo en la compañía con la que suscriba su contrato.

43

Cómo interpretar los estados financieros de una compañía de seguros de vida: II

EL ESTADO ANUAL A.N.I.S.

Como se ha indicado anteriormente, la situación financiera y la gestión de las compañías de seguros, son cuestiones de las que se ocupa la legislación de los Estados y que se encuentran sometidas a la fiscalización constante de las autoridades competentes de los mismos. Con el fin de que los departamentos de seguros de los Estados dispongan de una información que les permita apreciar la situación financiera de una compañía, se exige a cada una de éstas presentar un estado anual sumamente detallado. Esos estados se presentan al departamento de seguros de cada Estado y territorio en los que aquella está autorizada para operar. En Canadá, se presentan en el Departamento del Dominio, sobre el que recae la responsabilidad primordial de la solvencia de las compañías autorizadas por él.

En 1871, al conseguir que los Estados decidieran adoptar su modelo uniforme de estado financiero anual, la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros (llamada entonces Convención Nacional de Seguros de los Estados Unidos) prestó uno de sus servicios más valiosos a la actividad aseguradora. El llamado *modelo A.N.I.S.* es objeto de revisión todos los años por un comité de la asociación, pero de ordinario sólo se efectúan modificaciones de poca monta. Las diferentes clases de compañías

(de vida, de cosas, etc.) preparan sus declaraciones en modelos especiales. La última modificación importante introducida en el modelo del seguro de vida tuvo lugar en 1951. Debe señalarse, con todo, que se han confeccionado modelos de declaración especiales para dar cuenta de las actividades por cuentas separadas y de la contratación de seguros de vida variables.

Aunque esté fuera del ámbito de este volumen el entrar en un análisis completo del modelo de estado anual de la A.N.I.S., vale la pena pasar revista, en términos generales, a los elementos principales del formulario establecido y, también en general, a los tipos de información incluidas en él. A los efectos de este análisis, se dividirá la exposición en dos partes:

1. Los estados financieros primarios.
2. Los anexos y apéndices complementarios.

Los estados financieros primarios

Los *estados financieros primarios* están formados por un *balance de situación* y un *resumen de operaciones.* Por lo que respecta a las principales partidas, los estados del activo y del pasivo aparecen en forma condensada. Así, en el estado del activo se consigna únicamente el importe total por cada categoría (como, por ejemplo, obligaciones o acciones ordinarias), y en el pasivo se dan las reservas matemáticas totales de los seguros de vida y de los de enfermedad, respectivamente. El desglose detallado de esos conceptos se hace en los anexos y apéndices subsidiarios de los que se trata más adelante.

La forma del resumen de operaciones de que consta el estado anual A.N.I.S. difiere un tanto de la puesta como ejemplo al tratar de las memorias anuales. En él se indica el aumento neto de los excedentes de todas las procedencias, excepto de: 1) ganancias de capital; 2) aumentos o disminuciones en las reservas especiales; 3) aumentos o disminuciones derivados de la actividad por cuentas separadas; 4) dividendos a los accionistas; 5) aumentos o disminuciones en las reservas debidos a la modificación de la base de valoración (fortalecimiento de las reservas); 6) excedentes de capital; 7) aumentos o disminuciones en los activos no admitidos, y 8) disminuciones en la Reserva Obligatoria

de Valoración de Títulos. Estas partidas, excluidas del resumen de operaciones, aparecen en la *cuenta de excedentes.*

El estado de resumen de operaciones va acompañado por dos informes complementarios:

1. El análisis de las operaciones por *ramos de actividad.*
2. El análisis de los *cambios en las reservas matemáticas* en el transcurso del ejercicio.

El análisis de las operaciones por ramos de actividad no es otra cosa que la distribución, según los mismos, de las cifras consignadas respecto de todos los que figuran combinados en el resumen de operaciones arriba mencionado. En él se indica la distribución del beneficio total neto de la compañía, una vez repartidos los dividendos a los tenedores de pólizas, entre los distintos ramos de actividad, a saber, seguros de vida (ordinarios, industriales, de crédito y colectivos), rentas vitalicias (individuales y colectivas), y seguros complementarios y de enfermedad (individuales, de crédito y colectivos).

El informe relativo a los cambios en las reservas matemáticas es de índole puramente técnica y está destinado al uso de los actuarios del departamento de seguros del Estado, con el fin de que puedan comprobar determinadas ganancias y pérdidas y proceder a otras verificaciones.

Anexos y apéndices complementarios

Por lo general, en los anexos y apéndices subsidiarios hay análisis, desgloses o detalles complementarios acerca de algunos de los conceptos que aparecen tan sólo de forma global en los estados financieros primarios.

Entre los *anexos,* los más importantes son aquéllos en los que se dan detalles o información clasificada acerca de: 1) ingresos por primas; 2) renta de las inversiones; 3) ganancias y pérdidas de capital; 4) gastos; 5) impuestos; 6) reservas matemáticas de las pólizas;7) siniestros y las reservas para los mismos; 8) seguros de vida emitidos, resueltos y en vigor («anexo de pólizas»), y 9) rentas vitalicias emitidas, resueltas y en curso («anexo de rentas vitalicias»).

Siguiendo el orden de los anexos, hay toda una serie de cuestionarios generales. El informe sobre la actividad de la compañía en el estado en que se presenta la declaración figura actualmente al final de ésta y a continuación de los apéndices. En dicho informe se hace constar el número e importe de las pólizas emitidas, resueltas y en vigor, junto con una declaración acerca de las primas cobradas y de los dividendos y prestaciones por pólizas satisfechos en ese estado. Como es natural, la necesidad de facilitar esa información por estados, obliga a las compañías de seguros a llevar sus libros de tal modo que puedan distribuir su volumen de negocios con arreglo a ese criterio territorial.

Los *apéndices* más importantes de los que acompañan al estado A.N.I.S. son los relativos a los bienes raíces, préstamos hipotecarios y títulos valores (acciones y obligaciones). En los correspondientes a bienes raíces y a títulos valores se recoge, con gran detalle, la cuantía de los propios al final del ejercicio y las compras y ventas efectuadas en el transcurso del año. Información un tanto similar es la que se da acerca de los préstamos hipotecarios, pero con menos detalle. En otros apéndices importantes se da información detallada acerca de: 1) saldos de cada cuenta bancaria, mes a mes; 2) siniestros rechazados; 3) gastos ocasionados en relación con asuntos jurídicos o comparecencias ante cuerpos legislativos y otros órganos públicos, y 4) acta de la última elección anual de miembros del consejo de administración (1).

(1) Como se señaló anteriormente, el fin primordial del estado A.N.I.S. es el de suministrar a los funcionarios con cometido supervisor, la información que necesitan o desean para la regulación de la actividad aseguradora. Debe señalarse, sin embargo, que la presentación anual del modelo de estado, lleva aparejado un registro año por año de la gestión de la empresa para uso de la dirección, de los accionistas, de los empleados, de los posibles compradores de la misma, y del público en general. En esta exposición sólo se han descrito los rasgos principales del modelo de estado. El lector que desee profundizar en su conocimiento del mismo, podrá obtener un ejemplar del actualmente vigente, bien del departamento de seguros del estado o bien en la oficina principal de una compañía de seguros de vida domiciliada en su Estado.

ANALISIS DE UNA COMPAÑIA CONCRETA

En el capítulo 39 se pasó revista a algunas de las variables que influyen sobre los resultados de una compañía determinada. Los criterios considerados fueron: 1) naturaleza del producto; 2) servicio; 3) coste, y 4) garantía. Al examinar la información ofrecida en la memoria anual habitual, será muy útil considerar los principales factores que inciden sobre el coste de los seguros de vida y de enfermedad, así como algunos otros módulos estadísticos presentados como indicadores de los resultados y de la fortaleza de la compañía.

Al establecer cualquier operación entre dos o más compañías, es importante cerciorarse de que se comparan *cosas semejantes* y de que se usan los *instrumentos de medición* adecuados. Una memoria anual no contiene la información precisa para establecer una comparación fiable entre distintas compañías.

Ya se ha señalado anteriormente que las empresas difieren sobremanera en cuanto a la composición de sus actividades, sus procedimientos contables y los métodos como declaran sus resultados de explotación. A menos que se tengan en cuenta esas diferencias, las comparaciones entre distintas compañías tendrán poca o ninguna validez. Por desgracia, no se suele disponer de la información suficiente como para llevar a cabo esos reajustes. No obstante, en la práctica se hacen esas comparaciones, y es importante que los estudiosos de los seguros de vida y de enfermedad estén enterados de las limitaciones de que las mismas adolecen.

Factores principales que inciden sobre el coste del seguro de vida

Como se puso de manifiesto al examinar las primas y los dividendos, los tres factores básicos que influyen sobre el coste de los seguros de vida son los intereses, la mortalidad y los gastos.

Intereses

1. *Tipo sobre el total de la cartera.*—Los tipos relativos al total de la cartera suelen basarse en la fórmula especificada para el cálculo de los tipos de interés en la declaración anual presentada a los departamentos de seguros de los Estados (2). Esta fórmula da un tipo de interés compuesto al reflejar el efecto de los intereses devengados durante la última parte de un ejercicio, sobre los recibidos durante la primera parte y vueltos a invertir.

A los tipos de interés basados en la cartera respecto al año anterior se les suele denominar tipos «devengados», y es posible que se declaren según alguno de los criterios siguientes:

a) *Bruto.* Al calcular este tipo, la renta de las inversiones, o *I*, es la renta bruta de las inversiones antes de la deducción de cualesquiera gastos o impuestos sobre las mismas.

b) *Neto antes del impuesto federal sobre beneficios.* Al calcular este tipo, *I* es la renta *neta* de las inversiones *antes* del impuesto federal sobre beneficios; es decir, la renta bruta de las inversiones menos todos los gastos de las inversiones, los impuestos sobre las inversiones distintos del federal sobre los beneficios, y de la amortización.

c) *Neto después del impuesto federal sobre beneficios.* Al calcular este tipo, *I* es la renta bruta de las inversiones y todos los impuestos sobre las mismas, *incluida* una parte del federal sobre beneficios. Como el impuesto federal sobre los beneficios de una compañía de seguros de vida, recae en parte sobre su renta por inversiones y en parte sobre sus «ingresos netos por suscripción», algunas empresas consideran a una parte de ese impuesto como uno que grava la operación de seguro, y no como un impuesto sobre la renta de las inversiones.

Debido a la diversidad de los procedimientos en relación con el tratamiento del impuesto federal sobre beneficios, como un gasto de las inversiones o de las operaciones de seguro, y a la

(2) Esta fórmula es: $i = 2I/(A + B - I)$, en la que i es el tipo de de interés; I los ingresos netos por inversiones del año; A es la suma al principio del año de: 1) los activos invertidos, 2) el dinero en efectivo, y 3) los ingresos por inversiones debidos y devengados, menos el dinero tomado en préstamo al interés sobre el mismo, y B es la suma correspondiente al final del año.

falta de una base teórica para hacer esa asignación, lo que ocurre sencillamente es que los tipos netos de interés de las distintas compañías *después* del impuesto federal sobre beneficios no son comparables.

Los tipos netos *antes* del impuesto federal sobre los beneficios, tal y como figuran en las memorias anuales, son una base más sólida de comparación y representan uno de los módulos más satisfactorios de los resultados de la política inversora de una compañía de seguros de vida. En 1974, el tipo de interés según este criterio fue del 6,25 por 100, respecto de las compañías de seguros de vida norteamericanas (el 6,31 por 100, excluidas las cuentas separadas). Pero ni siquiera este modo de medir los resultados de las inversiones refleja los beneficios fiscales de los títulos y de las acciones exentos de impuestos, ya que este tipo de interés neto es antes del impuesto.

En vista de que los tipos de gastos varían mucho sobre los diferentes tipos de inversiones, el tipo bruto no resulta satisfactorio. Por ejemplo, el tipo de los gastos sobre las hipotecas, debido al mayor coste de servicio que requiere esta clase de inversiones, puede ser por lo menos un 0,2 por 100 más alto que el de las obligaciones. Tampoco son comparables los rendimientos brutos y los gastos de las hipotecas que figuran en el estado A.N.I.S. de distintas compañías, debido al diferente tratamiento de los derechos de servicio de aquéllas. Con las significativas variaciones en los tipos de gastos de las diversas clases de inversiones, las comparaciones entre los tipos brutos de compañías con distinta distribución de los activos no son indicadores seguros de cuál sería el resultado de comparar los tipos netos, más significativos.

A veces se cita como medida de los gastos de las inversiones el cociente de éstos con los activos medios (3). Ese cociente no constituye una buena base para comparar los gastos por inversiones de dos o más compañías, porque las variaciones en el mismo de una a otra pueden obedecer exclusivamente a la composición de la cartera de inversiones, y no a diferencias efectivas en las tasas de gastos de inversión por cada categoría de

(3) Por *activos medios* se entiende el promedio de los activos admitidos al principio y al final del año.

activos. Asimismo, y puesto que una gran parte de los gastos por inversiones son los causados por las nuevas, ese cociente reflejaría el importe de las nuevas inversiones del ejercicio en relación con los activos totales invertidos.

2. *Tipo sobre las nuevas inversiones.*—En la memoria anual se suele comunicar a los tenedores de seguros el tipo medio sobre las nuevas inversiones efectuadas durante el año, como medida de la efectividad de la actividad inversora en curso. Ese tipo suele darse a menudo según una base bruta y no neta, a pesar de las desventajas que encierran los tipos brutos para hacer comparaciones. El cómputo de la tasa de rendimiento de las nuevas inversiones, según una base neta, requeriría una estimación del promedio de gastos e impuestos futuros sobre las inversiones, y se suele considerar preferible evitar esas proyecciones.

3. «*Pasivos que producen intereses*».—Según se señaló al hablar de los dividendos (4), la renta total por inversiones puede referirse solamente a aquellos activos con los que se respaldan o compensan aquellos pasivos a los que se supone que hay que abonar todos los años intereses a un tipo específico, es decir, los pasivos que producen intereses. El tipo de interés calculado sobre la base de este grupo restringido de activos será, naturalmente, más elevado que el basado en todos los activos.

4. «*Intereses requeridos*».—Por más que sea de dudoso valor debido a las diferencias en las bases de las reservas, los resultados de las operaciones de inversión de las compañías de seguros de vida, se miden a veces comparando las rentas netas de las inversiones con los intereses «requeridos» sobre «los pasivos que producen intereses». Así, el tipo real devengado sobre los activos totales puede compararse con el tipo medio requerido para mantener los «pasivos productores de intereses».

5. *Ganancias o pérdidas de capital.*—Lo normal es que las ganancias o pérdidas de capital no participen directamente en la determinación de ninguno de los tipos de intereses de que se ha tratado anteriormente, aunque pueden ejercer un efecto considerable sobre el éxito del programa de inversiones de una compañía. Como ya se ha indicado anteriormente, se suelen declarar en la memoria anual las ganancias netas de capital del *año en curso* (en el análisis de la cuenta de excedentes o en el resumen de operaciones). Algunas publicaciones especializadas también dan a conocer esas ganancias netas de capital, pero no hay ninguna fuente que las dé respecto a un período de años determinado. Los resultados de un año aislado inducen a confusión, porque esas ganancias pueden estar sujetas a fuertes fluctuaciones, en particular en las compañías propietarias de acciones ordinarias.

(4) Ver capítulo 27.

Mortalidad.—No se dispone de ningún criterio realmente satisfactorio para comparar la experiencia de distintas compañías en cuanto a mortalidad. Teóricamente, cabe medir la tasa de mortalidad del seguro de vida comparando el cociente de la mortalidad «real» experimentada con la «prevista» (o «tabular») según una tabla determinada. Sin embargo, pueden obtenerse cocientes que induzcan a error, a no ser que la tabla que se utilice como base de mortalidad prevista siga aproximadamente la misma pauta, según la edad y el número de años que haya estado en vigor la póliza, que la experiencia real de mortalidad. Además, las compañías entre las que se establece la comparación deberán utilizar la misma tabla y partir de las mismas hipótesis, respecto de la influencia del sexo en la mortalidad.

Hace muchos años se recurría al cociente entre la mortalidad real y la prevista para comparar la experiencia de las compañías en ese aspecto. En aquel entonces, prácticamente todas utilizaban la *American Experience Table of Mortality* (1868) como base de sus previsiones para la mayor parte de su actividad. La introducción en 1948 de la *1941 CSO Table*, y más recientemente, de la *1958 CSO Table*, como base de las previsiones de mortalidad para operaciones futuras, ha desprovisto hoy en día de toda validez a esas comparaciones. La proporción de las operaciones de las distintas compañías valoradas con arreglo a esas bases diferentes produciría cocientes entre la mortalidad real y la prevista de un carácter híbrido totalmente inadecuado para comparar unas compañías con otras.

Por lo demás, la tasa de crecimiento y el grado de desarrollo de cada compañía son elementos que militan en contra de toda comparación válida. Una compañía relativamente nueva, con la mayor parte de su negocio todavía en «período de selección» (de diez a quince años), daría una tasa de mortalidad real respecto a la prevista, que muchas otras compañías. En algunos casos, esa situación podría encubrir realmente unos resultados de suscripción francamente malos.

Otra razón más que se opone a la comparación del cociente global, entre la mortalidad real y la prevista de una compañía con el de otra, consiste en que es probable que tanto la tasa de mortalidad real experimentada como la de mortalidad prevista, difieran considerablemente respecto de las tres clases principales de actividad: seguros ordinarios, colectivos e industriales. En el cociente global influirían claramente las diferentes proporciones de seguros ordinarios, colectivos e industriales.

En los cocientes de mortalidad influyen también las proporciones de los seguros con reconocimiento médico previo y sin él, y las de varones y mujeres asegurados. La mortalidad en las operaciones suscritas sin examen médico suele ser algo más alta (en particular durante el «período de selección») que en otras similares en los demás aspectos sujetas a dicho examen. Así pues, una compañía que suscriba una proporción significativa de sus seguros sin reconocimiento médico debería prever la incidencia de unas tasas de mortalidad más elevadas que otra en la que la proporción de pólizas contratadas sin ese reconocimiento sea insignificante. Los costes de mortalidad adicionales por las operaciones sin reconocimiento médico suelen quedar compensados, por lo menos en parte, con el ahorro en los gastos conseguido mediante la eliminación del reconocimiento médico y de los gastos complementarios de suscripción, y para establecer una comparación válida habría que tener en cuenta este hecho.

Algo similar ocurre respecto de las proporciones relativas de seguros sobre la vida de varones y de mujeres. La mortalidad de los primeros es claramente más elevadas que la de las segundas. En muchas compañías se hace frente a este fenómeno utilizando las primas regulares y «atrasando» la edad de las mujeres, o elaborando unas primas más bajas para éstas, pero es probable que el sistema seguido no sea exacto.

Como ya se ha señalado, las tasas de mortalidad en los seguros temporales y en los contratados a consecuencia de la conversión de éstos, suelen ser superiores al término medio. Por lo tanto, sobre el cociente influirá el importe relativo del negocio total de una compañía representado por seguros temporales o conversiones de éstos.

En vista de todos estos factores que hacen ardua su interpretación y merman su utilidad, no es frecuente que en las publicaciones especializadas ni en las memorias anuales se consigne el cociente entre la mortalidad real y la prevista respecto de una compañía determinada.

Gastos.—Por medio de la memoria anual o de alguna publicación especializada puede saberse el importe de los gastos soportados por una compañía de seguros de vida, pero lo que resulta prácticamente imposible es encontrar un módulo adecuado que nos diga si la tasa de aquéllos es alta o baja. Los criterios a los que acude a veces son: 1) importe de los seguros en vigor; 2) primas recibidas, ó 3) ingresos totales, ninguno de los cuales es enteramente satisfactorio. Los gastos varían por muchos motivos, y el módulo ideal tendría que tener en cuenta a todos éstos. Por ejemplo, la variación entre los gastos del primer año y los de los años de renovación es tan importante que hay que tenerla en cuenta. Los gastos del primer año son habitualmente un múltiplo de los causados en un año de renovación. Y la tasa de gastos también varía de manera significativa según los diversos ramos de actividad.

En la tabla 43.1 se indican los cocientes de gastos basados en los tres módulos arriba mencionados y se ponen de manifiesto los puntos débiles de cada uno de ellos. En la tabla 43.2 se dan esos cocientes calculados sobre la base de los datos consignados en la tabla 42.2. La tasa global de gastos de una compañía apenas puede servir de indicador respecto de la que se cargará a las distintas clases de pólizas al calcular los dividendos. El empleo cada vez más difundido de pólizas especiales con elevados importes mínimos y escalas de primas o de dividendos que varían con la cuantía de la póliza ha restado valor a la tasa global de gastos como orientación de la tasa de

gastos que era probable que se cargase sobre cada $ 1.000 en un plan determinado.

Las tasas de gastos divulgadas por las publicaciones especializadas son de muy escaso valor relativo a efectos de comparación. Las memorias anuales de las compañías de seguros de vida suelen contener poca o ninguna información real acerca del nivel de gastos. La mayoría de las referencias a las tasas de gastos sólo abordan esta cuestión en los términos más generales.

Otros módulos de los resultados de explotación

Tasa de cancelación.—A la vista de la incidencia del problema de los gastos (5), lo deseable es tener una tasa de cancelaciones baja. En las memorias anuales y en las publicaciones especializadas suele darse alguna indicación de la misma.

En otro lugar de este libro ya se ha tratado de la pauta de las tasas de cancelaciones y de los factores que influyen sobre ellas. Por lo general, son relativamente altas el primer año, un poco más bajas el segundo, para ir descendiendo gradualmente hasta nivelarse ya en torno al quinto o décimo año. Las tasas de cancelación tienden también a variar según la edad de emisión, el sexo, el plan de seguro y el modo de pago de la prima. Por lo general, la tasa de cancelación es baja en la infancia, alta durante la juventud y va disminuyendo gradualmente en la madurez y en la senectud, a medida que aumenta la edad de emisión. Por lo común, es mucho más elevada en los seguros temporales que en los de vida entera o de capital diferido, y superior con las pólizas de prima mensual que con las de prima anual.

Debido a los diversos factores variables que intervienen toda comparación entre las tasas de cancelación de distintas compañías puede inducir a error, a menos que la composición del negocio de cada una de aquéllas sea similar. Como esa similaridad raras veces se encuentra debe procederse con la máxima cautela al hacer comparaciones de tasas de cancelación, siendo lo mejor abstenerse de establecerlas.

(5) Ver capítulo 25.

TABLA 43.1

Análisis de diversos cocientes de gastos

Gastos / Importe de los seguros en vigor	
1. No presta importancia a las rentas vitalicias, a los contratos complementarios y a las prestaciones por incapacidad y muerte accidental.	1. 2, 3, 4 y 6 igual que arriba.
2. No concede importancia a las diversas actividades sujetas a autofinanciación, y de las que son ejemplo el manejo de las acumulaciones de dividendos y las primas pagadas por anticipado.	2. Concede cierta importancia (aunque no necesariamente la adecuada) a las rentas vitalicias, al seguro de enfermedad y a las prestaciones por incapacidad y muerte por accidente.
3. No se tienen en cuenta las diferencias entre los gastos del primer año y los de los años de renovación, a no ser que se introduzca algún ajuste arbitrario, como sería el de multiplicar la cuantía de las nuevas operaciones por un factor de, por ejemplo, 5 ó 10.	3. No concede **ninguna** importancia a los contratos complementarios.
4. No se tienen en cuenta las diferencias entre los gastos de las operaciones ordinarias, colectivas o industriales, a menos que se introduzca alguna ponderación arbitraria de las tres categorías.	4. 3, 4 y 6 igual que arriba.
5. No se tienen en cuenta las variaciones en los gastos según la edad, el sexo y el plan de seguro.	5. No concede ninguna importancia a los contratos complementarios.
6. No se tienen en cuenta las diferencias en los métodos de actuación. Por ejemplo, una compañía que haga pocas o ninguna operación sin reconocimiento médico, podrá tener un coeficiente de gastos más elevados, pero que, a la larga quedará compensado por una experiencia en mortalidad más favorable.	6. **Plantea el problema de los gastos de inversión.**

Gastos / Primas recibidas

Gastos / Ingresos totales

El problema de comparar las tasas de cancelación es muy parecido respecto de los seguros ordinarios e industriales, aunque la pauta real de aquéllas puede ser muy diferente. Es obvio que no se deberá comparar la tasa de cancelaciones de una compañía que no contrate seguros industriales con la de otra que los suscriba industriales y ordinarios, con una proporción considerable de los de la primera de esas dos clases.

Tasa de crecimiento.—La mayoría de las compañías se enorgullecen de su crecimiento, y en las memorias anuales se suele hacer la historia del registrado en los últimos cinco o diez años. Si la tasa de crecimiento de una compañía es inferior al promedio del ramo, ello puede indicar una mala gestión o costes excesivos. Por otra parte, también puede indicar que la dirección se siente satisfecha de la tasa de crecimiento que tiene la compañía y está convencida de que no está justificado gastar más dinero para incrementar esa tasa de expansión. Una tasa de crecimiento muy rápida puede ser un síntoma de una expansión indebida, sin tener en cuenta los costes o una consecuencia de una dirección vigorosa y capaz. Aunque sería útil disponer de información sobre la magnitud y el calibre del equipo de ventas, es prácticamente imposible obtener esa información respecto de distintas compañías y según un criterio coherente. Por

TABLA 43.2

Cálculo de los diversos cocientes de gastos

Cociente entre los gastos y los seguros en vigor:		
(Gastos totales, excluidos impuestos, licencias, etc., $ 3.500.000 ÷ Seguros en vigor $ 750.000.000)		
Gastos por $ 1.000 de seguros en vigor		$ 4,67
Cociente entre los gastos y los ingresos por primas:		
(Gastos $ 3.500.000 ÷ Ingresos por primas $ 14.800.000)	Ratio	23,6 %
Cociente entre los gastos y los ingresos totales:		
(Gastos $ 3.500.000 ÷ Ingresos totales $ 20.000.000) ...	Ratio	17,0 %

Nota: Seguros totales en vigor calculados a razón de $ 1.000 de seguro por $ 20 de ingresos por primas de los $ 15.600.000 de la Tabla 42.2. Todos los datos se han tomado de la tabla 42.2.

último, siempre cabe esperar que las compañías pequeñas y recientemente establecidas crezcan según unas *tasas porcentuales* más rápidas que las mayores y más antiguas.

Los conceptos a los que se recurre con más frecuencia para medir el crecimiento son: 1) importe de los nuevos seguros desembolsados; 2) importe de los seguros en vigor; 3) ingresos por primas, y 4) activos.

Es necesario llevar a cabo un análisis minucioso antes de extraer ninguna conclusión de las tasas de crecimiento comparativas de las compañías. No obstante, excepto en una época de depresión, toda disminución de los conceptos 2, 3 o 4 debería interpretarse como una señal de alarma.

Rentas vitalicias y contratos complementarios.—Las ganancias y las pérdidas debidas a rentas vitalicias y a contratos complementarios no suelen consignarse separadamente en las memorias anuales, aunque aparezcan en ciertas publicaciones especializadas. A consecuencia de la disminución del tipo medio de interés neto obtenido por las compañías de seguros de vida durante los decenios iniciados en 1930 y 1940, y la tendencia secular hacia la mejora de las tasas de mortalidad, muchas empresas aseguradoras han sufrido elevadas pérdidas en las rentas vitalicias y en los contratos complementarios. Sin embargo, los rendimientos por intereses han aumentado en años recientes de manera considerable, y algunas compañías están declarando actualmente ganancias en rentas vitalicias y contratos complementarios, en particular aquéllas que previamente fortalecieron sus reservas con un criterio razonablemente prudente (6).

Las rentas vitalicias inmediatas de prima única no suelen ser con participación, y las rentas vitalicias diferidas y los contratos complementarios con contingencias de vida a menudo carecen de participación una vez terminado cierto reembolso

(6) Deberá recordarse que el fortalecimiento de las reservas no influye de manera considerable, *a la larga*, sobre las ganancias o pérdidas de una compañía; su principal efecto estriba en *modificar la incidencia* de las ganancias y de las pérdidas. En el ejercicio en el que se aumentan las reservas aparece una importante pérdida contable, pero, por otra parte, las que se reflejarán en años sucesivos serán más reducidas (o las ganancias un tanto mayores) que si no se hubieran fortalecido las reservas. Cuando ese conjunto de operaciones desaparece de los libros, el efecto neto acumulado es insignificante.

o un período determinado. Por lo tanto, los tenedores de pólizas de una compañía mutua pueden beneficiarse de las ganancias en las rentas vitalicias y en los contratos complementarios, y tienen un interés legítimo en conocer los resultados de esa clase de actividad. Un interés similar sentirán por las operaciones de seguro de enfermedad suscritas sin participación.

Seguro de enfermedad.—Si uno se atiene a los ingresos por primas como criterio para medir su importancia, el volumen de seguros de enfermedad de las compañías crece con mayor rapidez que el de los seguros de vida. En algunas empresas de mediano y pequeño tamaño, los ingresos por primas de seguros de enfermedad son mucho más elevados que los percibidos por primas de vida.

Los resultados de explotación del seguro de enfermedad se suelen expresar en términos de: 1) índice de siniestralidad, y 2) tasa de gastos.

1. *Indice de siniestralidad.*—El cociente entre los siniestros sobrevenidos durante el año y las primas devengadas durante el mismo, es lo que constituye el *índice de siniestralidad.* Al igual que ocurre en el seguro de incendios, las primas satisfechas durante el año por un período superior al del año natural se consideran divididas en dos porciones: una «devengada» desde la fecha de vencimiento de la prima hasta el 31 de diciembre, y otra «no devengada», desde el 31 de diciembre hasta la siguiente fecha de vencimiento de la prima. Al hablar de «siniestros sobrevenidos» se hace referencia a los pagados durante ese período, y al reajuste del cambio de las reservas para siniestros en el mismo período. El índice indica la proporción de cada dólar por primas devengado durante ese período, necesaria para hacer frente a todos los siniestros asignados al mismo.

2. *Tasa de gastos.*—Se suele denominar tasa de gastos al cociente entre los «causados» durante el año y las primas «devengadas» (7), y sobre la misma influye la composición del negocio. Las clases de seguros de enfermedad emitidos ejercen un efecto particularmente importante sobre la tasa de gastos. Por ejemplo, las pólizas por accidentes de viaje y otras de índole limitada tienden a dar tasas de gastos elevadas debido a lo bajo de las primas medias por contrato; en las pólizas de más amplia cobertura, con primas medias más elevadas, las tasas de gastos tenderían a ser inferiores.

(7) Esta fórmula es la que se emplea en el estado anual A.N.I.S. como base para el cálculo del cociente de gastos. Sin embargo, en muchas publicaciones especializadas se usa el cociente de gastos causados durante el año en relación con las primas «anotadas» (aquí la palabra «anotadas» se utiliza en un sentido especializado para indicar las primas pagadas ajustadas, con las primas debidas pero no pagadas al principio y al final del año). La diferencia entre el cociente de gastos basado en las primas «ganadas» y el basado en las primas «anotadas» suele ser pequeña.

La suma del índice de siniestralidad y de la tasa de gastos constituye una indicación aproximada de si la compañía experimentó un beneficio o una pérdida en la suscripción de sus operaciones de seguro de enfermedad, según dicha suma sea inferior o superior al 100 por 100. En el caso de los seguros de enfermedad con participación, al analizar los resultados globales deberá tenerse en cuenta le cociente entre los dividendos de los tenedores de pólizas y las primas devengadas .Por ejemplo, si se supone un índice de siniestralidad del 55 por 100 y una tasa de gastos del 35 por 100, con un índice de dividendos del 10 por 100, se está muy cerca del punto de equilibrio, ya que la suma de esos tres índices es del 100 por 100.

En algunas publicaciones especializadas se suelen divulgar esos índices del seguro de enfermedad, pero no es corriente que se reflejen los mismos en las memorias anuales de las compañías de seguros de vida. Las tasas de morbilidad y, por consiguiente, esos índices, están sujetas a fuertes fluctuaciones, por lo que se deberían examinar los relativos a más de un año para estar en condiciones de sacar alguna conclusión acerca de las actividades de una compañía en el campo del seguro de enfermedad.

En las memorias anuales se suele ofrecer una información abundante sobre las clases y el volumen de las operaciones de seguro de enfermedad, pero las referencias a los resultados de explotación son breves y tan poco precisas que carecen prácticamente de valor.

Dividendos a los tenedores de pólizas.—En las memorias

anuales de las compañías que emiten seguros con participación casi siempre se indica el importe destinado para dividendos en el próximo ejercicio, comparándolos con los repartidos en el anterior, en particular si se ha aumentado la escala de dividendos para el siguiente año.

Los incrementos porcentuales que suelen desprenderse de esas comparaciones pueden inducir a error. En el supuesto de que una compañía hubiese pagado $ 1.000.000 en dividendos durante un año determinado y de que sus seguros en vigor hubieran aumentado en un 10 por 100 en el curso del mismo año, cabría esperar que se repartieran 1.100.000 en dividendos durante el año siguiente *si no se aumenta la escala de dividendos.* Si se eleva ésta en un 20 por 100, la cantidad a pagar en concepto de dividendos al año siguiente sería de $ 1.320.000 (el 120 por 100 de $ 1.000.000), con un incremento complementario de $ 220.000. La cantidad total de $ 1.320.000 es superior a la de $ 1.000.000 satisfecha el año anterior. En los comunicados a la prensa y en las revistas especializadas se suele presentar esa variación como un incremento del 32 por 100 en los dividendos, cuando en realidad se trata solamente de un aumento del 20 por 100 en la escala de los mismos. De no haberse modificado ésta, los dividendos hubieran aumentado $ 100.000 de todos modos, debido al crecimiento de los seguros en vigor. Con frecuencia, es necesaria una lectura muy detenida para averiguar si se habla del incremento medio porcentual en la misma escala de dividendos o en el importe total a pagar, incluido el efecto de cualquier aumento en los seguros en vigor.

Los incrementos porcentuales pueden resultar falaces en otro sentido. Si se supone la existencia de dos compañías del mismo tamaño y exactamente iguales en todos los aspectos, salvo que los dividendos y las primas de una de ellas fueron superiores en $ 500.0000 a los de la otra, y los dividendos de la compañía A fueron de $ 1.500.000, para el año siguiente subirían un 10 por 100 hasta $ 1.650.000, debido al incremento en los seguros en vigor (8). El aumento en la escala de la compañía A (para mantener los pagos por primas netas iguales a los de la compañía B) producirá un aumento de $ 220.000, que es idéntico al de la

(8) 1.500.0000 + 10 % de $ 1.500.000.

compañía B, con lo que la cantidad a pagar por A en el año próximo será de 1.870.000 con arreglo a la nueva escala. Pero la relación entre 1.870.000 y 1.650.000 es tan sólo del 113 por 100, lo que denota un aumento en la escala de sólo el 13 por 100 frente al 20 por 100 en la compañía B. Por eso, la comparación de los incrementos porcentuales en diferentes compañías puede dar lugar a error, a no ser que el nivel de las primas brutas (y también la distribución de la actividad según al plan, a la edad y a la duración) sea aproximadamente el mismo en las dos compañías.

Las comparaciones basadas en el promedio de incremento por *$ 1.000 de seguro* en la *escala* de dividendos sortean toda discrepancia entre los niveles de primas brutas, pero, aún así, no se tienen en cuenta las distorsiones debidas a diferencias en la distribución de la actividad. Las comparaciones del promedio de *dividendos* por $ 1.000 de seguro en distintas compañías carecen prácticamente de valor, debido a las diferencias en los niveles de primas y en la distribución de la actividad.

Dividendos a los accionistas.—En muchas compañías por acciones, los dividendos repartidos a los accionistas son relativamente reducidos en comparación con el volumen de negocios de la empresa. Por ejemplo, en 1974, una compañía de tamaño medio con un ejercicio próspero detrás de sí pagó una cantidad 34 veces mayor en dividendos a los tenedores de pólizas que a los accionistas. Cuando esa es la relación existente, el coste de los dividendos a los accionistas para los tenedores de seguros es poco mayor que en una sociedad mutua, si no igual.

La solidez de una compañía

Prudencia en los balances de situación.—La gran mayoría de las compañías de seguros de vida, que llevan establecidas tiempo suficiente como para tener los márgenes requeridos, siguen la política básica de valorar bajos los activos (cuando se tiene en cuenta la Reserva Obligatoria de Valoración de Títulos) y altos los pasivos. Con esto no se quiere decir que la dirección asigne de manera arbitraria un valor bajo a los activos y un valor elevado a los pasivos, sino, sencillamente, que en cada

alternativa se tiende a escoger el valor inferior para las partidas del activo y el superior para las del pasivo. Esto es lo que se considera un procedimiento sólido de contabilidad reglamentaria, y las autoridades estatales competentes han estimulado a menudo esta actitud por entender que representa una medida complementaria de protección para los tenedores de pólizas. Por lo tanto, en el caso de compañías acreditadas cabe suponer que probablemente exista una infravaloración de los excedentes reglamentarios. Deberá tenerse presente, en el curso de la exposición que sigue, el grado de prudencia con que se hayan elaborado las cifras del activo y del pasivo.

Módulos de la solidez.—Por más que para medir la solidez de una compañía de seguros de vida haya que tener en cuenta su situación financiera global, representada por los activos, los pasivos, los seguros en vigor, el nivel de primas, la experiencia de mortalidad y otros datos, los excedentes totales son el mejor indicador de aquélla (9). Los excedentes totales (incluidos en ellos los especiales tanto como los no atribuidos) se suelen comparar en la mayoría de las memorias anuales con la cifra correspondiente del ejercicio anterior, pasándose revista a los factores significativos resultantes de la variación de un año a otro (10). Es preciso hacer un análisis cuando se registra una disminución en los excedentes.

La suficiencia de un importe determinado de excedentes no se puede determinar más que en relación con algún módulo, ya que en cifras absolutas posee escasa importancia. Los dos cocientes de uso más común son:

1. Los excedentes en tanto por ciento del pasivo.
2. Los excedentes en relación con el importe de los seguros en vigor.

1. *Los excedentes en tanto por ciento del pasivo.*—El cociente entre los excedentes y el pasivo ha merecido prácticamente la aprobación de las autoridades competentes como base para la valoración de una situación determinada de los primeros. Esto queda de manifiesto por el hecho de haber limitado el Estado de Nueva York los excedentes de las compañías de seguros de vida que emiten pólizas con participación a $ 850.000, o al 10 por 100 de las «*reservas matemáticas y los pasivos de las pólizas*» en el supuesto de que esta segunda cifra sea superior (11). No obstante, este cociente no es completamente satisfactorio, debido a que los excedentes necesarios en relación con determinadas partidas del pasivo varían según la clase de actividad. Por ejemplo, en el caso de los seguros colectivos y de enfermedad, las reservas suelen ser bastante bajas en relación con el riesgo en curso. Por lo tanto, unos excedentes del 10 por 100 de las reservas podrían ser insuficientes en los seguros colectivos o en los de enfermedad. Por otra parte, en otras clases de actividad en las que no entran las contingencias de mortalidad ni de morbilidad, como los fondos depositados según opciones de interés o los dividendos depositados para acumulación, los excedentes no son necesarios más que para protegerse contra las contingencias de las inversiones. En esos casos, un excedente relativamente bajo en relación con el pasivo podría ser perfectamente satisfactorio.

El cociente entre los excedentes y los pasivos, expresado en un tanto por 100, no tiene en cuenta las proporciones de las diversas clases de pasivos y es menos que satisfactorio para hacer comparaciones entre empresas que difieran de manera significativa en la composición de su actividad. Pese a tales limitaciones, este cociente tal vez sea el módulo más satisfactorio para determinar la solidez financiera de una compañía. Puesto que la Reserva Obligatoria de Valoración de Títulos es en realidad una reserva de valoración del activo, cabe argumentar que debería sustraerse la misma del pasivo y del activo, antes de calcular la relación entre excedentes y pasivos. Por más que sea teóricamente justificable esta sutileza, la verdad es que no suele procederse así.

(9) En el término *excedente*, tal como se le utiliza aquí, se incluye el capital de una sociedad por acciones. Debido a la especial situación fiscal de Nueva Jersey, una compañía domiciliada en ese Estado, puede tener un excedente que sea proporcionadamente inferior al de otras compañías, pero eso se compensa con las reservas complementarias.

(10) Esto se hace de manera automática si se presentan los cambios en la cuenta de excedentes en forma tabular, como en el cuadro 42.2, que aconsejamos consultar.

(11) La finalidad general de esta ley de Nueva York es impedir una indebida acumulación de excedentes a expensas de los tenedores de seguros y de garantizar el reparto de dividendos *anuales*.

2. *Los excedentes en relación con el importe de los seguros en vigor.*—El segundo módulo para determinar la situación de los excedentes de una compañía, consistente en hallar el cociente entre ellos y el importe de los seguros en vigor, tiene la ventaja de conceder mayor importancia al seguro colectivo que el cociente entre excedentes y pasivos. Pero también la relación entre los excedentes y el importe de los seguros en vigor tiene sus desventajas, ya que probablemente con ella se dé un peso excesivo a los seguros colectivos. Tampoco presta la debida atención a las rentas vitalicias, los contratos complementarios, los seguros de enfermedad y las partidas menores del pasivo, todas las cuales necesitan unos excedentes. Al calcular este cociente debe de tomarse una decisión acerca de qué tratamiento conviene dar a los reaseguros. Como ya se ha indicado, los negocios cedidos a otras compañías como reaseguros suelen incluirse dentro del importe de los seguros en vigor, pero está clara la necesidad de un excedente relativamente bajo por los contratos cedidos a otro asegurador.

Hasta cierto punto estos dos cocientes se complementan entre sí. Probablemente se pueda conseguir una visión más exacta, comparando a las compañías con arreglo a ambas cifras en vez de únicamente según una de ellas.

3. *Efecto de la reserva obligatoria de valoración de títulos.* La Reserva Obligatoria de Valoración de Títulos, cuando llega a su máximo permitido, puede representar tanto como el 2 o el 3 por 100 del activo. Unas reservas de esta magnitud pueden tener cierta influencia a largo plazo sobre los importes retenidos como excedentes. En igualdad de los demás factores es probable que una compañía con una importante Reserva Obligatoria de Valoración de Títulos tenga unos excedentes inferiores a los de otra empresa igualmente prudente, pero con una reserva de valoración menor. Por lo tanto, parece razonable suponer que la existencia de la Reserva Obligatoria de Valoración de Títulos haga disminuir, con el paso de los años, y de manera gradual, tanto el cociente entre excedentes y pasivos, como el existente entre los mismos y el importe de los seguros en vigor.

4. *Otros criterios para medir la solidez.*—Otros dos cocientes que se utilizan en ocasiones para medir la solidez de las compañías de seguros implican la sustitución de los excedentes por los «activos» en los cocientes de que se ha tratado más arriba. Consisten esos cocientes en: a) activos como tanto por 100 del pasivo, y b) activos en proporción al importe de los seguros en vigor.

Como los activos son iguales a los pasivos más los excedentes, el cociente de los activos como un tanto por 100 del pasivo es sencillamente un 100 por 100 más que la cifra de los excedentes como tanto por 100 del pasivo. Por lo tanto, la comparación entre compañías según el cociente entre excedentes y pasivos, o según el existente entre activos y pasivos producirá resultados similares.

Por el contrario, la relación entre los activos y el importe de los seguros en vigor carece casi por completo de sentido como criterio para medir la solidez de una compañía. En esa cifra, más que la solidez de la compañía, lo que se refleja es la edad y la composición de las operaciones de la misma.

Una compañía con unas grandes reservas para rentas vitalicias y contratos complementarios podría tener unos activos de más de $ 1.000 por cada $ 1.000 de seguros en vigor, y encontrarse, con todo, en graves dificultades financieras.

44

Regulación pública y régimen fiscal de los seguros de vida y de enfermedad

INTRODUCCION

Pocas serán las instituciones mercantiles a las que se las haya sometido a una supervisión oficial tan estricta y escrupulosa como a los seguros de vida y enfermedad. Las razones que han dictado ese proceder saltan a la vista cuando se tienen en cuenta la relación vital que guarda el seguro personal con la familia y la comunidad. Su cometido es el de procurar seguridad; hay millones de personas que tienen puesta en él su confianza como el medio principal de proteger a sus hogares contra las privaciones ocasionadas por una muerte prematura, la incapacidad o los gastos de la asistencia médica.

La gran mayoría de los contratos de seguro de vida, y un número cada vez mayor de los de seguro de enfermedad, permanecen en vigor durante muchos años antes de vencer o expirar y con frecuencia contienen una obligación por parte del asegurador, cuya exigibilidad puede tardar de cuarenta a setenta y cinco años en producirse. Para atender a esas obligaciones, la compañía aseguradora constituye unas inmensas reservas monetarias que deben ser objeto de una adecuada salvaguarda. Por otra parte, la magnitud de esta actividad como institución financiera quiere decir que desempeña un papel trascendental en nuestra economía nacional.

La naturaleza de la operación de seguro lleva consigo la utili-

zación de un documento técnico-jurídico en el que se hace una promesa presente de realización futura al sobrevenir determinados eventos. Son pocos los tomadores de seguros que leen sus contratos y, de entre esos pocos, menos aún los que los entienden. En un sentido no técnico, el producto llamado seguro se adquiere de buena fe por la gran mayoría de los contratantes. Esos asegurados, de manera muy práctica, se fían de la integridad de la compañía y de quienes la representan.

Pese a la creencia casi universal en la necesidad del seguro de vida y del de enfermedad, y de la importancia vital que reviste para todos aquellos que lo contratan, pocas son las personas que se toman un interés directo en el conocimiento de la gestión empresarial, la actividad económica y los procedimientos de los aseguradores que se encuentran detrás de esos contratos. Incluso si a una proporción considerable del inmenso número de los tomadores de seguros se les lograse convencer de que se interesaran por la situación de los aseguradores, serían muy pocos los provistos de los conocimientos suficientes en materia de seguros como para darse cuenta exacta del verdadero alcance de aquélla. El seguro de vida y el de enfermedad son por necesidad un tema técnico y complejo, y, como se ha señalado en los capítulos precedentes, para conocer la verdadera situación financiera de una compañía del ramo es precisa la intervención de un experto, que sólo podrá extraer unas conclusiones tras un estudio laborioso.

Sin lugar a dudas, el mayor volumen de los seguros de vida y de enfermedad lo venden compañías acreditadas que se esfuerzan por cumplir sus obligaciones jurídicas y morales. No obstante, por todas las razones anteriormente enumeradas, las actividades y el funcionamiento de las compañías de seguros de vida y de enfermedad constituyen una materia idónea para la regulación pública, encaminada a proteger convenientemente al público contra los procedimientos injustos y la mala gestión que puedan producirse.

La *protección* del público asegurado es, con mucho, el objetivo más importante de esa regulación, pudiéndose citar entre otros, privativos de la normativa tanto estatal como federal, la obtención de *ingresos* y la *disuasión.*

La *disuasión* como objetivo de las actividades reguladoras tiene un carácter defensivo; así, se han promulgado leyes disuasorias

contra las compañías de seguros foráneas en un esfuerzo por proteger a las domésticas, contra las cargas y limitaciones indebidas que pudieran imponer otros Estados en los que deseen desarrollar sus actividades las compañías domésticas (1). En esas leyes se suele disponer que, «cuando la legislación (generalmente la legislación fiscal) de otro Estado o país extranjero, imponga sobre las compañías de seguros domésticas (sus representantes, etc.) una carga mayor que la que la legislación doméstica impone sobre los aseguradores extraños similares (representantes, etc.), entonces el inspector del Estado del domiclio impondrá obligaciones similares sobre esas compañías extrañas (representantes, etcétera) que traten de desarrollar sus actividades en el Estado en cuestión». La disuasión, en cuanto objetivo de la legislación reguladora de los seguros, aunque sigue presente, ha perdido mucha importancia hoy en día debido a los esfuerzos de las compañías de seguros, de los inspectores de seguros aisladamente y de la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros (ver más adelante) por conseguir la elaboración de unas leyes uniformes en los distintos Estados.

Resulta difícil comprender por qué se cita la obtención de *ingresos* como uno de los objetivos de esta regulación. Las compañías de seguros de vida y de enfermedad están sometidas a una gran variedad de tasas de autorización, de constitución y de declaración a nivel estatal y, en algunos Estados, de carácter municipal. Por lo general, esas tasas no son de una cuantía suficiente que impida la expedición de autorizaciones a aseguradores indeseables. Es raro que se impongan multas. Parecería que la principal justificación de la fiscalidad de la actividad aseguradora fuera obtener ingresos, con una pequeña parte de los cuales se costearía la regulación en interés público. Pero la obtención de ingresos fiscales no es un mecanismo regulador, ni tampoco una razón para esa regulación.

Los seguros sobre las personas *están* sometidos a una fiscalidad muy fuerte. En algunos Estados existe un impuesto sobre todos o parte de los activos del asegurador; en otros se gravan

(1) Se suele calificar de compañía *doméstica* a la que tiene su domicilio en el Estado en cuestión. Una compañía *foránea* es la norteamericana que tiene su domicilio en un Estado distinto, y la *extranjera* la que lo tiene en un país extranjero.

sus ingresos netos; pero en la mayoría, la carga fiscal gravita sobre las primas brutas, con unos tipos impositivos que varían del 1,75 al 4 por 100. Por añadidura, la administración federal recauda un impuesto sobre los beneficios que representa actualmente casi el 60 por 100 de los desembolsos tributarios de las compañías de seguros.

La fuerte carga tributaria que pesa actualmente sobre los seguros personales se debe principalmente a la ignorancia general por parte del público y de los legisladores acerca de la verdadera naturaleza de los seguros con reservas legales y al hecho de que los impuestos sobre esa actividad, y en especial los que gravan las primas brutas y los activos, sean tan fáciles de recaudar. Es probable que tan sólo uno de cada veinte tenedores de pólizas comprenda la verdadera función que desempeñan las reservas en los seguros de vida y de enfermedad. El público en general y los legisladores en particular no se fijan más que en los miles de millones de activos que se acumulan y, naturalmente, llegan a la conclusión de que esos recursos ingentes deben tributar exactamente igual que cualquier otro patrimonio. Pasan por alto el hecho de que las reservas constituidas con las primas no representan más que los recursos de millones de tenedores de seguros, que se mantienen en depósito para ellos, y que son necesarios para que la compañía cumpla sus obligaciones frente a ellos y a sus beneficiarios. Pasan por alto el hecho de que las reservas para siniestros en el campo del seguro de enfermedad representan unas obligaciones que se deben cumplir con el asegurado y su familia. En gran medida, lo pesado de la carga tributaria puede imputarse también al hecho de que, por lo que se refiere a la mayoría de los Estados, las compañías que operan en ellos son extrañas por su procedencia y, por esa razón, en particular cuando se cree que se llevan los millones fuera del Estado, no se las considera merecedoras de ningún tipo de indulgencia.

NATURALEZA JURIDICA DE LA REGULACION ESTATAL DE LOS SEGUROS

En la estructura política de los Estados Unidos coexisten el poder federal y el estatal dentro del mismo territorio. Antes de

1944, la regulación pública de los seguros era casi exclusivamente competencia de los Estados. Pero desde la decisión histórica en el asunto de la Asociación de Aseguradores del Sudeste, en la que se declaró que el Congreso gozaba de amplias facultades reguladoras en materia de seguros, la regulación de esta actividad por parte de cada Estado se ha basado en: 1) la determinación por el Congreso de que son los Estados en lugar de la Administración Federal y, en algunos casos, conjuntamente con ella, quienes deben regular los seguros, y 2) el poder de policía de los Estados.

En los Estados Unidos de América todos los poderes soberanos residen en el pueblo, que ha creado unos órganos políticos para servirle y a los que ha dotado de ciertas atribuciones. El pueblo confirió unos amplios *poderes generales* a los gobiernos de sus Estados, que quedaron investidos de todos aquellos no reservados en las respectivas constituciones estatales. Al crearse un gobierno federal, el pueblo delegó en él cierta *autoridad específica limitada* para que obrara en los asuntos concernientes al bien común de toda la nación. Puesto que en la Constitución de los Estados Unidos no hay ninguna disposición en la que se limite de manera específica la autoridad de los Estados para legislar sobre las materias en que se confirió al gobierno federal una autoridad específica, ambas instancias políticas pueden ejercitar su poder en esas esferas. Sin embargo, *todo conflicto en cuestiones de legislación y de regulación* deberá resolverse teniendo en cuenta que la delegación de un poder específico en el gobierno federal, limita implícitamente un *poder general del Estado. El poder del gobierno federal para actuar en materias sobre las que goza de autoridad específica es de carácter supremo.*

Los forjadores de la Constitución, reconociendo que el bienestar y la seguridad económicos de la nación se verían amenazados por las barreras comerciales que restringieran la libertad del tráfico entre los Estados, incorporaron a aquélla el Artículo 1, Sección 8, en cuya virtud se dota al Congreso de competencia exclusiva para regular el comercio con las potencias extranjeras y entre los diversos Estados y tribus indias. En general, se reservó a los Estados la regulación del comercio intraestatal. No obstante, el Congreso, en virtud de la cláusula de comercio, goza de la facultad implícita de regular las materias que atañen

al comercio interestatal; es decir, que el Congreso puede regular el comercio intraestatal en la medida que el mismo afecte al comercio interestatal. Como la potestad del Congreso es suprema, ningún Estado puede restringir o poner trabas al comercio interestatal, o en asuntos relacionados con el mismo, en los que haya intervenido aquel órgano político. Carecen de validez las leyes de los Estados que contradigan o contravengan el derecho federal en relación con el comercio interestatal o con las materias relativas al mismo. No obstante, el contrato de seguro ha venido siendo regulado de manera tradicional exclusivamente por los Estados. Según la doctrina tradicional del Tribunal Supremo de la federación, los seguros no constituían un acto de comercio en el sentido de la Constitución.

En 1968, en el famoso litigio de *Paul contra Virginia*, el Tribunal Supremo se negó a reconocer que un contrato de seguro fuera un instrumento de comercio y sentó la doctrina de que no había ninguna duda del poder de un Estado para prohibir a las compañías foráneas que desarrollasen su actividad dentro de los límites de aquél. Citando al Tribunal:

> Emitir una póliza de seguro no es realizar un acto de comercio. ... Estos contratos no constituyen efectos de comercio en el propio sentido del término. No están sujetos a negociación y regateo. ... Son como otros contratos personales entre las partes, que se completan con su firma y la entrega del precio. Esos contratos no constituyen negocios interestatales, aunque las partes puedan tener sus domicilios en diferentes estados ... Se trata, pues, de transacciones locales regidas, por tanto, por el derecho local. No son parte del comercio entre los Estados (2).

Durante los tres cuartos de siglo que siguieron al litigio entre *Paul* y el Estado de *Virginia*, la práctica aceptada fue considerar que la supervisión general de todas las formas de seguro competía única y exclusivamente a los distintos Estados. El Tribunal Supremo reiteró repetidas veces el criterio expuesto en 1868. En defecto de una supervisión nacional, toda la regulación de la actividad aseguradora se dejó en manos de los distintos Estados. El 4 de junio de 1944, el Tribunal Supremo, en el litigio que enfrentaba a la Administración de los Estados Unidos con la Asociación de Aseguradores del Sudeste, y otros (3), abandonó la doctrina de que los seguros no eran un acto de comercio y, por tanto, no podían quedar sometidos a la regulación federal, a tenor de la cláusula de comercio de la Constitución de los Estados Unidos. Al aseverar que los seguros eran una actividad comercial —y de comercio interestatal en su mayor parte—, el Tribunal Supremo barrió de un plumazo los cimientos sobre los que se había erigido la estructura de la regulación estatal de aquéllos. Se puso de manifiesto que el seguro quedaba sometido a cualesquiera normas que el Congreso deseara imponerle.

(2) (1868) Wall (EE. UU.) 168. Ver también *New York Life Insurance Co. v. Deer Lodge County* (Condado de Deer Lodge) (1913), 231 EE. UU. 495.

El Congreso, invocando la teoría de que estaba investido de poder para redefinir la distribución de autoridad sobre el comercio interestatal, y de modo coherente con la protección parcial o completa brindada a otras actividades al amparo de las leyes antimonopolio, promulgó la Ley Pública 15, del 79.° Congreso, conocida como la *Ley McCarran-Ferguson*. El objeto de esta ley puede deducirse de su título:

> «Ley por la que se expresan los propósitos del Congreso en relación con la regulación de la actividad aseguradora.»

En esta ley, el Congreso se hizo cargo de la regulación de los seguros, redefinió la competencia de los Estados y estableció un plan de regulación coordinada. Con la perspectiva que da el paso del tiempo, parece ahora claro que el Congreso deseaba la cooperación entre las instancias federales y estatales en un sistema completo de regulación. Hoy día existe una *competencia conjunta* sobre la actividad de los seguros, dentro de la cual es en los Estados sobre los que recae la mayor responsabilidad.

De acuerdo con los términos de la Ley McCarran-Ferguson, los poderes federales se reservan el control exclusivo de ciertas materias a las que se considera *nacionales por su carácter;* esto es, aquellas materias cuya regulación es (o debe ser) uniforme en todos los Estados. Las relaciones entre empresarios y trabajadores (Ley Nacional de Relaciones de Trabajo) y las normas justas de trabajo (Ley de Normas Justas de Trabajo), así como

(3) 332 EE. UU. 533 a 553 (1944).

los pactos o actos de «boicot», coacción e intimidación (Ley Sherman), se consideran en virtud de la Ley McCarran-Ferguson cuestiones de interés nacional y sometidas por tanto al control exclusivo del Congreso. En efecto, éste dictó algunas de las disposiciones de las leyes citadas pensando concretamente en los seguros.

Por otra parte, importa mucho señalar que el Congreso puede ampliar este ámbito de competencia exclusiva mediante una ley que se refiera *específicamente* a los seguros. Esa ley federal sería de aplicación a la actividad aseguradora, con exclusión de todas las demás que estuvieran en conflicto con ella. Antes de 1964, las principales leyes relativas específicamente a los seguros tenían limitada su aplicación al Distrito de Columbia. En 1964 se modificó la Ley de Valores y Bolsa de 1934, para que abarcara de manera específica la actividad aseguradora.

Aunque la Ley McCarran-Ferguson declara que la continuación de la regulación de los seguros por parte de los Estados es una cuestión de interés público, *en ella también se dice que ciertas leyes federales vigentes (la ley Sherman, la Ley Clayton, y la Ley Federal sobre la Comisión de Comercio), que son generales por su naturaleza y no se ocupan específicamente de los seguros, se referirán de manera específica a la actividad aseguradora en la medida en que la misma «no esté regulada por las leyes de los Estados»*.De ahí que uno de los objetivos implícitos en la Ley Pública 15 fuera el de estimular una mejor y más uniforme regulación estatal de los seguros en interés público.

En los años siguientes a la promulgación de la Ley Pública 15, la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros (ver más adelante), junto con los representantes del sector de los seguros, emprendieron la tarea de elaborar un proyecto de bases legislativas con las que perseguía dar un carácter más uniforme y completo a la regulación de esa actividad en los distintos Estados; esto es, hacer frente al desafío planteado por la cláusula *condicional* de la Ley Pública 15.

Hoy día, la mayor carga de la regulación de la actividad aseguradora descansa sobre los Estados. En la exposición de esa regulación pública que se hará a continuación se dará un carácter prioritario a la ejercitada por los Estados, abordándose las medidas reguladoras de índole federal en relación con aquélla.

Admitida su competencia para regular la actividad aseguradora, la base de la regulación de ésta por parte de los Estados estriba en la potestad de policía de éstos, en relación con los bienes y negocios de los particulares con repercusión sobre el interés público.

EL MECANISMO DE LA REGULACION ESTATAL

De la regulación estatal de los seguros, se encargan tres clases de órganos públicos: los tribunales, el cuerpo legislativo y los inspectores de seguros u otros funcionarios administrativos. Por si fuera poco, la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros desempeña un papel vital en el desenvolvimiento del necesario derecho regulador y en la coordinación de las actividades de los órganos legislativos y ejecutivos de los distintos Estados.

La función de la judicatura en la regulación estatal de los seguros es triple. La que resulta más obvia para el asegurado medio es la de fallar los litigios entre las compañías y los tomadores de seguros. En un sentido limitado, una decisión judicial en virtud de la cual se interprete una estipulación de un contrato regulando las obligaciones del asegurador de conformidad con esa clase de póliza. Los tribunales protegen también a los asegurados al imponer sanciones penales a quienes infrinjan el derecho de los seguros. Por último, las compañías de seguros y sus agentes pueden acudir en ocasiones a los tribunales en un esfuerzo por impugnar las leyes, reglamentos administrativos u órdenes dictadas por el departamento de seguros, que consideren arbitrarios o anticonstitucionales.

El papel de los tribunales en el proceso regulador (aunque muy importante para los derechos de las personas físicas y jurídicas) queda relegado a un segundo plano cuando se le compara con el desempeñado por el poder legislativo y el inspector de seguros. Dentro de las limitaciones constitucionales, y con la autorización del Congreso, las asambleas legislativas de los Estados ostentan la potestad definitiva para hacer y modificar las leyes en materia de seguros. Ellas son las que establecen el marco jurídico general y dictan las normas también generales por las que se rigen las actividades de los órganos administrativos.

Las asambleas legislativas de los Estados no se han tomado

a la ligera esta potestad, porque uno de cada diez proyectos de ley que se presentan se refieren a los seguros. Durante el último cuarto de siglo, ha sido elevado el número de Estados que han revisado a fondo sus legislaciones sobre el seguro. Con estos nuevos «códigos» se han barrido los estratos legislativos acumulados en los decenios anteriores, y se ha reducido el derecho de los seguros a un ordenamiento sistemático y a un estilo uniforme.

El derecho de una división territorial determinada, aunque no haya sido reformado ni codificado, suele referirse a los requisitos, procedimientos y normas para: 1) la organización y funcionamiento del departamento de seguros del estado; 2) la formación y autorización de los diversos tipos de compañías para los distintos ramos de seguros y reaseguros; 3) la expedición de licencias a agentes y corredores; 4) el registro y aprobación de las tarifas de seguros de cosas; 5) los aseguradores no autorizados y las prácticas comerciales desleales; 6) la solvencia financiera de las empresas; y 7) la liquidación y la rehabilitación de los aseguradores. En la mayoría de los Estados también se incorporan a las leyes sobre seguros ciertas normas acerca del contrato de seguro, con disposiciones específicas para determinados ramos: seguros individuales de vida y de enfermedad, seguros colectivos de vida y de enfermedad, seguros industriales (de vida, de enfermedad y de cosas) y seguro de incendios. Además, en esos códigos suelen establecerse penas por el quebrantamiento de la legislación sobre seguros.

Funcionarios administrativos

Las asambleas legislativas de los Estados, reconociendo la necesidad de una atención especializada, de discreción y de flexibilidad, establecieron órganos o departamentos cuyo cometido se limita a la supervisión de los seguros. En las economías industrializadas, ni siquiera los tribunales generales más desarrollados están equipados para prestar protección en unos asuntos en los que sólo los expertos disponen de la información necesaria; y los órganos legislativos, además de su falta de experiencia, consideran imposible y poco práctico promulgar leyes que regulen todas y cada una de las fases de una actividad sumamente técnica y en rápida evolución. Así se crearon los departamentos estatales de

seguros, con amplios poderes administrativos, cuasi-legislativos y cuasi-judiciales, sobre la actividad aseguradora.

Estos departamentos de seguros (el primero fue el formado en Massachussetts en 1852) suelen estar a las órdenes de un funcionario jefe, que puede recibir el título de inspector, superintendente o director. En Tejas, las responsabilidades de esa dirección recae en una junta formada por tres personas. En muchos Estados, el funcionario investido de esta misión, desempeña otros cometidos como los de auditor, interventor o tesorero del Estado; o el departamento de seguros funciona de manera conjunta con algún otro, como el de banca.

Como el derecho a emitir seguros, o a representar a una compañía en la emisión de seguros, o a representar al público en la colocación de seguros, se considera un privilegio, se limita el mismo a aquellos que hayan obtenido una licencia. Así, se somete el seguro al control y la supervisión del inspector de seguros, por medio de la expedición de licencias.

Al conceder una licencia, el Estado está facultado para establecer numerosas condiciones y limitaciones que deben observar las compañías, como requisito previo para ejercitar el privilegio de desarollar su actividad dentro del Estado. Para que pueda hacer que se cumplan esas diversas normas, el inspector de seguros está investido de numerosas atribuciones, que llevan consigo unas obligaciones. Entre las principales atribuciones del inspector figuran: 1) la facultad de dictar reglamentos administrativos; 2) la de conceder o revocar licencias; 3) la de inspeccionar; 4) la de exigir una declaración anual de la situación financiera; 5) la de aprobar; 6) la de investigar las reclamaciones; 7) la de ordenar la liquidación o la rehabilitación, y 8) la de iniciar investigaciones originales. Sus obligaciones comprenden la aplicación de las leyes del Estado sobre seguros y la gestión del departamento.

Asociación Nacional de Inspectores de Seguros

La Asociación Nacional de Inspectores de Seguros (antes Convención Nacional de Inspectores de Seguros) se constituyó en 1870. Entre sus objetivos están los de: 1) promover la uniformidad en la legislación y en la reglamentación administrativa de

los seguros; 2) aumentar la eficiencia de los funcionarios encargados de aplicar la normativa de los seguros, y 3) proteger los intereses de los tomadores de seguros.

La labor de la Asociación ha cosechado éxitos considerables en sus esfuerzos unificadores y armonizadores. Entre sus logros más significativos cabe citar: 1) la adopción por todos los Estados de un modelo normalizado para los informes financieros anuales de las compañías; 2) la aceptación por la mayoría de los Estados de un certificado de solvencia emitido por el del domicilio de la compañía, con lo que se eliminan gastos y dobles trámites; 3) la aceptación del principio de que sólo debe exigirse un depósito de valores en el Estado del domicilio de la compañía; 4) la adopción de reglas uniformes para la valoración de títulos; 5) la elaboración de un sistema de zonas para la inspección trienal de las compañías de seguros; 6) la confección de nuevas tablas de mortalidad normalizadas; 7) la elaboración de una ley uniforme de valoración y de una ley uniforme contra la pérdida completa del seguro de vida en caso de impago de las primas; y 8) la preparación de muchos otros borradores de proposiciones de leyes en los campos del seguro de vida y de enfermedad. No puede discutirse el importante papel que la A.N.I.S. ha desempeñado en la regulación de la actividad aseguradora por los Estados. En años recientes, parece incluso haberse intensificado el interés por desarrollar una labor coordinada entre los Estados. En los últimos cinco años se han recomendado trece leyes modelos en campos como el de las sociedades de cartera, los contratos variables, los fondos de garantía y las prácticas desleales en la publicidad y los negocios. Además, se han completado diversos proyectos de investigación, y se instituyeron en 1972 nuevos sistemas de información estadística para comprobar la solvencia y medir la rentabilidad.

Aunque ningún Estado está obligado a seguir las recomendaciones de la A.N.I.S., se ha conseguido un grado razonable de uniformidad en la pauta de regulación estatal.

AMBITOS DE REGULACION ESTATAL

Ahora que se han esbozado a grandes rasgos las facultades y las obligaciones de los funcionarios encargados de la supervisión de las compañías de seguros, en esta sección se abordarán de manera sumaria las funciones particulares cuya realización se persigue por medio de la regulación pública.

Debido a la índole peculiar del negocio de los seguros y a la confianza depositada en él por el público, la autoridad del Estado sobre las actividades de las compañías aseguradoras se ejerce desde el nacimiento hasta la extinción de éstas. La empresa aseguradora, tanto si se trata de una sociedad como de una asociación, debe reunir ciertos requisitos si quiere constituirse y obtener una licencia, para operar en los distintos Estados en que desee hacerlo. Sus agentes y corredores deben conseguir las autorizaciones preceptivas, hace falta que se aprueben sus modelos de contratos y, en ocasiones por lo que respecta al seguro de enfermedad, se someten a inspección sus tarifas. Se estudian las prácticas de venta y publicidad y se establecen unas normas de competencia leal. Pueden regularse los gastos de la compañía. Tal vez se exijan depósitos en los distintos Estados, como garantía de la buena disposición de la compañía, para cumplir las leyes de los Estados y sus obligaciones contractuales.

Se regula cuidadosamente la solvencia de las compañías de seguros, limitándose la cantidad de riesgo que puede aceptar una de ellas, y estableciéndose requisitos específicos para las reservas del pasivo, la cuantía mínima del capital o de los excedentes y para las inversiones y su valoración adecuada. Por último, el Estado vigila la conservación o liquidación de aquellas compañías cuya solvencia se encuentre amenazada.

Es imposible abordar todos los aspectos de la regulación en el contado número de páginas asignado a ese tema en el presente volumen, por lo que tan sólo se tocarán aquellos que revistan una particular importancia para los seguros de vida o de enfermedad.

En este libro se ha tratado de dar un planteamiento paralelo a los seguros de vida y de enfermedad en todos sus aspectos, planteamiento que se mantendrá en el campo de la regulación pública. No obstante, deberá tenerse en cuenta que los problemas de regulación inherentes a los seguros de enfermedad difieren a menudo de los del seguro de vida, por lo que a veces es preciso tratar a cada uno de ellos como un ramo distinto del seguro.

El espacio disponible impide un examen detallado de la legislación promulgada en los distintos Estados, pero prácticamente todos los textos normativos importantes pueden agruparse para mayor comodidad en los siguientes apartados: 1) constitución y autorización de las compañías; 2) supervisión del producto; 3) supervisión de las prácticas de las compañías; 4) supervisión de la solvencia financiera, y 5) conservación y liquidación.

Constitución y autorización de las compañías de seguros

Aunque la constitución de las compañías de seguros se rige en gran medida por las leyes aplicables a la constitución de sociedades en general, a la mayoría de los Estados les ha parecido oportuno complementar su legislación sobre sociedades con textos legales relativos únicamente a las de seguros. En el derecho estatal de seguros se determinan específicamente los requisitos para la constitución de una compañía de seguros de vida. Los seguros de enfermedad pueden ser emitidos por una compañía de vida, una de accidentes, o una dedicada exclusivamente a ese ramo. Por lo general, cuando los seguros de enfermedad los emite una compañía de vida son de aplicación las formalidades para la constitución y la autorización en cuanto tal compañía de vida, y cuando la compañía emisora es de accidentes, las formalidades serán las relativas a este tipo de empresas aseguradoras. Por lo general, una compañía especializada en seguros de enfermedad podrá constituirse al amparo de las normas aplicables a las de vida o a las de accidentes, a su arbitrio.

En los códigos estatales de seguros se exige la redacción de una escritura de constitución en la que se expresen de manera específica el nombre y el domicilio de la compañía, los ramos del seguro en los que se propone operar, los poderes que se confieren a la sociedad o asociación, y los nombres de sus representantes legales. A menudo hay que indicar también el sistema de organización interna. Se establecen los importes mínimos del capital desembolsado y de los excedentes respecto de las compañías por acciones, que varían de $ 100.000 a $ 1.000.000 de capital, más un excedente inicial que oscila entre el 50 y el 200 por 100 del capital mínimo desembolsado por cada ramo de seguro (vida

o enfermedad) que se vaya a emitir. Se determinan también los excedentes mínimos y las condiciones de participación para las empresas mutuas de seguros, siendo los primeros similares a las necesidades mínimas de capital y de excedentes en las compañías por acciones. Antes de emitir el certificado de constitución, un funcionario estatal competente se encargará de hacer averiguacones acerca de la personalidad de los socios fundadores de la nueva empresa. A las compañías, con frecuencia, se las exige el depósito en poder del Estado de valores autorizados por un importe de $ 100.000 o cualquier otra suma o tanto por ciento del capital o excedentes mínimos que se señale.

Aun cuando se hayan satisfecho esos requisitos, se hayan escogido y aprobado a los consejeros y altos cargos, y haya sido expedida una certificación de constitución por el Estado en que se encuentre domiciliada la compañía, ésta no podrá empezar todavía a desarrollar sus actividades. Por lo general, todas las empresas aseguradoras que actúen en un Estado deberán estar en posesión de una licencia. Las formalidades para expedir una licencia a una compañía doméstica coinciden con las necesarias para la constitución, y a veces lo único que se exige es una licencia de constitución. A menudo debe renovarse periódicamente la licencia.

Los requisitos para autorizar a las compañías foráneas y extranjeras pueden ser similares a los de las domésticas, aunque a veces sean más exigentes. A todas ellas, domésticas, foráneas o extranjeras) se las exige mantener un importante depósito de valores de una categoría determinada en poder del Estado. Para cumplir este requisito, las empresas foráneas o extranjeras pueden aportar un certifcado del inspector de seguros de otro Estado en el que se acredite que existe un depósito en poder del mismo destinado a proteger los intereses de los tenedores de seguros y de los acreedores. El depósito exigido a las compañías extranjeras suele ser harto elevado y debe ser igual en valor al importe de su pasivo en los Estados Unidos, más un excedente que sea por lo menos igual al capital mínimo requerido de una compañía doméstica autorizada para desarrollar la misma clase de operaciones. Además, en algunos Estados se obliga a hacer un pequeño depósito de garantía que queda en manos del tesorero, con la finalidad de proteger a los tenedores de pólizas de ese mismo Estado.

Por lo general, todas las compañías foráneas o extranjeras deberán designar a un residente en el Estado como su representante o mandatario legal a efectos de notificaciones judiciales.

Seguros no autorizados

Uno de los problemas más irritantes (a la luz de la Ley McCarran-Ferguson) con que se enfrenta la regulación estatal de los seguros es el control sobre las actividades de las compañías de seguros no autorizadas. Al negarse a solicitar una licencia, el asegurador no autorizado elude la regulación de todos los Estados menos la de aquel en el que tiene su domicilio. Para decirlo más concretamente, puesto que esas compañías de fuera del Estado no tienen representantes dentro del mismo, no «desarrollan sus actividades» en el sentido jurídico de la expresión dentro del Estado, por lo que no se encuentran sujetas a la regulación del mismo. No hacen informes al departamento de seguros del Estado; no están sometidas a inspección; los modelos de pólizas no están sujetos a la aprobación del Estado; la publicidad postal entre Estados no está sujeta al control estatal; y el inspector de seguros no se encuentra facultado para prestar ningún servicio a los tenedores de pólizas en la liquidación de siniestros.

En la actualidad, los Estados utilizan cinco tipos principales de regulación para controlar las actividades de los aseguradores no autorizados:

1. El Estado puede prohibir a estos aseguradores que «desarrollen su actividad» en el mismo, sin obtener primero una licencia para hacerlo. De manera similar, y con ciertas excepciones obvias, ninguna persona podrá a) representar a ningún asegurador no autorizado en la oferta, negociación o formalización de seguros, ni de ninguna otra manera, en la contratación de seguros, con respecto de los sujetos de seguro del estado en cuestión; b) ni representará a ninguna persona en la proposición de seguros a ese asegurador no autorizado.
2. En algunos Estados se consideran esos contratos jurídicamente anulables por el asegurado, a no ser que durante la vigencia del contrato, el asegurador sea autorizado para emitir la clase de seguros de que se trate (esto es, de vida o de enfermedad).
3. Puede prohibirse la publicidad originada dentro del Estado, y encaminada a incitar la adquisición de seguros por parte de personas residentes en el Estado. Por lo general, esa prohibición se dirige al editor, la emisora de radio, etc., tanto como al asegurador.
4. De conformidad con la Ley Uniforme de Notificaciones Judiciales, a los Aseguradores no Autorizados de la ANIS, según ha sido adoptada en casi todos los Estados, el asegurado puede ejercer cualquier acción jurídica de reclamación contra un asegurador no autorizado de fuera del Estado, empezando al inspector de seguros de su Estado de residencia.
5. Los Estados pueden recurrir a la Oficina de Información de ANIS sobre aseguradores no admitidos, que es un centro de recogida de datos, sobre los aseguradores que no están autorizados para operar en todos los Estados.

Pese a la existencia de leyes de este tipo, persisten numerosos y arduos problemas de regulación, debidos en gran medida a que el Estado del domicilio no controla de manera suficiente las prácticas y la solvencia financiera de estas compañías. El problema principal parece consistir en la regulación de la publicidad y las ofertas engañosas difundidas por correo. El Servicio Postal de los Estados Unidos dispone de amplias facultades para controlar el uso del correo, pero sólo suele ejercitarlas cuando hay constancia de un fraude. La Comisión Federal de Comercio dictó en 1950 una serie de «Reglas prácticas de comercio relativas a la publicidad de seguros por correo», y en 1964 aprobó una serie de «Directrices para la actividad de seguros por correo» (Ver, más adelante, «Prácticas comerciales desleales», en donde se profundiza en este tema).

Actividades de las compañías de seguros

Una vez constituida la compañía o autorizada para desarrollar su actividad en el Estado, casi cada una de las etapas de su funcionamiento está sometida a la supervisión de las autoridades del mismo. Deben aprobarse los modelos de pólizas, excluirse ciertos métodos de captación de clientes y cumplirse las normas en materia de solvencia financiera.

Modelos de pólizas.—En la mayor parte de los ramos del seguro, los diversos modelos de pólizas están sometidos a algún tipo de fiscalización, en un esfuerzo por proteger a los asegurados, los tomadores y los beneficiarios contra estipulaciones y pro-

cedimientos desleales y capciosos (4). El seguro de vida y, en especial, el de enfermedad no constituyen una excepción, porque tal vez la mayor parte de las normas de regulación y de supervisión correspondientes a dichos ramos se refieran al contrato.

La supervisión estatal sobre los contratos de seguros de vida y de enfermedad siguen la misma pauta; no hay ninguna póliza tipo reglamentaria; tampoco ninguna serie de condiciones generales uniformes de cobertura o de prestación. En pocas palabras, el sistema de regulación estatal del contrato consiste en: 1) la prohibición de utilizar un modelo de póliza hasta que el mismo haya sido presentado al departamento de seguros del Estado y haya sido aprobado por el mismo; 2) los diversos requisitos o normas para su aprobación (5).

El inspector de seguros hace uso de normas jurídicas, tanto *generales* como *específicas*, en su esfuerzo por conseguir que los modelos de póliza respondan a las necesidades e intereses del público. Gran parte de estas normas legales y administrativas se basan en las recomendaciones de la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros.

La norma *general* más importante a la que debe ajustarse un modelo para obtener la aprobación del inspector se refiere al *formato y al lenguaje de la póliza*, y es aplicable tanto a los contratos de seguro de vida como a los de enfermedad. Por ejemplo, en este último campo, en la Ley de Regulación de los Seguros de Accidentes y de Enfermedad de la A.N.I.S. de 1946, se establecía que el contrato no debía ser injusto, ambiguo, desleal, falaz, engañoso o susceptible de tergiversación. Como la aplicación de esta norma general es fuente de problemas, tanto para los inspectores como para las empresas aseguradoras, la A.N.I.S. y los distintos inspectores han elaborado una serie de *normas específicas*, destinadas a desarrollar la norma general.

(4) La definición de la «aprobación» varía según los Estados. En muchos de ellos, se exige la aprobación de cada modelo antes de su utilización, disponiéndose además que el mismo se considerará aprobado por silencio administrativo si al expirar un plazo de treinta (o de cuarenta y cinco) días, el inspector no hubiera tomado ninguna decisión. En otros Estados se recurre al sistema de «registrar y utilizar», estando facultado el inspector para rechazar posteriormente el modelo, oídos los interesados.

(5) Gran parte de la regulación de los contratos obedece a la existencia de reclamaciones, publicidad y otras prácticas censurables que acompañan el uso de los contratos por algunas empresas aseguradoras.

1. *Normas específicas. Seguro de vida.*—En todo Estado se exigen (o aceptan) modelos de contrato de seguro de vida en los que figuren, *en sustancia*, ciertas estipulaciones preceptuadas en las leyes de la mayoría de aquéllos. El inspector puede aprobar modelos en los que figuren esas estipulaciones con una redacción más favorable que la de la ley. Esas estipulaciones legales mínimas, recomendadas por la A.N.I.S., comprenden el plazo de gracia, la prima, la cláusula de incontestabilidad, «la de indivisibilidad de contrato», inexactitud en la edad, reparto anual de dividendos, valores y opciones de rescate, anticipos sobre pólizas, opciones de liquidación, y rehabilitación de pólizas. Se tratan separadamente, las estipulaciones tipo de los contratos y certificados de seguro de vida colectivo, así como los de los seguros de vida industriales.

2. *Normas específicas. Seguro de Enfermedad.*—En 1946, tras el fallo en el pleito de la Asociación de Aseguradores del Sudeste y la aprobación de la Ley McCarran-Ferguson, la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros y el Comité de Todos los Ramos recomendaron a los Estados la Ley de Regulación de los Seguros de Accidentes y de Enfermedad, ya mencionada. Además de establecer la obligación de registrar los modelos de contratos, las clasificaciones, las tarifas y los suplementos, y de la aprobación de los modelos y los suplementos (ver más arriba), en esa ley se dictaba la norma *general* de que los contratos no debían ser injustos, ambiguos, desleales, falaces, engañosos o susceptibles de tergiversación. Además, en la ley modelo se dispone (aunque este precepto fuera omitido por algunos de los Estados que aprobaron la legislación) que podrán rechazarse los modelos de contrato si «las prestaciones no son razonables en relación con la prima cobrada» (ver más abajo).

En casi todos los Estados se ha aprobado la Ley Uniforme de Condiciones de las Pólizas Individuales de Accidentes y de Enfermedad recomendada por la A.N.I.S. en 1950 (6), en la que figuran

6) Son 47 Estados, además del Distrito de Columbia, los que han adoptado la Ley Uniforme de Condiciones de las Pólizas Individuales de Accidentes y de Enfermedad; además, Georgia, Luisiana y Alaska han adoptado leyes similares. Ver BERKELEY COX y otros: *Law Notes, Life and Health* (Hartford, *Conn.*, International Claim Association, 1964), pág. 306-7.

normas *específicas* relativas tanto a la condiciones obligatorias como a las facultativas. Las doce condiciones obligatorias, con las que se trata de proteger los intereses del asegurado después de un siniestro, comprenden las relativas a la notificación y la prueba de la pérdida, el pago de los siniestros, el plazo de caducidad de ciertas excepciones, y el cambio de beneficiario. Las once condiciones facultativas, que no es obligatorio consignar a menos que lo desee la compañía, se refieren al cambio de ocupación, la inexactitud en la edad, la reducción en las prestaciones cuando exista otro seguro, la relación entre el seguro y los ingresos, y la cancelación. Por lo que se refiere tanto a las condiciones preceptivas como a las facultativas, el asegurador podrá darles la redacción que prefiera siempre que no sea menos favorable para el asegurado o el beneficario que la que figura en la ley. Se permite una gran flexibildad en la formulación de los contratos, ya que estas condiciones, pueden insertarse en los contratos junto con otras con las que guarden una relación lógica, o incorporarlas a la póliza formando una unidad en el orden establecido por la ley. Por lo demás, en la ley se dispone que, con sujeción a la aprobación de los inspectores, el asegurador podrá omitir de la póliza toda condición o parte de ella que sea inaplicable, y modificar toda condición o parte de ella que resulte inconsecuente, con el fin de que todas las contenidas en la póliza respondan a la cobertura que en ella se garantiza.

Además de las normas específicas legales contenidas en la ley de 1950, los inspectores de seguros de cada Estado han elaborado otras muchas en virtud de su poder reglamentario. Entre esas normas reglamentarias figuran la *Guía Oficial* de 1944-47 y la *Declaración de Principios* de 1948. Se establecen ciertas normas para clasificar claramente las pólizas limitadas, se prohíben o restringen ciertos tipos de condiciones y se controlan ciertas prácticas con respecto a los contratos. Esas normas son demasiado variadas y numerosas para poder pasarlas revista aquí.

En 1952, la A.N.I.S. recomendó un reglamento administrativo relativo a las condiciones de renovación y de cancelación de los contratos, en el que se exigía,en defecto de una breve descripción en el anverso de la póliza o de una declaración aparte impresa en la página, que se consignasen las estipulaciones relativas a la renovabilidad, en el anverso de la póliza y con un encabezamiento

claro. En ese reglamento se especifica el lugar y encabezamiento adecuados para la estipulación de cancelación, y cuando no se imprima ésta en el anverso, deberá figurar en el mismo la referencia al lugar del interior de la póliza donde conste aquélla.

En 1956, el Subcomité de Cancelación del Comité de Accidentes y Enfermedad de la A.N.I.S. recomendó una modifcación uniforme de la Ley Uniforme de Condiciones de las Pólizas de Accidentes y de Enfermedad de 1950, en la que se disponía que en los contratos de seguro individual de enfermedad (al contrario de los de accidentes) que fueran renovables a opción de la compañía, se restringiría el derecho de ésta a negar la renovación a la fecha de cada aniversario de la celebración del contrato. Cuando haya habido cancelación y posterior rehabilitación del contrato, la fecha de renovación empezará a partir del aniversario de la última rehabilitación. Al asegurado se le deberá cursar una notificación con treinta días de antelación del propósito de la compañía de no renovar. Esta modifcación recomendada ha sido adoptada en los códigos de varios Estados.

En 1958, en la asamblea legislativa del Estado de Nueva York se aprobó una ley por la que se restringía el derecho de la compañía aseguradora a negarse a renovar o a cancelar los contratos de gastos médicos y hospitalarios, según sigue:

> 6. Después de dos años a partir de su fecha de emisión o de la de su última rehabilitación, y antes de llegarse al límite de edad, o a la fecha de expiración del plazo, si lo hubiera, estipulado en la póliza de acuerdo con las disposiciones del parágrafo (B) (9) de la subsección dos de esta sección, ningún asegurador se negará a renovar una póliza de seguro de hospitalización o de gastos médicos o quirúrgicos, o cualquier otra póliza en la que un tercio o más de la prima total corresponda a prestaciones por gastos médicos, quirúrgicos o de hospital, o a cualquier combinación de los mismos, salvo cuando concurran una o más de las siguientes circunstancias: fraude en la solicitud de la póliza o de cualquiera de las prestaciones previstas en la misma, riesgo moral, sobreseguro o duplicación de las prestaciones según las normas registradas por el superintendente de seguros, interrupción de una clase de pólizas, y todas aquellas otras que pudiera aprobar el superintendente de seguros. como la presentación de reclamaciones falsas o incorrectas, citándose ésta a título ilustrativo y no limitativo; no obstante, transcurrido ese plazo de dos años, en ningún caso podrá ningún asegurador negarse a renovar una de esas pólizas, debido a un cambio en el estado físico o mental o en la salud de alguna persona protegida

por aquéllas. Además, una vez transcurrido dicho período, ningún asegurador exigirá como condición para la renovación de una de esas pólizas, la emisión de ningún apéndice, suplemento o cualquier otro anexo en el que se limite la naturaleza o el alcance de las prestaciones estipuladas en aquéllas. En el caso de una póliza individual convertida, ese período de dos años, empezará a partir de la fecha en que hubiera tomado efecto el seguro respecto al interesado, según la póliza de la que se hizo la conversión. El superintendente podrá exigir a todo asegurador, que aporte los documentos, estadísticas u otra información relativa a la denegación de renovación permitida por esta subsección, según lo juzgue oportuno para la correcta aplicación de la misma.

7. Esta sección no será aplicable ni afectará 1) a ningún contrato de seguro no cancelable de incapacidad, que se rija por la sección ciento cincuenta y ocho, o que resulte de ella; 2) ni a ninguna póliza o contrato de reaseguro; 3) ni a ninguna póliza de seguro colectivo o flotante, que se rija por la sección ciento sesenta y dos; 4) ni a ninguna póliza en la que se estipulen prestaciones por incapacidad, de acuerdo con el artículo nueve de la ley de accidentes de trabajo; 5) ni a ninguna póliza de ninguna compañía cooperativa de seguros de vida y de enfermedad, excepto en lo previsto en la sección doscientas treinta y siete; 6) ni a los contratos de seguro de vida, de capital diferido y de renta vitalicia, o contratos supletorios de los mismos, en los que figuren únicamente estipulaciones relativas al seguro de accidente y de enfermedad, a) en las que se establezcan prestaciones adicionales en caso de muerte, pérdida de un miembro o de la vista a causa de un accidente, b) o que funcionen como salvaguarda de esos contratos contra la cancelación por impago, o para garantizar un valor especial de rescate o una prestación especial o una renta vitalicia, en el caso de que el asegurado o vitalista quede incapacitado de manera total y permanente, según lo definido en el contrato principal o suplementario (7).

La compañía de seguros deberá notificar por escrito y con treinta días de antelación su propósito de no renovar el seguro cuando esa renovación reúna los requisitos de la ley. Cabe la posibilidad de que a una compañía se le permita la cancelación dentro de los noventa días a partir de la emisión de la póliza, si así lo desea.

En la ley de Nueva York se establecen ciertas prestaciones mínimas en los contratos de gastos de asistencia médica, y además, se permite la conversión de las pólizas familiares de asistencia médica en pólizas individuales sin prueba de asegurabilidad.

(7) Ley de Seguros del Estado de Nueva York, legislación de 1939, reformada, capítulo 882, sección 164, 5 (6) (7).

En la ley del Estado de Carolina del Norte se dispone, en relación con los contratos comerciales de seguro de enfermedad, que ninguno de ellos podrá ser cancelado ni denegada su renovación, a menos que el asegurador notifique al asegurado con la antelación suficiente según las prescripciones legales. Este plazo de preaviso varía de un mes a dos años, según el período que lleve en vigor la póliza.

A los contratos de seguros colectivos son aplicables otras disposiciones, según las condicones de los mismos.

Tarifas.—La supervisión del producto lleva consigo, en muchos ramos del seguro, la regulación de las tarifas de primas, que son el precio del producto. En los diversos Estados se regulan las tarifas aplicables en la mayor parte de los ramos de seguros de cosas y de responsabilidad. Lo normal es tener que registrar ante el inspector las tarifas de esos contratos y los modelos de pólizas corespondientes. Aunque en unos pocos Estados se siga el principio de «registrar y usar», lo más corriente es que las tarifas tengan que ser aprobadas (en sentido técnico) antes de poderlas aplicar. En casi todos los Estados, y después de la audiencia de los interesados, el inspector podrá rechazar el registro de unas tarifas cuando las mismas sean excesivas, insuficientes o injustamente discriminatorias.

Las tarifas del seguro de vida (en ocasiones) y de enfermedad se deben registrar con los modelos de contratos a los que son aplicables. Por lo general no están sujetas a aprobación (ver más abajo). Su registro obedece principalmente a razones de publicidad en beneficio de aquellas personas que puedan estar comprendidas en las estipulaciones relativas a la inexactitud en la declaración de la edad y a otros aspectos que impliquen prorrateo de la prima.

1. *Seguro de vida.*—Las tarifas del seguro de vida para pólizas individuales están reguladas sólo de un modo muy indirecto. Se cree que la competitividad es un instrumento de regulación más que suficiente para impedir las tendencias al exceso. En la práctica, el problema puede estar en la *suficiencia* de las tarifas, y predomina la opinión de que las normas sobre reservas mínimas (ver más adelante) y las limitaciones de los gastos constituyen una salvaguarda más que suficiente. En los Estados de Nueva

York y Wisconsin existen leyes muy complejas, en las que se limita la cuantía de los gastos que pueden hacerse para la producción de nuevas operaciones o para el mantenimiento de las antiguas en vigor.

En las legislaciones de la mayoría de los Estados se da por supuesto que, por lo que respecta a las compañías por acciones que emiten contratos sin participación, la competencia es una garantía suficiente de la equidad de las tarifas, entre las distintas clases y generaciones de asegurados. No obstante, las compañías mutuas son propiedad de sus asegurados y funcionan en beneficio de los mismos; a menudo, se les prohíbe emitir pólizas sin participación. Cuando resulta que las primas son superfluas, la equidad exige que se devuelva el exceso, en forma de dividendo a cada clase o generación de asegurados en proporción de su contribución a los excedentes. En la mayoría de los Estados se exige el reparto y pago (si los hay) anual. En unos cuantos Estados se limita la cuantía de los excedentes globales que se pueden acumular hasta una cifra que no podrá ser superior (normalmente) al 10 por 100 de las reservas legales. Aunque no existen normas específicas, los inspectores revisan periódicamente las fórmulas de reparto de dividendos, por lo general, cuando se procede a la inspección de la compañía.

Con estas limitaciones sobre la política de dividendos de la compañía de seguros, se restringe una expansión demasiado rápida de las nuevas operaciones a costa de los asegurados actuales.

A las compañías de seguros por acciones que emitan contratos con participación, se les puede exigir que limiten la cuantía de los dividendos pagaderos a los accionistas, en interés de la justicia debida a los asegurados al amparo de esos contratos.

2. *Seguro de Enfermedad.*—Una de las normas *generales* para la aprobación de los modelos de contratos de seguros de enfermedad, persigue fundamentalmente la regulación de las condiciones sobre prestaciones. Se trata de conseguir ese objetivo mediante el establecimiento de una relación entre prestaciones y primas; así, no se aprobarán los modelos (o se retirará su aprobación) si «las prestaciones no son razonables en relación con las primas cobradas». Esta norma, que no figura más que en

las legislaciones de unos cuantos Estados, tiene un carácter demasiado general y es de difícil aplicación a casos específicos; fue una de las secuelas de la avalancha legislativa que se precipitó sobre los Estados, tras la aprobación de la Ley McCarran-Ferguson. Aunque el seguro de enfermedad puede ser emitido por aseguradores de accidentes, quedó excluido del Proyecto de Ley Modelo de Regulación de las Tarifas de Accidentes, recomendado por la A.N.I.S. y el Comité de Todos los Ramos. No obstante, algunos inspectores de seguros creyeron que la mejor manera de evitar ciertos abusos de algunos aseguradores de enfermedad, en cuanto a las estipulaciones de cobertura o de prestaciones, era por medio de la regulación de las tarifas. La fuerte oposición del sector puso de manifiesto que un proyecto de ley de regulación de las tarifas del seguro de enfermedad no contaría con suficiente apoyo legislativo, por lo que se arbitró una fórmula de transacción: se elaboró y recomendó a las diversas asambleas legislativas de los Estados la Ley de Regulación de los Seguros de Accidentes y de Enfermedad de 1946.

Aunque la distinción sea un tanto tenue, en esta ley se apunta más a establecer normas (la general de que se rechazarán las *pólizas* en las que las prestaciones no guarden una relación razonable con las primas) para la aprobación de modelos de pólizas, que para la de tarifas. Es el *modelo de póliza* lo que se puede rechazar —no las tarifas— en el caso de que se discuta lo razonable de las prestaciones. Sin embargo, la norma específica que recomendó la A.N.I.S. para poner en práctica esta norma general, podría acarrear cierta vigilancia sobre las tarifas. Entre los procedimientos administrativos recomendados figuran:

1. La declaración de la experiencia real en siniestros, por cada modelo de póliza, como parte de la memoria anual.
2. La declaración de la experiencia estimada en siniestros por cada modelo de póliza. Aunque este procedimiento no haya sido recomendado específicamente por la ANIS, es el que se sigue en unos cuantos estados.
3. En 1953, la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros aprobó un informe en el que se proponían como «topes», ciertos índices mínimos de siniestralidad para los diversos tipos de modelos de contratos. En el informe se afirmaba, que cuando las prestaciones de una póliza (incluidos los dividendos a su tomador) produjeran un índice de siniestralidad definitivo y verosí-

mil, inferior a los tantos por ciento medios razonablemente indicados, existía una *posible* presunción de que «las prestaciones no sean razonables en relación con la prima cobrada».

Por lo que al autor se le alcanza, pocos han sido los Estados en los que se han establecido ésta u otras normas similares, para negar la aprobación a nuevos modelos, o retirarla a los antiguos.

Métodos para la captación de clientes

Interpretada de un modo amplio, la regulación estatal de los métodos para la captación de clientes, comprende el control sobre la expedición de licencias a los agentes y corredores y sobre las prácticas comerciales desleales.

Expedición de licencias a agentes y corredores.—En las leyes de casi todos los Estados figuran disposiciones acerca de la expedición de licencias a los agentes y corredores de seguros. En algunos Estados se da esa licencia a los abogados. Ninguna persona puede actuar como agente, corredor o abogado dentro del Estado, sin haber obtenido primero una licencia; ninguna compañía podrá emitir un contrato o remunerar a ninguna persona que actúe en esa calidad (salvo por lo que se refiere a las operaciones de renovación, u otras de retribución diferida, en las que el agente ha cesado de participar en el desenvolvimiento de nuevas operaciones), a no ser que esa persona se halle en posesión de una licencia válida y en vigor.

El procedimiento que se debe seguir para obtener una licencia es similar en todos los ramos. Además de la presentación de la solicitud por el aspirante (que deberá facilitar una información detallada en cuanto a su carácter, experiencia y competencia general) cada uno de los aseguradores para los que vaya a recibir la licencia deberá presentar un aviso de nombramiento (o de intención de nombramiento), junto con un certificado de integridad y competencia firmado por un apoderado de la compañía. En muchos Estados, a los nuevos aspirantes (a los que se suele definir como las personas que no han tenido una licencia en el pasado próximo: dos años) que reúnen estos requisitos, se les da una licencia temporal, expidiéndoles una permanente, una vez que pasen airosamente un examen o cualquier otra prueba de suficiencia en el ramo en el que soliciten la licencia, según lo que determine el inspector de seguros. Además de establecer unos niveles mínimos de competencia, esos exámenes sirven para reducir la rotación de personal y contribuyen a la elevación de la calidad profesional de los representantes del seguro.

La licencia de un agente puede ser perpetua hasta su revocación, o estar sujeta a renovación a intervalos preestablecidos. Debido al gran número de licencias, la comodidad administrativa ha hecho que las perpetuas sean las más corrientes. Cuando están sujetas a renovación, el asegurador es el que suele encargarse de los trámites (no hace falta examen), aunque se puede exigir al solictante que pague las tasas correspondientes en aquellos Estados en que las cobren. El inspector puede denegar, revocar o suspender una licencia, después de notificarlo al interesado y oír sus alegaciones, cuando el agente haya infringido deliberadamente la ley en su condición de tal, haya acudido a prácticas fraudulentas o deshonestas, se haya demostrado que es indigno de confianza o incompetente, o haya hecho alguna declaración inexacta o falsa en algún punto importante para solicitar su licencia. Además, ésta se extingue por fallecimiento del agente o resolución de su relación laboral con la compañía de seguros. En los Estados en los que se contempla la figura de los corredores, los requisitos y procedimientos para obtener una licencia de ese tipo son, por lo general, muy similares a los ya expuestos. En el Estado de Nueva York, se exige hacer una serie de cursos sobre seguros para obtener una licencia de corredor. Por lo común, esta licencia debe renovarse periódicamente, con el pago de tasa que puede ser superior a la cobrada a los agentes. Los motivos de denegación, revocación o suspensión de la licencia son similares a los aplicables a los agentes.

Aun cuando los contratos de seguro de vida y de reaseguro no estén incluidos, en algunos Estados el seguro de enfermedad está sujeto, junto con los de cosas y de responsabilidad, a la norma del refrendo, que suele consistir, aunque sus manifestaciones varían de unos a otros Estados, en que se prohíbe a las compañías foráneas o extranjeras la emisión de pólizas en las que se cubran riesgos (personas o reales) en los Estados en cuestión, a menos que las mismas hayan sido emitidas o refrendadas

por un agente residente provisto de licencia. A éste se le debe pagar una comisión o derechos de refrendo a partir del 5 al 100 por 100 de la comisión del agente productor. Este requisito del refrendo, que tiene una naturaleza un tanto disuasoria, sirve para: 1) determinar el lugar del contrato de seguro y, por consiguiente a qué jurisdicción le corresponde la interpretación del mismo; 2) facilitar la detección y el control de los descuentos; 3) ayudar al Estado en la recaudación del impuesto sobre las primas sobre las compañías foráneas y extranjeras; 4) minimizar la competencia desleal por medio de la cotización errónea de tarifas; y 5) proteger a los agentes locales contra la competencia desleal de los productores de fuera del Estado, en los grandes riesgos que afectan a varios de éstos.

Es interesante señalar que entre los Estados que eximen al seguro de enfermedad del requisito del refrendo, algunos han adoptado el principio de la reciprocidad, según el cual una persona no residente en el Estado regulador puede recibir una licencia en este Estado, siempre que aquél en el que la misma resida conceda el mismo tratamiento a los residentes en el Estado regulador. Al inspector del Estado regulador se le puede autorizar para que suscriba acuerdos de reciprocidad en los que se renuncie al requisito de los exámenes escritos en ese Estado, cuando el no residente posea una licencia válida en el suyo de origen.

Prácticas comerciales desleales.—Aunque los Estados han ejercido desde hace mucho tiempo su control sobre ciertas prácticas desleales, especialmente sobre las declaraciones falsas o inexactas, la tergiversación, los descuentos y la discriminación injusta, el efecto de la decisión recaída en el asunto de la Asociación de Aseguradores del Sudeste y la repercusión de la Ley McCarran-Ferguson, indujo a muchos Estados a adoptar la Ley de Prácticas Comerciales Desleales, según el modelo elaborado por la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros, que aunque diferente en su filosofía, estaba concebida con la amplitud suficiente como para eliminar la competencia de la Comisión Federal de Comercio en estas cuestiones. Todas las leyes de prácticas comerciales desleales identifican y definen algunas de éstas y, por lo general, facultan al inspector para investigar e inspeccionar y, después de emplazar y oír a los interesados, para dictar órdenes

en las que se requiera para que cesen y desistan de esas prácticas so pena de las sanciones a que diere lugar su infracción. Además, en la ley modelo de la A.N.I.S. se capacitaba al inspector para solicitar un mandamiento judicial, por medio del fiscal general (con lo que un tribunal se encargaría de examinar la validez de las acusaciones del inspector) para impedir a los aseguradores usar cualesquiera otros métodos que a su juicio sean injustos o engañosos.

En la Ley de Prácticas Comerciales Desleales recomendada por la A.N.I.S. se enumeran las siguientes con ese carácter en la actividad aseguradora:

Declaración inexacta, publicidad falsa y tergiversación de los contratos de seguros.
Información y publicidad falsas, en general.
Difamación.
Boicot, coacción e intimidación.
Estados financieros falsos.
Opción de compra de acciones y contratos de consejero-asesor.
Discriminación injusta.
Descuentos.
Procedimientos injustos de liquidación de siniestros.

Las diversas leyes estatales sobre prácticas comerciales desleales tienen aplicación general a todos los ramos de los seguros (se concibieron pensando específicamente en los problemas del seguro de enfermedad).

Prácticas publicitarias desleales.—Como ya se indicó al tratar de los seguros no auorizados, las «Reglas prácticas de comercio relativas a la publicidad de seguros por correo» de la Comisión Federal de Comercio, representaron el primer intento de ésta por regular las prácticas de las compañías seguros (aparte de las acciones relativas al boicot, la coacción y la intimidación) de conformidad con la cláusula condicional de la Ley Mc-Carran-Ferguson. Aunque algunos Estados ya lo habían hecho, este intento de un organismo federal sirvió de acicate para la adopción del modelo de Ley de Prácticas Comerciales Desleales por la A.N.I.S. En 1954, la Comisión Federal de Comercio inició otra investigación acerca de la publicidad de los seguros de enfermedad, desencadenada por un alud de reclamaciones. El resultado de esa

investigación fue la apertura de expedientes a 41 compañías, en base al uso de publicidad falsa y engañosa con respecto a materias tales como el alcance de la cobertura, período de protección y plazo de prueba, estado sanitario exigido al proponente, importe de las prestaciones, coste y condiciones de cancelación y de renovación. Las compañías de seguros, las asociaciones empresariales y la A.N.I.S. se defendieron de esas acusaciones con los siguientes argumentos:

1. La Comisión Federal de Comercio carecía de competencia en el asunto, ya que la publicidad del seguro de enfermedad se encontraba suficientemente regulada por la legislación de los distintos estados en cuestión (ver más arriba la Ley de Prácticas Comerciales Desleales). En algunos casos, esa publicidad había sido objeto de la aprobación por las autoridades estatales.
2. Las reclamaciones se fundaban en un material publicitario aportado voluntariamente, que tenía dos años de antigüedad y que se había retirado de la circulación hacía tiempo.
3. Las declaraciones sólo inducían a error cuando se las citaba fuera de su contexto.
4. No había habido intención de inducir a error.
5. No había ninguna prueba de que se hubiera inducido a error a los proponentes, con las declaraciones objeto de las reclamaciones.

Con el fin de robustecer su argumento de que la publicidad se encontraba suficientemente regulada por la legislación de los Estados, la A.N.I.S. recomendó el *Código de Publicidad* de la Asociación en diciembre de 1955, compuesto por normas específicas destinadas a servir de orientación a los inspectores en la aplicación de las normas generales contenidas en la Ley Uniforme de Prácticas Comerciales. Resulta interesante que la Comisión Federal de Comercio celebró una conferencia sobre prácticas comerciales a la que asistieron representantes del sector asegurador y de la A.N.I.S., a continuación de la cual se promulgó su propio código a principios de 1956. Los dos códigos son muy afines por su contenido.

En el Código de Publicidad de la A.N.I.S. se precisan: 1) ciertas palabras y expresiones consideradas capciosas; 2) la necesidad de revelar las estipulaciones relativas a la renovabilidad, la cancelación y la resolución o rescisión; y 3) las reglas concernientes al uso de testimonios, identificación de la póliza, uso de estadísticas, ofertas de inspección de contratos, comparación con otros contratos, identificación del asegurador, ofertas especiales o de introducción, y medios e instalaciones de servicio. Toda compañía de seguros debe mantener para su examen por el departamento de seguros del estado un expediente completo de todo el material publicitario utilizado, y debe presentar además, junto con su memoria anual, un certificado acreditativo de haber observado las normas vigentes en la materia.

En 1956, un comité conjunto del sector asegurador y de la A.N.I.S. elaboró una *Guía Interpretativa*, para su empleo por uno y otra en la observancia y aplicación de estas reglas. Dicha guía está siendo actualizada y se prevé su aprobación por la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros en el curso de 1975.

La cuestión de las competencias no ha quedado plenamente zanjada. Se han desestimado las reclamaciones contra varias compañías de seguros. En algunos casos, los tribunales fallaron que la Comisión Federal de Comercio carecía de competencia. No obstante, cuando la compañía remite directamente publicidad a Estados en los que no tiene licencia para operar y por tanto escapa a la jurisdicción de las autoridades de los mismos, los tribunales han reconocido la competencia de la CFC. La Comisión se ha movido con pies de plomo a causa de los conflictos de jurisdiciones y competencias, pero se sabe que se han iniciado investigaciones acerca de los procedimientos publicitarios por correo directo, de varias importantes compañías de seguros de enfermedad y de algunas de seguros de vida, especializadas en las campañas de captación de clientes por medio de órdenes postales, dirigidas al mercado militar. Por lo demás, la Comisión Federal de Comercio ha copilado y publicado (con efecto el 14 de julio de 1964) un cuerpo de «Directrices para la actividad aseguradora desarollada por correo», que son interpretaciones administrativas del derecho aplicado por la comisión, para uso del personal de las oficinas de inspección y orientación de los aseguradores en la valoración de ciertos procedimientos. Al escribir esto, no parece existir una actividad significativa de la CFC sobre el particular.

Situación financiera

Como ya se ha indicado anteriormente, uno de los principales

objetivos perseguidos con la regulación de la actividad aseguradora estriba en garantizar la solidez financiera de las compañías de seguros. Esta preocupación se pone de manifiesto en las diversas normas legales y administrativas y en las disposiciones reglamentarias que rodean a la gestión financiera de una compañía en activo. En suma, las autoridades encargadas de la supervisión de los seguros, desean que una compañía del sector mantenga en todo momento unos activos iguales por lo menos al pasivo actualmente debido y estimado para el futuro (incluidas las necesidades mínimas de capital y de excedentes). A mayor abundamiento, y con el fin de que la relación entre activo y pasivo tenga cierto sentido, existe un nutrido cuerpo legislativo relacionado específicamente con esos conceptos.

Activo.—Por más que falte decididamente uniformidad en los diversos códigos de seguros de los distintos Estados, por lo que se refiere a los activos de la compañías, en todos ellos se abordan los tipos de inversiones permitidas, y las técnicas para la valoración del activo.

En general, los recursos de las compañías de seguros de vida (incluidos los ingresos derivados de las operaciones de seguros de enfermedad) se pueden invertir en obligaciones de la administración federal, estatal o local en obligaciones de empresas mercantiles o industriales, en hipotecas, en bienes raíces y en anticipos sobre pólizas. Aunque a estos últimos no tienen derecho actualmente los titulares de contratos de seguros de enfermedad, la mezcla de los activos de las compañías de seguros supone que esos anticipos deben incluirse entre las clases de inversiones permitidas a las compañías de seguros de vida, para los recursos allegados por medio de seguros de enfermedad.

Por lo general, las inversiones permitidas a los aseguradores de accidentes (que pueden emitir seguros de enfermedad) comprenden las autorizadas a los aseguradores de vida, sin muchas de las numerosas restricciones relativas a la tenencia de acciones.

En la legislación de cierto número de Estados figura una «cláusula de libertad», en virtud de la cual cualquier compañía doméstica de seguros (principalmente las de vida) podrá prestar o invertir sus recursos, por una cuantía que no exceda de un porcentaje determinado de sus activos totales admitidos, en préstamos o inversiones no declaradas aptas en ninguna sección de la ley. Ese porcentaje puede variar del 2 al 10 por 100. Con esa disposición se pretende mitigar cualquier tensión que una legislación restrictiva pueda causar en la actividad inversora de la empresa.

En casi todos los Estados se distingue entre las inversiones de capital y las de reserva. En Nueva York se sigue la pauta tradicional, y se exige que los recursos equivalentes al mínimo de capital o de excedentes requerido por la ley para el ramo o ramos de seguros en que se opere se inviertan en ciertos activos considerados como muy seguros (dinero en efectivo, deuda pública e hipotecas). Las compañías de seguros de vida pueden invertir todos los demas recursos en «inversiones de reserva»: las «inversiones de capital» más otras inversiones permitidas de segunda calidad. Además de las «inversiones de capital», los aseguradores de accidentes deben invertir por lo menos el 50 por 100 del activo igual al importe del pasivo por reservas (reservas para siniestros y por primas no devengadas) en «inversiones de reserva», pudiendo colocar el resto de sus recursos en cualquiera de los valores reconocidos por la ley. Las inversiones deben producir una renta y no haber incurrido en mora en el momento de su adquisición.

En el derecho de la mayoría de los Estados se exige que ninguna compañía de seguros haga ninguna inversión o préstamo, si no es con la autorización del consejo de administración o de un comité autorizado por el mismo, y encargado de la supervisión o realización de las inversiones. Amén de eso, se exige en la ley que se lleve un libro de actas de las reuniones de ese comité, que deberá elevar informes regulares al consejo de administración. Ni los miembros de éste, ni los demás directivos, deberán tener un interés personal en las inversiones o en su venta a la compañía aseguradora.

En algunos Estados, la ley adolece de imprecisión en cuanto a las normas por las que deberá regirse una compañía de seguros de enfermedad que sólo se dedique a ese ramo, constituida y autorizada de conformidad con los requisitos de las de vida o de las de accidentes. Con todo, parece que en aras de la competitividad, sería aconsejable que la nueva compañía tratase de acogerse a la categoría de aseguradora de accidentes.

Por lo general, las compañías de fuera del Estado deben observar unas normas en materia de inversiones, sustancialmente similares a las que rigen para las domésticas, si quieren poder optar a una licencia para ejercer su actividad en él.

La valoración de los activos de un asegurador a efectos de la memoria anual, constituye un procedimiento complicado y minucioso. En la mayoría de las leyes sobre seguros se dispone que el inspector podrá precisar las reglas para la determinación del valor de esos activos, sujeto (en algunos casos) a la limitación de que esas reglas no podrán estar en desacuerdo con las formuladas por la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros (8).

Pasivo.—La principal partida del pasivo en el balance de una empresa aseguradora está constituida por las reservas matemáticas de pólizas de seguros, en la que se reflejan las obligaciones reales y potenciales de acuerdo con los contratos extinguidos y en vigor.

1. *Seguros de vida.*—A los aseguradores de vida la ley les exige llevar al pasivo las reservas mínimas, a cuyo respecto en todos los Estados se ha promulgado o se encuentran en vigor las Leyes Uniformes de Valoración y de Irrenunciabilidad, que son de aplicación, en términos generales, a todas las pólizas emitidas a partir de la fecha de su entrada en vigor o de su modificación. De la valoración de las reservas de los seguros de vida ya se trató en otro lugar (9).

2. *Seguro de enfermedad.*—Entre las reservas destinadas de manera específica en la memoria anual a la actividad del seguro de enfermedad figura la de primas no devengadas; las reservas complementarias (de vida activa) respecto de las pólizas en las que el derecho de resolución por parte del asegurado se encuentra limitado por las condiciones del contrato o por la práctica de la compañía; la reserva para prestaciones futuras contingentes; la reserva por el valor actual de importes que todavía no se deben según reclamaciones aprobadas; la reserva para siniestros en curso de liquidación; la reserva para siniestros sobrevenidos o no comunicados; y la reserva para gastos de siniestros.

(8) Ver el capítulo 41 en el que se explica la valoración de los activos.
(9) Ver en el capítulo 24 la exposición de la valoración del pasivo por reservas matemáticas.

Aunque el mantenimiento de la solidez financiera de un asegurador dependa de una política acertada en materia de inversiones, junto con una correcta valoración de todos los activos, la misma importancia tiene el establecimiento y la adecuada valoración de las reservas, y en el ramo del seguro de enfermedad es una tarea mucho más difícil. Con todo, aunque en las leyes de los distintos Estados se establezcan rígidos controles sobre los activos de los aseguradores de enfermedad, y en los modelos de la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros para el estado anual (vida, accidentes y enfermedad, e Incendios y daños) se prevén de manera específica la mayoría de las reservas arriba mencionadas, las normas específicas para la valoración de estas reservas del seguro de enfermedad brillan por su ausencia. En el derecho de seguros de la mayoría de los Estados se establecen normas específicas en cuanto a las reservas por primas no devengadas, y, al mismo tiempo, se faculta al inspector para dictar o aplicar normas relativas a todas aquellas reservas complementarias que estén en consonancia con los procedimientos prescritos por la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros. En unos cuantos Estados se exigen expresamente y hay normas establecidas sobre las reservas de vida activa y las de vida incapacitada, de conformidad con las pólizas de pensión por invalidez. En la mayoría de los Estados se deja que sea la propia compañía la que decida si las distintas reservas del seguro de enfermedad son suficientes, para lo cual son muchas las que consultan a los actuarios de los departamentos de seguros de los Estados respectivos (10).

Rehabilitación y liquidación

Cuando, con independencia de otras medidas reguladoras, un asegurador atraviese graves dificultades económicas o de otra índole, el departamento de seguros de la mayoría de los Estados tiene la misión complementaria de hacerse cargo del control de

(10) Ver en el capítulo 30 un análisis de las reservas del seguro de enfermedad.

sus activos y de su dirección, en el caso de los aseguradores domésticos y extranjeros (cuando el importe principal de los activos estadounidenses del asegurador extranjero radiquen en el Estado), o sobre sus activos, en el caso de los aseguradores foráneos que radiquen en el Estado, el procedimiento habitual consiste en que cuando lo juzgue necesario, el inspector de seguros se dirija al tribunal competente en demanda de una orden judicial en la que se le nombre (en la calidad oficial que ostenta) síndico a los efectos de rehabilitación, conservación y liquidación.

De conformidad con una orden de rehabilitación, al inspector de seguros se le confiere un derecho de disposición sobre los activos de la compañía doméstica y se le autoriza para que prosiga la actividad de la misma hasta que pueda devolverla a la administración privada, una vez eliminados los motivos que dieron lugar al libramiento de aquella orden. En aquellos Estados en los que se ha adoptado la Ley Uniforme de Liquidación de Empresas aseguradoras de la A.N.I.S., la rehabilitación se refiere a la reorganización de un procedimiento más tajante mediante el cual el inspector traspasa la compañía a otra sociedad que se hace cargo de ella. En todos los casos, el inspector, actuando de acuerdo con la orden de rehabilitación, trata de preservar los activos intangibles de la compañía, tales como la organización de producción y el fondo de comercio, manteniendo a la compañía en funcionamiento. Este procedimiento, cuando se ve coronado por el éxito, consigue mantener también la confianza de los tenedores de pólizas en la institución del seguro. Entre los numerosos motivos legales, en base a los cuales puede el inspector solicitar una orden de rehabilitación, cabe citar: 1) menoscabo del capital o la insolvencia económica; 2) constancia de que la continuación de las operaciones redundaría en peligro de los tenedores de seguros, de los acreedores, o del público; 3) comprobación de que sus directivos o consejeros son culpables de ciertas acciones u omisiones. En la mayoría de los Estados, se considera insolvente a una compañía de seguros cuando sus activos admitidos son inferiores a la suma de sus pasivos verdaderos exigidos , y del capital y los excedentes mínimos (como algo contrario a los iniciales) exigidos para optar a una licencia para

emitir contratos en los distintos ramos en que esté autorizada para operar (11).

Cuando no se considere aconsejable intentar la rehabilitación, o ésta no es practicable, el inspector debe solicitar del tribunal competente una orden de liquidación. Los motivos en que puede fundarse esta solicitud son similares a los de la rehabilitación. Como síndico nombrado en la orden de liquidación, el inspector debe cobrar y conservar los activos y, en la medida de lo posible, reasegurar los contratos pendientes, satisfacer todos los siniestros admitidos que se deban y pagar todas las demás obligaciones admitidas. La ley puede establecer un orden de prelación para el pago de los créditos. En el Código de Seguros de Georgia, por ejemplo, se hace la siguiente enumeración de los créditos por orden de prelación, para la distribución de los activos:

1. Créditos por el coste de la administración y la conservación de los activos del asegurador.
2. Créditos por pólizas de acuerdo con siniestros producidos, incluidas las indemnizaciones a terceros con arreglo a pólizas de responsabilidad civil.
3. Créditos por primas no devengadas.
4. Retribuciones debidas realmente a los empleados, con excepción de los directivos de la empresa aseguradora, por los servicios prestados en los tres meses inmediatamente anteriores a la iniciación de un procedimiento contra la empresa aseguradora, y sin que puedan exceder de 500 dólares por empleado.
5. Créditos de los acreedores generales.

En un sentido técnico, en las leyes de algunos Estados se hace uso de la expresión «orden de conservación», para referirse a aquella librada por un tribunal, en la que se ordena al inspector que actúe como síndico para la conservación de los activos de una compañía foránea o extranjera radicada dentro del Estado. Los motivos en que el inspector puede fundar su petición son similares a los de la liquidación y la rehabilitación. Por lo común, antes o al mismo tiempo de ser nombrado síndico, en

(11) En algunos Estados se hace una distinción entre el menoscabo del capital y la insolvencia. Existe esta última tan sólo cuando los activos admitidos son inferiores a la suma del pasivo verdadero exigido y de las necesidades mínimas de capital o de excedentes en un tanto por ciento predeterminado, por ejemplo, del 25 por 100.

virtud de una orden de conservación, el inspector revocará o suspenderá la licencia de la empresa aseguradora para llevar a cabo sus actividades en el Estado.

El procedimiento de nombrar al inspector de seguros (en lugar de a otra persona) como síndico, fue adoptado para reducir las demoras y gastos inherentes al procedimiento normal de sindicatura, con lo que se garantiza un mayor dividendo a los acreedores y tenedores de pólizas e, incluso, en ciertos casos, se posibilita la rehabilitación de la compañía, evitándose o minimizándose de ese modo las pérdidas de los interesados. En algunos Estados todavía se aplican los procedimientos habituales en la liquidación de una empresa mercantil; es decir, que el inspector debe solicitar del tribunal competente el nombramiento de un síndico (distinto de él), que procederá a liquidar la compañía bajo la supervisión del tribunal. En esas circunstancias (tardanza, falta de competencia técnica y demás) puede no haber posibilidad de rehabilitar el negocio.

Leyes de garantía de los seguros de vida y de enfermedad

Un reciente fenómeno que reviste el máximo interés para los seguros de vida y de enfermedad es la promulgación de leyes de garantía de la insolvencia en un número cada vez mayor de Estados. Por lo general, en esas leyes se dispone la reparación de los perjuicios sufridos por los tenedores de pólizas de empresas insolventes, por medio de una asociación que allega sus recursos con las aportaciones de las empresas solventes que operan en el Estado. En el caso de los seguros de vida y de enfermedad, esa garantía puede consistir en el pago de los siniestros o de los valores en efectivo, o en la continuación de las pólizas de la compañía insolvente.

Historia de la idea de la garantía.—Aun cuando la idea en que se fundan las leyes de garantía hizo su aparición por primera vez a principios de siglo en las normas estatales (que acabarían siendo derogadas) dictadas en la esfera de la regulación bancaria, el primer texto legal duradero, en que se plasmó aquélla fue en la Ley Federal sobre la Sociedad de Seguro de Depósitos de 1933

y en la Ley Federal sobre la Sociedad de Seguro de Ahorros y Préstamos de 1934, ambas de rango federal y relativas al campo de la banca, y en las que se garantizaba, hasta ciertos límites, los depósitos en los bancos que quebraran.

En el curso de los primeros años cuarenta, la idea fue difundiéndose a través de disposiciones aisladas en los campos del seguro de los accidentes de trabajo y del de responsabilidad civil de los vehículos de motor. Sin embargo, no sería hasta 1960, a raíz de las investigaciones del subcomité del Senado sobre la lucha contra los monopolios, en el curso de las cuales se puso de manifiesto el alarmante número de quiebras de empresas aseguradoras de accidentes, en particular entre las que emitían seguros de automóviles con riesgos elevados, cuando se pensara seriamente en aplicarla al campo de los seguros en general.

Por el año 1965, el Congreso amenazaba con promulgar una ley federal sobre garantía de la insolvencia, aplicable a las compañías de seguros de accidentes. Al mismo tiempo, la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros y las compañías de seguros de accidentes se estaban esforzando por elaborar otra solución satisfactoria a nivel estatal. El resultado fue la aprobación por la A.N.I.S. de una ley modelo de garantía para los seguros de cosas y de responsabilidad en 1969, que encontró una aceptación bastante generalizada entre los Estados, en el curso de 1969 y 1970. El impulso desencadenado por esa acción prosiguió con la aprobación por la A.N.I.S. en 1970 de un modelo de ley similar, de asociación de garantía aplicable a los seguros de vida y de enfermedad.

Actitud del sector asegurador.—Desde la aparición de la idea de las leyes de garantía de la insolvencia aplicables a los seguros de vida y de enfermedad, los aseguradores han adoptado la postura de que deberían prevenirse las insolvencias, ya que ése es uno de los objetivos primordiales de la regulación de los seguros por los Estados; y que, por otra parte, las leyes de garantía son injustas para con los tenedores de pólizas de las compañías contribuyentes, con los que se subvierte otro de los principios fundamentales de la regulación de los seguros. A mayor abundamiento, los aseguradores han recalcado la diferencia entre las leyes de garantía del seguro de accidentes, por una parte, y las de los

seguros de vida y de enfermedad, por la otra. El seguro de accidentes se basa en contratos a corto plazo en los que es fácil hacer reajustes a efectos de las aportaciones al fondo de garantía. Pero los seguros de vida son contratos a largo plazo y con prima fija que no son susceptibles de tales reajustes. Y aún más, la injusticia de las aportaciones al fondo de garantía para con los tenedores de pólizas de las compañías de seguros de vida, se agrava al recaer el peso definitivo de esas aportaciones sobre los hombros de las nuevas generaciones de tomadores de seguros. Los aseguradores en general, no se oponen a la promulgación de una ley de garantía estatal, que siga el modelo de la A.N.I.S. y que contenga disposiciones en las que se permita compensar las aportaciones con bonificaciones fiscales, mitigando de ese modo un tanto la injusticia del principio para los tomadores de pólizas de las compañías contribuyentes.

Son once los Estados que tienen actualmente leyes de garantía de los seguros de vida y de enfermedad (12). De las nueve basadas en el modelo de la A.N.I.S., tres se promulgaron en 1971 y no contienen disposiciones de desgravación fiscal (13). No obstante, de las cuatro promulgadas en 1972 y de las dos promulgadas en 1973, cinco cuentan con disposiciones de compensación fiscal plena (14), y en una se permite compensar mediante una bonificación fiscal hasta el 50 por 100 de las aportaciones (15). Algunas de esas leyes tienen efecto retroactivo, encontrándose en tela de juicio su constitucionalidad (16).

Evolución más reciente en relación con las leyes de garantía.—Tal vez, el factor más importante en la aprensión con que el ramo de los seguros de vida y de enfermedad, contempla las leyes de

(12) Nueva York (1941) y Wisconsin (1969) poseen leyes de garantía anteriores al modelo de la A.N.I.S. La del primero de esos Estados se refiere tan sólo a las compañías domésticas. La del segundo tiene caracteres peculiares, por cuanto que incluye a los seguros de vida y de enfermedad, dentro del ámbito de aplicación de su ley de garantía del seguro de accidentes. Debe señalarse también, que en Pensilvania, el seguro de enfermedad cae dentro de la esfera de aplicación de la ley sobre el seguro de accidentes.

(13) Maryland, New Hampshire y Washington.

(14) Kansas, Nevada, Carolina del Sur, Texas y Vermont.

(15) Connecticut.

(16) *Aetna et al. v. Washington Life and Disability Guaranty Association*, Tribunal Superior, Condado de Thurston, núm. C 46108 (1972).

garantía de la insolvencia, estribe en la necesidad que se deja sentir, de una regulación estatal más fuerte destinada a impedir los casos de insolvencia. Los aseguradores han instado con firmeza el robustecimiento de la regulación estatal, en particular con respecto al perfeccionamiento de las inspecciones de las empresas, a unos requisitos mínimos de capital y de excedentes y a unos procedimientos reguladores más efectivos, encaminados a descubrir rápidamente los problemas económicos incipientes que pueden conducir a la insolvencia. A este respecto merecen particular atención varios hechos:

1. *Programa regulador de prueba de la A.N.I.S.*—A partir de 1973, se está aplicando el programa regulador de prueba de la A.N.I.S. a las compañías de seguros de vida y de enfermedad, que es similar al empleado con las compañías de accidentes desde 1972. El programa consiste en una serie de coeficientes calculados a partir de las cifras de los Estados anuales de la compañía y con él se trata de detectar inmediatamente cualquier síntoma de posibles problemas financieros. No se pretende que las pruebas sean concluyentes en cuanto a la situación de la compañía, sino tan sólo que sirvan de indicación a las autoridades del Estado sobre todo posible problema económico.

2. *Estudio de la inspección de la A.N.I.S.*—McKinsey and Co. está realizando actualmente un estudio completo del sistema convencional de inspección, y se espera un informe definitivo con las recomendaciones correspondientes en el curso de 1975.

3. *Proyecto de informe sobre la regulación de la situación financiera de las compañías de seguros elaborado por el Estado de Nueva York.*—El Departamento de Seguros de Nueva York ha publicado su proyecto de informe sobre la inspección de compañías y la ley de garantía de Nueva York. Se trata de un estudio muy documentado, en cuya elaboración se han tardado dos años, y que propone cambios radicales en el sistema de inspección con el fin de que éste se centre de manera más eficaz en la prevención de la insolvencia.

REGIMEN FISCAL DE LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS DE VIDA Y DE ENFERMEDAD

Las compañías de seguros de vida y de enfermedad tienen que tributar a las administraciones federal, estatal y local. La base de esta tributación difiere de las existentes para los impuestos con que se grava a otras sociedades. La diferencia obedece primordialmente a dos factores. En primer lugar, una gran parte de la prima del seguro de vida es por su naturaleza un depósito de fondos hecho por el tomador del seguro y, por consiguiente, no se trata de ingresos de la compañía. En segundo lugar, el contrato de seguro de vida es por su misma naturaleza a largo plazo, y el planteamiento habitual de la tributación por los ingresos anuales no resulta tan adecuado para las compañías de seguros de vida como para aquellas otras sociedades cuyos contratos suelen tener un ciclo completo relativamente breve.

Impuestos estatales

Los impuestos estatales más importantes con los que se grava a las empresas de seguros de vida son los que recaen sobre las primas de vida y de enfermedad y sobre el precio de las pensiones vitalicas, de los que ya se habló al tratar de la obtención de ingresos como objetivo de la regulación estatal. Hoy en día, todos los Estados recaudan algún tipo de impuesto sobre las primas, que se ha convertido en una medida para nutrir las arcas públicas, en vez de ser un método para financiar la regulación del sector. Sólo alrededor del 5 por 100 del total del impuesto recaudado sobre las primas se dedica a sufragar el coste de la supervisión de las empresas aseguradoras. Los tipos impositivos sobre las primas de los seguros de vida y de enfermedad varían según los Estados, desde 1,75 hasta el 4 por 100, siendo el más corriente el 2 por 100.

Para la determinación de la base imponible, sobre la que se aplicará el tipo impositivo, hay que tener en cuenta sólo las primas percibidas por pólizas en las que se aseguren riesgos domiciliados en el Estado, con exclusión, no obstante, de las primas pagadas a reaseguradores, que no se incluyen en la base imponible de ningún Estado. En más de la mitad de los Estados se excluyen de esa base imponible las aportaciones de concepto de precio de rentas vitalicias, y en aquellos en que si se las grava, el tipo impositivo suele ser inferior al aplicado a las primas de vida y de enfermedad. En algunos Estados se encuentran exentas tanto las primas de seguros de vida como las aportaciones a rentas vitalicias percibidas en relación con planes de jubilación calificados.

En cerca de tres cuartos de los Estados se permite deducir de la base imponible el importe de los dividendos repartidos a los tenedores de pólizas, con excepción de los aplicados a la adquisición de seguros complementarios o para acortar los períodos de pago de primas o de vencimiento del capital diferido. En los restantes Estados no se permite deducir los dividendos de los tenedores de pólizas, pero en la mayoría de los mismos no se exige que se incluyan en la base los aplicados a la adquisición de seguros complementarios o para acortar los períodos de pago de primas o de vencimiento del capital diferido.

En cerca de una quinta parte de los Estados se permite deducir del impuesto sobre las primas los pagados por bienes raíces situados en el Estado, o en concepto de impuesto estatal sobre los beneficios de las sociedades. Aproximadamente en la misma proporción del total de los Estados se concede una reducción en el impuesto sobre las primas si se invierte en el Estado una parte determinada de los activos de la compañía. Con esas medidas se pretende favorecer a los aseguradores domiciliados en el Estado. Esto, unido al hecho de que en algunos Estados las compañías domésticas no están sujetas al impuesto sobre las primas, o si lo están es según un tipo impositivo más bajo del que rige para los aseguradores de fuera, significa que en la mayoría de aquéllos el régimen fiscal favorece a las empresas aseguradoras domésticas.

Las normas del impuesto sobre las primas de 47 Estados poseen un carácter disuasorio, como se ha señalado anteriormente. Con esas disposiciones se ha promovido la uniformidad en el tipo de tributación sobre las primas entre los Estados, al disuadir a cada uno de éstos de elevar el tipo impositivo cobrado a los aseguradores foráneos, pues la repercusión inmediata sería que las empresas domésticas tendrían que tributar según ese tipo en los demás Estados.

En la mayoría de los Estados, el impuesto sobre las primas

hace las veces de otros tributos específicos. En muchos de ellos, dicho impuesto sustituye a todos los demás de carácter estatal y local, salvo los que gravan los bienes inmuebles o muebles de carácter material, y las tasas de licencia.

En la mayoría de los Estados, éstos se han reservado el derecho a fijar impuestos sobre las compañías de seguros de vida y de enfermedad, como una fuente de sus rentas, sin permitir a sus subdivisiones gravar a aquellas tributariamente. En los casos en que se permiten y recaudan impuestos locales, la llevanza de libros especiales y la presentación de memorias constituye una grave carga burocrática totalmente desproporcionada con los ingresos obtenidos.

Impuesto federal sobre los beneficios

Desde la implantación del impuesto federal sobre los beneficios de las sociedades, las fórmulas tributarias de las compañías de seguros de vida han sufrido frecuentes revisiones destinadas a hacerlas aceptables a todos los ramos del sector y, al mismo tiempo, a producir los ingresos esperados por el Departamento del Tesoro. Para que sea equitativa, la fórmula tributaria aplicada a una compañía de seguros de vida debe: 1) tener en cuenta que el seguro de vida es un contrato a largo plazo y es difícil determinar el beneficio de explotación de cualquier año; 2) gravar de manera justa, tanto a las compañías por acciones como a las de carácter mutuo, sin alterar el equilibrio competitivo existente; y 3) establecer un método aceptable para determinar los intereses exigidos por las reservas de los tenedores de seguros. Antes de la promulgación de la ley vigente, las fórmulas tributarias no respondieron a uno o más de estos criterios, y no produjeron tampoco, en muchos años, unos ingresos considerados como aceptables por el Tesoro.

Evolución de la legislación tributaria actual.—Antes de 1921, las compañías de seguros de vida tributaban igual que las demás sociedades, es decir, sobre los ingresos netos, y al tipo impositivo general de todas las empresas. Se consideraban ingresos brutos todas las primas percibidas, la renta de todas las inversiones excepto los intereses sobre los valores exentos de impuestos,

y todos los beneficios del capital. Para determinar los ingresos por impuestos, se las permitía deducir de los ingresos brutos todos los gastos de inversión y de suscripción, los pagos hechos a los tenedores de pólizas dentro del ejercicio fiscal por conceptos distintos de los dividendos de acuerdo con contratos de seguro o de renta vitalicia, el incremento neto en las reservas de los tenedores de pólizas y otras obligaciones contractuales, y los dividendos a los tenedores de pólizas satisfechos en efectivos o aplicados al pago de primas ya vencidas. Estaba claro que con este planteamiento no se tenía en cuenta la naturaleza a largo plazo del contrato de seguro de vida y la posibilidad de que una ganancia de suscripción en un año determinado no debiera considerarse enteramente como beneficio, ya que podría quedar compensada por una pérdida en un ejercicio futuro. En 1921, los problemas inherentes a este planteamiento de la fiscalidad de las compañías de vida alcanzaron tal magnitud que hubo de cambiarse la fórmula tributaria aplicable a las mismas.

Entre 1921 y 1942, las empresas de seguros de vida tributaron tan sólo por la renta de sus inversiones. Las ganancias de suscripción derivadas de una experiencia de mortalidad favorable y del ahorro en los gastos no se tenían en cuenta, como tampoco las pérdidas de una experiencia adversa. Se determinaba la renta neta de las inversiones, deduciendo los gastos de las mismas y los intereses necesarios para mantener las reservas de los tenedores de pólizas de la renta bruta de aquéllas. Durante este período no se incluían en la renta bruta de las inversiones las ganancias de capital ni los intereses de los valores exentos de impuestos.

Se determinaba el interés necesario para las reservas de los tenedores de pólizas, haciendo a cada compañía que aplicara el mismo tipo a sus reservas. Desde 1921 hasta 1931 inclusive, ese tipo se fijó en el 4 por 100, y desde 1932 hasta 1941 inclusive, se redujo el mismo al 3,75 por 100.

Este enfoque del régimen fiscal de las compañías de seguros era más apropiado para las compañías mutuas que para las sociedades por acciones, ya que, teóricamente, todas las ganancias de suscripción de las primeras acaban siendo distribuidas a la larga a los tenedores de pólizas como dividendos. La exclusión de las ganancias de suscripción de las compañías por acciones de su base imponible se encontraba justificada por la necesidad

de aplicarles el mismo criterio fiscal que a las mutuas, con el fin de preservar el equilibrio competitivo existente entre unas y otras.

Al declinar los beneficios por intereses en los años treinta, muchas compañías de seguros rebajaron sus tipos de interés sobre las reservas en las nuevas operaciones (con lo que engrosaron más aquéllas). El efecto conjugado de estos dos fenómenos fue una reducción radical de los ingresos fiscales recaudados a las compañías de seguros; así que, en 1942 se adoptó una nueva fórmula para la tributación de las mismas.

Durante el período comprendido entre 1942 y 1948 inclusive, se retuvo la idea de la renta imponible de las inversiones existente desde 1921, pero se modificó el método para determinar la base imponible. En el transcurso de ese período, el secretario del Tesoro fijaba, a la vista de los datos relativos a la totalidad del del sector, el coeficiente necesario de los intereses de las reservas respecto de la renta neta de las inversiones. El tanto por ciento resultante, denominado «el coeficiente del secretario», se aplicaba a la renta de las inversiones de cada compañía, neta de gastos, para determinar el importe necesario para mantener sus reservas. El resto de la renta de las inversiones quedaba sujeto al impuesto federal sobre los beneficios a los tipos normales de las demás sociedades. Las deducciones porcentuales permitidas en la práctica, en los años comprendidos entre 1942 y 1946 inclusive, oscilaron entre el 91,98 y el 95,95 por 100. La tendencia constantemente descendente en los beneficios por inversiones de las compañías de seguros de vida, y la consiguiente reducción de los supuestos de los tipos de interés de las reservas, dio lugar a coeficientes del secretario superiores al 100 por 100 en 1947 y 1948, años en los que no se recaudó ninguna cantidad en concepto de impuesto federal sobre los beneficios derivados de las operaciones de seguro de vida. Para superar este inconveniente, en los ejercicios fiscales de 1949 y 1950 se calculó ese coeficiente utilizando supuestos más realistas en cuanto a los intereses de las reservas respecto de las compañías en cuestión, eliminándose del cálculo a aquéllas cuyos beneficios por inversiones y cuyas necesidades de intereses de reservas fueran tales que produjeran un importe negativo en los ingresos imponibles. Los tantos por ciento para 1949 y 1950 fueron del 93,55 y del 90,63, respectivamente.

Para los años de 1951 a 1954, ambos inclusive, se suprimió por completo la deducción por los intereses necesarios para atender las obligaciones de las reservas, pero se gravó la renta neta por inversiones de las compañías a un tipo inferior al vigente para las demás empresas. El efecto de este tipo impositivo reducido fue el mismo que se hubiera conseguido con un coeficiente del secretario del 87,50 por 100.

De 1955 hasta 1957, a las compañías de seguros de vida se les permitió deducir un porcentaje determinado de su renta neta por inversiones. En dicho período, la deducción fue del 87,50 por 100 sobre el primer millón de dólares de renta neta por inversiones, y del 85 por 100 sobre la restante.

Ley del Impuesto Federal sobre Beneficios de 1959.—Cuando se promulgó la Ley del Impuesto sobre Beneficios de las compañías de seguros de vida en 1959, se aplicaron sus disposiciones de modo retroactivo al año 1958. Por esta ley es por la que se rige actualmente la tributación por los beneficios de las entidades de seguros de vida. Dicha ley, con las modificaciones introducidas en ella, representa el denominado *planteamiento de los ingresos totales*, que abarca no sólo a los derivados de las inversiones, sino también a los beneficios de las operaciones de aseguramiento y las ganancias de capital. La ley tributaria de 1959 gravó la totalidad de los ingresos de las aseguradoras de vida a los mismos tipos vigentes para otras sociedades. La única desviación de ese principio consiste en que una porción de los beneficios no está sujeta a impuestos actualmente, reconociendo así la dificultad que lleva consigo el determinar los mismos con carácter anual, debido a tratarse de contratos a largo plazo.

De acuerdo con la legislación vigente, se reconocen a efectos fiscales las ganancias y las pérdidas de explotación distintas de las derivadas de las inversiones. Si las ganancias de explotación son iguales o inferiores a la renta imponible por inversiones, entonces aquéllas constituyen la base imponible. No existe responsabilidad fiscal si hay pérdidas de explotación, siempre que no sean las ocasionadas por el reparto de dividendos a los accionistas, incluidas más adelante entre los ingresos de la Fase III. Son deducibles los dividendos de las pólizas al computar las ganancias de explotación, pero no hasta el punto de que se reduz-

can las mismas por debajo de la renta imponible por inversiones en más de $ 250.000.

El cálculo de los beneficios imponibles se divide en tres fases, y su importe total es la suma de los importes parciales conseguidos en cada fase (17).

1. *Renta imponible por inversiones.*—En la Fase I se determina la renta imponible por inversiones. En primer lugar, se halla el tipo de las reservas ajustadas, tomando la cantidad que sea más baja de entre la de los beneficios por inversiones en el año en curso o la media de los últimos cinco años de actividad hasta el ejercicio en curso. A continuación se reducen las reservas en un 1 por 100, por cada 1 por 100 en que el tipo de las reservas ajustadas sobrepase el tipo tomado como promedio del interés de las reservas de la compañía. Las reservas ajustadas de ese modo se multiplican por el tipo de las reservas ajustadas y el resultado es la deducción por intereses de reservas para el ejercicio. La renta imponible por inversiones se halla aplicando a la renta neta de las inversiones la deducción de los intereses de reserva y demás reducciones permitidas por la ley.

El importe de los intereses necesarios para hacer frente a las obligaciones de las reservas y a las derivadas de los contratos, y deducido de la renta de las inversiones para obtener la renta imponible por inversiones, se determina separadamente respecto de cada empresa; esto representa otra diferencia más respecto de las normas tributarias anteriores, en las que se exigía la deducción de un tanto por ciento fijo de la renta por inversiones, basado en un promedio de todo el sector.

Al calcular la renta imponible por inversiones, hay una deducción especial por la relativa a las reservas de planes de pensiones cualificados. Con esta deducción especial se reconoce el hecho

(17) En la ley se disponía inicialmente que las ganancias netas de capital a largo plazo, en exceso de las pérdidas de capital a corto plazo, tributarían separadamente según un tipo del 25 por 100. Es lo que se solía denominar la Fase IV. No obstante, a partir del ejercicio fiscal de 1961, las ganancias de capital a largo plazo se incluyen en la renta imponible por inversiones. No se les grava separadamente cuando la cuota impositiva al tipo de los beneficios del capital (ahora del 30 por 100 para las sociedades) sería inferior al que se obtendría al tipo normal de sociedades. En esto se procede de la misma manera que con los demás sujetos fiscales sociales.

de que la renta de los planes de pensiones cualificados llevados por las compañías en fideicomiso está exenta de impuestos.

2. *Ganancias de suscripción imponibles.*—En la Fase II se determinan las ganancias de suscripción imponibles. Son éstas una mitad del exceso de los beneficios de explotación sobre la renta imponible por inversiones determinada en la Fase I. El que sólo tribute la mitad del exceso del beneficio de explotación sobre la renta imponible por inversiones (que podría considerarse como una especie de ganancia de suscripción ajustada) se basa en la naturaleza a largo plazo del negocio del seguro de vida, y en lo difícil que resulta precisar los beneficios definitivos por mortalidad en cualquier año determinado. Por lo general, se aplaza el impuesto sobre la otra mitad de esos ingresos mientras los mismos permanezcan en la compañía. Esa otra mitad tributa en la Fase III, cuando se distribuye a los accionistas o cuando rebasa ciertos límites.

3. *Dividendos imponibles repartidos a los accionistas de las* compañías por acciones.—La Fase III es aplicable únicamente a las compañías de seguros por acciones, ya que grava la distribución de ciertos dividendos a los accionistas. En la ley se dispone la apertura de dos cuentas; una cuenta de excedentes de los accionistas, a la que se llevan todas las cantidades sobre las que se hayan pagado impuestos o que estén exentas de ellos, y una cuenta de excedentes de los tenedores de pólizas, a la que se lleva la parte de los beneficios de la Fase II que no tributó. Todos los dividendos satisfechos a los accionistas con cargo a la cuenta de excedentes de los tenedores de pólizas se consideran como beneficios imponibles según la Fase III.

4. *Ejemplo de cálculo de los beneficios imponibles.*—En las secciones de la ley en que se establecen estos procedimientos no se los denomina fases, pero la mayoría de los autores dividen su exposición en fases o «pasos» para facilitar su comprensión. El siguiente ejemplo simplificado del cálculo de los beneficios imponibles de una empresa de seguros de vida está destinado a ayudar al lector a comprender este complejo procedimiento (18).

(18) Este ejemplo se basa, en lo fundamental, en un excelente resumen de la ley debido a la pluma del Dr. Stuart Schwarzschild. Ver SCHWARZSCHILD, y ELI A. ZUBAY: *Life Insurance*, vol. II (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1967), capítulos XLIV y XLV.

Para calcular la renta imponible por inversiones de la Fase I, se deducen de la renta bruta por inversiones todas las cantidades permitidas en concepto de gastos de inversiones, bienes raíces, amortización y otros gastos relacionados con la obtención de esa renta. La cifra obtenida es lo que se denomina renta neta por inversiones.

Esta renta neta por inversiones se divide en dos partes, una de la compañía y otra de los tenedores de pólizas. La primera, una vez hechas algunas deducciones, es la renta imponible por inversiones (ingresos de la Fase I). El siguiente cálculo para llegar a la renta imponible por inversiones debería servir para aclarar lo expuesto:

1. El primer paso consiste en el cálculo de la renta neta por inversiones:

Renta bruta por inversiones:		
Interés imponible		$ 1.000.000
Interés exento de impuestos		60.000
Dividendos recibidos (sujetos a una deducción del 85 por 100)		40.000
Ingresos por alquileres		200.000
Ganancias de capital a corto plazo		50.000
Total de renta bruta por inversiones		$ 1.350.000
Deducciones:		
Sueldos de departamento de inversiones	$ 50.000	
Honorarios pagados por los servicios de cobro de los intereses de las hipotecas	50.000	
Servicios de inversión, etc.	10.000	
Contribuciones sobre los inmuebles alquilados	20.000	
Otros gastos de inversión	20.000	
Total de deducciones		150.000
Rendimiento de las inversiones		$ 1.200.000

2. El paso siguiente consiste en la determinación de la tasa de rendimiento conseguida por los activos invertidos de la compañía (19). Si los activos fueran $ 29.000.000 al principio del ejercicio y de $ 31.000.000 al final del mismo, el promedio de la inversión sería de $ 30.000.000 del activo, y el rendimiento de las inversiones representa una tasa de beneficios del 4 por 100:

$$\frac{\$\ 1.200.000}{\$\ 30.000.000} = 0{,}04$$

(19) Los activos considerados son todos, menos los bienes muebles e inmuebles (salvo el dinero), utilizados para llevar a cabo las actividades de seguro de vida.

3. El tercer paso consiste en hallar el promedio de las tasas corrientes de beneficios de los últimos 5 años:

Año	*Tasa corriente de beneficios %*	*Tasa media de beneficios %*
1970	4,00	
1969	4,10	$\frac{20{,}5}{4} = 4{,}1$
1968	4,10	
1967	4,10	
1966	4,20	
Total	20,5	

4. En el cuarto paso, se elige la tasa más baja de entre la de beneficios corrientes y la media de beneficios. Como la actual (de (1975) del 4 por 100 es inferior a la media, del 4,1 por 100, se escoge la primera como tipo de las reservas ajustadas, y se utiliza para calcular con él la deducción por los intereses necesarios para mantener las reservas.

5. Ahora es preciso calcular el tipo medio de interés supuesto, que debe la compañía sobre sus reservas. Este cálculo se ilustra abajo respecto de los distintos bloques de reservas que pudiera tener una compañía de seguros de vida:

(a) Supuesto %	*(b) Reserva al 31-12-74*	*(c) Reserva al 31-12-75*	*(d) Reservas medias* $\frac{b+c}{2}$	*(e) Producto del tipo × la reserva media (a × d)*
3,5	$ 9.000.000	$ 11.000.000	$ 10.000.000	$ 350.000
3,0	4.000.000	6.000.000	5.000.000	150.000
2,5	8.000.000	12.000.000	10.000.000	250.000
	$ 21.000.000	$ 29.000.000	$ 25.000.000	$ 750.000

$$\text{Tipo medio de interés supuesto} = \frac{\$\ 750.000}{\$\ 25.000.000} = 0{,}03$$

6. Seguidamente es necesario calcular lo que la ley denomina las reservas ajustadas del seguro de vida. El promedio de las reservas de la compañía en el año en curso, distintas de las reservas por planes de pensiones, se reduce en un 10 por 100 de cada

1 por 100 en que el tipo de las reservas ajustadas exceda del tipo medio de interés supuesto (20).

Promedio de las reservas del seguro de vida

$$= \frac{\$\ 21.000.000 + \$\ 29.000.000}{2} = \$\ 25.000.000$$

Por tanto:

Las reservas ajustadas del seguro de vida

$$= \$\ 25.000.000 \times 0{,}90 = \$\ 22.500.000$$

Con el fin de ver lo que se ha hecho hasta este momento, abajo se enumeran los conceptos que se han calculado y de los que se precisa, para acabar de calcular la renta imponible por inversiones:

Rendimiento de las inversiones	$ 1.200.000
Tipo de las reservas ajustadas	4 %
Tipo medio de interés supuesto	3 %
Reservas ajustadas del seguro de vida	$ 22.500.000

7. El siguiente paso necesario, es el cálculo de la deducción por intereses de reservas para 1975, multiplicando las reservas ajustadas del seguro de vida por el tipo de las reservas ajustadas

Reservas ajustadas del seguro de vida	$ 22.500.000
Tipo de las reservas ajustadas	× 0,04
Deducción por los intereses de reservas	$ 900.000

8. El siguiente paso consiste en aplicar la deducción de los intereses de reservas al rendimiento de las inversiones, lo que da la parte de la compañía en el rendimiento de las inversiones:

(20) El uso de esta fórmula fue propuesto por WALTER O. MENGE, por lo que se la conoce como «la fórmula de Menge». Se ajustan las reservas matemáticas en la medida en que el tipo de las reservas ajustadas sea diferente del medio supuesto de interés de las reservas. Con este ajuste se trata de poner en concordancia las reservas, con el tipo de la deducción (el tipo de interés de las reservas). Si el tipo de deducción es superior al tipo supuesto, como en el ejemplo anterior y en la mayoría de los casos reales, se ajustan las reservas a la baja. Sin embargo, si fuera al revés, se incrementarían las reservas. Como la deducción es una combinación de los tipos de interés devengado y supuesto, el efecto de la variación de los supuestos de interés de las reservas sobre la deducción parecería de poca monta. Por consiguiente, esta disposición de la ley sirve para minimizar la posibilidad de manipular las reservas por motivos tributarios.

Rendimiento de las inversiones	$ 1.200.000
Sustraer la deducción por intereses de reservas	900.000
Parte de la compañía en el rendimiento de las inversiones	$ 300.000

9. Se hace otra deducción a la compañía, por la parte de intereses exentos de impuestos percibidos y por la parte de los dividendos recibidos (el 85 por 100) proporcional a la parte de la compañía en el rendimiento de las inversiones. El cociente entre la parte de la compañía en el rendimiento de las inversiones y el total de dicho rendimiento es:

$$\frac{\$\ 300.000}{\$\ 1.200.000} = 0{,}25$$

Los intereses exentos de impuestos percibidos fueron de $ 60.000. Por lo tanto,

Intereses exentos de impuestos percibidos	$ 60.000
Parte de la compañía en el rendimiento de las inversiones	× 0,25
Parte de la compañía en los intereses exentos de impuestos	$ 15.000

Los dividendos recibidos fueron de $ 40.000.

Por lo tanto:

Dividendos recibidos sujetos a una deducción del 85 por 100	$ 40.000
Parte de la compañía en el rendimiento de las inversiones	× 0,25
Parte de la compañía en los dividendos	$ 10.000
	× 0,85
Deducción por dividendos recibidos	$ 8.500

10. De la parte de la compañía en el rendimiento de las inversiones (anterior paso 8) se sustraen la parte de la compañía en los intereses exentos de impuestos y el 85 por 100 de los dividendos recibidos. Todas las compañías pueden acogerse a una deducción más, la de pequeñas empresas, que es igual al 10 por 100 del rendimiento de las inversiones de la compañía, hasta un máximo permitido de $ 25.000. Lo que resta del rendimiento de las inversiones, una vez hechas esas deducciones constituye la renta imponible por inversiones:

Parte de la compañía en la renta neta de las inversiones (paso 8)	$ 300.000

Menos parte de la compañía en los intereses exentos de impuestos	15.000
Menos el 85 por 100 de la parte de la compañía en los dividendos recibidos	8.500
Menos la deducción de pequeñas empresas	25.000
Renta imponible por inversiones (ingresos de la Fase I)	$ 251.000

La segunda clase de beneficios reconocidos a efectos del impuesto federal son los obtenidos cuando la suma de las primas recibidas y del rendimiento de las inversiones es superior a los importes necesarios para siniestros, gastos, deducciones especiales (21), dividendos a los tenedores de pólizas, e incrementos en las reservas matemáticas. Es lo que se llaman las ganancias de explotación.

Si las ganancias de explotación son superiores a la renta imponible de las inversiones de la Fase I, a la mitad de ese exceso se la denomina beneficios imponibles de la Fase II, que se agregan a la renta imponible por inversiones (Fase I) para dar los beneficios imponibles (provisionales). El siguiente ejemplo puede aclarar la explicación:

Ganancias de explotación	$ 500.000
Menos renta imponible por inversiones (Fase I)	251.500
Diferencia	$ 248.500
Beneficios de la Fase II, 1/2 de la diferencia de $ 248.500	124.250
Sumar la renta imponible por inversiones (Fase I)	251.500
Beneficios imponibles (provisionales)	375.750

De los $ 500.000 de ganancias de explotación de la compañía indicados arriba, $ 124.500 no se llevan a los beneficios imponibles; los $ 375.750 restantes son los beneficios imponibles (provisionales). Supongamos que la cuota impositiva (provisional) sobre los $ 375.750 dólares fuera de $ 182.000. Los $ 375.750 de beneficio imponibles (provisionales) menos los $ 182.000 de cuota impositiva dan $ 193.750, que se llevan a la cuenta de excedentes de los accionistas y se pueden repartir como dividendos de la sociedad. Los $124.250 de los $ 500.000 de ganancias de explotación, que no se llevaron a beneficios imponibles, van a la cuenta de excedentes de tenedores de pólizas.

(21) Las deducciones especiales permitidas son: 1) el 10 por 100 del incremento de las reservas respecto a los contratos sin participación, o el 3 por 100 de las primas atribuíbles a los contratos sin participación emitidos o renovados por cinco años o más, según cuál de esas dos cantidades sea mayor; 2) el 2 por 100 de las primas de los seguros de vida colectivos y de las primas de enfermedad y de accidentes; y 3) los dividendos distribuidos a los tenedores de pólizas. La suma de esas deducciones especiales no puede ser superior a $ 250.000 más el exceso de las ganancias de explotación sobre la renta imponible por inversiones.

Si la compañía agota su excedente de accionistas y quiere usar la cuenta de excedentes de tenedores de pólizas para los dividendos de los primeros, la cantidad empleada con ese fin con cargo a los excedentes de los tenedores de pólizas es lo que se llama beneficios de la Fase III, que se suman a los beneficios imponibles (provisionales) para dar los beneficios imponibles definitivos del ejercicio. Si una compañía pagase dividendos a los accionistas con cargo a la cuenta de excedentes de los tenedores de pólizas, ese pago constituiría un beneficio incluso aunque no hubiera otro.

5. *Resumen.*—Los procedimientos expuestos están encaminados a hacer que pague impuestos la renta de las inversiones y la mitad del exceso de las ganancias de explotación sobre aquélla, y no la otra mitad, mientras permanezca en poder de la compañía o no sobrepase ciertos límites legales. Se emplea esta técnica de gravar tan sólo el 50 por 100 de las ganancias de explotación distintas de la renta de las inversiones porque la mayoría de pólizas de seguro de vida son contratos a largo plazo y se tardará mucho en saber si los beneficios de un año quedan contrarrestados por las pérdidas de otro posterior. No obstante, cuando la compañía llega a la conclusión de que puede repartir a los accionistas las ganancias no gravadas, el fisco es de la opinión de que tiene derecho a recaudar un impuesto sobre beneficios por la cantidad distribuida.

La explicación anterior se limita a señalar los principales rasgos del régimen fiscal de las compañías de seguros de vida, pues darle un tratamiento más amplio sería algo ajeno a los propósitos del presente texto; es, en todo caso, uno de los principales factores que influyen sobre la gestión de las empresas de seguros de vida.

BIBLIOGRAFIA de la PARTE IX

BARTLESON, EDWIN L., et al: *Health Insurance*, 2.ª edición, Chaps. 6 y 8 (Chicago: The Society of Actuaries, 1968).

BELL, HUGH S., y WALTER J. SHIELDS: *More on Agency Management Methods* (Indianápolis: Research and Review Services of America, Inc., 1975).

BELTH, JOSEPH M.: *The Retail Price Structure in Life Insurance* (Bloomington, Indiana: Bureau of Business Research, Graduate School of Business, Indiana University, 1966).

BLACK, KENNETH, Jr., y JOHN F. ADAMS: «Insurance Company Organization and Finance», comunicaciones, Sexto Seminario Anual Internacional de Seguros, International Insurance Seminars, Inc., Tokio, Japón, 26-30 de julio de 1970.

EILERS, ROBERT D.: *Regulation of Blue Cross and Blue Shield Plans* (S. S. Huebner Foundation Studies, Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, 1963).

ERNST & ERNST: *GAAP - Stocklife Companies* (Nueva York, Ernst & Ernst, 1974).

FEY, JOHN T.: «Markets and marketing in the age of Conglomerates and Congeneries», *Best's Review* (Life/Health Insurance ed.), enero 1970.

FLETCHER, LINDA PICKTHORNE: «Mutualization of Stoock Life Insurance Companies», tesis de doctorado (Universidad de Pensilvania, 1964).

FRAINE, HAROLD G.: *Valuation of Securities Holdings of Life Insurance Companies* (Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, 1962).

GREGG, DAVIS W., y VANE B. LUCAS: *Life and Health Insurance Handbook*, edición revisada (Homewood, Ill.: Dow-Jones-Irwin, 1973).

HUEBNER, S. S., y DAVID MCCAHAN: *Life Insurance as Investment* (Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1944).

JOSEPHSON, HALSEY D.: *Josephson on Agency Management* (Nueva York, Probe Inc., 1964).

KEIR, JACK C. (ed.): *The Life Insurance Sales Management Handbook* (Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1971).

KEMPER, JAMES S., Jr.: «Conglomerates and Congenerics - Their impact on the Insurance Industry», Society of CPU (New York Chapter Clinic, *CPCU News*), marzo de 1969.

LEDERER, R. WERNER: *Home Office and Field Agency Organization-Life*, edición revisada (Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, 1966).

LIFE INSURANCE AGENCY MANAGEMENT ASSOCIATION: *Cost and Compensation in Life Insurance* (Hartford, Conn., LIAMA, 1967).

— *Markets in Life Insurance* (Hartford, Conn., LIAMA, 1966).

— *Recruiting, Selection, Training and Supervision* (Hartford, Conn., LIA-

LIFE INSURANCE ASSOCIATION OF AMERICA: *Insurance Companies as Financial Institutions* (Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1962).

LIFE OFFICE MANAGEMENT ASSOCIATION: *Life Company Operations* (Nueva York, LOMA, 1974).

MCGILL, DAN M.: *Employer Guarantee of Pension Benefits*, Pension Research Council, Wharton School (Universidad de Pensilvania, Homewood, Ill.: Richard D. Irinwin, 1974).

— *Life Insurance*, edición revisada (Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, 1967).

— (ed.): *Life Insurance Sales Management* (S. S. Huebner Foundation Lectures, Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, 1958).

MEHR, ROBERT I.: *Life Insurance: Theory and Practice* (Austin, Texas, Business Publications, Inc., 1970).

«Memo Explains How Mutual Life Company Switched to Stock», *The National Underwriter* (Life ed.), 27 de marzo de 1965.

New York Insurance Law, sec. 42(5), 90(1).

NOBACK, JOSEPH C.: *Life Insurance Accounting* (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1969).

PARKER, GERALD.: «At a Loss about Loss Ratios?», *Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, vol. XXVIII, núm. 1 (enero 1974).

PATTERSON, E. W.: *The Insurance Commissioner in the United States* (Cambridge, Harvard University Press, 1927).

Report of the Special Committee on Insurance Holding Companies (Nueva York, Departamento de Seguros del Estado de Nueva York, 1968).

RUSSELL, G. HUGH, y KENNETH BLACK, Jr.: *Human Behavior and Life Insurance* (Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1963).

— *Human Behavior in Business* (Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1972).

SCHULTZ, ROBERT E.: *Life Insurance Housing Projects*, S. S. Huebner Foundation Studies (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1957).

SNIDER, H. WAYNE: *Life Insurance Investment in Commercial Real State*, S. S. Huebner Moundation Studies (Homewood, Ill., Richad D. Irwin, 1957).

VAN HOMSE, CHARLES L., Jr.: «Can Life Insurance Accounting Be Modernized?», partes I, II, III, *Best's Review*, vol. 71, núms. 11 y 12 (marzo y abril de 1971); vol. 72 (mayo de 1971).

VAN HOUSE, CHARLES L., Jr., y W. ROGERS HAMMOND: *Accounting for Life Insurance Companies* (Homewood, Ill., Richard D. Irwin, 1969).

WALTERS, JAMES E.: *The Investment Process* (Boston, División de Investigación, Universidad de Harvard, 1962).

APENDICES

Apéndice A

Modelos de pólizas y formularios de seguros de vida y de enfermedad

PROPOSICION DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA I

Usar tinta negra únicamente

PARTE PRIMERA DE LA PROPOSICION DE SEGURO

N.° 768727

Su nombre y apellidos como asegurado propuesto ☐ Varón ☐ Mujer

1a. Fecha de nacimiento (día, mes y año)

b. Lugar de nacimiento (localidad y estado)

c. ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado

d. RESIDENCIA — Calle ..... N.° ..... Localidad ..... Estado ..... Años

Anterior: Calle ..... N.° ..... Localidad ..... Estado .....

TRABAJO — Calle ..... N.° ..... Localidad ..... Estado .....

Anterior: Calle ..... N.° ..... Localidad ..... Estado .....

2a. Profesión (consignar el nombre y las funciones del puesto de trabajo)

Nombre de la empresa:

b. ¿Se prevé algún cambio de trabajo? ☐ Sí ☐ No

c. ¿Tiene previsto viajar o residir fuera de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

d. ¿En los últidos dos años ha viajado en avión que no fuera de una línea regular? ☐ Sí ☐ No

e. ¿Ha volado usted en los últimos cinco años en calidad de piloto, aprendiz de piloto, tripulante, o tiene previsto efectuar algún vuelo de esa forma? En caso afirmativo, presente el suplemento de aviación. ☐ Sí ☐ No

4a. IMPORTE y PLAN (Señalar la condición deseada)

b. ☐ Renuncia de prima.

c. ☐ Indemnización complementaria de $ .....

d. ☐ Acuerdo de asegurabilidad por $ .....

5a. ¿Beneficiario? (Si se trata de una persona física consignar con letras de imprenta su nombre y apellidos e indicar su parentesco con el asegurado. Si se trata de una sociedad, indicar con letras de imprenta su nombre completo).

A no ser que arriba se indique otra cosa, si ninguna de las personas designadas como beneficiarios sobrevive al asegurado, el pago se hará a los ejecutores testamentarios o administradores del asegurado. Si se designa un beneficiario social, el pago se hará a la sociedad o a sus sucesores o cesionarios.

b. ¿Poseedor? ☐ Asegurado ☐ Proponente ☐ .....

o sus ejecutores testamentarios o administradores (o sus sucesores o cesionarios, si se trata de una sociedad).

Número de la Seguridad Social o de identificación del poseedor	Nombre y dirección del poseedor si es distinta persona del asegurado

6a. Destino de los dividendos:

☐ Adquirir seguro complementario. ☐ Acumularse. ☐ Aplicar a las primas. ☐ Pago en efectivo.

☐ Adquirir seguro temporal a un año y con: ☐ Saldo - Seguro complem. ☐ Saldo - Acumularse ☐ Saldo - Aplicar a las primas.

f. ¿Ha participado usted en los últimos tres años en alguna actividad deportiva peligrosa como carreras de automóviles, salto en paracaídas, submarinismo, o tiene prevista alguna de esas actividades? En caso afirmativo, presentar el suplemento de actividad deportiva. ☐ Sí ☐ No

g. ¿Ha tenido usted en los últimos tres años algún accidente de circulación, o se le ha acusado de alguna infracción «en movimiento» del Código de la Circulación, o se le ha retirado el permiso de conducir? ☐ Sí ☐ No

h. ¿Es usted miembro o se propone incorporarse a alguna rama de las fuerzas armadas? En caso afirmativo presentar el suplemento militar. ☐ Sí ☐ No

i. ¿Ha hecho usted gestiones para contratar otro seguro de vida en los últimos noventa días? ☐ Sí ☐ No

j. ¿Se le ha denegado, aplazado o cobrado con sobreprima algún seguro de vida? ☐ Sí ☐ No

3. Seguro de vida existente. Si es colectivo, identificarlo con la letra G

Compañía	*Importe del seguro*	*Año de emisión*	*Indemnización complementaria*

b. Primas pagaderas:

☐ Anualmente. ☐ Semestralmente. ☐ Mensualmente. ☐ Trimestralmente. ☐ M.C.S. ☐ Asignación.

c. Aviso de las primas a:

☐ El asegurado en su domicilio.
☐ El asegurado en su trabajo.
☐ Otras (indicar nombre y dirección en el núm. 8 más abajo)

d. Condición de préstamo para primas válidas, si es factible. ☐ Sí ☐ No

e. Pago de la prima (e interés) mediante dividendos acumulados. Provisión en efectivo si es factible. ☐ Sí ☐ No

7. ¿Se ha rescindido en los últimos seis meses algun seguro sobre su vida, o se prevé actualmente la rescisión de alguno? ☐ Sí ☐ No

8. Utilizar este espacio para explicar cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 2b, c, d, g, i y j, y para dar cualesquiera instrucciones especiales. (Si no hay suficiente espacio, utilizar el modelo 16).

9. ¿Prima pagada? ☐ Sí ☐ No.
En caso afirmativo, indicar el importe pagado $ .....

A no ser que se estipule otra cosa en un Recibo Condicional de Prima Anticipada debidamente emitido y entregado y que lleve el mismo número que esta proposición, queda entendido y convenido que toda póliza emitida de acuerdo con esta proposición, formada por las partes primera y segunda, tomará efecto únicamente si se ha pagado la primera prima completa y si la salud, hábitos y ocupación del asegurado propuesto así como otras circunstancias que afecten a su asegurabilidad siguen siendo las descritas en esta proposición. Al emitirse la póliza solicitada, el presente párrafo quedará sujeto a la condición que figura en la misma bajo el título de «Incontestabilidad».

Fechado en ....., a ..... de ..... de 19.....
Testigo de la firma ..... Firma del asegurado propuesto .....
(Utilizar sólo si el proponente es distinto del asegurado propuesto.)
El proponente conviene en quedar plenamente vinculado por todas las declaraciones, respuestas y pactos contenidos en las partes primera y segunda de esta proposición.
Fechado en ....., a ..... de ..... de 19.....
Testigo de la firma ..... Firma del proponente.
.....
(Indicar el parentesco si lo hubiere, con el asegurado propuesto)
.....

NO ESCRIBIR DEBAJO DE ESTA DOBLE LINEA

F 10-66

RECIBO CONDICIONAL DE LA PRIMA ANTICIPADA

SI SE PAGA LA PRIMA EN EL MOMENTO DE LA PROPOSICION DEBERA RELLENARSE ESTE RECIBO Y ENTREGARSELO AL PAGADOR. LA COMPAÑIA NO RECONOCERA NINGUN OTRO RECIBO. SI NO SE PAGA LA PRIMA, NO DEBERA DESPRENDERSE DE ESTE RECIBO.

Recibida la cantidad de ..... dólares, por una proposición que lleva el mismo número y fecha que este recibo por un seguro con ..... por un importe de ..... dólares, sobre la vida de ..... Si se facilitan todas las pruebas de asegurabilidad solicitadas por la Compañía en el término de sesenta días a partir de la fecha de este recibo, y si el asegurado propuesto es asegurable en la Compañía como riesgo normal de acuerdo con las normas de la misma para la selección de riesgos por el importe (sujeto a la Estipulación de Límites que figura más adelante) y según el plan solicitado sin modificación, y si esa asegurabilidad existe en la fecha más tardía de estas tres: 1) la de la primera parte de la proposición, 2) la de la segunda parte de la proposición, o 3) la fecha de efecto de la póliza, si se llega a emitir, que pueda solicitarse en la proposición, la Compañía emitirá la póliza solicitada que estará referida y tomará efecto a partir de la última de esas fechas. Si el asegurado propuesto no es asegurable como riesgo normal según lo arriba expresado, o si no se presenta alguna prueba de asegurabilidad solicitada por la Compañía en el plazo de sesenta días a partir de la fecha de este documento, la Compañía no estará obligada a garantizar ninguna cobertura de seguro con arreglo al presente recibo y se devolverá el importe pagado contra entrega del mismo.

Estipulación de Límites.—El importe máximo del seguro de vida no puede ser superior a 500.000 dólares, incluidos todos los seguros ya en vigor o solicitados de la Compañía. El importe máximo de la Indemnización Complementaria pagadera a consecuencia de muerte por accidente no podrá exceder de 25.000 dólares si se tienen menos de 10 años, de 50.000 dólares entre los 10 y los 24 años, o de 150.000 entre los 25 y los 65 años, incluidas todas las indemnizaciones complementarias ya en vigor o solicitadas de la Compañía.

Si se hubiera entregado a cambio de este recibo algún cheque o libranza que no fuera atendido al ser presentado al cobro, el presente recibo quedará nulo y sin efecto.

Fechado en ....., a ..... de ..... de 19.....
..... Agente en .....

N.° 768727

DATOS DEL SEGURO CON FINALIDAD LABORAL. Debe rellenarse en todos aquellos casos en que se adquiera el seguro con una finalidad laboral.

1a. Importe del seguro sobre el asegurado propuesto pagadero ya a este beneficiario empresarial.

b. Su retribución anual en esta empresa.

2a. Otros directivos ya asegurados en favor de esta empresa (Dar nombres y cantidades)

b. Nombres de otros directivos que estén siendo asegurados actualmente en C.M.L.

c. Si hay otros directivos que no estén asegurados, explicar por qué.

3. Finalidad del seguro:
- ☐ Retribución diferida
- ☐ División del dinero.
- ☐ Compra de acciones.
- ☐ Asociación recíproca de compra-venta.
- ☐ Asociación compra-venta.
- ☐ Hombre clave.
- ☐ Continuación del sueldo.
- ☐ Retirada de acciones.
- ☐ Sociedad de compra-venta.
- ☐ Garantía de Crédito.
- ☐ Otros (explicar).

4. Describir el valor de los servicios, funciones, aptitudes, recursos financieros, etc., del asegurado propuesto que justifican el importe del seguro deseado. (Si no hay espacio suficiente, dar detalles completos en una carta.)

INFORME DEL AGENTE. Tiene que rellenarlo el agente en todos los casos.

1a. ¿A qué compañía da usted su primera línea de seguros de vida?
☐ ☐ ..... (Nombre de la Compañía)

b. Si no, ¿se ha propuesto el seguro a su Compañía de primera línea?
☐ Sí. En caso afirmativo, indicar importe y fecha.
☐ No. En caso negativo, explicar por qué.

2.a ¿Desde cuándo conoce usted al asegurado propuesto?
..... Años ..... Meses
b. ¿Es: ☐ Pariente. ☐ Amigo. ☐ Conocido. ☐ Extraño?

3a. Valor financiero estimado ..... $
Ingresos anuales ..... $
b. ¿Se tiene prevista la financiación mediante préstamo de la primera prima o de alguna de las subsiguientes?
☐ Sí. ☐ No. En caso afirmativo, presentar modelo 104.

4. Por lo que usted sabe, ¿se ha rescindido en los últimos seis meses algún seguro sobre la vida del asegurado propuesto, o se tiene prevista dicha rescisión?
☐ Sí. ☐ No. En caso afirmativo presentar el modelo 108.

5. Si el asegurado propuesto es una mujer casada, hijo o padre a cargo de otra persona
a. ¿Quién pagará este seguro?
b. ¿Importe del seguro en vigor sobre la vida del pagador de la prima?

6. ¿Sabe usted algo acerca del carácter, hábitos, reputación o salud del asegurado propuesto que pudiera hacer indeseable este riesgo?
☐ Sí. ☐ No. En caso afirmativo, explicar por qué.

7. Si la residencia es rural, dar las indicaciones relativas a su situación:
Situada a ..... millas en dirección ..... de ..... en el número de Reparto Rural gratuito de correo .....

DATOS DE PROSPECCION DE MERCADO. Debe rellenarlos el agente en todos los casos.

1. Condado de residencia del asegurado propuesto

2. Número de hijos a su cargo.

3. Estimación de sus primas totales anuales por seguros de vida

4. Estimación de su educación
- ☐ Graduado universitario.
- ☐ Escuela universitaria.
- ☐ Enseñanza media superior.
- ☐ Algún colegio.
- ☐ Escuela profesional.

5. Base de la venta: Identificar el plan de venta (v.gr.: Axioma, HM y WK, Embudo, Para jóvenes de ambos sexos, Capitalización y Descuento, etc.), o describirlo de otro modo (v.gr.: ahorro, educación, programa, hipoteca, liquidez, patrimonial, hombre clave, auditoría, etc.).

ESTA SECCION DEBERIA RELLENARLA EL ADMINISTRATIVO DE PRODUCCION PARA NUEVAS OPERACIONES

1. ¿Ha comprobado si había errores u omisiones en la presente proposición? ☐ Sí ☐ No

2. Si es sin reconocimiento médico, ¿está facultado el agente para formular esta proposición? ☐ Sí ☐ No

3. Si hubo reconocimiento médico, ¿se recurrió al examinador oficial? ☐ Sí ☐ No
En caso negativo, explicar en el formulario 1281.

4. ¿Tiene este agente licencia para actuar en el estado en el que se formuló esta proposición? ☐ Sí ☐ No

5. Código del domicilio:
☐☐ Estado ☐☐☐ Condado ☐☐☐☐ Localidad

CERTIFICADO DE COMISION DEL AGENTE

Reservado para el Agente

Los abajo firmantes son las únicas personas con derecho a comisión por cualquier seguro que se emita de acuerdo con dicha proposición. Las comisiones, y los honorarios por servicios, se pagarán con sujeción a los contratos de producción que se encuentren vigentes en el momento en que sean pagaderas las comisiones.

No se celebrará ningún otro acuerdo de retribución en relación con ese seguro a menos que sea autorizado por escrito por la Compañía.

FIRMA DEL AGENTE CAPTADOR	FORMA DE CONTRATO ☐ Dedicación plena. ☐ Corredor 1.ª línea. ☐ Dedicación parcial. ☐ Corredor. ☐ Contrato para un solo asunto.	
ESCRIBIR EL NOMBRE AQUI A MAQUINA O CON LETRAS DE IMPRENTA	TARIFA DE LA PRIMERA COMISION %	COMISIONES DE RENOVACION % DE LA TARIFA TOTAL
FIRMA DEL AGENTE COLABORADOR (SI LO HUBO)	FORMA DE CONTRATO ☐ Dedicación plena. ☐ Corredor 1.ª línea. ☐ Dedicación parcial. ☐ Corredor. ☐ Contrato para un solo asunto.	
ESCRIBIR EL NOMBRE AQUI A MAQUINA O CON LETRAS DE IMPRENTA	TARIFA DE LA PRIMERA COMISION %	COMISIONES DE RENOVACION % DE LA TARIFA TOTAL

..... Por .....
FIRMA DEL AGENTE GENERAL Apoderado

CERTIFICACION Y RECOMENDACION DEL AGENTE

A. ¿Desde cuándo conoce usted al asegurado propuesto?	..... años ..... meses	B. ¿Qué tal le conoce y con qué frecuencia le ve?	
C. ¿Deseaba él este seguro sin un contacto previo por parte de usted?		D. ¿Le fue sugerida la captación de esta proposición por un corredor o agente de ésta u otra compañía de seguros de vida? (En caso afirmativo, dar detalles.)	
E. ¿Sabe usted algo acerca del carácter, los hábitos, la reputación, la historia personal, la historia familiar, o la condición física del asegurado propuesto que pudiera hacer indeseable el riesgo?		F. Si el asegurado propuesto es una mujer casada que no trabaje de manera regular fuera de su hogar, indicar el importe del seguro sobre la vida del marido.	
G. ¿Se ha rescindido algún seguro de vida sobre este asegurado propuesto en el último año, o ha tratado usted con él la rescisión de algún seguro de vida en alguna fecha futura? (En caso afirmativo, dar detalles.) a. En la b. ¿En alguna otra Compañía? (Nombre de la Compañía y fecha de rescisión)		H. ¿Le hizo usted al asegurado propuesto todas las preguntas, explicándoselas cuidadosamente, y anotó sus respuestas en su presencia?	
I. Si el asegurado propuesto vive en una zona rural, responder a la siguiente pregunta:	Situado en ..... a ..... millas en dirección ..... de ..... en el núm. de reparto gratuito del correo		

Por la presente declaro que yo, personalmente, solicité y conseguí esta proposición, que no sé nada en contra del riesgo que no conste en estos documentos, y que RECOMIENDO INCONDICIONALMENTE AL ASEGURADO PROPUESTO como un sujeto deseable de seguro.

..... (Fecha) ..... (Firma del agente)

Nota: Si el anterior agente no está facultado, de acuerdo con las normas de la Compañía, para presentar una proposición sin reconocimiento médico, deberá estar presente otro agente facultado para ello, que suscribiría la siguiente declaración.

Estuve presente en la entrevista de captación y fuí testigo del acto en que se rellenó y completó esta proposición.

..... (Fecha) ..... (Firma del agente facultado)

Normas por las que se rige el seguro sin reconocimiento médico

1. Unicamente podrán presentar proposiciones de operaciones sin reconocimiento médico los agentes autorizados por las normas de la Compañía.
2. RESPONSABILIDAD DEL AGENTE.—La proposición debe rellenarla él mismo en presencia del asegurado propuesto, nunca por correo. Deben explicarse cuidadosamente las preguntas y anotarse puntualmente las respuestas, con los nombres y las señas de los médicos, y las fechas. Todas las respuestas deben escribirse con tinta, nunca a máquina. No se deben usar las comillas ni símbolos similares. Las raspaduras y enmiendas deben ir salvadas con la rúbrica del asegurado propuesto (no por la del agente).
3. LIMITES DE EDAD.—Los proponentes no deben tener más de 40 años de edad, tomando la que tengan en el cumpleaños más próximo, a no ser que aquellos con límites de edad superiores hagan sus proposiciones según 1) un «Suplemento» de fideicomiso de pensiones (ver el dorso del Suplemento de Fideicomiso de Pensiones, Modelo 10 D) y 2) con Cláusula de pagador en relación con el seguro de los hijos (ver dorso de la Parte Juvenil, Modelo 10 B).
4. LIMITES SIN RECONOCIMIENTO MEDICO

Sin G. I. A.			Con G. I. A.	
Edades	*Dentro de cualquier período de 12 meses*	*Límite global*	*Edades*	
0-5	$ 10.000	$ 25.000	0-5	$ 10.000 (con G. I. A. $ 10.000)
6-30	25.000	25.000	6-20	25.000 (con G. I. A. 10.000)
31-35	15.000	15.000	21-30	15.000 (con G. I. A. 10.000)
36-40	5.000	10.000	31-37	5.000 (con G. I. A. 5.000)

5. LIMITES DEL PLAN.—La tabla anterior es aplicable a todos los planes de seguros excepto los de fomento de seguros, el temporal básico (Temporal Inicial, Temporal a 5 años, etc.) y los Contratos Temporales Nivelados. Cuando haya Ingresos Familiares a Plazo decreciente, el importe inicial de ese riesgo no será superior al doble del importe de la póliza base.
El límite en el del Fomento de Seguro es de diez unidades (esto es, un importe nominal básico de 10.000 dólares que va aumentando hasta un importe nominal final de 50.000 dólares).
En los planes temporales básicos (Temporal inicial, Temporal a 5 años, etc.) y en los Contratos Temporales Nivelados el límite sin reconocimiento médico es de 10.000 dólares y el límite máximo de edad de 30 años.
6. Todos los casos que respondan a las limitaciones de edad, importe y plan arriba reseñados, presentados por agentes facultados para ocuparse de operaciones sin reconocimiento médico se presentarán primero como tales, y será la Compañía la que decidirá si es aconsejable un reconocimiento médico. Si se lleva a cabo éste sin autorización de la Oficina Principal en un caso clasificado como sin reconocimiento, los honorarios del médico se cargarán al Agente General a menos que éste presente una justificación satisfactoria.
7. Este modelo se utilizará cuando el asegurado propuesto tenga 16 años o más. Para los niños menores de esa edad deberá emplearse en general el Modelo de Agentes número 397.

(Ed. 12-62)

Usar tinta negra únicamente

2.ª parte sin reconocimiento médico

DECLARACIONES EN LUGAR DE RECONOCIMIENTO MEDICO

El asegurado propuesto debe responder a todas y cada una de las preguntas de esta 2.ª parte en presencia del agente.

2.ª PARTE DE LA PROPOSICION DE SEGURO DE VIDA DE .....

10a. HISTORIA FAMILIAR	Edad si viven	Si no es buena decir por qué	Edad al morir	Causa de la muerte
Padre				
Madre				
Marido o esposa				
Hermanos				
N.º de los vivos				
N.º de los muertos				

b. ¿Ha habido algún caso de diabetes, cáncer, tuberculosis, o transtorno mental entre sus padres o hermanos?

c. ¿Ha convivido o tenido contactos regulares durante los últimos dos años con alguna persona que padeciera de tuberculosis activa?

ESTIMACION	REAL, *por el AGENTE*
11a. Altura ..... m. ..... cm.	Altura ..... m. ..... cm.
b. Peso ..... Kg. ..... gr.	Peso ..... Kg. ..... gr.

Si la constitución bordea los límites de la tabla de la Guía Médica, averiguar la altura y el peso reales.

17. ¿Ha padecido usted alguna vez o consultado a algún médico por:

a. Soplos cardiacos, hipertensión arterial, dolores en el tórax, angina de pecho, enfermedad de las arterias coronarias, irregularidad cardiaca o alguna otra afección del corazón?

b. Crisis nerviosas, demencia, epilepsia, convulsiones, jaquecas fuertes, parálisis, o alguna otra enfermedad del cerebro o del sistema nervioso?

c. Tuberculosis, hematemesis, asma, bronquitis o tos crónicas, pleuresía, neumonía, o alguna otra afección pulmonar o de la garganta?

d. Indigestión, úlcera gástrica o duodenal, cálculos biliares, transtornos de la vesícula biliar, ictericia, apendicitis, disentería, transtornos del recto, hernia?

e. Cálculos renales, cólicos nefríticos, enfermedad de Bright, sífilis, albuminuria, glucosuria, hematuria, o pus en la orina?

f. Enfermedad crónica de los ojos, de los oídos, de los senos nasales, de la piel o de los huesos?

g. Cáncer, tumor, bocio, diabetes, reumatismo o artritis?

c. Cambios de peso en los últimos 6 meses

Aumento ..... Kg. Pérdida ..... Kg.

Si se ha perdido peso, explicar por qué, y declarar desde cuando permanece estacionario el peso.

13a. ¿En qué grado hace uso de las bebidas alcohólicas?

b. ¿Ha usado alguna vez alguna de ellas en exceso?

c. ¿Se le ha tratado alguna vez por alcoholismo o adicción a drogas?

14a. ¿Se le ha practicado alguna operación quirúrgica?

b. ¿Tiene prevista alguna?

c. ¿Ha estado usted alguna vez en algún hospital o institución similar en observación o en tratamiento?

d. ¿Se le han practicado alguna vez exámenes especiales tales como radioscopias, electrocardiogramas, curvas de glucosa, pruebas de Wassermann o de Kahn, u otros análisis de sangre?

15a. ¿Dentro del último año, ha solicitado usted algún otro seguro de vida de otra Compañía sin reconocimiento médico?

b. ¿Tiene usted algún defecto de la vista que no quede plenamente corregido con las lentes, o algún defecto del oído?

c. ¿Padece usted de alguna deformidad, mutilación, o alguna incapacidad física o mental?

18a. ¿Ha consultado usted o estado en tratamiento médico en los últimos cinco años por algún síntoma o enfermedad no mencionado en el apartado anterior?

b. ¿A su más leal saber y entender padece usted actualmente de alguna enfermedad, transtorno o defecto no mencionado anteriormente?

SI SE HA CONTESTADO «sí» A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS DE LA 13b A LA 18b, DAR A CONTINUACION DETALLES COMPLETOS, TALES COMO EL NOMBRE DE LA DOLENCIA, EL NUMERO DE ATAQUES, LAS FECHAS, SU DURACION, SU GRAVEDAD, SUS RESULTADOS Y LOS NOMBRES DE TODOS LOS MEDICOS QUE LE HAYAN ATENDIDO (Especificar el número de la pregunta)

d. ¿Ha pedido o recibido usted alguna vez prestaciones por incapacidad o una pensión del gobierno? (Si la pensión era del gobierno, declarar por qué concepto, el importe recibido y los cambios habidos en la clasificación.)		
Si el asegurado propuesto es una mujer: 16a. ¿Tiene usted ahora o ha tenido alguna vez algún transtorno de los órganos reproductores o de las mamas?		

HE LEIDO TODAS LAS DECLARACIONES Y RESPUESTAS DE ESTA PROPOSICION (que consta de las partes primera y segunda y de las modificaciones a las mismas) Y POR LA PRESENTE DECLARO QUE TODAS ESAS DECLARACIONES Y RESPUESTAS SON VERDADERAS Y COMPLETAS y convengo en que constituyen la base y una parte del fundamento del seguro solicitado.

RENUNCIO EXPRESAMENTE, en nombre propio y en el de toda persona que tenga cualquier interés en alguna póliza emitida con arreglo a la presente, a todas las disposiciones legales que impidan a un médico u otra persona revelar cualquier información relativa a mi salud que le sea conocida y autorizo a cualquier médico u otra persona a revelar esa información a la Compañía. Esta renuncia y la autorización subsiguiente estarán sujetas a todas las limitaciones establecidas por la ley.

Fechado en ....., a ..... de ..... de 19.....

Testigo: .....
(La firma del asegurado propuesto tiene que testificarla el agente)

Firma del asegurado propuesto: .....
(Escribir el nombre completo)

Modelo 2077

Modelo de Agente núm. 147

La siguiente autorización deberá firmarla el asegurado propuesto

AUTORIZACION PARA CONSULTAR AL MEDICO, HOSPITAL O CLINICA

Por la presente autorizo a todo médico que me haya observado para diagnosis o tenido en tratamiento por alguna enfermedad o dolencia; y a todo hospital o clínica en los que hubiere estado como paciente para ese diagnóstico, tratamiento, enfermedad o dolencia, para que den una información completa de los mismos, incluida la historia médica anterior, a ..... a quienes he presentado una proposición de seguro.

.....
(Testigo)

.....
(Firma del Asegurado propuesto)

.....
(Fecha)

POLIZA TIPO DE GASTOS DE HOSPITAL CON RENOVACION GARANTIZADA

Número de Póliza: H *Fecha de la Póliza:*

Asegurado: Ejemplar de muestra

Tabla de las cláusulas sobre prestaciones y los máximos de las mismas

Prestaciones sujetas a un importe deducible de ..... dólares.

Prestación 1. Internamiento en hospital: Una prestación diaria de ..... dólares por un período máximo de 365 días de internamiento en hospital.

Prestación 2. Gastos varios de hospitalización ..... dólares.

Prestación 3. Gastos de operaciones quirúrgicas: De ..... a ..... dólares, según el Anexo Quirúrgico.

Prestación 4. Atención médica: De ..... a ..... dólares según el período de internamiento en hospital. (Factor de gastos médicos y quirúrgicos ..... dólares.)

Prestaciones no sujetas a importe deducible:

Prestación 5. Gastos de maternidad: ..... dólares por cada parto normal sencillo.

Prima: ..... dólares por un período inicial de ..... meses.

Fechas de renovación: Sujetas a las condiciones de renovación garantizada, el día ..... de cada mes a partir de la fecha de la póliza.

COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA

PAGO:

LAS PRESTACIONES estipuladas con arreglo a las condiciones de esta póliza, con sujeción a las estipulaciones, condiciones, excepciones, limitaciones y reducciones que constan en la misma.

Se celebra este contrato a consecuencia de la proposición de esta póliza, un ejemplar de la cual se une y pasa a formar parte integrante de dicha póliza, así como del pago anticipado de la prima arriba expresada, que la mantendrá en vigor hasta su primera fecha de renovación.

Condiciones de renovación garantizada.—La Compañía puede cambiar la tabla de tarifas de primas aplicable. Esta póliza podrá renovarse al llegar cada una de las fechas de renovación a las que siguen en vigor hasta aquel aniversario de la misma en que el Asegurado o su cónyuge, si está cubierto por ella, tenga 65 años de edad, según la fecha que más tarde se produzca. Cada renovación será por otro período temporal de la misma duración que el que haya expirado, con sujeción al pago antes de terminar el plazo de gracia

de la prima correspondiente de renovación según la tabla de tarifas de primas aplicable en el momento de cada renovación.

La Compañía no reducirá ninguna prestación, no acortará ningún período de prestación, no modificará la póliza con ningún suplemento restrictivo, ni se negará a aceptar la prima en relación con dicha renovación. No obstante, no se prolongará la cobertura de ninguna de las personas amparadas por la póliza una vez llegada aquella a su término según las condiciones de la misma.

La Compañía se reserva el derecho a cambiar la tabla de tarifas de primas aplicables a cada una de esas renovaciones de esta póliza; ese cambio será de aplicación a todas las pólizas emitidas según el mismo tipo y con el mismo importe de las prestaciones de seguro con arreglo al presente modelo, y las primas de renovación determinadas con la tabla de tarifas de primas de la Compañía que sean aplicables en ese momento se basarán en la edad original en el momento del ingreso y en el sexo. Esta póliza no se verá afectada por ningún cambio en la tabla de tarifas de primas aplicables hasta que la misma llegue a su fecha de aniversario siguiente a dicho cambio.

Derecho del Asegurado a examinar la póliza.—En el término de diez días a contar desde la entrega de esta póliza al asegurado, podrá devolverse la misma a la Compañía remitiéndola por correo o entregándola en la Oficina Principal, en una Oficina General, o al Agente productor por medio del cual se formuló la proposición, y, en tal caso, la Compañía reembolsará inmediatamente la prima que se haya pagado. Con tal devolución se entenderá nula esta póliza desde el principio.

Los años, meses o aniversarios de la póliza se determinarán según la fecha de la misma.

Las estipulaciones, condiciones, excepciones, limitaciones y reducciones expresadas en las páginas siguientes forman parte de esta póliza.

Y, PARA QUE CONSTE, la COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA ha otorgado la presente póliza en la fecha que figura «ut supra».

Secretario, Presidente,

EJEMPLAR DE MUESTRA

Refrendo

SE GARANTIZA LA RENOVACION DE ESTA POLIZA HASTA AQUEL ANIVERSARIO DE LA MISMA EN QUE EL ASEGURADO O SU CONYUGE, SI ESTA CUBIERTO POR ELLA, TENGA 65 AÑOS DE EDAD, SEGUN LA FECHA QUE MAS TARDE SE PRODUZCA. LA COMPAÑIA PODRA CAMBIAR LA TABLA DE TARIFAS DE PRIMAS APLICABLE. LAS PRESTACIONES 1, 2, 3 Y 4 ESTAN SUJETAS A UN IMPORTE DEDUCIBLE.

6643-I

DEFINICIONES

EDAD

Cuando en la presente póliza se haga referencia al aniversario de la misma en que una persona tenga «65 años de edad», se entenderá que se indica el primer aniversario de la póliza que se produzca al mismo tiempo o después del 65 cumpleaños de esa persona. Toda otra referencia que se haga en esta póliza a la edad significara la que se tenga en el cumpleaños más próximo.

PERSONA CUBIERTA

Cuando en la presente póliza se emplee la expresión «persona cubierta» se hará referencia a toda aquella que figure en la proposición como miembro de la familia cuya cobertura se propone así como toda aquella que quede cubierta de acuerdo con esta condición, mientras subsista en efecto la cobertura sobre esa persona.

Si hubiera de satisfacerse la prestación de esta póliza por gastos de maternidad en relación con el nacimiento de un hijo, éste quedará automáticamente cubierto el decimoquinto día siguiente a su nacimiento o el siguiente al en que hubiera terminado su hospitalización, según el que más tarde se produzca. No se cobrará ninguna cantidad adicional por la cobertura de ese hijo antes del aniversario de la póliza inmediatamente siguiente a la fecha en que entre en efecto dicha cobertura. No obstante, en la prima de renovación pagadera en dicho aniversario y en cada uno de los siguientes mientras permanezca en efecto dicha cobertura, se incluirá una cantidad adicional en pago de la misma. El asegurado podrá decidir dar por terminada la cobertura del hijo a partir de ese siguiente aniversario por medio de una solicitud por escrito que deberá recibirse por la Compañía antes de la expiración del plazo de gracia para el pago de la prima que vence en dicho aniversario.

Una vez emitida esta póliza, el asegurado, su cónyuge, o cualquier hijo soltero a su cargo que tenga menos de 18 años, si no se encontrase entonces cubierto por aquella, podrá quedarlo mediante la oportuna proposición de esa cobertura y la aprobación de la misma por la Compañía, sujeta al pago que ésta exija.

Expiración de la cobertura.—La cobertura expirará automáticamente, respecto del

a) asegurado si es una persona cubierta, en el aniversario de la póliza en que el mismo tenga 65 años de edad;
b) cónyuge del asegurado, si es una persona cubierta, en el aniversario de la póliza en que el mismo tenga 65 años;
c) todo hijo a su cargo que esté cubierto, en el primer aniversario de la póliza que coincida o siga a la primera de estas fechas: el 23 cumpleaños del hijo; su matrimonio, o aquella en que el mismo deje de estar a cargo del asegurado;

con sujeción a la continuación de la cobertura, según se estipula en la condición de pago de primas, si la compañía acepta una prima por dicha cobertura.

LESIONES, ENFERMEDAD, EMBARAZO

Por el término «lesión», tal como se le emplea en esta póliza, se entenderá toda aquella lesión corporal sufrida por una persona cubierta de resultas de un accidente que se produzca mientras esta póliza se encuentre en vigor y la cobertura de dicha persona en efecto.

Por el término «enfermedad», tal como se le emplea en esta póliza, se entenderá toda aquella enfermedad o dolencia de una persona cubierta que se contraiga e inicie mientras esta póliza se encuentre en vigor y en efecto la cobertura sobre dicha persona.

Siempre que uno de esos dos términos vaya calificado por la palabra «misma», el significado de la expresión resultante será el siguiente:

Por la «misma lesión» se entenderán todas y cada una de las que deban a uno y el mismo accidente; y por la «misma enfermedad» se entenderán todas y cada una de las que se deban al mismo estado; con la excepción de que cada una de las enfermedades que se inicie una vez que la persona cubierta se haya recuperado por completo de otra anterior y haya reanudado por entero sus actividades normales por un período de seis meses como mínimo no se considerará la misma enfermedad» que la anterior.

Por el término «embarazo», tal como se emplea en esta póliza, se entiende el de la esposa del asegurado (o el de éste, si se trata de una mujer) que se inicie mientras esta póliza se encuentre en vigor o mientras esté en efecto la cobertura tanto sobre el asegurado como sobre su cónyuge.

HOSPITAL

Con el término «hospital», tal como se le utiliza en la presente póliza, se designa una institución que funciona de acuerdo con las normas legales para el cuidado y el tratamiento de los enfermos y los heridos, con medios e instalaciones organizadas en el mismo local y un servicio de enfermería de veinticuatro horas al día. No obstante, no se comprenderán dentro de dicho término las casas de reposo, los centros de asistencia geriátrica, las residencias para convalecientes, los asilos para ancianos, los centros de internamiento o lugares que estén destinados de manera primordial al tratamiento del alcoholismo o del narcotismo.

INTERNAMIENTO EN HOSPITAL

Con la expresión «internamiento en hospital», tal y como se emplea en la presente póliza, se designará aquel que se inicie mientras ésta se encuentre en vigor, respecto de una persona cubierta que se registre como paciente residente y a la que se cobre por lo menos un día de habitación y manutención por el hospital donde se encuentre internada dicha persona.

OPERACION QUIRURGICA

Por la expresión «operación quirúrgica», tal y como se la emplea en esta póliza, se entenderá cualquiera de las que un médico o cirujano titulados realicen sobre una persona cubierta

i) durante su internamiento en hospital, o
ii) mientras esta póliza se encuentre en vigor y la cobertura de dicha persona en efecto, independientemente del lugar donde se practique la intervención.

CIRUGIA MULTIPLE

Cuando en la presente póliza se emplee la expresión «cirugía múltiple» se hace referencia a aquellas operaciones consistentes en dos o más intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo sobre la misma persona.

i) en un plazo de veinticuatro horas, o
ii) debido al mismo estado u otro relacionado con él, o
iii) debido a alguna circunstancia derivada del mismo accidente.

No obstante, las operaciones quirúrgicas realizadas sobre una misma persona pero separadas por un intervalo durante el cual dicha persona se recupera completamente y reanuda todas sus actividades normales por lo menos durante seis meses no se considerarán como constitutivas de cirugía múltiple, sino que, en lugar de ello, serán consideradas como operaciones separadas y enteramente independientes entre sí, incluso aunque se practiquen debido a la misma lesión o enfermedad.

DEFINICIONES (Continuación)

En la presente póliza se estipula:

a) las prestaciones 1, 2, 3 y 4, sujetas a la condición de importe deducible en el caso de que se produzcan los daños especificados debido a lesiones o enfermedad;
b) la prestación 5, en el caso de internamiento en hospital por causa de embarazo, la cual no estará sujeta a la condición de importe deducible.

No se satisfará ninguna de las prestaciones 1, 2, 3 y 4 por daños originados directa o indirectamente por un embarazo, incluidos el parto o aborto resultantes.

Prestación 1. INTERNAMIENTO EN HOSPITAL

Se satisface esta prestación por la habitación, manutención y asistencia de enfermeras facilitadas durante un período de internamiento en hospital. Será igual a la Prestación diaria de Hospital expresada en la primera página de esta póliza multiplicada por el número de días de dicho internamiento, hasta 365, por los que pase una factura de habitación y manutención el hospital.

Prestación 2. GASTOS VARIOS DE HOSPITALIZACION

Se satisface esta prestación para los cargos pasados por un hospital por el uso de la sala de operaciones o de tratamientos de urgencia, de anestésicos y su administración, de los servicios de laboratorio, de la diagnosis o tratamiento por medio de rayos X o de sustancas radioactivas, de servicios locales de ambulancia para ir o volver del hospital, de vendajes quirúrgicos, medicinas u otros suministros médicos. Será igual a cualquiera de esos cargos, que no excedan de lo que sea habitual y razonable, que se ocasionen:

i) durante un período de internamiento en hospital, o
ii) en relación con cualquier operación quirúrgica, y en el día de la misma, que se realice en un hospital, independientemente de si se trata de un paciente interno o externo, o

Prestación 3. GASTOS DE OPERACIONES QUIRURGICAS

Se satisface esta prestación para una operación quirúrgica, tanto si se realiza en un hospital como en otro lugar. Será igual a los honorarios del cirujano por la operación, hasta el importe máximo de la prestación por Gastos de Operación Quirúrgica determinado multiplicando el Factor de Gastos Médicos y Quirúrgicos expresado en la primera página de la presente póliza por el número de Unidades de Valor Relativo señaladas para esa operación en el Anexo Quirúrgico.

Cuando se realice más de una operación quirúrgica por medio de la misma incisión o debido al mismo estado o estados relacionados entre sí, esa cirugía múltiple se considerará como una sola operación y el importe aplicable con arreglo a esta prestación 3 será igual al correspondiente al de aquella sola de las operaciones para la que se haya establecido el más elevado.

Cuando a la misma persona se le practiquen más de una operación quirúrgica por medio de incisiones separadas debido a afecciones no relacionadas entre sí y

i) esas afecciones sean consecuencia del mismo accidente, o
ii) esas operaciones se realicen dentro del mismo período de veinticuatro horas,

la prestación aplicable con arreglo a la presente cláusula por esa cirugía múltiple será igual a la de aquella de las operaciones que tenga establecida la más alta más la mitad de la prestación establecida para cada una de las otras operaciones.

Sin embargo, cuando a una misma persona se le practiquen más de una operación quirúrgica debido a afecciones no relacionadas entre sí que no resulten del mismo accidente y estén separadas por un período de más de cuarenta y ocho horas, los importes que se satisfarán con arreglo a esta prestación 3 se determinará para cada una de las operaciones individualmente. Asimismo, cuando a la misma

iii) con motivo de unas lesiones, y dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes al momento del accidente que las hubiera causado, obliguen o no aquellas a internamiento en hospital.

No obstante, la prestación por todos esos gastos ocasionados durante un período continuo de internamiento en hospital no excederán de la prestación máxima por gastos varios de hospitalización expresada en la primera página de esta póliza. Asimismo, la prestación por todos los demás gastos ocasionados con motivo de:

i) las mismas lesiones, o
ii) la misma enfermedad, o
iii) cirugía múltiple mediante la que se atienda más de una lesión o enfermedad,

no excederán de dicha prestación máxima por gastos varios de hospitalización.

En la determinación del importe máximo de esta prestación número 2, todos los gastos que se ocasionaran con motivo de la misma lesión, la misma enfermedad, o la misma operación quirúrgica, incluida la cirugía múltiple, que hubieran causado un internamiento en hospital, pero no se hubieran ocasionado durante dicho internamiento, se considerarán, con todo, como gastos ocasionados durante ese internamiento en hospital a menos que la persona internada se hubiera recuperado por completo y reanudado totalmente sus actividades normales por un período de seis meses como mínimo durante el intervalo entre ese internamiento en hospital y la fecha en que se ocasionaron esos gastos.

No se satisfará la prestación 2 por ningún cargo ocasionado en relación con un tratamiento dental a no ser que el mismo se ocasione durante un período de internamiento en hospital.

Los cargos pasados por un hospital se considerarán ocasionados cuando se preste el servicio correspondiente o se utilicen las medicinas o suministros correspondientes.

persona se le practique más de una operación quirúrgica pero entre las mismas medie un intervalo durante el cual esa persona se recupere por completo y reanude totalmente sus actividades normales por seis meses como mínimo, los importes aplicables con arreglo a esta prestación 3 se determinarán para cada una de esas operaciones individualmente, aun cuando éstas se realicen debido a la misma afección o afecciones relacionadas entre sí o que sean consecuencia del mismo accidente.

Esta prestación 3 no será aplicable a los trabajos dentales.

Prestación 4. ATENCION MEDICA

Esta prestación está destinada a cubrir los gastos de la atención médica prestada durante un período de internamiento en hospital debido a lesión o enfermedad, por un médico titulado distinto de los que estén empleados o en prácticas en el hospital. Será igual al exceso:

del importe cargado por el médico por esa atención, sin que exceda de lo que sea habitual y razonable y excluidos los gastos por la administración de anestésicos o la práctica de cirugía o de trabajos dentales, hasta el importe máximo de la prestación por Atención Médica determinada multiplicando el Factor de Gastos Médicos y Quirúrgicos que figura en la primera página de esta póliza por el número de días de ese internamiento en hospital, sin pasar de treinta, por los que el mismo pase un cargo por habitación y manutención;

por encima de:

todo importe satisfecho de conformidad con la prestación 3 por una operación quirúrgica practicada durante el mismo internamiento en hospital, o por causa de la misma lesión, de la misma enfermedad, o de cirugía múltiple de la que forma parte dicha operación.

No se satisfará ningún importe con arreglo a esta prestación 4 si se hubiera satisfecho uno superior con arreglo a la prestación 3 por alguna de esas operaciones o por la

DEFINICIONES (Continuación)

cirugía múltiple. Cuando se practique alguna de esas operaciones o esa cirugía múltiple y, a consecuencia de ello se reduzca o suprima esta prestación 4, todo exceso en el pago realizado conforme a la misma se aplicará al pago de la prestación 3 a cuenta de esa operación o cirugía múltiple.

Prestación 5. GASTOS DE MATERNIDAD

Se satisface esta prestación por los gastos ocasionados en relación con un internamiento en hospital debido a embarazo. Se determinará respecto de cada embarazo como sigue:

a) Cuando el embarazo termine, durante ese internamiento:

en un parto con cesárea, o
en una operación por embarazo ectópico, o
en el parto de uno o más hijos, por lo menos uno de ellos vivo,
la prestación será igual a una vez y media el máximo de la correspondiente a los Gastos de Maternidad por Parto Normal Sencillo expresada en la primera página de esta póliza; o

b) Cuando el embarazo termine, durante ese internamiento, en el parto de un hijo vivo, pero sin que al mismo le sea de aplicación la prestación estipulada en el anterior apartado a), el importe de la misma será igual a la Prestación Máxima por Gastos de Maternidad por un Parto Normal Sencillo expresada en la primera página de esta póliza; o

c) Cuando el embarazo termine de tal modo que no le haga acreedor a ninguna de las prestaciones establecidas en los apartados a) y b) anteriores, el importe de la misma será igual a los cargos hechos por el hospital en relación con el internamiento en el mismo, incluidos los de ambulancia local que pudiera haber habido por desplazamiento desde y hasta el hospital, hasta un importe igual a

i) la mitad de la prestación máxima por Gastos de Maternidad por Parto Normal Sencillo expresada en la primera página de esta póliza, si el embarazo termina en aborto; o
ii) la Prestación máxima por Gastos de Maternidad por Parto Normal Sencillo expresada en la primera página de esta póliza, si el embarazo termina de cualquier otro modo.

Si el internamiento en hospital se inicia menos de nueve meses después de la fecha en que la cobertura tanto sobre el asegurado como sobre su cónyuge hubiera entrado en efecto, no se satisfará ningún importe en concepto de esta prestación 5 a no ser que el médico que atienda a la embarazada acredite, en una declaración escrita presentada a la Compañía, que el embarazo se inició cuando ya se encontraba en efecto la cobertura sobre el asegurado y su cónyuge.

IMPORTE DEDUCIBLE

Al determinar el importe pagadero con motivo de los daños causados por lesiones o enfermedad y ocasionados durante un período continuo de internamiento en hospital, se deducirá el Importe Deducible expresado en la primera página de esta póliza de la suma de las cantidades aplicables estipuladas en las prestaciones 1, 2, 3 y 4. Al determinar el importe pagadero con motivo de otros daños causados por lesión o enfermedad, se sustraerá ese Importe Deducible de la suma de los importes que correspondan según las prestaciones 2 y 3 en concepto de:

i) la misma lesión, o
ii) la misma enfermedad, o
iii) cirugía múltiple, en la que entre más de una lesión o enfermedad.

No obstante, de existir derecho a alguna de las prestaciones 2 ó 3 por algún daño que se ocasionara con motivo de la misma lesión, la misma enfermedad, o la misma operación quirúrgica, incluida la cirugía múltiple, que hubiera dado lugar a un internamiento en hospital, pero no se ocasionaran durante el mismo, se sustraerá el Importe Deducible tan sólo una vez de la suma de las prestaciones satisfechas por ese daño a las satisfechas por los daños ocasionados durante ese internamiento a menos que la persona internada se recupere por completo y reanude totalmente sus actividades normales por un período de seis meses como mínimo durante el intervalo entre el internamiento en hospital y la fecha en que se produjera ese daño.

Cuando dos o más personas cubiertas por esta póliza sufran lesiones en el mismo accidente, el Importe Deducible se sustraerá una sola vez de la suma de las prestaciones aplicables a cualesquiera daños que resulten de esas lesiones dentro del período de seis meses siguiente a la fecha del accidente o durante un período de internamiento en hospital que comience durante ese período de seis meses.

REITERACION DEL INTERNAMIENTO EN HOSPITAL

A efectos de determinar las prestaciones que deban satisfacerse de conformidad con la presente póliza, si un internamiento en hospital fuera seguido por otro de la misma persona, los dos períodos de internamiento se considerarán como el mismo a no ser que:

a) la causa del segundo no tenga nada que ver con la afección que dio lugar al tratamiento prestado durante el primero, o
b) los períodos sucesivos de internamiento estén separados por un intervalo durante el cual dicha persona se hubiera recuperado por completo de la afección por la que fue hospitalizada y hubiera reanudado plenamente sus actividades normales por un período de seis meses como mínimo.

ANEXO QUIRURGICO

(Ver la Cláusula de Gastos de Operaciones Quirúrgicas en la página 3 y la del Importe Deducible, en la 4)

En el siguiente anexo se indica el número aplicable de Unidades de Valor Relativo para su uso en la determinación de la prestación máxima por Gastos de Operaciones Quirúrgicas en las que se enumeran a continuación. El número aplicable de Unidades de Valor Relativo de las operaciones no enumeradas y no excluidas de cobertura responderá a un criterio análogo al establecido para las operaciones similares en el siguiente anexo, pero sin que en ningún caso pueda ser superior a 150.

	Unidades de valor relativo
Abdomen	
Apéndice, extirpación de	40
Intestino, liberación de adherencias	40
Intestino, resección, delgado	70
Intestino, resección, grueso	100
Vesícula biliar:	
Incisión, drenaje, o eliminación de cálculos,	50
Incisión, drenaje, o eliminación de cálculos, que afecte al conducto biliar	70
Extirpación de	60
Extirpación de, con exploración abierta del conducto común	70
Abcesos peritoneales, incisión y drenaje de	40
Bazo, extirpación del	60
Estómago:	
Gastroenterostomía	60
Resección parcial	80
Resección total	100
Tumor o úlcera, excisión local de	60
Amputaciones	
Brazo, antebrazo, o mano entera	40
Cineplastia, procedimiento completo	75
Dedo del pie, más de uno, cualquier procedimiento	15
Dedo del pie, uno, cualquier procedimiento	10
Dedo o pulgar, cada uno, cualquier procedimiento	15
Muslo	60
Pie	35
Tobillo o pierna, con dermoplastia y resección de nervio	50

	Unidades de valor relativo
Artoplastia, cadera o rodilla	100
Artoplastia, muñeca	60
Incisión con exploración, cadera	70
Incisión con exploración, muñeca	40
Incisión con exploración, codo, rodilla, clavícula	50
Rodilla, cartílago semilunar, excisión de	50
Corazón	
Aorta, torácica o abdominal, excisión e injerto de	150
Inyección para angiocardiograma	5
Operación por enfermedad coronaria (poudrage).	50
Valvulotomía o comisurotomía, mitral	120
Valvulotomía o comisurotomía, aórtica, pulmonar, o tricúspide	150
Columna vertebral	
Cóccix, extirpación de	30
Disco intervertebral, extirpación	90
Disco intervertebral, extirpación, con fusión de columna	120
Fusión de columna, dos o más segmentos	100
Fusión lumbosacral, un solo segmento	90
Laminectomía por lesión de la médula espinal o de las meninges	100
Cráneo	
Craniectomía, suboccipital, para sección de nervios craneanos	125
Elevación de fracturа deprimida de cráneo, simple	75

Aparato génito-urinario	
Circunsición, que no sea por grapa o corte dorsal	10
Cistocele, reducción	35
Cistocele, rectocele y uretrocele, reducción de	50
Cistoscopia inicial	5
Cuello del útero, amputación de, total o parcial.	20
Cuello del útero, cauterización o cenización de.	3*
Hidrocele, punción de	2*
Hidrocele, excisión de	30
Histerectomía, subtotal	55
Histerectomía, total	60
Histerectomía, radical	100
Histerectomía vaginal, con o sin reducción del suelo pelviano	70
Orquiectomía, simple unilateral	20
Orquiectomía, simple bilateral	25
Ovarios, excisión de, o eliminación de quistes (uno o dos lados)	45
Próstata, extirpación de, transuretral, completa.	80
Próstata, extirpación de, perineal, radical	100
Riñón, fijación de, o eliminación de quiste del.	70
Riñón, excisión o eliminación de cálculos del	80
Utero, dilatación y raspado (no puerperal) incluida la extirpación de pólipos	15
Utero, suspensión de	45
Varicocele o epididimis, excisión de	30
Vejiga, eliminación de cálculos, por citoscopia primaria	20
Vejiga, eliminación de cálculos, por citoscopia subsiguiente	10
Vejiga, eliminación de cálculos, por citoscopia por operación abierta	50
Vejiga, extirpación de tumor, por resección transuretral	60
Vejiga, extirpación de tumor, por operación abierta	70
Articulaciones:	
Artoplastia, tobillo	75
Artoplastia, codo o clavícula	80

Dislocaciones	
Sencilla, completa, reducción cerrada de tobillo.	10
Sencilla, completa, reducción cerrada de codo	5*
Sencilla, completa, reducción cerrada de dedo o rótula	3*
Sencilla, completa, reducción cerrada de cadera o rodilla	20
Sencilla, completa, reducción cerrada de pulgar.	4*
Sencilla, completa, reducción cerrada de dedo del pie	2*
Sencilla, completa, reducción cerrada de muñeca	5
Sencilla o compuesta, reducción abierta de tobillo	50
Sencilla o compuesta, reducción abierta de codo o clavícula	55
Sencilla o compuesta, reducción abierta de cadera o rodilla	60
Fracturas	
Reducción cerrada de:	
Dedo de la mano o del pie, simple	5
Fémur, simple	40
Húmero o tibia, caña, simple	25
Metacarpiano, uno, simple o compuesto	10
Metatarsiano, simple	10
Nariz, simple o compuesta	5*
Peroné o radio (extremo distal), simple	15
Tobillo, simple	25
Reducción abierta de, simple o compuesta:	
Dedo del pie	13
Fémur	80
Húmero, caña	45
Metacarpiano, uno o más	30
Radio	40
Tobillo o tibia, caña	50
Ganglios linfáticos	
Abceso o inflamación, drenaje	3*
Biopsia	5

* Si esta operación quirúrgica se practica durante un período de internamiento en hospital, el número de Unidades de Valor Relativo aplicable se incrementará en 2.

ANEXO QUIRURGICO (Continuación)

	Unidades de valor relativo
Extirpación, simple	5
Extirpación, radical de parte superior del cuello, axila o ingle	50
Garganta, nariz y oídos	
Adenoides, extirpación, procedimiento independiente	10
Conductos semicirculares, fenestración de	100
Conductos semicirculares, revisión de fenestración de	60
Laringe, extirpación de, sin disección del cuello.	100
Mastoides, extirpación sencilla	50
Mastoides, extirpación radical	70
Senos:	
Amígdalas, extirpación de, con o sin extirpación de adenoides, con menos de 18 años	15
Amígdalas, extirpación de, con o sin extirpación de adenoides, con 18 ó más años	20
Movilización de los estribos	70
Resección submucosa	30
Traqueotomía	20
Incisión radical (Caldwell-Luc) unilateral	50
Punción de la cavidad, un lado	2*
Hernia, reducción quirúrgica de:	
Inguinal o femoral (unilateral, o epigástrica	35
Ventral, incisional	45
Huesos (excepto procesos alveolares)	
Excisión parcial (con o sin quiste), huesos pequeños	25
Excisión parcial (con o sin quiste), huesos grandes	50
Osteotomía (salvo que figure en otro lugar), clavícula, radio o cúbito	40
Osteotomía (salvo que figure en otro lugar), fémur supracondilar	70
Osteotomía (salvo que figure en otro lugar), huesos pequeños	30
Osteotomía (salvo que figure en otro lugar),	50

	Unidades de valor relativo
Pecho	
Amputación sencilla	30
Amputación radical	70
Tumor, quiste, o lesión del conducto, excisión unilateral de	15
Tumor, quiste, o lesión del conducto, excisión bilateral de	25
Quiste o seno pilonidal	
Extirpación	30
Incisión y drenaje	2*
Recto	
Anoscopia, diagóstico	1*
Fisurectomía, con o sin esfinteroctomía	20
Fistulectomía, subcutánea	10
Hemorroides, externas, extirpación de, completa.	20
Hemorroides, internas y externas, extirpación	80
Resección de	100
Signoidoscopia, inicial	3
Sigmoidoscopia con biopsia, inicial	5
Sigmoidoscopia con extirpación de pólipos, inicial	7
Sutura de heridas por accidente	
Arterias, de las extremidades	30
Pequeñas heridas	4
Venas, de las extremidades	20
Tiroides	
Glándula tiroidea, extirpación de, parcial	60
Glándula tiroidea, extirpación de, total	70
Glándula tiroidea, extirpación de, total con disección del cuello	100
Quiste tiroglosas, conducto o seno, extirpación.	45
Tórax	
Broncoscopia, esofagoscopia o gastroscopia	15
Exófago, extirpación de	120
Hernia diafragmática transabdominal, reducción de	70

Resección radical, por tumor, con injerto, huesos pequeños	65
Resección radical, por tumor, con injerto, huesos grandes	100
Ligamentos, tendones y músculos	
Biopsia muscular	5
Contractura de Dupuytren, operación por, parcial	30
Contractura de Dupuytren, operación por, radical	50
Ligamentos, los dos colaterales, reconstrucción de, tobillo	60
Ligamentos, los dos colaterales, reconstrucción de, rodilla	85
Tendón, sencillo, transplante, distal a codo o rodilla	40
Tendón, sencillo, transplante, codo a clavícula o rodilla a cadera	50
Nervios	
Simpatectomía, nervio cervical, unilateral	60
Simpatectomía, nervio lumbar, unilateral	55
Simpatectomía, presacral	50
Tumor de nervios cutáneos, extirpación	8
Nervio frénico, resección	15
Ojo	
Catarata, extirpación de, unilateral	80
Conjuntiva, sutura de	5
Músculos oculares, sección, unilateral o bilateral.	60
Globo ocular, extirpación	40
Retina, fijación electrocoagulativa, inicial	100
Paracentesis	
Punción cisternal	3*
Raquis, sencillo o bolsas, cada una	2*

Pulmones:	
Neumotórax artificial inicial	5*
Neumotórax artificial cada renovación	2*
Neumonectomía o lobectomía, total o subtotal.	100
Toracotomía exploratoria, incluida biopsia	50
Resección de cuña	80
Pleurectomía, de cualquier tipo	50
Tumor de pared torácica, extirpación, incluidas costillas	70
Tumor de pared torácica, extirpación, con reconstrucción plástica	100
Tumores (incluidos los quistes y abcesos que no figuran en otros lugares)	
Abceso, forúnculo, carbunclo, incisión y drenaje.	2*
Quiste de Baker, extirpación	30
Tumor cerebral, craniectomía suboccipital por.	150
Quiste ganglional, extirpación de, dedos únicamente	10
Quiste ganglional, extirpación de, otros lugares.	15
Venas varicosas	
Ligadura y división, venas menores varicosas de la pierna, inicial	5
Ligadura y división, venas menores varicosas de la pierna, subsiguiente	3
Ligadura y división, vena safena corta	13
Ligadura y división, vena safena larga	20
Eliminación, completa; vena safena corta o larga, unilateral	30
Eliminación, completa; vena safena corta o larga, bilateral	50
Eliminación, completa; vena safena corta y larga, unilateral	40
Eliminación, completa; vena safena corta y larga, bilateral	60

* Si esta operación quirúrgica se practica durante un período de internamiento en hospital, el número de Unidades de Valor Relativo aplicable se incrementará en 2.

EXCEPCIONES

Esta póliza no responderá de ningun daño causado a una persona cubierta por ella que sea consecuencia directa o indirecta de una o más de las siguientes causas:

a) lesión recibida, o enfermedad contraída o iniciada mientras la póliza no se encontraba en vigor o no había tomado efecto la cobertura de esa persona;

b) intento de suicidio de esa persona, tanto en su pleno juicio como transtornada mentalmente;

c) guerra, declarada o sin declarar, o cualquier acto de guerra;

d) lesión recibida o enfermedad iniciada mientras la persona cubierta forma parte como miembro en servicio activo con dedicación total, de las fuerzas armadas, navales o aéreas de cualquier país, se encuentre o no en guerra el mismo (solicitándolo por escrito se devolverá la parte de la prima pagada en concepto de cobertura por esa persona mientras dura ese período de servicio activo con dedicación total);

ni cubrirá la póliza ningún daño ocasionado con respecto de:

e) lesión o enfermedad que esté cubierta por alguna ley de accidentes de trabajo, de enfermedades profesionales o de carácter similar; o

f) los servicios y atenciones facilitados por o en un hospital propiedad de un gobierno nacional o de algún organismo del mismo para el tratamiento de los miembros o ex-miembros de las fuerzas armadas.

CONDICIONES GENERALES

A. DIVIDENDOS

Este es un contrato con participación y su cuota del excedente divisible será determinada cada año por la Compañía. En cada aniversario de esta póliza, toda cuota del excedente divisible asignada a la misma, se pagará en efectivo como dividendo si se ha renovado la póliza y se encuentra en vigor en ese momento.

No se prevé que se pague ningún dividendo respecto de esta póliza antes de su tercer aniversario.

B. PAGO DE PRIMAS

La prima por cada renovación de esta póliza se pagará en la fecha de renovación a la Compañía en su oficina principal o a cualquier director de sucursal de la misma debidamente autorizado.

D. INCONTESTABILIDAD

1) Esta póliza será incontestable en cuanto a las declaraciones relativas a cualquier persona cubierta contenidas en la proposición de póliza, o en cualquier proposición subsiguiente de cobertura de esa persona, una vez que dicha cobertura haya estado en vigor por dos años excepto por lo que respecta a los daños ocasionados antes de la expiración de ese período de dos años.

2) No se reducirá ni denegará ninguna reclamación por daño con respecto de ninguna persona cubierta una vez trancurridos dos años desde la fecha en que tomó efecto la cobertura sobre esa persona basándose en la existencia con anterioridad a la fecha efectiva de cobertura de alguna enfermedad o circunstancia física, a menos de estar excluida ésta de dicha cobertura, con efecto en la fecha del siniestro, por su propio nombre o según una descripción específica.

El pago de cada prima no mantendrá a esta poliza en vigor después del momento en que termine el plazo para el que se haya pagado aquella salvo por lo que se refiere a lo estipulado en la cláusula del plazo de gracia.

Cuando expire la cobertura de cualquier persona cubierta por la póliza, se reducirá la prima de renovación al importe que corresponda a la cobertura de las que sigan cubiertas por la misma. Sin embargo, y sin perjuicio de lo que se estipule en esta póliza respecto de la expiración automática de cobertura de cualquiera de las personas cubiertas, si la Compañía acepta una prima para la cobertura de dicha persona para después de la fecha especificada para esa expiración, continuará la cobertura según esta poliza hasta el final del período para el cual se hubiere aceptado dicha prima, a menos que exista inexactitud en la declaración de la fecha de nacimiento de tal persona.

Reajuste de la prima por fallecimiento.—Una vez debidamente acreditado el fallecimiento de cualquiera de las personas cubiertas antes de terminar algún período respecto del cual se haya pagado una prima por esta póliza, la Compañía devolverá la parte proporcional de la prima pagada por la cobertura de esa persona que sea aplicable al período, si lo hubiere, entre el final del mes de la póliza en que se hubiera producido el fallecimiento de esa persona y el final de ese contrato.

C. INTEGRIDAD DEL CONTRATO; MODIFICACIONES

Esta póliza, junto con los anexos y suplementos que pudiera tener, constituye el contrato de seguro en su integridad. No será válida ninguna modificación de la presente póliza hasta que la misma sea autorizada por un apoderado de la Compañía y a menos que dicha aprobación se consigne en la póliza o se una a ella. Ningún agente está autorizado para modificar esta póliza ni para renunciar a ninguna de sus condiciones.

E. PLAZO DE GRACIA

Se concederá un plazo de gracia de treinta y un días para el pago de cada prima de renovación, durante el cual seguirá en vigor la póliza. Si sigue sin pagarse esa prima al terminar el plazo de gracia, la póliza dejará de estar en vigor sin que ello afecte al derecho del asegurado a cualquier prestación con motivo de algún daño ocurrido antes del final de dicho plazo de gracia.

F. REHABILITACION

Si no se pagase alguna prima de renovación antes de la expiración del plazo de gracia para dicho pago, la subsiguiente aceptación de la prima por la Compañía en su oficina principal o por un director de sucursal de la misma debidamente autorizado, sin exigir en relación con ello una proposición de rehabilitación, llevará aparejada la rehabilitación de la póliza. No obstante, si la Compañía exige una proposición de rehabilitación y emite un recibo condicional por la prima ofrecida, esta póliza se rehabilitará cuando se produzca la aprobación de esa proposición por la Compañía o, en defecto de dicha aprobación, transcurrido un plazo de cuarenta y cinco días a partir de la fecha de ese recibo condicional, a menos que la Compañía haya notificado previamente al asegurado por escrito la denegación de esa proposición.

La póliza rehabilitada cubrirá tan sólo los daños resultantes de las lesiones recibidas y de las enfermedades iniciadas después de la fecha de la rehabilitación. En todos los demás respectos, el asegurado y la Compañía tendrán los mismos derechos con arreglo a esta póliza que inmediatamente antes del final del último período por el que se hubiera pagado la prima antes de dicha rehabilitación, con sujeción a todas las estipulaciones agregadas o unidas a esta póliza al respecto.

G. AVISO DE SINIESTRO

Deberá darse aviso por escrito a la Compañía en el plazo de veinte días a partir de la fecha en que se hubiera produ-

CONDICIONES GENERALES (Continuación)

cido o iniciado cualquier daño cubierto por esta póliza o cuanto antes sea razonablemente posible después de la misma. Los avisos dados por el asegurado o en su nombre a la Compañía en su oficina principal, o a cualquier agente autorizado de la misma con información suficiente para identificar al asegurado se considerarán dados en toda regla a la Compañía.

H. FORMULARIOS DE RECLAMACION

La Compañía, cuando reciba el aviso de siniestro, facilitará al reclamante los formularios que suelan utilizarse para aportar la prueba del daño. De no facilitarse dichos formularios en el término de quince días a partir de la fecha en que se hubiera dado ese aviso, se considerará que el reclamante ha observado los requisitos de esta póliza en cuanto a la prueba del daño cuando haya presentado, dentro del plazo fijado en ella a tal efecto, las pruebas escritas relativas al acaecimiento, la índole y el grado del siniestro que de lugar a la reclamación.

I. PRUEBA DEL DAÑO

Se presentarán a la Compañía en su oficina principal pruebas escritas del daño en el plazo de noventa días a partir de la fecha en que se hubiera producido el mismo. La falta de presentación de esas pruebas dentro del plazo establecido no invalidará ni reducirá ninguna reclamación si no hubiera habido posibilidad razonable de aportarlas dentro de aquel, y siempre que se hayan presentado esas pruebas tan pronto como haya sido razonablemente posible y, en todo caso, salvo en defecto de capacidad legal, no más tarde de un año después del momento en que se hubieran exigido esas pruebas en otras circunstancias.

J. MOMENTO DEL PAGO DE LOS SINIESTROS

Las prestaciones pagaderas según esta póliza por algún daño se pagarán inmediatamente que se presenten las pruebas escritas del mismo.

K. PAGO DE LOS SINIESTROS

Todas las prestaciones debidas con arreglo a esta póliza se satisfarán al asegurado, o, al fallecimiento del mismo, o a su caudal hereditario.

Si debiese satisfacerse alguna de las prestaciones de esta póliza al caudal hereditario del asegurado, o a un asegurado que sea menor de edad o que por otro motivo no esté capacitado para expedir un finiquito válido, la Compañía podrá satisfacer dicha prestación, hasta un importe no superior a $ 1.000, a cualquier pariente por consanguinidad o afinidad del asegurado que a juicio de aquella tenga un derecho equitativo a tal prestación. Todo pago hecho por la Compañía de buena fe a tenor de la presente condición le liberará por la cuantía del mismo.

L. RECONOCIMIENTOS MEDICOS

La Compañía, a su propia costa, tendrá derecho y oportunidad para reconocer a cualquiera de las personas cubiertas en todo momento y con la frecuencia con que razonablemente lo exija mientras se encuentre pendiente una reclamación al amparo de esta póliza.

M. ACCIONES LEGALES

No se ejercitará ninguna acción judicial ni en equidad al amparo de esta póliza antes de la expiración de un plazo de sesenta días a partir de aquel en que se hubieran aportado las pruebas escritas del daño de conformidad con los requisitos de la misma. Tampoco se ejercitará ninguna de esas acciones una vez transcurrido un plazo de tres años a partir del momento en que se exija la presentación de la prueba escrita del daño.

N. INEXACTITUD EN LA EDAD DECLARADA

Si existiera alguna inexactitud en la fecha de nacimiento declarada respecto de alguna de las personas cubiertas, todas las cantidades que deban pagarse al amparo de esta póliza serán aquellas a las que hubiera dado derecho la prima pagada a la edad correcta de las personas cubiertas. No obstante, si la edad de esa persona o personas, basada en la fecha correcta de nacimiento, fuera tal en el momento en que hubiera entrado en vigor la cobertura de las mismas que la Compañía no se la hubiera garantizado, la responsabilidad de la Compañía respecto de esa persona o personas se circunscribirá a la restitución de la parte de la prima o primas percibidas en relación con esa o esas personas.

Si existiera inexactitud en la fecha de nacimiento declarada respecto de alguna persona cubierta y se hubiera pagado alguna prima por un período posterior a la fecha en que expiraría la cobertura de esa persona según su fecha de nacimiento correcta, la responsabilidad de la Compañía después de esa fecha y respecto de esa persona se limitará a la restitución de aquella parte de la prima o primas pagadas que correspondan a la cobertura de dicha persona por ese período.

O. FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

En caso de fallecimiento del asegurado mientras esta póliza se encuentre en vigor y mientras el cónyuge de aquel sea una persona cubierta por la misma, dicho cónyuge se convertirá automáticamente en el asegurado a efectos de esta póliza. En otro caso, esta póliza dejará de estar en vigor a la fecha de renovación siguiente al fallecimiento del asegurado.

P. CESION

Deberá registrarse ante la Compañía un ejemplar de toda cesión de esta póliza o de cualquiera de los intereses sobre la misma. Toda cesión estará sujeta a cualquier pago efectuado por la Compañía antes de recibirse ese ejemplar en el departamento encargado de registrar la cesión en la oficina principal de aquella. La Compañía declina toda responsabilidad respecto de la validez de cualquier cesión.

6343-1

Página 8

COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA

POLIZA TIPO DE GASTOS DE HOSPITAL CON RENOVACION GARANTIZADA A

Se garantiza la renovación de esta póliza hasta el aniversario de la misma en que el asegurado o su cónyuge, si estuviera cubierto por ella, tenga 65 años de edad, según la fecha que más tarde se produzca. La Compañía podrá cambiar la tabla de tarifas de primas aplicable. Las prestaciones 1, 2, 3 y 4 estarán sujetas a importes deducibles.

6643-1

Oficina

INFORME DE INSPECCION MODELO III

RETAIL CREDIT COMPANY
INFORME PARA SEGURO DE VIDA

CONFIDENCIAL

Cta. N.º | Dist. Ag. u Of. | Pol. N.º | Oficina

HISTORIA DEL SEGURO

Fecha: | NOMBRE: | Dirección: | Ocupación y Empresa a preguntar:

Fecha | Cta. N.º | Imp. o tipo de cobertura | Fam. o Ind.

Fecha de nacimiento: A

Fecha de realización de la inspección .....

1. IDENTIDAD

A. ¿Cuántos años hace que le conoce cada informante? .....

B. ¿Cuántos días hace que usted o su informante vio al proponente? ..... (Si más de dos semanas, explicar con detalles a continuación.)

	No	Sí
C. ¿Es correta la fecha de nacimiento facilitada al preguntarla?	☐	☐

2. OCUPACION

A. ¿La ocupación, el trabajo o la empresa difieren en su nombre de la averiguada en la investigación?	☐	☐
B. ¿Ocupación parcial o de fuera de temporada?	☐	☐
C. ¿Cambia de trabajo con frecuencia?	☐	☐
D. ¿Tiene que conducir algún automóvil, camión, motocicleta o ciclomotor en su trabajo? En caso afirmativo hacer observaciones.	☐	☐
E. ¿Piensa viajar o trabajar en el extranjero?	☐	☐

3. AVIACION - DEPORTES - AFICIONES

A. ¿Vuela o ha volado en avión como piloto o aprendiz de piloto? (antes y ahora).	☐	☐
B. ¿Participa en algún deporte o afición (carreras, submarinismo, esquí acuático, competición sobre trineos, etc.)?	☐	☐

4. ANTECEDENTES COMO CONDUCTOR

A. ¿Algún accidente? (En caso afirmativo, ver al dorso)	☐	☐
B. ¿Alguna detención o condena por infracciones de tráfico? (En caso afirmativo, ver al dorso)	☐	☐
C. ¿Conduce rápida, temeraria o descuidadamente? (En caso afirmativo, ver al dorso)	☐	☐

5. ASPECTO - DEFECTOS

A. ¿Alguna anormalidad en su constitución?	☐	☐
B. ¿Alguna deformidad, mutilación, ceguera, sordera u otros defectos?	☐	☐

6. SALUD - HISTORIA FAMILIAR

A. ¿Alguna enfermedad, operación, o lesión, pasada o actual? (En caso afirmativo, ver al dorso)	☐	☐
B. ¿Emplea medicamentos de manera regular?	☐	☐
C. ¿Se le rechazó del servicio militar o se le licenció por motivos de salud? (Clasificación 4F ó 1Y)	☐	☐
D. ¿Ha padecido algún miembro de la familia de hipertensión arterial, de transtornos de corazón, de cáncer o de diabetes? (Indicar quién y qué enfermedad en las observaciones)	☐	☐

E. Nombre y dirección del médico personal: (si se conoce).

.....
.....

(1) Fecha en que le vio por última vez .....
(2) ¿Por qué? .....

7. BEBIDAS ALCOHOLICAS

	No	Sí
A. Consumo de bebidas alcohólicas. ¿Abstemio total?	☐	☐
¿Consumidor frecuente?	☐	☐

Si se trata de un consumidor frecuente:
(1) ¿Con qué frecuencia? .....
(2) ¿Cuántas bebidas toma en esas ocasiones? .....
(3) ¿Qué clase de bebida? .....
(4) ¿En dónde? .....

B. ¿Abusa de las bebidas alcohólicas? (En caso afirmativo ver al dorso)	☐	☐

8. DROGAS

A. ¿Consume marihuana? (En caso afirmativo, indicar la frecuencia, desde cuándo, y la última vez)	☐	☐
B. ¿Consume narcóticos, sedantes, estimulantes, o alucinógenos? (En caso afirmativo, indicar la clase, la frecuencia, desde cuándo y la última vez)	☐	☐

9. SITUACION FINANCIERA

A. Valor neto estimado ..... $
B. Ingresos anuales por su trabajo ..... $
Diga si es:
☐ Exacto.
☐ Estimado.

C. Si tiene ingresos por inversiones, alquileres, pensiones, etc., indicar la cuantía y la fuente de los mismos $ .....
Fuente: .....

10. MEDIO

¿Condiciones de vida o vecindario adversos? (Congestión, deterioro físico, poca higiene, vicio delito, etc.)	☐	☐

11. PERSONALIDAD

A. ¿Se sabe algo negativo sobre su carácter, modo de vida, reputación general?	☐	☐
B. ¿Es aplicable alguna de las siguientes preguntas? ¿Prácticas desleales en su profesión o negocio? ¿Deudas importantes? ¿Problemas domésticos? ¿Beneficiario irregular?	☐	☐
C. ¿Ha sufrido alguna detención o condena que no fuera por infracciones de tráfico?	☐	☐

Contestar únicamente si se trata de una **POLIZA FAMILIAR**

	No	Sí
12. ¿Ha tenido algún otro miembro de la familia alguna enfermedad, o sufrido alguna operación o lesión, en el pasado o en la actualidad?	☐	☐

DAR DETALLES SOBRE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS O INCOMPLETAS

TRABAJO: Nombre, actividad y volumen de negocio de la empresa. Ocupación. Tiempo que lleva en el trabajo. Comentar la frecuencia en los cambios de trabajo. Consignar la historia profesional y laboral en los últimos dos años.

(SIGUE AL DORSO)

OBLIGACIONES: Responder a las preguntas de la Guía Manual cuando sean de aplicación.

SITUACION PERSONAL: Estado civil. Describir a las personas con las que se trata. Si es soltero y vive en casa, reputación de los padres.

DETALLES SOBRE LA HISTORIA MEDICA DEL PROPONENTE:

13. Naturaleza de la enfermedad, de la operación o de la lesión. .....
14. Fecha aproximada en que se produjo .....
15. A. ¿Cuánto tiempo tuvo que guardar cama o estar internado? .....
    B. ¿Se ha recuperado por completo? .....
16. A. Asistido por el Dr. (nombre) .....
    Dirección .....
    B. ¿Internado en hospital? ..... En caso afirmativo, nombre y dirección:
    Nombre .....
    Dirección .....
17. Algún efecto sobre el estado actual de salud? .....
18. En caso de accidentes (fechas y detalles):
19. En caso de detenciones o condenas por infracciones de tráfico:

    Fecha acusación ¿Fue condenado? ¿Se le retiró el permiso?

    Si se ha extraído esa información de su ficha personal, indicar a máquina .....
    (MVR, Policía, etc.)

    Fecha de obtención: .....
20. En el caso de que conduzca rápida, temeraria o descuidadamente. (Describir.)

DETALLES DE SUS HABITOS DE BEBIDA: Dar estos detalles complementarios para reflejar lo más concretamente posible los hábitos de bebida.

21. Describir los abusos de la bebida: ☐ Actuales ☐ Pasados.

	RESPONDER SI UNA O MAS VECES	¿Con qué frecuencia?
A. Embriaguez total, estupor alcohólico, incapacidad de controlar las facultades habituales	A. ☐	A. .....
B. Ruidoso, muy alegre y evidentemente bajo la influencia del alcohol, sin dejar de dominar la mayoría de sus facultades	B. ☐	B. .....
C. Moderadamente bebido, «un poco alegre», animado	C. ☐	C. .....

22. ¿Cuánto duraron esos estados?
23. ¿Desde cuando lleva bebiendo el proponente de ese modo?
24. ¿Cuál fue la última vez en que llegó a ese extremo?
25. ¿Bebe o bebía el proponente cuando tiene que conducir?
26. ¿Ha estado alguna vez el proponente sometido a tratamiento por consumo de bebidas alcohólicas? ¿Cuándo?
27. Explicar en que condiciones bebe el proponente, si en solitario, o en reuniones, si se le ha llegado a detener alguna vez, y los detalles que puedan dar una indicación clara de sus hábitos como bebedor; si esos hábitos han cambiado, dígase cómo y desde cuándo. Si se ha enmendado, explicar qué le indujo a ello.

Firma del corresponsal que hace el informe

AGENTE DE PRODUCCION: No escriba en este espacio

(Para más observaciones utilizar el Modelo 5166, de Continuación de Informe)

I-R-I-75

CESION DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA COMO GARANTIA

A. POR VALOR RECIBIDO los infrascritos por la presente ceden, trasfieren y traspasan a ....

de .....; sus sucesores y cesionarios (en adelante denominado «el cesionario»), la póliza núm. .....

emitida por ..... (En adelante denominado «el Asegurador»), así como cualesquiera contratos complementarios emitidos en relación con ella (a dicha póliza y contratos se les denominará en adelante «la Póliza»), sobre la vida

de ..... de ..... así como todas las acciones, opciones, privilegios, derechos, título e interés en ella y con arreglo a la misma (excepto por lo que se estipula en el parágrafo C del presente documento) con sujeción a todos los términos y condiciones de la póliza y a todos los derechos preferentes que pueda ostentar sobre ella el Asegurador. Los infrascritos, de manera solidaria, y el cesionario, mediante su aceptación, convienen en las estipulaciones y condiciones expresadas a continuación:

B. Se conviene expresamente que, sin que ello suponga menoscabo de la cláusula general antecedente, se incluyen en la presente cesión y se transmiten en virtud de la misma los siguientes derechos específicos:
1. El derecho exclusivo a cobrar del Asegurador el importe neto de la Póliza cuando se produzca el derecho a ello por fallecimiento o vencimiento.
2. El derecho exclusivo a entregar la Póliza y a recibir el valor de rescate de la misma en cualquier momento establecido por sus condiciones y en cualquier otro en que el Asegurador lo permita.
3. El derecho exclusivo a obtener uno o más préstamos o anticipos sobre la Póliza, bien del Asegurador o, en cualquier momento, de otras personas, y a dar en prenda o ceder la Póliza como garantía de esos préstamos o anticipos.
4. El derecho exclusivo a cobrar y a recibir todas las distribuciones o cuotas de excedentes, depósitos de dividendos o adiciones a la Póliza hechos o asignados a la misma ahora o en lo sucesivo, y a ejercita todas y cada una de las opciones contenidas en ella con respecto a tales distribuciones o cuotas; quedando entendido que, a menos y hasta que el cesionario notifique al Asegurador en contrario por escrito, las distribuciones o cuotas de excedentes, depósitos de dividendos y adiciones continuarán según el mismo plan vigente en el momento de la cesión; y
5. El derecho exclusivo a ejercitar todos los derechos de irrenunciabilidad permitidos por las condiciones de la Póliza o concedidos por el Asegurador y a recibir todas las prestaciones y ventajas que de ellos se deriven.

C. Se conviene expresamente que, mientras no se rescate la Póliza, se reservan y excluyen de esta cesión los siguientes derechos específicos que por tanto no se transmiten en virtud de ella:
1. El derecho a cobrar del Asegurador cualquier prestación por incapacidad que deba pagarse en efectivo y que no reduzca el importe del seguro.
2. El derecho a designar y a cambiar el beneficiario.
3. El derecho a elegir cualquier fórmula potestativa de liquidación permitida por la Póliza o por el Asegurador; pero la reserva de estos derechos de ningún modo menoscabará el derecho del cesionario a rescatar la póliza con todos sus anexos y complementos, ni ningún otro derecho del mismo con arreglo al presente instrumento, y toda designación o cambio de beneficiario o la elección de otra fórmula de liquidación se hará con sujeción a la presente cesión y a los derechos que en ella se atribuyen al cesionario.

D. Se hace esta cesión y se entrega la Póliza como garantía de todas y cada una de las obligaciones de los infrascritos o de cualquiera de ellos frente al cesionario, tanto presentes como que puedan surgir en el futuro en el curso ordinario de los negocios entre cualquiera de aquéllos y éste (en adelante se denominará «obligaciones» a todas y cada una de aquellas garantizadas o por garantizar).

E. El cesionario pacta y conviene con los infrascritos lo siguiente:
1. Que el saldo de las cantidades recibidas con arreglo al presente instrumento del Asegurador que quede después de pagar las obligacines entonces existentes, vencidas o por vencer, será entregado por el cesionario a las personas que hubieran tenido derecho a ellas si no se hubiera otorgado esta cesión.

2. Que el cesionario no ejercitará el derecho a rescatar esta póliza ni (salvo con la finalidad de pagar las primas) el de obtener anticipos sobre ella del Asegurador, hasta que se haya producido el incumplimiento de alguna de las obligaciones o se haya dejado de pagar alguna prima a su vencimiento, y nunca antes de veinte días después de haberse remitido por correo de primera por el cesionario a los infrascritos a la última dirección facilitada por éstos a aquél por escrito, y haciendo referencia específica a esta cesión, aviso de su intención de ejercitar ese derecho; y
3. Que el cesionario, cuando se le solicite, remitirá o entregará sin demora injustificada al Asegurador la Póliza para hacer constar en ella cualquier designación o cambio de beneficiario o la elección de una fórmula potestativa de liquidación.

F. El Asegurador queda autorizado por la presente para reconocer el ejercicio por parte del cesionario de los derechos conferidos por este instrumento sin necesidad de hacer averiguaciones acerca de la razón de cualquier medida tomada por el mismo, sobre la validez o importe de las obligaciones, sobre la existencia de cualquier incumplimiento en las mismas, sobre la notificación estipulada en el anterior Parágrafo E (2) o por otro concepto, o sobre el destino que dé dicho cesionario a cualquier cantidad que deba satisfacérsele. Con la sola firma del cesionario bastará para el ejercicio de cualquiera de los derechos que le correspondan según la Póliza cedida en virtud del presente instrumento y con sólo el recibo del mismo por cualquier cantidad que se le haya entregado bastará para descargar y liberar la responsabilidad del Asegurador. Los cheques por todas o cualquiera de las cantidades pagaderas de acuerdo con la Póliza y por la presente se extenderán a la orden exclusiva del cesionario, siempre, cuando y por los importes que éste lo solicite.

G. El cesionario no tendrá ninguna obligación a pagar ninguna prima, o el principal o los intereses de los préstamos o anticipos hechos sobre la Póliza, hayan sido o no obtenidos por aquél, ni ningún otro gasto o cargo que lleve aparejada la Póliza, pero todas las cantidades pagadas por ésos conceptos de su propio peculio entrarán a formar parte de las obligaciones garantizadas por el presente instrumento, siendo exigibles de inmediato, y devengarán intereses a un tipo fijado por el cesionario de manera periódica que no podrá ser superior a .....

H. El ejercicio de todo derecho, opción, privilegio o facultad conferidos por el presente instrumento al cesionario quedará a su propia discreción, pero (excepto con la restricción establecida por el anterior Parágrafo E (2)) éste podrá ejercitar cualquiera de esos derechos, opciones, privilegios, o facultades, sin necesidad de notificarlo, pedir el consentimiento, comprometer la responsabilidad, o renunciar a algún interés cedido por los infrascritos o por alguno de ellos.

I. El cesionario podrá dar o liberar garantía, podrá exonerar a cualquier parte primaria o secundariamente responsable de alguna de las obligaciones, podrá conceder prórrogas, renovaciones o ampliaciones con respecto de dichas obligaciones o podrá aplicar a ellas en el orden que él mismo determine, los rendimientos de la Póliza cedida en virtud de la presente o cualquier cantidad recibida con motivo de la misma por el ejercicio de alguno de los derechos permitidos en esta cesión, sin recurrir ni tener en cuenta otras garantías.

J. En caso de conflicto entre las estipulaciones de esta cesión y las contenidas en el documento en que conste cualquiera de las obligaciones, con respecto de la Póliza o de los derechos de garantía sobre la misma, prevalecerán las de la presente cesión.

K. Cada uno de los cesionarios declara que contra él no se encuentra en curso ningún procedimiento de quiebra y que su patrimonio no ha sido objeto de ninguna cesión en beneficio de acreedores.

Firmado y sellado a ..... de ..... de 19.....

.....	.....
Testigo	Asegurado o poseedor
.....	.....
Dirección	Dirección
.....	.....
Testigo	Beneficiario
.....	.....
Dirección	Dirección

RECONOCIMIENTO INDIVIDUAL

ESTADO DE .....
CONDADO DE ..... } SS:

El día ..... de ..... de 19....., ante mí compareció personalmente .....,
reconocido por mí como la persona ..... descrita en la cesión que figura en el reverso del presente documento y la que otorgó la misma y reconoció ante mí que ..... ella ..... fue quien otorgó dicha cesión.

.....
Notario Público

Mi nombramiento expira el .....

RECONOCIMIENTO SOCIAL

ESTADO DE .....
CONDADO DE ..... } SS:

El día ..... de ..... de 19....., ante mí compareció personalmente .....,
quien bajo juramento declaró y testificó ante mí que reside en ..... y que es el ..... de .....,
la sociedad descrita en la cesión que figura al dorso del presente documento y que otorgó la misma; que conoce el sello de dicha sociedad; que el sello estampado en dicha cesión es el sello social; y que se estampó el mismo por orden del Consejo de Administración de dicha sociedad, y que firmó con su nombre en ejecución de la misma orden.

.....
Notario Público

Mi nombramiento expira el .....

o o o o o

Duplicado, recibido y archivado en la oficina principal del asegurador, a ..... de ..... de 19.....

.....

Por .....
Apoderado Autorizado

Nota: Cuando se otorgue por una sociedad deberá estamparse el sello social y deberá unirse a la cesión una copia autenticada de la resolución del Consejo de Administración en la que se autorice al apoderado signatario para otorgar y expedir la cesión en nombre y representación de la sociedad.

Reimpreso con autorización expresa de la Asociación de Bancos Americanos.

Apéndice B

Ley uniforme de condiciones de las pólizas individuales de accidentes y de enfermedad

A. TEXTO

Lo que sigue es el proyecto de ley modelo adoptado en la reunión celebrada en junio de 1950 por la Asociación Nacional de Inspectores de Seguros que, con las modificaciones necesarias para adaptarlo a los códigos de seguros de los diversos Estados, se convirtió en la Ley Uniforme de Condiciones de las Pólizas Individuales de Accidentes y de Enfermedad. Los pasajes en itálicas no estaban destinados a formar parte del texto legal, sino que tenían el carácter de comentarios a su redacción o de anotaciones informativas acerca de la legislación vigente. Los pasajes impresos en un tipo de menor tamaño sí estaban destinados a formar parte del texto legal y a ser promulgados, pero se consignaron en ese tipo diferente para indicar que no debían incluirse en las condiciones de la póliza.

Sección 1. Definición de la póliza de seguros de accidente y de enfermedad

La expresión «póliza de seguro de accidentes y de enfermedad», tal como aquí se la emplea, comprende toda póliza o contrato que cubra la clase o clases de seguros descritos en .....

(Insertar aquí la sección de la ley en la que se autorizan los seguros de accidentes y de enfermedad.)

(Nota: Si la ley de seguros del Estado en el que se propone la promulgación de este proyecto de ley no tiene ninguna sección en la que se autoricen específicamente los diversos tipos de seguros que se pueden suscribir, deberá modificarse esta sección en el sentido de definir el seguro de accidentes y de enfermdad como «el seguro contra los daños derivados de enfermedad o de lesiones corporales o muerte por accidente, o por ambas causas.»)

Sección 2. Forma de la póliza

A) No se expedirá ni entregará para su expedición ninguna póliza de seguro de accidente o de enfermedad a ninguna persona de este Estado, a menos que:

1. En la misma se exprese el importe total en efectivo y el precio y demás prestaciones y contraprestaciones económicas.
2. En la misma se exprese el momento en que toma efecto y expira el seguro.
3. En ella se asegure a una sola persona, con la salvedad de que en una póliza se podrá asegurar, orginalmente o por una modificación posterior, y a proposición de un miembro adulto de una familia a quien se considerará como el tomador del seguro, a cualesquiera dos o más miembros aptos de esa familia, incluidos el marido, la esposa, los hijos a su cargo o aquellos otros con una edad inferior al número de años que se determine y que no podrán ser más de diecinueve así como cualquier otra persona a cargo del tomador del seguro.

(Nota: En aquellos Estados en los que haya comunidad de bienes derivada del derecho civil se sugiere que en el anterior subparágrafo se sustituya la expresión «un miembro adulto» por la de «el cabeza».)

4. En el estilo, disposición y aspecto general de la póliza no se dará indebida prominencia a ninguna porción del texto, y a no ser que todas las partes impresas del de la póliza y de cualquiera de los anexos y documentos adjuntos vaya claramente impreso en un tipo común de uso general, el tamaño será uniforme y no inferior a los diez puntos y con una longitud de alfabeto sin espaciar de caja baja como mínimo de ciento veinte puntos (por «texto» se entenderá todo lo impreso a excepción del nombre y la dirección del asegurador, el nombre o el título de la póliza, la descripción breve, si la hubiere, y los títulos y subtítulos).
5. Se expresen en la póliza las excepciones y reducciones de garantía y a excepción de las comprendidas en la sección 3 de esta ley, figuren impresas, a opción del asegurador, otra junto con las condiciones de las prestaciones a las que sean de aplicación, o bajo un título apropiado como puede ser el de «*Excepciones*» o el de «*Excepciones y reducciones*», determinándose que si una reducción o excepción se aplica específicamente tan solo a una prstación determinada de la póliza, se hará mención de tal reducción o excepción en la estipulación de la prestación a la que sea aplicable aquella.
6. Cada uno de los impresos de póliza, incluidos sus anexos y suplementos se identificará mediante un número de modelo en la esquina inferior izquierda de su primera página.
7. No contenga ninguna estipulación en virtud de la cual se declare que alguna parte de la escritura, estatutos o reglamento del asegurador forma parte de la póliza, a no ser que se reproduzca por completo esa parte de dicho instrumento en la póliza salvo por lo que se refiere a la incorporación de una declaración de tarifas o clasificación de riesgos, o a la referencia hecha a las mismas, o en el caso de una tabla de tarifas a corto plazo registrada ante él (inspector).

B) Si algún asegurador domiciliado en este Estado emite alguna póliza para su entrega a una persona residente en otro, y si el funcionario encargado de la administración de las leyes de seguros de ese otro Estado hubiera comunicado (al inspector) que esa póliza no se encuentra sujeta a la aprobación o denegación de aquél, (el inspector) podrá decidir que esa póliza reúna los requisitos expuestos en la subsección A) de esta sección, así como los contenidos en la sección 3.

Sección 3.—Condiciones de las pólizas de accidentes y de enfermedad

A) *Condiciones exigidas*

Salvo lo dispuesto en el parágrafo C) de esta sección, toda póliza integrada o emitida para su entrega a alguna persona de este Estado deberá contener las condiciones esepecificadas en esta subsección en los propios términos en que las mismas aparecen en la presente sección; sin perjuicio, no obstante, de que el asegurador pueda, discrecionalmente reemplazar una o más de dichas condiciones por otras correspondientes de diferente tenor aprobadas por él (inspector) que en cada caso no resulten menos favorables en todos los respectos para el asegurado o el beneficiario. Esas condiciones irán encabezadas cada una de ellas por el título que aparece en esta subsección, o, a opción del asegurador, por aquellos títulos o subtítulos idóneos, individuales o colectivos aprobados por él (inspector).

1. Una condición del siguiente tenor:

Integridad del contrato; modificaciones: Esta póliza, junto con los anexos y suplementos que pudiera tener, constituye el contrato de seguro en toda su integridad. No será válida ninguna modificación de la presente póliza hasta que la misma sea autorizada por un apoderado del asegurador y a no ser que esa aprobación se consigne sobre la misma o se una a ella. Ningún agente está autorizado para modificar esta póliza ni para renunciar a ninguna de sus condiciones.

(Nota: Cuando se promulgue en Estados en los que se prohíbe la modificación de un formulario de póliza por otro medio que no sea un anexo impreso en una pieza de papel aparte, la nueva ley contendrá (pero no como condición exigida de la póliza) otra sección adicional en la que se definirá el «suplemento» de tal modo que exista concordancia entre la nueva ley y las actualmente vigentes.)

2. Una condición del siguiente tenor:

Plazo para el ejercicio de ciertas excepciones: a) Transcurridos tres años a partir de la fecha de emisión de la presente póliza, no se podrá invocar ninguna declaración inexacta, a menos que fuese fraudulenta, hecha por el proponente en su solicitud de aquella, para anular la póliza o para rechazar una reclamación por daños o incapacidad (según se les define en la misma póliza) que se hubieren iniciado una vez espirado ese plazo de tres años.

(La anterior estipulación de la póliza no se interpretará de manera que afecte a cualquier requisito legal para la anulación de una póliza o la denegación de una reclamación durante ese plazo inicial de tres años, ni que limite la aplicación de la sección 3 (B), (1), (2), (3), (4) y (5) en el caso de falsedad en la declaración correspondiente a la edad, la ocupación o la existencia de otro seguro.)
(En una póliza que el asegurado tiene el derecho a mantener en vigor mediante el oportuno pago de la prima (1) hasta la edad de 50 años como mínimo o, (2) en el caso de una emitida después de los 44 años, por lo menos durante cinco años a partir de su fecha de emisión, puede figurar en lugar de la anterior la siguiente estipulación (en la que cabe omitir, a opción del asegurador, la cláusula entre paréntesis) bajo el título de «*incontestable*»:)

Una vez que esta póliza haya estado en vigor por un plazo de tres años durante la vida del asegurado (excluido todo período durante el cual el mismo se hubiera encontrado incapacitado), adquirirá el carácter de incontestable por lo que respecta a las declaraciones contenidas en la proposición. b) No se reducirá ni denegará ninguna reclamación por daño o incapacidad (según lo definido en la póliza) transcurridos tres años a partir de la fecha de emisión de esta póliza basándose en la existencia con anterioridad a la fecha efectiva de cobertura de la presente póliza de alguna enfermedad o circunstancia física no excluida de dicha cobertura por su nombre

o según una descripción específica en efecto en la fecha del siniestro.

3. Una condición del siguiente tenor:

Plazo de gracia: Se concederá un plazo de gracia de .....

(insertar un número no inferior a «7» en las pólizas de prima semanal, a «10» en las de prima mensual y de «31» en las demás pólizas)

días para el pago de cada prima que venza después de la primera, durante cuyo período de gracia la póliza seguirá en vigor.

(En una póliza que contenga una estipulación de cancelación se puede añadir, al final de la condición anterior.)

Con sujeción al derecho de cancelación que cabe al asegurador de acuerdo con la cláusula de cancelación de la presente póliza.

(En una póliza en la que el asegurador se reserve el derecho a denegar la renovación se expresará al principio de la anterior condición.)

A menos que cinco días antes de la fecha de vencimiento de la prima al asegurador hubiere entregado al asegurado o remitido por correo a su última dirección que conste en los libros del primero una notificación por escrito de su intención de no renovar esta póliza transcurrido el plazo por el que se haya aceptado la prima.)

4. Una condición del tenor siguiente:

Rehabilitación: Si no se pagase alguna prima de renovación dentro del plazo concedido para ello al asegurado, la subsiguiente aceptación de la prima por el asegurador o por un agente debidamente autorizado por el mismo para proceder a dicha aceptación, llevará aparejada la rehabilitación de la póliza sin necesidad que se formule proposición al efecto; no obstante, si el asegurador o dicho agente exigieran una proposición de rehabilitación y emitieran un recibo condicional por la prima ofrecida, la póliza se rehabilitará cuando se produzca la aprobación de la misma por el asegurador, o, en defecto de tal aprobación, transcurrido un plazo de cuarenta y cinco días a partir de la fecha de ese recibo condicional a menos que el asegurador hubiese notificado previamente por escrito al asegurado su desaprobación de esa proposición. La póliza rehabilitada cubrirá tan sólo los daños resultantes de aquellas lesiones por accidente que se sufran con posterioridad a la fecha de rehabilitación y los daños por aquella enfermedad que comience más de diez días después de esa fecha. En todos los demás respectos, asegurado y asegurador tendrán los mismos derechos con arreglo a esta póliza que inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la prima impagada, con sujeción a todas las estipulaciones que se agreguen

o unan a aquella en calidad de suplemento o anexo en relación con la rehabilitación. Toda prima aceptada en relación con una rehabilitación se aplicará a un período cuya prima no se haya pagado previamentne, pero no a ninguno que sea más de sesenta días anterior a la fecha de la rehabilitación.

(Puede omitirse la última oración de la condición anterior de toda aquella póliza que el asegurado tenga el derecho a mantener en vigor con sujección a sus condiciones mediante el pago oportuno de las primas 1) por lo menos hasta la edad de 50 años o, 2) en el caso de una póliza emitida después de los 44 años, por lo menos durante cinco años a partir de la fecha de su emisión.)

5. Una condición del tenor siguiente:

Aviso de siniestro: Deberá avisarse por escrito al asegurador en el plazo de veinte días a partir de la fecha en que se hubiere producido o iniciado cualquier daño cubierto por la póliza, o cuanto antes sea razonablemente posible después de la misma. Los avisos dados por el asegurado o el beneficiario, o en su nombre, al asegurador en.....

(insertar las señas de la oficina que el asegurador designe al efecto)

o a cualquier agente autorizado del mismo con información suficiente para identificar al asegurado se considerará como un aviso dado en toda regla al asegurador.

(En una póliza en la que se estipule una prestación con pérdida de plazo que sea pagadera por lo menos durante dos años, el asegurador podrá, discrecionalmente, insertar lo siguiente entre la primera y la segunda frases de la anterior condición:

Con sujeción a los requisitos abajo expresados, si el asegurado sufre pérdida de plazo a causa de una incapacidad por la que pueda tener que satisfacerse una prestación durante dos años como mínimo, notificará al asegurador por lo menos una vez cada seis meses después de haber cursado aviso del siniestro la continuación de dicha invalidez, excepto en el caso de incapacidad legal. Para la aplicación de esta condición se excluirá el período de seis meses siguiente a la presentación de pruebas por el asegurado o a cualquier pago por el asegurador en relación con ese siniestro o al rechazo de la responsabilidad en todo o en parte hecho por este. La demora en dar ese aviso no menoscabará el derecho del asegurado a cualquier indemnización que se hubiere devengado durante el período de seis meses precedente a la fecha en que se diera realmente el aviso.)

6. Una condición del siguiente tenor:

Formularios de reclamación: El asegurador, cuando reciba el aviso de siniestro, facilitará al reclamante los formularios que suelan utilizarse para aportar la prueba del daño. De no facilitarse dichos formularios en el término de quince días a partir de la fecha en que se hubiera dado el aviso de siniestro, se considerará que el reclamante ha observado los requisitos de esta póliza en cuanto a la prueba del daño cuando haya presentado, dentro del plazo en ella fijado, pruebas escritas relativas al acaecimiento, la índole y el grado del siniestro que da lugar a la reclamación.

7. Una condición del siguiente tenor:

Prueba del daño: Se presentarán al asegurador en sus oficinas, mencionadas pruebas escritas del daño en caso de reclamación por un siniestro para el cual se estipule en la presente póliza un pago periódico supeditado a la continuación del daño en el plazo de noventa días a partir de la terminación del período del que sea responsable el asegurador y en el caso de reclamación por cualquier otro siniestro en el plazo de noventa días a partir de la fecha del mismo. La falta de presentación de esas pruebas dentro del plazo establecido no invalidará ni reducirá ninguna reclamación si hubiera habido posibilidad razonable de aportarlas dentro de aquél, y siempre que se presenten esas pruebas tan pronto como sea razonablemente posible y en todo caso, salvo en ausencia de capacidad legal, no después de un año a partir del momento en que se hubieran exigido esas pruebas en otras circunstancias.

8. Una condición del siguiente tenor:

Momento del pago de los siniestros: Las indemnizaciones pagaderas con arreglo a esta póliza por todo daño que no sea de aquellos para los que se estipula un pago periódico, se satisfarán inmediatamente después de recibirse las pruebas escritas de dichos daños. Con sujeción a la debida prueba del daño, todas las indemnizaciones devengadas por daños para los cuales se estipule en la presente póliza un pago periódico se satisfarán .....

(insertar un período de pago cuya frecuencia no deberá ser inferior a la mensual)

y todo saldo que quede sin pagar al terminar la responsabilidad se abonará inmediatamente que se reciban las debidas pruebas escritas.

9. Una condición del siguiente tenor:

Pago de los siniestros: La indemnización por la pérdida de la vida se satisfará de conformidad con la designación de beneficiario y las condiciones respecto a su pago que figuren aquí y se encuentren en efecto en el momento de ese pago. Si no se encontrase entonces en efecto ninguna designación o condición al efecto, la indemnización se pagará al caudal hereditario del asegurado. Todas las demás indemnizaciones devengadas y no pagadas a la muerte del asegurado podrán pagarse a opción del asegurador, a ese benificiario o a

ese caudal hereditario. Todas las demás indemnizaciones serán satisfechas al asegurado.

(Podrán agregarse las siguientes condiciones o cualquiera de ellas, a la anterior, a opción del asegurador:

Si debiese pagarse alguna de las indemnizaciones de esta póliza al caudal hereditario del asegurado o a un beneficiario que sea menor o que por otro motivo no esté capacitado para dar un finiquito válido, el asegurado podrá pagar esa indemnización, hasta un importe no superior a $ .....

(insertar una cantidad no superior a $ 1.000)

a cualquier pariente por consanguinidad o por afinidad del asegurado o del beneficiario que a juicio del asegurador tenga un derecho equitativo a la misma. Todo pago hecho por el asegurador de buena fe de conformidad con esta condición le liberará por la cuantía del mismo.

Con sujeción a cualesquiera instrucciones por escrito impartidas por el asegurado en la proposición o de otro modo todas o parte de las indemnizaciones estipuladas en esta póliza en razón de servicios hospitalarios, médicos, quirúrgicos o asistenciales, podrán satisfacerse, a opción del asegurador y a no ser que el asegurado solicite otra cosa por escrito lo más tarde en el momento de aportar la prueba de ese daño, directamente a la institución o persona que preste esos servicios; pero no se exigirá que esos servicios los preste una institución o persona determinadas.)

10. Una condición del siguiente tenor:

Reconocimientos médicos y autopsia: El asegurador, a su propia costa, tendrá el derecho y la oportunidad de reconocer a la persona del asegurado siempre y cuando lo exija con una frecuencia razonable mientras se encuentre pendiente una reclamación al amparo de esta póliza, así como a hacer una autopsia en caso de muerte cuando la ley no lo prohíba.

11. Una condición del siguiente tenor:

Acciones legales: No se ejercerá ninguna acción judicial ni en equidad al amparo de esta póliza antes de la expiración de un plazo de sesenta días a partir de aquel en que se hubieran aportado las pruebas escritas del daño de conformidad con lo estipulado en aquella. Tampoco se ejercitará ninguna de esas acciones una vez expirado un plazo de tres años a partir del momento en que se exija la presentación de la prueba escrita del daño.

12. Una condición del siguiente tenor:

Cambio de beneficiario: A no ser que el asegurado hubiera hecho una designación irrevocable de beneficiario, el derecho a cambiar al mismo estará reservado a aquel sin que sea necesario el consentimiento del beneficiario o beneficiarios para el rescate o cesión de esta póliza o para cualquier cambio de beneficiario o beneficiarios, o para cualesquiera otros cambios en esta póliza.

(Puede omitirse, a opción del asegurador, la primera cláusula de esta condición, que hace referencia a la designación irrevocable del beneficiario.)

B) *Otras condiciones*

Excepto en lo establecido en el parágrafo C) de esta sección, ninguna de esas pólizas entregadas o emitidas para su entrega a alguna persona de este Estado contendrá ninguna condición relativa a las materias expuestas más adelante a menos que sea en los mismos términos en que aparecen en esta sección; sin perjuicio, no obstante, de que el asegurador pueda, a su propia opción, emplear en lugar de una de esas condiciones otra de diferente tenor aprobada por él (inspector) que no sea menos favorable en ningún respecto al asegurado o al beneficiario. Cualquiera de esas condiciones contenidas en la póliza estará precedida individualmente por el título idóneo que aparezca en esta subsección o, a opción del asegurador, por aquellos títulos o subtítulos apropiados, individuales o colectivos, que el (inspector) pueda aprobar.

1. Una condición del siguiente tenor:

Cambio de ocupación: Si el asegurado sufre lesiones o contrae alguna enfermedad después de haber cambiado su ocupación por otra clasificada por el asegurador como más peligrosa que la que conste en la póliza o en el caso de desarrollar a cambio de alguna retribución algo relativo a una ocupación clasificada de ese modo, el asegurador pagará tan sólo aquella parte de la indemnización estipulada en la póliza a la que hubiera dado derecho la prima pagada según las tarifas y con los límite fijados por el asegurador para esa ocupación más peligrosa. Si el asegurado cambia su ocupación por otra clasificada por el asegurador como menos peligrosa que la que consta en la póliza, éste, una vez acreditado dicho cambio de ocupación, recibirá la tarifa de la prima consiguientemente, y devolverá el exceso de prima proporcional no devengado desde la fecha del cambio de ocupación o desde la fecha de aniversario de la póliza inmediatamente anterior a aquella en que se hubiere acreditado dicho cambio, según la que sea más reciente. Para la aplicación de esta condición, la clasificación de los riesgos profesionales y las ta-

rifas de primas serán los últimos registrados por el asegurador antes del acaecimiento del siniestro de que deba responder el mismo o antes de la fecha de haberse acreditado el cambio de ocupación ante el funcionario estatal encargado de la supervisión de los seguros en el Estado donde residiera el asegurado en el momento de emitirse la presente póliza; pero si no fuera necesario ese registro, entonces la clasificación de los riesgos profesionales y las tarifas de primas serán los últimos que haya puesto en vigor el asegurador en dicho Estado antes de producirse el siniestro o de la fecha en que se hubiere acreditado el cambio de ocupación.

2. Una ocupación del siguiente tenor:

   Inexactitud en la edad declarada: Si existiera alguna inexactitud en la edad declarada por el asegurado, todas las cantidades que deban pagarse de conformidad con esta póliza serán aquellas a las que hubiera dado derecho la prima pagada a la edad correcta.

3. Una condición del siguiente tenor:

   Otros seguros con este mismo asegurador: Si alguna póliza o pólizas de accidentes, de enfermedad, o de ambas cosas, emitida previamente por el asegurador al asegurado, se encontrará en vigor al mismo tiempo que la presente, resultando una indemnización conjunta de $ .....

   (insertar el tipo de cobertura o coberturas)

   por encima de $ .....

   (insertar el límite máximo de indemnización o indemnizaciones)

   el seguro por el exceso será nulo y todas las primas pagadas por el mismo se devolverán al asegurado o a su caudal hereditario.

   o en lugar de ello:

   El seguro que se encontrara en efecto en cualquier momento sobre el asegurado según una póliza o pólizas similares de este asegurador se limitará al estipulado en la póliza que exija el asegurado, su beneficiario o sus herederos, según el caso, y el asegurador devolverá todas las primas pagadas por las otras pólizas.

4. Una condición del tenor siguiente:

   Seguro contratado con otros aseguradores: Si hubiera otra cobertura válida con otro asegurador distinto de éste, en la que se estipulen prestaciones por el mismo daño con carácter de prestación de servicios o de gastos causados y de lo que no se hubiera avisado por escrito al asegurador antes de producirse o de iniciarse el siniestro, la única responsabilidad con arreglo a la cobertura por gastos causados de esta póliza será la de aquella proporción del daño que represente la cantidad que se hubiera pagado en otro caso con arreglo a la misma más el total de las cantidades similares de conformidad

con todas las coberturas válidas para ese daño, de que el asegurador tuviera conocimiento respecto de las cantidades totales similares con arreglo a todas las coberturas válidas por ese daño, con devolución de la parte de las primas pagadas que exceda de la parte proporcional del importe determinado de ese modo. A efectos de la aplicación de esta condición cuando las otras coberturas tengan el carácter de prestación de servicios, la «cantidad similar» de las mismas será lo que hubieran costado los servicios prestados a falta de esa cobertura.

(Si la anterior condición figura en una póliza en la que también conste la siguiente, se agregará al título de la primera la frase «*Prestaciones por gastos causados*». El asegurador podrá, a opción suya, incluir en esta condición una definición de «otras coberturas válidas» aprobada en forma por él (inspector), definición que se limitará en su objeto a la cobertura establecida por organizaciones sujetas a la regulación del derecho de seguros o por las autoridades de seguros de éste o cualquier otro Estado de los Estados Unidos o alguna provincia del Canadá, y por las organizaciones de servicios médicos u hospitalarios, y a cualquier otra cuya inclusión sea aprobada por él (inspector). En ausencia de esa definición, no se incluirá dentro del sentido de dicha expresión el seguro colectivo, el seguro de automóviles para gastos médicos, o la cobertura prestada por organizaciones de servicios hospitalarios o médicos o por planes asistenciales de los sindicatos o las organizaciones de prestaciones de empresarios o de trabajadores. A los efectos de la aplicación de la precedente condición con respecto a cualquier asegurado, todo importe de prestación satisfecho al mismo de conformidad con alguna ley de prestaciones obligatorias (incluida cualquier ley de accidentes de trabajo o de responsabilidad del empresario) tanto por parte de un organismo público como por otra entidad será considerado en todo caso como «otra cobertura válida» de la que ha tenido conocimiento el asegurador. Al aplicar la anterior condición no se considerará como «otra cobertura válida» la de responsabilidad civil frente a terceros.)

5. Una condición del siguiente tenor:

   Seguro con otros aseguradores: Si hubiera otra cobertura válida, con otro asegurador distinto de éste, en la que se estipulen prestaciones por el mismo daño y sobre otra base que no sea la de los gastos causados y cuya existencia no se hubiese comunicado por escrito a este asegurador antes de producirse o de iniciarse el siniestro, la única responsabilidad por esas prestaciones de conformidad con la presente póliza será la de aquella proporción de las indemnizaciones que deberían satisfacerse en otro caso por ese daño que guarden las indemnizaciones similares de que tuviera conocimiento el asegurador (incluidas las estipuladas en esta póliza) con el importe total de todas las indemnizaciones similares por ese

daño, con devolución de aquella parte de la prima pagada que exceda de la parte proporcional de las indemnizaciones determinadas de ese modo.

(Si se incluye la condición precedente en una póliza en la que también figure la inmediatamente anterior, deberá añadirse al título de la primera la siguiente expresión: «*otras prestaciones*». El asegurador podrá, a su opción, incluir en esta condición una definición de «otra cobertura válida» aprobada en forma por él (inspector), definición que limitará su objeto a la cobertura prestada por organizaciones sujetas a la regulación del derecho de los seguros o de las autoridades competentes en esta materia de éste o de cualquier otro Estado de los Estados Unidos o de alguna provincia del Canadá, y a cualquier otra cobertura cuya inclusión sea aprobada por él (inspector). A falta de tal definición, no se incluirá dentro del sentido de dicha expresión el seguro colectivo o las prestaciones facilitadas por planes de asistencia sindical o por las organizaciones de prestaciones de empresarios y trabajadores. A los efectos de la aplicación de la anterior condición con respecto de cualquier asegurado, cualquier importe de prestación satisfecho al mismo según alguna ley de prestaciones obligatorias (incluidas la ley de accidentes de trabajo o la de responsabilidad del empresario) tanto por parte de un organismo público como por cualquier otra entidad se considerará en todo caso como «otra cobertura válida» de la que ha tenido conocimiento el asegurador. Al aplicar la anterior condición no se considerará como «otra cobertura válida» la de responsabilidad civil frente a terceros.)

6. Una condición del siguiente tenor:

Relación entre los ingresos y el seguro: Si el importe total mensual de las prestaciones por pérdida de tiempo prometidas para el mismo daño de acuerdo con toda la cobertura válida de ese riesgo sobre el asegurado, pagaderas con carácter semanal o mensual, fueran superiores a los ingresos mensuales del asegurado en el momento de iniciarse la incapacidad o a sus ingresos mensuales medios durante los dos años inmediatamente anteriores a una incapacidad por la que se formula reclamación, según los que sean más elevados, el asegurador responderá tan sólo de aquellos importes de acuerdo con la presente póliza en la misma proporción que guarden esos ingresos mensuales o el promedio de los mismos del asegurado con el importe total de las prestaciones mensuales por el mismo siniestro según todas las coberturas sobre el asegurado en el momento de iniciarse esa incapacidad así como de la devolución de aquella parte de las primas pagadas durante esos dos años que exceda del importe proporcional de las correspondientes a las prestaciones satisfechas efectivamente; pero no se hará uso de esta estipulación para reducir el importe total mensual de las prestaciones que se deban pagar según esa cobertura sobre el asegurado por debajo de

la cantidad de doscientos dólares o de las prestaciones mensuales especificadas en esas coberturas, según cual sea inferior, ni se hará uso de ella para reducir prestaciones distintas de las pagaderas por pérdida de tiempo.

(La anterior condición solamente se podrá insertar en una póliza que el asegurado tenga el derecho a mantener en vigor con sujeción a sus condiciones mediante el oportuno pago de las primas (1) por lo menos hasta la edad de 50 años o, 2) en el caso de una póliza emitida después de los 44 años, al menos por cinco años a partir de su fecha de emisión. El asegurador puede, a su opción, incluir una definición de la «cobertura válida por pérdida de tiempo», aprobada en su forma por él (inspector), definición que asimilará su objeto a la cobertura prestada por los organismos públicos o por entidades sujetas a la regulación del derecho de los seguros o de las autoridades competentes en la materia de éste o de cualquier otro Estado de los Estados Unidos o de alguna provincia del Canadá, o a cualquier otra cobertura cuya inclusión pueda ser aprobada por él (inspector) o alguna combinación de las mismas. En defecto de esa definición, no se incluirá dentro del significado de esa expresión la cobertura prestada a ese asegurado según alguna ley de prestaciones obligatorias (incluidas las de accidentes de trabajo y las de responsabilidad del empresario), o las prestaciones satisfechas por los planes de asistencia sindical o las organizaciones de prestaciones de empresarios o trabajadores.)

7. Una condición del siguiente tenor:

Primas pendientes de pago: En el momento de liquidarse algún siniestro amparado por la presente póliza, podrá deducirse de dicha liquidación toda prima en ese momento vencida y no pagada o garantizada por algún efecto u orden escrita.

8. Una condición del siguiente tenor:

Cancelación: El asegurador podrá cancelar esta póliza en cualquier momento por medio de notificación por escrito entregada al asegurado o remitida por correo a sus últimas señas que figuren en los libros del asegurador, notificación en la que se consignará cuando será efectiva dicha cancelación, que tendrá que ser como mínimo cinco días después de esa fecha; y, una vez que se haya continuado la póliza por encima de su plazo originario, el asegurado podrá cancelarla en cualquier momento por medio de notificación por escrito entregada o remitida al asegurador, cancelación que surtirá efecto al recibo de la misma o en la fecha posterior que en ella se exprese. En caso de cancelación, el asegurador devolverá inmediatamente la parte no devengada de cualquier prima pagada. Si es el asegurado el que cancela, la prima devengada se calculará utilizando la última tabla de tarifas a corto plazo que se haya registrado ante el funcionario estatal competente del Estado donde

resida el asegurado y se haya emitido la póliza. Si el asegurador es quien cancela, la prima devengada se calculará a prorrata. La cancelación será sin perjuicio de cualquier siniestro sobrevenido antes de la fecha efectiva de cancelación.

(Nota: En algunos estados, la terminación de la vigencia de la póliza por sí sola no puede perjudicar, según establece la ley, la reclamación por daños sobrevenidos durante y a consecuencia de una incapacidad iniciada cuando la póliza estaba en vigor. El estilo aquí utilizado es susceptible de una interpretación coherente con esas leyes.)

9. Una condición del siguiente tenor:

   Conformidad con las leyes del Estado: Toda condición de esta póliza que, en su fecha de efecto, se encuentre en contradicción con las leyes del Estado en que resida el asegurado en esa fecha, se modificará de conformidad con esta cláusula para atenerse a los requisitos mínimos de esos textos legales.

10. Una condición del siguiente tenor:

    Ocupación ilícita: El asegurador no responderá de ningún daño cuando una de cuyas causas contribuyentes haya sido la comisión o intento de comisión por el asegurado de un delito o el hecho de dedicarse el mismo a una ocupación ilícita.

11. Una condición del tenor siguiente:

    Intoxicantes y narcóticos: El asegurador no responderá de ningún daño sufrido o contraído a consecuencia de encontrarse embriagado el asegurado o bajo la influencia de algún narcótico a menos de haberse administrado éste por prescripción facultativa.

(Nota: Se proponen los parágrafos (10) *y* (11) *para aquellos Estados que exigen o desean esas condiciones.)*

C) *Condiciones inaplicables o contradictorias*

Si alguna de las condiciones de la presente sección fuera, en todo o en parte, inaplicable o contradictoria con la cobertura facilitada por un modelo particular de póliza, el asegurador, con la aprobación del inspector, omitirá de dicha póliza la condición inaplicable o parte de ella que lo fuere, y modificará toda condición contradictoria o parte de ella que lo fuere de tal modo que la que se inserte en la póliza responda a la cobertura prestada en la misma.

D) *Orden de ciertas condiciones de la póliza*

Las condiciones que son objeto de las subsecciones A) y B) de esta sección, o cualesquiera otras correspondientes utilizadas en lugar de aquellas de acuerdo con dichas subsecciones, se imprimirán según el orden consecutivo de las condiciones en esas subsecciones o, a opción del asegurador, aquella condición podrá aparecer como una unidad en alguna parte de la póliza con otras con las que guarde una relación lógica, siempre que la póliza que resulte no sea, en todo o en parte, ininteligible, incierta, ambigua, abstrusa, o capaz de inducir a error a la persona a la que se ofrezca, entregue o emita la misma.

E) *Propiedad de terceros*

El uso de la palabra «asegurado» en la presente ley no se interpretará como un impedimento para que una persona distinta de aquel con un interés asegurable adecuado formule una proposición y posea una póliza que cubra al asegurado o para que tenga derecho a cualesquiera indemnizaciones, prestaciones y derechos estipulados en ella.

F) *Requisitos de otras competencias*

1. Toda póliza de un asegurador foráneo o extranjero, cuando se entregue o emita para su entrega a alguna persona de este Estado, podrá contener cualquier condición que no sea menos favorable para el asegurado o el beneficiario que las de la presente ley y que esté prescrita o exigida por el derecho del Estado en el que se haya constituido el asegurador.
2. Toda póliza de un asegurador doméstico podrá contener, cuando se emita para su entrega en otro Estado o país, cualquier condición permitida o exigida por las leyes de ese otro Estado o país.

G) *Procedimiento de registro*

El inspector podrá dictar todas aquellas normas y reglamentos razonables relativos al procedimiento para el régistro o la presentación de las pólizas sujetas a esta ley que sean necesarios, convenientes o aconsejables para la aplicación de la misma. Con esta condición no se abreviará ninguna otra facultad conferida al inspector por la ley.

Sección 4. Conformidad con la ley

A) *Otras condiciones de la póliza*

Ninguna condición de la póliza que no esté sujeta a la sección 3 de esta ley hará que dicha póliza, o parte de ella, resulte menos favorable en cualquier aspecto para el asegurado o el beneficiario que las condiciones de la misma que estén sujetas a esta ley.

B) *Póliza en contradicción con esta ley*

La póliza entregada o emitida para su entrega a alguna persona de este Estado con información de esta ley será considerada válida pero se interpretará según lo dispuesto en esta ley. Cuando alguna condición de una póliza sujeta a esta ley contradiga o se oponga a alguna disposición de la misma, los derechos, deberes y obligaciones del asegurador, del asegurado y del beneficiario se regirán por las disposiciones de la presente ley.

Sección 5. Proposición

A) El asegurado no quedará vinculado por ninguna declaración hecha en una proposición de póliza a no ser que se una o adjunte un ejemplar de dicha proposición a la póliza como parte de ella. Si una de esas pólizas entregadas o emitidas para su entrega a alguna persona de este Estado fuera objeto de rehabilitación o de renovación, y el asegurado, el beneficiario o el cesionario de la misma solicitase por escrito al asegurador un ejemplar de la proposición, si la hubiere habido, de dicha rehabilitación o renovación, el asegurador entregará o remitirá por correo dicho ejemplar a la persona que lo solicite, dentro del plazo de quince días a partir del recibo de esa solicitud en su oficina principal o en cualquiera de sus sucursales. De no entregarse o remitirse esa copia, el asegurador no podrá alegar esa proposición como prueba en ninguna acción o procedimiento relativo a esa póliza o su rehabilitación o renovación.

B) Ninguna persona distinta del proponente podrá hacer ninguna corrección en la proposición escrita de póliza sin el consentimiento escrito de aquél, excepto las anotaciones a que proceda el asegurador a efectos administrativos únicamente, y de tal forma que se indique claramente que tales anotaciones no pueden imputarse al proponente.

C) La falsedad de alguna declaración en la proposición de alguna póliza amparada por esta ley puede no excluir el derecho a indemnización conforme a la misma a menos que la falsedad afecte a la aceptación del riesgo o al peligro asumido por el asegurador.

(Nota: Se propone la sección 5, o cualquiera de sus subsecciones para su uso en los estados que no tengan leyes comparables relativas a la proposición.)

Sección 6. Notificación, renuncia

El reconocimiento por un asegurador de haber recibido cualquier notificación cursada al amparo de alguna póliza de las comprendidas en el ámbito de aplicación de esta ley o el hecho de facilitar formularios para aportar la prueba del daño, o la aceptación de esa prueba, o la investigación sobre algún siniestro no podrá interpretarse como una renuncia de ninguno de los derechos del asegurador en defensa de cualquier acción o reclamación surgida de dicha póliza.

Sección 7. Límite de edad

Si en alguna póliza figura una condición en la que se establece, como límite de edad o por otro concepto, alguna fecha después de la cual no será efectiva la cobertura prestada por la póliza, y esa fecha cayera dentro de un período respecto del cual acepte una prima el asegurador o ésta aceptara una prima después de dicha fecha, la cobertura de la póliza continuará en vigor sujeto al derecho de cancelación hasta el final del período respecto del cual se haya aceptado la prima. En el caso de que haya habido inexactitud en la declaración de la edad del asegurado y si, según la edad correcta del mismo, la cobertura de la póliza no hubiera tomado efecto o hubiera cesado antes de la aceptación de esa prima o primas, entonces la responsabilidad del asegurador se ceñirá al reembolso, a petición del interesado, de todas las primas pagadas por el período no cubierto por la póliza.

Sección 8. No aplicación a ciertas pólizas

Nada de lo contenido en esta ley será de aplicación o afectará a: 1) ninguna póliza de seguro de accidentes de trabajo o de res-

ponsabilidad civil con o sin cobertura de gastos suplementarios en ellas; 2) a ninguna póliza o contrato de reaseguro; 3) a ninguna póliza colectiva o flotante de seguro; 4) a ningún contrato de seguro de vida, de capital diferido o de renta vitalicia, o a los contratos complementarios de los mismos que contengan tan sólo aquellas estipulaciones relativas al seguro de accidentes y de enfermedad en las que a) se establezcan prestaciones complementarias en caso de muerte, pérdida de un miembro o de la vista, por accidente, o que b) tengan la finalidad de salvaguardar a dichos contratos contra la rescisión por impago, o de proporcionar un valor especial de rescate o una prestación especial o una renta vitalicia en el caso de que el asegurado o el vitalista queden total y permanentemente incapacitados, según lo definido en el contrato principal o complementario.

(Nota: Esta condición puede modificarse, si así se desea, en determinados estados para adaptarla a la legislación vigente en los mismos.)

Sección 9. Infracción

Toda persona o entidad que de manera deliberada infrinja alguna de las disposiciones de esta ley o una orden del inspector dictada de acuerdo con la misma, deberá pagar al Estado una multa que no excederá de ..... dólares y que podrá ser exigida mediante una acción civil. El (inspector) podrá también revocar o suspender la licencia del asegurador o agente por esa infracción deliberada.

(Nota: Esta condición es para su uso únicamente en aquellos estados que no tengan una legislación similar actualmente vigente.)

Sección 10. Revisión judicial

Contra toda orden o decisión del inspector al amparo de la presente ley cualquier parte interesada podrá ejercitar el recurso de revisión (auto de avocación) ante el tribunal ..... La interposición del recurso (solicitud de dicho auto) suspenderá la aplicación de dicha orden o decisión hasta que el tribunal decida otra cosa. El tribunal podrá examinar todos los hechos y, zanjar la cuestión que se le ha sometido, podrá modificar, confirmar o anular la orden o decisión del (inspector) en todo o en parte.

(Nota: Esta condición es para su uso únicamente en aquellos estados que no tengan una legislación similar actualmente vigente.)

Sección 11. Derogación de las leyes que se oponen a la presente

(Nota: Esta sección deberá estar redactada de tal modo que se deroguen aquellas leyes o parte de ellas actualmente en vigor y que se opongan o contradigan la presente. La sección derogatoria deberá contener una excepción adecuada con respecto a la sección 12 de esta ley.)

Sección 12. Fecha de entrada en vigor de la ley

Esta ley entrará en vigor el día ..... de ..... de 19..... Toda póliza, anexo o suplemento que pudiera haberse entregado o emitido para su entrega legalmente a alguna persona de este Estado inmediatamente antes de la fecha de entrada en vigor de esta ley podrá utilizarse, entregarse o emitirse para su entrega a esa persona durante cinco años después de la fecha de entrada en vigor de esa ley sin estar sujeta a las disposiciones contenidas en las secciones 2, 3 y 4 de la misma.

B. VARIACIONES EN LA LEY UNIFORME DE CONDICIONES DE LAS POLIZAS INDIVIDUALES DE ACCIDENTES Y DE ENFERMEDAD TAL COMO HA SIDO PROMULGADA EN DISTINTOS ESTADOS (*)

En ciertos casos, los requisitos legales aplicables a una póliza de seguro de enfermedad difieren de los establecidos como mínimos en la Ley Uniforme debido a la legislación complementaria o a las normas reglamentarias de los departamentos de seguros. Además de esas leyes complementarias, y a veces a consecuencia

(*) EDWIN L. BARTLESON y otros: *Health Insurance Provided through Industrial Policies*, ed. rev. (Chicago, Society of Actuaries, 1968), pág. 232-33. Usado con autorización.

de ellas, ha habido desviaciones de la uniformidad en las diversas versiones según las que se ha promulgado esta ley. A continuación se indican algunas de las más importantes de éstas:

1. *Forma de la póliza.*

   a) En algunos estados, la proposición de cobertura familiar debe hacerla el cabeza de familia. Esos estados son California, Luisiana, Nevada, Nuevo México, Pensilvania y Washington.
   b) En algunos estados, las pólizas familiares deben ampliar la cobertura de los hijos solteros a cargo de los padres que no puedan trabajar por razón de alguna anormalidad mental o defecto físico cuando alcanzan el límite de edad para la cobertura de los hijos. Estos estados son Arkansas, Hawaii, Illinois, Massachusetts, Michigan, Missouri, Nueva Jersey y Nueva York.

2. *Plazo para el ejercicio de ciertas excepciones*

   a) El plazo es de dos años en Alabama, Colorado, Georgia, Illinois, Kansas, Kentucky, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Nuevo México, Nueva York, Ohio, Oklahoma, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Dakota del Sur y Virgina Occidental. En Missouri puede usarse un plazo de tres años en la cláusula optativa *Incontestable.*
   b) En Nuevo México no se establece ningún plazo en el segundo parágrafo de la disposición sobre el mismo, de modo que no pueden excluirse los estados físicos preexistentes. En Georgia se omite la frase «a menos que fuese fraudulenta», y en Carolina del Norte sólo se la puede utilizar en las pólizas que reúnan los requisitos prescritos en cuanto a las prestaciones estipuladas.

3. *Plazo de gracia.*—El plazo dentro del cual debe notificarse la intención de no renovar, al que se hace referencia en la disposición sobre *Plazo de Gracia* es de 30 días en Alabama, Arkansas, Illinois, Maryland, Massachusetts, Montana, Nueva York, Oklahoma, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Utah, Virginia Occidental y Wisconsin. En Carolina del Norte el plazo oscila entre 30 días a dos años, y en Rhode Island es de 10 días. En Mississippi, está prohibida la no renovación de una póliza de hospitalización, medicina y cirugía que haya estado en vigor cuatro o más años, a menos que se le notifique con un año de antelación al asegurado.

4. *Rehabilitación.*—En Nuevo México se reduce a 30 días el plazo durante el que puede denegarse una proposición de rehabilitación.

5. *Aviso de siniestro.*—En Mississippi, el plazo permitido para el aviso debe ser de 30 días, y en Wyoming de 60 días.

6. *Reconocimiento médico y autopsia.*—Se omite la referencia a la autopsia en Massachusetts, Mississippi y Carolina del Sur.

7. *Acciones legales.*—El plazo máximo en el que deben ejercitarse las acciones legales es de un año en Louisiana, cinco en Kansas y seis en Carolina del Sur.

8. *Otros seguros.*—Las condiciones potestativas relativas a los seguros con el mismo u otro asegurador pueden no utilizarse en las pólizas de gastos hospitalarios, médicos o quirúrgicos de Dakota del Sur, o Virginia Occidental. La ley de Mississippi omite todas las condiciones opetativas sobre «*otros seguros*» excepto la que trata de la *relación entre los ingresos y el seguro,* aplicable a la cobertura por pérdida de tiempo.

9. *Cancelación.*—En Alabama, Arkansas, Georgia, Idaho, Maryland, Massachussetts, Montana, Nuevo México, Carolina del Norte, Ohio, Oklahoma, Utah, Virgina Occidental o Wisconsin, no se puede utilizar ninguna cláusula de cancelación. En Rhode Island hace falta un preaviso de 10 días para la cancelación, y en Nueva York y Carolina del Sur las condiciones permisibles están en vigor únicamente durante los primeros 90 días y los primeros seis meses, respectivamente. En Mississippi, para cancelar una póliza de hospital, medicina y cirugía que haya estado en vigor cuatro o más años está prohibida a no ser que se notifique con un año de antelación.

10. *Ocupación ilícita*: *Intoxicantes y narcóticos.*—No figuran como condiciones potestativas en Colorado, Connecticut, New Hampshire, Nuevo México y Dakota del Sur. En Minnesota y Oklahoma se incluyen las condiciones potestativas de la *Ocupación ilícita* pero se omite la parte relativa a los intoxicantes de la condición potestativa sobre *Intoxicantes y narcóticos.*

Apéndice C

Matemáticas del seguro de vida

En la sección del volumen relativa a los aspectos matemáticos del seguro de vida, todos los cálculos eran aritméticos, aunque en la práctica se utilicen símbolos para calcular las primas y las reservas. Usando símbolos y notaciones se simplifica sobremanera el cálculo efectivo de las primas y de las reservas. Con el fin de entender las fórmulas empleadas en la práctica actuarial debe aprenderse el lenguaje de los símbolos y de las notaciones.

Asimismo, para reducir al mínimo el trabajo real de cálculo, al hacer los correspondientes a las primas y las reservas se emplean símbolos de conmutación, cada uno de los cuales representa una serie de cálculos y que se presentan en forma tabulada.

En las páginas siguientes se presenta un resumen del planteamiento matemático actuarial de modo correlativo con el planteamiento aritmético formulado anteriormente.

PRIMAS NETAS UNICAS

1. La acumulación y el descuento del dinero

En el capítulo 20 se presentaron los conceptos fundamentales de la acumulación del dinero (determinación de su valor en una fecha anterior). Cada uno de esos procesos puede representarse mediante las ecuaciones [1] y [2] respectivamente:

Acumulación:

$$S = A(1 + i)^n \qquad [1]$$

en la que se indica que una cantidad de dinero A que aumente a un tipo de interés anual i será igual a S pasados n años.

Ejemplo 1.—Determinar el valor acumulado de $ 1.000, al final de un período de 50 años al tipo del 2,5 por 100.

Solución. Utilizando la ecuación [1]:

$$S = \$\ 1.000(1{,}025)^{50} = \$\ 3.437{,}11 \qquad \textit{Resp.}$$

Descuento: Resolver la ecuación [1] para A

$$A = \frac{S}{(1 + i)^n} = S \cdot v^n \cdot \left(v = \frac{1}{1 + i}\right) \qquad [2]$$

en la que A es la cantidad de dinero que aumentará hasta convertirse en S en n años al tipo de interés anual i.

Ejemplo 2.—Determinar el valor actual de $ 1.000 debidos dentro de 50 años si el dinero crece a razón del 2,5 por 100 anual.

Solución. Según la tabla 20.2, el valor actual de $ 1 debido dentro de 50 años es de 0,290942; por lo tanto, el valor actual de $ 1.000 es

$$\$\ 1.000{,}00(0{,}290942) = \$\ 290{,}94 \qquad \textit{Resp.}$$

Las cantidades $(1 + i)$ y v se denominan factor de acumulación y de descuento, respectivamente, utilizando el tipo de interés i.

2. Acumulación y descuento con beneficio de supervivencia (WBOS)

En el trabajo que seguirá serán de utilidad las siguientes definiciones:

l_x = el número de personas vivas a la edad x según figura en la tabla de mortalidad.

$d_x = l_x - l_{x+1}$, el número de personas que mueren entre las edades de x y $x + 1$ en un período de tiempo de un año.

$q_x = \dfrac{d_x}{l_x}$, la probabilidad de que una persona con la edad x muera entre las edades x y $x + 1$.

Supóngase que l_x personas aportan cada una $ 1 a un fondo que se invertirá al tipo de i al año, y que al final de n años el fondo acumulado se dividirá entre los sobrevivientes l_{x+n}. Cada sobreviviente participará en el interés acumulado devengado sobre el fondo y recibirá también una parte de las aportaciones de los que no sobrevivieron. A este método de acumulación del dinero se le denomina *acumulación con beneficio de supervivencia.* Ahora se obtendrá una expresión que representará el factor de acumulación WBOS.

El fondo total invertido por l_x personas es igual a $ 1,00 l_x, y su valor, n años más tarde, será, según la ecuación [1]

$$\$\ 1{,}00\ l_x(1 + i)^n$$

que se divide a partes iguales entre los l_{x+n} sobrevivientes, siendo la participación de cada uno

$$\frac{\$\ 1{,}00\ l_x(1 + i)^n}{l_{x+n}}$$

que es una forma del factor de acumulación **WBOS.**

Puede conseguirse una forma más sencilla multiplicando el numerador y el denominador de la fracción v^{x+n} con el resultado:

$$\frac{\$\ 1{,}00\ l_x(1 + i)^n v^{x+n}}{v^{x+n} l_{x+n}}$$

Como

$$(1 + i)^n \cdot v^{x+n} = (1 + i)^n \cdot v^n \cdot v^x = lv^x$$

la fracción puede escribirse:

$$\$\ 1{,}00\ \frac{v^x l_x}{v^{x+n} l_{x+n}} = \$\ 1{,}00\ \frac{D_x}{D_{x+n}} \qquad [3]$$

en la que a D_x se le define como igual a $v^x l_x$, y es el primero de una serie de símbolos a los que se denomina símbolos de conmutación, que sirven para simplificar los cálculos de las pensio-

nes vitalicias y de las prestaciones de los seguros cuando se dispone de tablas de conmutación de funciones.

Ejemplo 3.—Determinar el valor acumulado de $ 1.000 de WBOS durante 50 años sobre la vida de un varón con una edad de a) 25 años, b) 35 años, y c) 45 años. Utilizar la *Tabla CSO 1958*, al 2,5 por 100.

Solución.

a) $$\$\ 1.000{,}00\ \frac{D_{25}}{D_{75}} =$$

$$= \$\ 1.000{,}00\ \frac{5.165.008{,}0}{648.112{,}3} =$$

$$= \$\ 7.969{,}31 \qquad \textit{Resp.}$$

b) $$\$\ 1.000{,}00\ \frac{D_{35}}{D_{85}} =$$

$$= \$\ 1.000{,}00\ \frac{3.949.851{,}1}{160.764{,}2} =$$

$$= \$\ 24.569{,}22 \qquad \textit{Resp.}$$

c) $$\$\ 1.000{,}00\ \frac{D_{45}}{D_{95}} =$$

$$= \$\ 1.000{,}00\ \frac{2.978.698{,}8}{9.305{,}6} =$$

$$= \$\ 320.097{,}45 \qquad \textit{Resp.}$$

El problema de descontar $ 1,00 de WBOS se resuelve de la manera más fácil respondiendo a la pregunta: ¿Qué cantidad, X, aumentará hasta $ 1,00 en n años de WBOS?

La respuesta es sencillamente que $X(D_x/D_{x+n}) = \$\ 1{,}00$ según la ecuación [3]; por lo tanto,

$$X = \frac{\$\ 1{,}00}{D_x/D_{x+n}} = \$\ 1{,}00\ \frac{D_{x+n}}{D_x} \qquad [4]$$

que es el factor de descuento WBOS $= \$\ 1{,}00A_{x:\overline{n}|}^{\ 1}$. Con el numeral 1 encima de $\overline{n}|$ se indica que se paga ese beneficio tan sólo si expira el período de n años antes de que termine la vida. A la cantidad D_{x+n}/D_x se la denomina a veces el *capital diferido puro* de 1 con prima neta única, ya que es el valor a la edad x de una unidad que se pagará a la edad $x + n$ si el asegurado se encuentra vivo en ese momento.

3. Coste del seguro

El *coste del seguro* se define como la prima pagada al principio de un año que proporciona una prestación de seguro de $ 1,00 al final de dicho año si durante el mismo se produce la muerte. Se le representa mediante el símbolo c_x (que no debe confundirse con C_x, definido más adelante).

Utilizando el principio expuesto en el capítulo 21, es *la probabilidad contra la que se asegura, multiplicada por el importe de la póliza, multiplicada por el valor de 1 $ descontado respecto del período durante el cual se retiene el dinero.*

$$\$\ 1{,}00c_x = \$\ 1{,}00q_x \cdot v = \$\ 1{,}00v\ \frac{d_x}{l_x} \qquad [5]$$

Si el numerador y el denominador se multiplican por v^x, el valor de c_x se transforma en:

$$c_x = \frac{v_x \cdot v \cdot d_x}{v^x l_x} = \frac{v^{x+1} d_x}{v^x l_x} = \frac{C_x}{D_x} \qquad [6]$$

en donde $C_x = v^{x+1} d_x$

Como q_x crece continuamente después de la edad de 10 en la *Tabla CSO 1958* el coste del seguro aumentará con lentitud al principio, pero con rapidez creciente a medida que se aproxima el final de la tabla de mortalidad. Este es el fenómeno representado de manera gráfica en el capítulo 1, gráfico 1.1.

Ejemplo 4.—Calcular el coste de un seguro de $ 1.000 sobre la vida de un varón con una edad de a), 25, b) 35 y c) 45 años. Utilizar la *Tabla CSO 1958*, al 2,5 por 100.

Solución.

a) $\$ 1.000,00\ c_{25} =$

$$= \$ 1.000,00 \frac{C_{25}}{D_{25}} =$$

$$= \frac{\$ 1.000,00 \times 9.725,344}{5.165.008,0} =$$

$$= \$ 1,88 \qquad \textit{Resp.}$$

b) $\$ 1.000,00\ c_{35} =$

$$= \$ 1.000,00 \frac{C_{35}}{D_{35}} =$$

$$= \frac{\$ 1.000,00 \times 9.672,213}{3.949.851,1} =$$

$$= \$ 2,45 \qquad \textit{Resp.}$$

c) $\$ 1.000,00\ c_{45} =$

$$= \$ 1.000,00 \frac{C_{45}}{D_{45}} =$$

$$= \frac{\$ 1.000,00 \times 15.547,309}{2.978.698,8} =$$

$$= \$ 5,22 \qquad \textit{Resp.}$$

4. Seguro de vida entera

La prima neta única A_x por una póliza de seguro de vida entera de \$ 1,00 sobre una vida de x años será evidentemente el valor descontado hasta la edad x de todas las primas naturales por cada uno de los años desde la edad x hasta el final de la tabla de mortalidad. Por lo tanto, utilizando la ecuación [4],

$$A_x = c_x + c_{x+1} \cdot \frac{D_{x+1}}{D_x} + c_{x+2} \frac{D_{x+2}}{D_x} + \ldots$$

Utilizando la ecuación [5],

$$A_x = \frac{C_x}{\cancel{D_x}} \cdot \frac{\cancel{D_x}}{D_x} + \frac{C_{x+1}}{\cancel{D_{x+1}}} \cdot \frac{\cancel{D_{x+1}}}{D_x}$$

$$+ \frac{C_{x+2}}{\cancel{D_{x+2}}} \cdot \frac{\cancel{D_{x+2}}}{D_x} + \ldots =$$

$$= \frac{C_x + C_{x+1} + C_{x+2} + \ldots}{D_x} =$$

$$= \frac{M_x}{D_x} \qquad [7]$$

en la que a M_x se la define como

$$C_x + C_{x+1} + C_{x+2} + \ldots$$

Ejemplo 5.—Calcular la prima neta única de una póliza de vida entra de \$ 1.000,00 sobre la vida de un varón con una edad de 45 años. Utilizar la *Tabla CSO 1958*, al 2,5 por 100.

Solución.

$$\$ 1.000,00 \frac{M_{45}}{D_{45}}$$

$$= \frac{\$ 1.000,00 \times 1.541.435,368}{2.978.698,8} =$$

$$= \$ 517,49 \qquad \textit{Resp.}$$

5. Seguro temporal

La prima neta única de una póliza de seguro temporal de \$ 1,00 sobre una vida de x años se representa mediante el símbolo $A^1_{\overline{x:n}|}$. Esta prima es evidentemente igual al valor descontado de las primeras primas naturales n, de modo que:

$$A^1_{\overline{x:n}|} = \frac{C_x + C_{x+1} + C_{x+2} + \ldots + C_{x+n-1}}{D_x} =$$

$$A^1_{\overline{x:n}|} = \frac{M_x - M_{x+n}}{D_x} \qquad [8]$$

El efecto del término negativo consiste en eliminar todas las prestaciones del seguro a la edad $x + n$ y después. El numeral 1 sobre la x sirve para indicar que sólo se satisface la prestación si se acaba la vida antes de expirar el período de n años.

Ejemplo 6.—Calcular la prima neta única de una póliza de seguro temporal a 5 años, por $ 1.000,00, sobre la vida de un varón de 45 años. Utilizar la *Tabla CSO 1958* al 2,5 por 100.

Solución.

$$\$\ 1{,}000{,}00 A^{1}_{45:\overline{5}|} = \$\ 1{,}000{,}00\ \frac{M_{45} - M_{50}}{D_{45}}$$

$$= \$\ 1.000{,}00\ \frac{87.334{,}855}{2.978.698{,}8} =$$

$$= \$\ 29{,}32 \qquad \textit{Resp.}$$

Un concepto que será de utilidad más adelante al estudiar las reservas matemáticas es el valor de un seguro temporal por n años sobre una vida con una edad x, valorado al final del plazo, que se representa por medio del símbolo ${}_nk_x$, de modo que ${}_nk_x$ sea el valor acumulado de WBOS de $A^{1}_{x:\overline{n}|}$, que da:

$${}_nk_x = A^{1}_{x:\overline{n}|} \cdot \frac{D_x}{D_{x+n}} =$$

$$= \frac{M_x - M_{x+n}}{\cancel{D_x}} \cdot \frac{\cancel{D_x}}{D_{x+n}} =$$

$$= \frac{M_x - M_{x+n}}{D_{x+n}} \qquad [9]$$

6. Seguro de capital diferido

En la póliza de seguro de capital diferido a n años se combinan las características de la póliza de seguro temporal a n años y el capital diferido puro a n años y se la representa mediante el símbolo $A_{x:\overline{n}|}$; por lo tanto,

$$A_{x:\overline{n}|} = A^{1}_{x:\overline{n}|} + A_{x:\overline{n}|}^{\ 1}$$

La omisión del numeral 1 sobre el símbolo $A_{x:\overline{n}|}$ indica que la prestación se satisface al producirse el primero de estos dos hechos: la terminación de la vida x, o la expiración del plazo de n años.

$$A_{x:\overline{n}|} = A^{1}_{x:\overline{n}|} + \frac{D_{x+n}}{D_x} =$$

y

$$= \frac{M_x - M_{x+n}}{D_x} + \frac{D_{x+n}}{D_x}$$

$$A_{x:\overline{n}|} = \frac{M_x - M_{x+n} + D_{x+n}}{D_x} \qquad [10]$$

Ejemplo 7.—Calcular el valor de una póliza de capital diferido a 5 años por $ 1.000,00 sobre la vida de un varón de 45 años. Utilizar la *Tabla CSO 1958*, al 2,5 por 100.

Solución. El capital diferido puro a 5 años por $ 1.000,00 sobre la vida de un varón de 45 años es, según la ecuación [4],

$$\$\ 1.000{,}00\ \frac{D_{50}}{D_{45}} = \frac{\$\ 1.000{,}00 \times 2.549.324{,}7}{2.978.698{,}8} =$$

$$= \$\ 855{,}85 \qquad \textit{Resp.}$$

Cuando se agrega este resultado a la prima de la póliza temporal correspondiente a 5 años en el ejemplo 6, tenemos:

$$\$\ 1.000{,}00 A_{45:\overline{5}|} = \$\ 29{,}32 + \$\ 855{,}85$$

$$= \$\ 885{,}17 \qquad \textit{Resp.}$$

7. Valor descontado de una renta vitalicia inmediata

Se utiliza el símbolo a_x para representar el valor descontado a la edad x de una pensión de $ 1 pagada al final de cada año durante la vida de x. Utilizando la ecuación [4],

$$a_x = \frac{D_{x+1}}{D_x} + \frac{D_{x+2}}{D_x} + \frac{D_{x+3}}{D_x} + \ldots =$$

$$= \frac{D_{x+1} + D_{x+2} + D_{x+3} + \ldots}{D_x} =$$

$$= \frac{N_{x+1}}{D_x} \qquad [11]$$

en donde,

$$N_{x+1} = D_{x+1} + D_{x+2} + D_{x+3} + \ldots$$

Ejemplo 8.—Calcular el valor descontado de a_{40} utilizando el 2,5 por 100 y a) la *Tabla CSO de 1958* y b) la *Tabla de Rentas Vitalicias para 1949* (varones).

Solución. Utilizando la ecuación [11],

$$\text{a)} \quad a_{40} = \frac{N_{41}}{D_{40}} = \frac{71.753.134,1}{3.441.765,1} = 20,848 \qquad \textit{Resp.}$$

$$\text{b)} \quad a_{40} = \frac{N_{41}}{D_{40}} = \frac{8.036,4109}{362,5710} = 22,165 \qquad \textit{Resp.}$$

8. Valor descontado de una renta vitalicia inmediata diferida

Con el símbolo ${}_n|\,a_x$ se representa el valor a la edad x de una renta vitalicia debida con el primer pago a la edad de $x + n + 1$.

El valor a la edad de $x + n$ de una renta vitalicia inmediata, con su primer pago a la edad de $x + n + 1$, es de a_{x+n}, y su valor n años antes es de $(D_{x+n}/D_x)a_{x+n}$ por lo tanto, utilizando la ecuación [10],

$${}_n|\,a_x = \frac{\cancel{D_{x+n}}}{D_x} \cdot \frac{N_{x+n+1}}{\cancel{D_{x+n}}} = \frac{N_{x+n+1}}{D_x} \qquad [12]$$

Ejemplo 9.—Calcular el valor de ${}_{30}|\,a_{40}$ utilizando el 2,5 por 100 y a) la *Tabla CSO de 1958;* b) la *Tabla de Rentas Vitalicias para 1949* (varones).

Solución. Utilizando la ecuación [12],

$$\text{a)} \quad {}_{30}|\,a_{40} = \frac{N_{71}}{D_{40}} = \frac{8.006.177,3}{3.441.765,1} = 2,326 \qquad \textit{Resp.}$$

$$\text{b)} \quad {}_{30}|\,a_{40} = \frac{N_{71}}{D_{40}} = \frac{1.114,9209}{362,5710} = 3,075 \qquad \textit{Resp.}$$

9. Valor descontado de una renta vitalicia inmediata temporal

Una renta vitalicia inmediata sobre una vida de una edad x (una renta vitalicia inmediata por n años), $a_{x:\overline{n}|}$, puede considerarse de vida entera menos una renta vitalicia inmediata sobre una vida de x años, diferida n años; esto es,

$$a_{x:\overline{n}|} = a_x - {}_n|\,a_x$$

Utilizando las ecuaciones [10] y [11],

$$a_{x:\overline{n}|} = \frac{N_{x+1}}{D_x} - \frac{N_{x+n+1}}{D_x} = \frac{N_{x+1} - N_{x+n+1}}{D_x} \qquad [13]$$

Ejemplo 10.—Calcular el valor de $a_{40:\overline{30}|}$ utilizando el 2,5 por ciento y a) la *Tabla CSO de 1958;* b) la *Tabla de Rentas Vitalicias para 1949* (varones).

Solución. a) Empleando los resultados de los ejemplos 8 a) y 9 a),

$$a_{40:\overline{30}|} = 20,848 - 2,326 = 18,522 \qquad \textit{Resp.}$$

b) Empleando los resultados de los ejemplos 8 b) y 9 b).

$$a_{40:\overline{30}|} = 22,165 - 3,075 = 19,090 \qquad \textit{Resp.}$$

10. Rentas vitalicias vencidas

La renta vitalicia vencida difiere de la inmediata porque su pago se hace al *principio* de cada año en vez de al *final;* los símbolos de las rentas vitalicias vencidas se distinguen de los de las inmediatas porque llevan una diéresis encima de la *a*, como, $\ddot{a}$.

Las ecuaciones de los valores descontados de la renta de vida entera vencida, de la renta vencida diferida, y de la renta temporal vencida, correspondientes a las ecuaciones [11], [12] y [13], están representados respectivamente por:

$$\ddot{a}_{\overline{x}|} = \frac{N_x}{D_x} \qquad [14]$$

$$_n\ddot{a}_x = \frac{N_{x+n}}{D_x} \qquad [15]$$

$$\ddot{a}_{x:\overline{n}|} = \frac{N_x - N_{x+n}}{D_x} \qquad [16]$$

Ejemplo 11.—Calcular los valores de (a) $\ddot{a}_{40}$, (b) $_{30}|\ddot{a}_{40}$ y (c) $\ddot{a}_{40:\overline{30}|}$, utilizando la *Tabla CSO de 1958* y el 2,5 por 100.

Solución.

a) $$\ddot{a}_{40} = \frac{N_{40}}{D_{40}} =$$

$$= \frac{75.194.899,2}{3.441.765,1} =$$

$$= 21,848 \qquad \textit{Resp.}$$

b) $$_{30}|\ddot{a}_{40} = \frac{N_{70}}{D_{40}} =$$

$$= \frac{8.999.059,0}{3.441.765,1} =$$

$$= 2,615 \qquad \textit{Resp.}$$

c) $$\ddot{a}_{40:\overline{30}|} = \frac{N_{40} - N_{70}}{D_{40}} =$$

$$= \ddot{a}_{40} - {}_{30}|\ddot{a}_{40} =$$

$$= 21,848 - 2,615 =$$

$$= 19,233 \qquad \textit{Resp.}$$

Para el estudio de las reservas netas terminales niveladas es conveniente tener una ecuación que represente $s_{x:n}$, valor acumulado a la edad $x + n$ de una renta de n años vencida por 1 sobre una vida de x años.

En la ecuación [16] se da el valor descontado de una renta temporal de n pagos sobre una vida con una edad x; por lo tanto, el valor que se desea de $s_{x:n}$ al ser igual al valor de la misma renta n años más tarde, viene dado por la ecuación:

$$\ddot{s}_{x:\overline{n}|} = \ddot{a}_{x:\overline{n}|} \cdot \frac{D_x}{D_{x+n}}$$

y por la ecuación [16],

$$\ddot{s}_{x:\overline{n}|} = \frac{N_x - N_{x+n}}{\cancel{D_x}} \cdot \frac{\cancel{D_x}}{D_{x+n}}$$

$$\ddot{s}_{x:\overline{n}|} = \frac{N_x - N_{x+n}}{D_{x+n}} \qquad [17]$$

Para resumir, la fórmula general de la renta vitalicia,

$$\frac{N_a - N_b}{D_c}$$

representa el valor a la edad c de una renta con su primer pago a la edad a y el último a la edad $b - 1$.

PRIMAS NETAS NIVELADAS

1. Una ecuación fundamental

El seguro de vida adquirió su primer fundamento científico cuando se reconoció que el valor de todas las primas netas recibidas por una compañía de seguros tenía que ser igual al valor

de todas las prestaciones garantizadas por el contrato de seguro desde su iniciación.

En los capítulos 21 y 22 se abordó el tema de las primas netas únicas para prestaciones aseguratorias normales. En el capítulo 23, se estudiaron las primas netas anuales niveladas. Utilizando P en general para representar a una de las primas netas niveladas, $\ddot{a}$ para representar el valor descontado de una renta vitalicia vencida, y A para representar el valor descontado de las prestaciones, entonces, puesto que el valor actual de las primas debe ser igual al valor actual de las prestaciones

$$P \cdot \ddot{a} = A \qquad [18]$$

Despejando P,

$$P = \frac{A}{\ddot{a}} \qquad [19]$$

2. Prima anual de una póliza temporal a n años

Utilizando la ecuación [19] y a $P^1_{x:\overline{n}|}$ para representar la prima neta anual para una póliza temporal a n años,

$$P^1_{x:\overline{n}|} = \frac{A^1_{x:\overline{n}|}}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}} = \frac{M_x - M_{x+n}/D_x}{N_x - N_{x+n}/D_x} = \frac{M_x - M_{x+n}}{N_x - N_{x+n}} \qquad [20]$$

Ejemplo 1.—Calcular la prima neta anual de una póliza de seguro temporal a 5 años por \$ 1.000,00, sobre la vida de un varón de 45 años. Utilizar la *Tabla CSO de 1958*, con el 2,5 por 100,

Solución. Utilizando la ecuación [20],

$$\$\ 1{,}000{,}00P^1_{45:\overline{5}|} = \$\ 1.000{,}00\ \frac{M_{45} - M_{50}}{N_{45} - N_{50}}$$

$$\$\ 1{,}000{,}00P^1_{45:\overline{5}|} = \$\ 1.000{,}00\ \frac{87.334{,}855}{14.023.612{,}9} =$$

$$= \$\ 6{,}23 \qquad \textit{Resp.}$$

3. Primas anuales de una póliza de vida entera

En la *póliza ordinaria* de vida se garantiza una prestación por fallecimiento de \$ 1,00 durante toda la vida y se paga mediante primas que continúa también durante toda la vida del asegurado. De la ecuación [7],

$$A_x = \frac{M_x}{D_x}$$

y si P_x representa la prima neta nivelada de una póliza ordinaria de vida, entonces

$$P_x \cdot \ddot{a}_x = A_x$$

$$P_x = \frac{A_x}{\ddot{a}_x} = \frac{M_x/D_x}{N_x/D_x} =$$

y

$$= \frac{M_x}{\cancel{D_x}} \cdot \frac{\cancel{D_x}}{N_x} = \frac{M_x}{N_x} \qquad [21]$$

Ejemplo 2.—Calcular la prima neta anual de una póliza de vida ordinaria por \$ 1.000,00 sobre la vida de un varón de 45 años. Utilizar la *Tabla CSO de 1958*, con el 2,5 por 100.

Solución. Utilizando la ecuación [21]

$$\$\ 1.000{,}00P_{45} = \$\ 1.000{,}00\ \frac{M_{45}}{N_{45}}$$

$$= \$\ 1.000{,}00\ \frac{1.541.435{,}364}{58.927.803{,}1}$$

$$= \$\ 26{,}16 \qquad \textit{Resp.}$$

En el caso de la *póliza de vida entera con pago limitado*, la prestación es la misma que para la póliza ordinaria de vida, A_x;

no obstante, el número de primas se limita a n. Utilizando ${}_nP_x$ para representar la prima neta anual de esa póliza,

$$ {}_nP_x\ddot{a}_{x:\overline{n}|} = A_x $$

Despejando ${}_nP_x$,

$$ {}_nP_x = \frac{A_x}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}} = $$

$$ = \frac{M_x/D_x}{N_x - N_{x+n}/D_x} = $$

$$ = \frac{M_x}{N_x - N_{x+n}} \qquad [22] $$

Ejemplo 3.—Calcular la prima neta anual de una póliza de vida de 20 pagos por \$ 1.000, sobre la vida de un varón de 45 años. Utilizar la *Tabla CSO de 1958*, con el 2,5 por 100.

Solución. Utilizando la ecuación [18],

$$ {}_{20}P_{45} \cdot \ddot{a}_{45:\overline{20}|} = A_{45} $$

Despejando ${}_{20}P_{45}$,

$$ \$\ 1.000{,}00\,{}_{20}P_{45} = \frac{\$\ 1.000{,}00\ M_{45}}{N_{45} - N_{65}} = $$

$$ = \frac{1.541.435{,}364}{43.849.970{,}5} = $$

$$ = \$\ 35{,}15 \qquad \textit{Resp.} $$

4. Primas anuales del seguro de capital diferido

Según la ecuación [10], el valor de las prestaciones del seguro de capital diferido es:

$$ A_{x:\overline{n}|} = \frac{M_x - M_{x+n} + D_{x+n}}{D_x} $$

Si la prima neta anual de una póliza de capital diferido a n años está representada por $P_{x:\overline{n}|}$, y luego por la ecuación [18],

$$ P_{x:\overline{n}|} \cdot \ddot{a}_{x:\overline{n}|} = A_{x:\overline{n}|} $$

y

$$ P_{x:\overline{n}|} = \frac{A_{x:\overline{n}|}}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}} = $$

$$ = \frac{M_x - M_{x+n} + D_{x+n}}{N_x - N_{x+n}} \qquad [23] $$

Ejemplo 4.—Calcular el valor de \$ 1.000 de $P_{45:\overline{20}|}$ sobre la vida de un varón. Emplear la *Tabla CSO de 1958*, con el 2,5 por ciento.

Solución. Utilizando la ecuación [23],

$$ \$\ 1.000{,}00P_{45:\overline{20}|} = \$\ 1.000{,}00\ \frac{M_{45} - M_{65} + D_{65}}{N_{45} - N_{65}} = $$

$$ = \$\ 1.000{,}00\ \frac{1.909.187{,}3}{43.849.970{,}5} = $$

$$ = \$\ 43{,}54 \qquad \textit{Resp.} $$

5. Prima neta anual para garantizar una renta vitalicia diferida vencida

El problema de averiguar la prima neta anual que se debe pagar desde la edad x hasta la edad $x + n$ para garantizar una renta vitalicia de \$ 1,00, con el primer pago de la misma a la edad de $x + n$, reviste un interés considerable. Vamos a representar mediante $\pi_{x:\overline{n}|}$ la prima neta anual y mediante ${}_n|\ddot{a}_x$ el valor de la prestación de la renta diferida; entonces, como el valor de las primas de la edad x debe ser igual al valor de las prestaciones.

$$ \pi_{x:\overline{n}|} \cdot \ddot{a}_{x:\overline{n}|} = {}_n|\ddot{a}_x $$

y

$$ \pi_{x:\overline{n}|} = \frac{{}_n|\ddot{a}_x}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}} $$

$$ - \frac{N_{x+n}/D_x}{N_x - N_{x+n}/D_x} $$

En la tasación de esa prestación será de desear calcular el numerador sobre la base de la *Tabla de Rentas Vitalicias para 1949* y el denominador por la *Tabla CSO 1958*, para ser conservadora.

Ejemplo 5.—Calcular la prima anual $\pi_{40:\overline{30}|}$, que se debe pagar desde la edad de 40 a 69 años inclusive, para garantizar una renta anual de $ 100,00, primer pago a los 70 años. Se supone que es varón.

Solución. De acuerdo con la *Tabla Anual de 1949* (varones), con el 2,5 por 100.

$$ {}_{30}|\ddot{a}_{40} = \frac{N_{70}}{D_{40}} = \frac{1.234,1543}{362,5710} $$

por lo tanto,

$$ {}_{30}|\ddot{a}_{40} = 3,4039 $$

y $\ddot{a}_{40:\overline{30}|} = 19,233$ (empleando la *Tabla CSO de 1958*); por lo tanto, según la ecuación [24],

$$ \pi_{40:\overline{30}|} = \$\ 100,00\ \frac{3,4039}{19,233} = \$\ 17,70 \qquad \textit{Resp.} $$

RESERVAS

En la ecuación básica del seguro de vida se expresa que el valor descontado de las primas debe ser igual al valor descontado de las prestaciones. Si esto es cierto al inicio del contrato, debe seguir siéndolo en cualquier momento de la vida del mismo ya que se parte de la suposición de que durante todo el transcurso del mismo existe la misma tasa de crecimiento.

Por ejemplo, en el t aniversario de una póliza ordinaria de vida, el valor acumulado de las primas que ya se han pagado, más el valor descontado, más el valor descontado de las que están pendientes de pagar todavía a la edad $x + t$ debe ser igual al valor acumulado de las prestaciones del seguro satisfechas en el transcurso de los primeros t años más el valor descontado de las prestaciones todavía pendientes de satisfacer.

Expresando esta declaración de equivalencia en forma de ecuación, tenemos, según la ecuación [17], que el valor acumulado de las primeras t primas es $P_x \cdot \ddot{s}_{x:\overline{t}|}$, y según la ecuación [14], que el valor descontado de las primas todavía por recibirse es $P_x \cdot \ddot{a}_{x+t}$. De manera similar, el valor acumulado de las prestaciones ya satisfechas es, según la ecuación [9], ${}_tk_x$, y según la ecuación [7], A_{x+t} es el valor descontado de las todavía pendientes de satisfacerse. Poniendo en ecuación el valor de todas las primas con el valor de todas las prestaciones a la edad $x + t$, tenemos:

$$ P_x \cdot \ddot{s}_{x:\overline{t}|} + P_x \cdot \ddot{a}_{x+t} = {}_tk_x + A_{x+t} $$

Transponiendo el segundo término del lado izquierdo de esta ecuación al lado derecho y el primer término de la derecha a la izquierda nos queda:

$$ P_x \cdot \ddot{s}_{x:\overline{t}|} - {}_tk_x = A_{x+t} - P_x \cdot \ddot{a}_{x+t} \qquad [25] $$

El exceso del valor acumulado de las primas sobre el valor acumulado de los beneficios satisfechos es evidentemente la reserva final t de una póliza ordinaria de vida, representada mediante el símbolo ${}_tV_x$, de modo que:

$$ {}_tV_x = P_x \cdot \ddot{s}_{x:\overline{t}|} - {}_tk_x \qquad [26] $$

y debido a la igualdad expresada en la ecuación [25],

$$ {}_tV_x = A_{x+t} - P_x \cdot \ddot{a}_{x+t} \qquad [27] $$

Los puntos de vista tomados en las ecuaciones [26] y [27] se denominan, respectivamente, *retrospectivo* y *prospectivo.*

Las ecuaciones correspondientes a la reserva t en una póliza de seguro a n años son:

$$ {}_tV^1_{x:\overline{n}|} = P^1_{x:\overline{n}|} \cdot \ddot{s}_{x:\overline{t}|} - {}_tk_x \qquad [28] $$

$$ {}_tV^1_{x:\overline{n}|} = A^1_{x+t:\overline{n-t}|} - P^1_{x:\overline{n}|}\ddot{a}_{x+t:n-t} \qquad [29] $$

De manera similar, las fórmulas retrospectiva y prospectiva de las reservas para la póliza de vida con n pagos son:

$$ {}^n_tV_x = {}_nP_x \cdot \ddot{s}_{x:\overline{t}|} - {}_tk_x \qquad (t \leq n) \qquad [30] $$

$$ {}^n_tV_x = A_{x+t} - {}_nP_x \cdot \ddot{a}_{x+t:\overline{n-t}|} \qquad (t \leq n) \qquad [31] $$

$$ {}^n_tV_x = A_{x+t} \qquad (t \geq n) \qquad [32] $$

Las fórmulas correspondientes a un capital diferido a n años son:

$$ {}_tV_{x:\overline{n}|} = P_{x:\overline{n}|} \cdot \ddot{s}_{x:\overline{t}|} - {}_tk_x \qquad (t \leq n) \qquad [33] $$

$$ {}_tV_{x:\overline{n}|} = A_{x+t:\overline{n-t}|} - P_{x:\overline{n}|} \cdot \ddot{a}_{x+t:\overline{n-t}|} \quad (t \leq n) \qquad [34] $$

Ejemplo 1.—Calcular la 15 reserva final neta nivelada de una póliza ordinaria de seguro de vida de $ 1.000, sobre la vida de un varón de 21 años.

Solución. Utilizando la ecuación [26],

$$ \$\ 1.000{,}00\,{}_{15}V_{21} = \$\ 1.000{,}00(P_{21} \cdot \ddot{s}_{21:\overline{15}|} - {}_{15}k_{21}) $$

$$ = \$\ 1.000{,}00\ \frac{M_{21}}{N_{21}} \cdot \frac{N_{21} - N_{36}}{D_{36}} - $$

$$ - \$\ 1.000{,}00\ \frac{M_{21} - M_{36}}{D_{36}} = $$

$$ = \frac{1.794.622.238}{161.928.780{,}9} \cdot \frac{71.971.973{,}3}{3.843.841{,}0} - $$

$$ - \frac{144.854.095}{3.843.841{,}0} = $$

$$ = \$\ (11{,}0828)(18{,}7239) - \$\ 37{,}6847 = $$

$$ = \$\ 207{,}5132 - \$\ 37{,}6847 = $$

$$ = \$\ 169{,}83 $$ *Resp.*

Usando la ecuación [27],

$$ \$\ 1.000{,}00\,{}_{15}V_{21} = \$\ 1.000{,}00A_{36} - \$\ 1.000{,}00P_{21} \cdot \ddot{a}_{36} = $$

$$ = \$\ 1.000{,}00\ \frac{M_{36}}{D_{36}} - (\$\ 11{,}0828)\ \frac{N_{36}}{D_{36}} = $$

$$ = \frac{\$\ 1.649.768.143}{3.843.841} - $$

$$ - (\$\ 11{,}0828)\ \frac{89.956.987{,}6}{3.843.841{,}0} = $$

$$ = \$\ 429{,}1978 - (\$\ 11{,}0828)(23{,}4029) = $$

$$ = \$\ 429{,}1978 - \$\ 259{,}3697 = $$

$$ = \$\ 169{,}83 $$ *Resp.*

Ejemplo 2.—Calcular la 15 reserva final neta nivelada de $ 1.000,00 en a) una póliza temporal a 20 años, b) una póliza de vida con 20 pagos, y c) una póliza de capital diferido a 20 años, sobre la vida de un varón de 21 años todas ellas.

Solución. a) Empleando la ecuación [28],

$$ \$\ 1.000{,}00\,{}_{15}V^{1}_{21:\overline{20}|} = \$\ 1.000{,}00P^{1}_{21:\overline{20}|} \cdot \ddot{s}_{21:\overline{15}|} - \$\ 1.000{,}00\,{}_{15}k_{21} = $$

$$ = \$\ 1.000{,}00\ \frac{M_{21} - M_{41}}{N_{21} - N_{41}}\ (18{,}7239) - $$

$$ - \$\ 37{,}6847 = $$

$$ = \frac{\$\ 198.732.173}{90.175.646{,}8}\ (18{,}7239) - \$\ 37{,}6847 = $$

$$ = (\$\ 2{,}2038) \cdot (18{,}7239) - \$\ 37{,}6847 = $$

$$ = \$\ 41{,}2637 - \$\ 37{,}6847 = $$

$$ = \$\ 3{,}58 $$ *Resp.*

b) Empleando la ecuación [30],

$$ \$\ 1.000{,}00\,{}^{20}_{15}V_{21} = \$\ 1.000{,}00\,{}_{20}P_{21} \cdot \ddot{s}_{21:\overline{15}|} - \$\ 1.000{,}00\,{}_{15}k_{21} = $$

$$ = \$\ 1.000{,}00\ \frac{M_{21}}{N_{21} - N_{41}} \cdot (18{,}7239) - $$

$$ - \$\ 37{,}6847 = $$

$$ = (\$\ 19{,}9014)(18{,}7239) - \$\ 37{,}6847 = $$

$$ = \$\ 372{,}6318 - \$\ 37{,}6847 = $$

$$ = \$\ 334{,}95 $$ *Resp.*

c) Empleando la ecuación [33],

$$ \$\ 1.000{,}00\,{}_{15}V_{21:\overline{20}|} = \$\ 1.000{,}00P_{21:\overline{20}|} \cdot \ddot{s}_{21:\overline{15}|} - \$1.000{,}00\,{}_{15}k_{21} = $$

$$ = \$\ 1.000{,}00\ \frac{M_{21} - M_{41} + D_{41}}{N_{21} - N_{41}} $$

$$ (18{,}7239) - \$\ 37{,}6847 = $$

$$ = \frac{\$\ 3.544.698.675\ (18{,}7239)}{90.175.647} - \$\ 37{,}6847 = $$

$$= (\$\ 39{,}3088)(18{,}7239) - \$\ 37{,}6847 =$$
$$= \$\ 736{,}0140 - \$\ 37{,}6847 =$$
$$= \$\ 698{,}33 \qquad \textit{Resp.}$$

Es interesante observar que los términos negativos en la solución de los anteriores a), b) y c) son idénticos por razones obvias.

VALORES IRRENUNCIABLES

En el capítulo 26 se hizo una exposición de los fundamentos y principios de la Ley de la Irrenunciabilidad, junto con un ejemplo aritmético de su aplicación. Las fórmulas empleadas en la determinación de los valores mínimos legales irrenunciables se pueden expresar fácilmente en términos de símbolos matemáticos.

En la siguiente ecuación se define la «prima ajustada», que debe calcularse con carácter previo a la determinación efectiva de los valores mínimos:

$$P^A\ddot{a}_{x:\overline{n}|} = A + 0{,}02 + 0{,}4\left\{\begin{matrix}P^A\\0{,}04\end{matrix}\right\} + 0{,}25\left\{\begin{matrix}{}^{w\prime}P^A\\P^A\\0{,}04\end{matrix}\right\}$$

en donde,

P^A = la prima ajustada anual para la póliza en cuestión.

n = el número de años del período de pago de primas.

A = la prima neta única para la póliza en cuestión.

${}^{w\prime}P^A$ = la prima anual ajustada de una póliza de vida entera emitida a la misma edad que la póliza que se está estudiando.

Es la *más baja* de las cantidades encerradas entre corchetes la que debe utilizarse cuando se aplica la fórmula.

De la fórmula debe quedar claro que la asignación especial de gastos del primer año no puede ser superior a $ 46 por $ 1.000 de valor nominal.

Según el plan de seguro que se examine, así como la edad en el momento de la emisión, la fórmula anterior puede adoptar varias formas diferentes. Por ejemplo, si se está estudiando un plan relativamente caro de seguro a una edad en la que la prima ajustada de vida ordinaria sería inferior a $ 40 por $ 1.000, la expresión de P^A sería:

$$\frac{A + 0{,}036 + 0{,}25\,{}^{w\prime}P^A}{a_{x:\overline{n}|}}$$

No obstante, si la prima ajustada de vida ordinaria a la edad en cuestión fuera superior a $ 40 por $ 1.000, la expresión de la prima ajustada respecto del mismo plan de seguro sería:

$$\frac{A + 0{,}046}{\ddot{a}_{x:\overline{n}|}}$$

A menudo, son necesarios métodos de eliminación sucesiva para determinar qué forma de la ecuación básica es apropiada.

Ejemplo 1.—Determinar la prima ajustada de un contrato de seguro de vida con 25 pagos, de $ 1.000, emitido a los 40 años.

Solución: El primer problema es averiguar la prima total liquidada al término de la edad de 40 años.

$${}^{w\prime}P^A\ddot{a}_{40} = A_{40} + 0{,}02 + 0{,}65\left\{\begin{matrix}{}^{w\prime}P^A\\0{,}04\end{matrix}\right\}$$

Si, según nuestras conjeturas, ${}^{w\prime}P^A$, *es superior a* $ 40, por $ 1.000, entonces, basándonos en la *Tabla CSO de 1958*, con el 2,5 por 100,

$${}^{w\prime}P^A = \frac{A_{40} + 0{,}046}{\ddot{a}_{40}} = 0{,}02349 < 0{,}04$$

Está claro que nuestra conjetura estaba errada; debíamos haber supuesto que ${}^{w\prime}P^A$ sería superior a $ 40 por $ 1.000. Así pues, la fórmula aplicable para ${}^{w\prime}P^A$ es:

$${}^{w\prime}P^A = \frac{A_{40} + 0{,}02}{\ddot{a}_{40} - 0{,}65} = 0{,}02298$$

Ahora que se ha determinado ${}^{w'}P^A$, la expresión de la prima ajustada de la póliza de vida de 25 pagos que se estudia es:

$$P^A\ddot{a}_{40:\overline{25}|} = A_{40} + 0{,}02 + 0{,}4\left\{\begin{matrix} P^A \\ 0{,}04 \end{matrix}\right\} + 0{,}25\left\{\begin{matrix} 0{,}02298 \\ P^A \end{matrix}\right\}$$

Permitámonos la fundada suposición de que

$$0{,}02298 < P^A < 0{,}04$$

Entonces

$$P^A\ddot{a}_{40:\overline{25}|} = A_{40} + 0{,}02 + 0{,}4P^A + 0{,}25(0{,}02298)$$

Despejando,

$$P^A = 0{,}02888$$

Parece que nuestra suposición fue correcta en este caso. Si no lo hubiera sido, se podría haber encontrado con facilidad la magnitud aproximada de P^A. Para una póliza de $ 1.000, por supuesto, la prima ajustada sería de $ 28,88.

Ejemplo 2.—Hallar el valor efectivo mínimo de la póliza objeto del ejemplo 1, al final del décimo año de póliza.

Solución.

$${}_{10}CV^{MIN} = A_{50} - P^A\ddot{a}_{50:\overline{15}|} = 0{,}23251 \qquad \textit{Resp.}$$

Así, el valor efectivo mínimo de diez años de una póliza de vida de 25 pagos por $ 1.000 emitida sobre una vida de 40 años es de 232,51 $.

Esta solución sigue la regla general de que el valor mínimo irrenunciable se encuentra reduciendo el valor actual de las prestaciones futuras en el valor actual de las futuras primas ajustadas.

Una vez determinada la serie de valores efectivos mínimos, es fácil calcular los importes de cobertura que podrían garantizarse mediante otras opciones irrenunciables y ello mediante la aplicación de los principios matemáticos del seguro de vida. Los valores mínimos reducidos amortizados se basarían en la *Tabla CSO de 1958*, y los valores mínimos del seguro temporal prorrogado se basarían en la *Tabla CET 1958*.

Apéndice D

Funciones selectas de interés compuesto y de descuento

2 por 100

Años	*Importe de 1* — *Cómo crecería 1 $ depositado a interés compuesto*	*Importe de 1 al año* — *Cómo crecería 1 $ depositado periódicamente* *	*Valor actual de 1* — *Qué vale hoy 1 $ debido en el futuro*	*Valor actual de 1 al año* — *Qué vale hoy 1 $ pagadero periódicamente*
1	1,020000	1,000000	0,980392	0,980392
2	1,040400	2,020000	0,961169	1,941561
3	1,061208	3,060400	0,942322	2,883883
4	1,082432	4,121608	0,923845	3,807729
5	1,104081	5,204040	0,905731	4,713460
6	1,126162	6,308121	0,887971	5,601431
7	1,148686	7,434283	0,870560	6,471991
8	1,171659	8,582969	0,853490	7,325481
9	1,195093	9,754628	0,836755	8,162237
10	1,218994	10,949721	0,820348	8,982585
11	1,243374	12,168715	0,804263	9,786848
12	1,268242	13,412090	0,788493	10,575341
13	1,293607	14,680332	0,773033	11,348374
14	1,319479	15,973938	0,757875	12,106249
15	1,345868	17,293417	0,743015	12,849264
16	1,372786	18,639285	0,728446	13,577709
17	1,400241	20,012071	0,714163	14,291872
18	1,428246	21,412312	0,700159	14,992031
19	1,456811	22,840559	0,686431	15,678462
20	1,485947	24,297370	0,672971	16,351433

* Renta vitalicia inmediata: se efectúa el primer depósito al final del primer año.

2 por 100 *(continuación)*

Años	Importe de 1 — Cómo crecería 1 $ depositado a interés compuesto	Importe de 1 al año — Cómo crecería 1 $ depositado periódicamente *	Valor actual de 1 — Qué vale hoy 1 $ debido en el futuro	Valor actual de 1 al año — Qué vale hoy 1 $ pagadero periódicamente
21	1,515666	25,783317	0,659776	17,011209
22	1,545980	27,298984	0,646839	17,658048
23	1,576899	28,844963	0,634156	18,292204
24	1,608437	30,421862	0,621721	18,913926
25	1,640606	32,030300	0,609531	19,523456
26	1,673418	33,670906	0,597579	20,121036
27	1,706886	35,344324	0,585862	20,706898
28	1,741024	37,051210	0,574375	21,281272
29	1,775845	38,792235	0,563112	21,844385
30	1,811362	40,568079	0,552071	22,396456
31	1,847589	42,379441	0,541246	22,937702
32	1,884541	44,227030	0,530633	23,468335
33	1,922231	46,111570	0,520229	23,988564
34	1,960676	48,033802	0,510028	24,498592
35	1,999890	49,994478	0,500028	24,998619
36	2,039887	51,994367	0,490223	25,488842
37	2,080685	54,034255	0,480611	25,969453
38	2,122299	56,114940	0,471187	26,440641
39	2,164745	58,237238	0,461948	26,902589
40	2,208040	60,401983	0,452890	27,355479
41	2,252200	62,610023	0,444010	27,799489
42	2,297244	64,862223	0,435304	28,234794
43	2,343189	67,159468	0,426769	28,661562
44	2,390053	69,502657	0,418401	29,079963
45	2,437854	71,892710	0,410197	29,490160
46	2,486611	74,330564	0,402154	29,892314
47	2,536344	76,817176	0,394268	30,286582
48	2,587070	79,353519	0,386538	30,673120
49	2,638812	81,940590	0,378958	31,052078
50	2,691588	84,579401	0,371528	31,423606
51	2,745420	87,270989	0,364243	31,787849
52	2,800328	90,016409	0,357101	32,144950
53	2,856335	92,816737	0,350099	32,495049
54	2,913461	95,673072	0,343234	32,838283
55	2,971731	98,586534	0,336504	33,174788
56	3,031165	101,558264	0,329906	33,504694
57	3,091789	104,589430	0,323437	33,828131
58	3,153624	107,681218	0,317095	34,145226
59	3,216697	110,834843	0,310878	34,456104
60	3,281031	114,051539	0,304782	34,760887

2 por 100 *(continuación)*

Años	Importe de 1 — Cómo crecería 1 $ depositado a interés compuesto	Importe de 1 al año — Cómo crecería 1 $ depositado periódicamente *	Valor actual de 1 — Qué vale hoy 1 $ debido en el futuro	Valor actual de 1 al año — Qué vale hoy 1 $ pagadero periódicamente
61	3,346651	117,332570	0,298806	35,059693
62	3,413584	120,679222	0,292947	35,352640
63	3,481856	124,092806	0,287203	35,639843
64	3,551493	127,574662	0,281572	35,921415
65	3,622523	131,126155	0,276051	36,197466
66	3,694974	134,748679	0,270638	36,468103
67	3,768873	138,443652	0,265331	36,733435
68	3,844251	142,212525	0,260129	36,993564
69	3,921136	146,056776	0,255028	37,248592
70	3,999558	149,977911	0,250028	37,498619
71	4,079549	153,977469	0,245125	37,743744
72	4,161140	158,057019	0,240319	37,984063
73	4,244363	162,218159	0,235607	38,219670
74	4,329250	166,462522	0,230987	38,450657
75	4,415835	170,791773	0,226458	38,677114
76	4,504152	175,207608	0,222017	38,899132
77	4,594235	179,711760	0,217664	39,116796
78	4,686120	184,305996	0,213396	39,330192
79	4,779842	188,992115	0,209212	39,539404
80	4,875439	193,771958	0,205110	39,744514
81	4,972948	198,647397	0,201088	39,945602
82	5,072407	203,620345	0,197145	40,142747
83	5,173855	208,692752	0,193279	40,336026
84	5,277332	213,866607	0,189490	40,525516
85	5,382879	219,143939	0,185774	40,711290
86	5,490536	224,526818	0,182132	40,893422
87	5,600347	230,017354	0,178560	41,071982
88	5,712354	235,617701	0,175059	41,247041
89	5,826601	241,330055	0,171627	41,418668
90	5,943133	247,156656	0,168261	41,586929
91	6,061996	253,099789	0,164962	41,751891
92	6,183236	259,161785	0,161728	41,913619
93	6,306900	265,345021	0,158556	42,072175
94	6,433038	271,651921	0,155448	42,227623
95	6,561699	278,084960	0,152400	42,380023
96	6,692933	284,646659	0,149411	42,529434
97	6,826792	291,339592	0,146482	42,675916
98	6,963328	298,166384	0,143609	42,819525
99	7,102594	305,129712	0,140794	42,960319
100	7,244646	312,232306	0,138033	43,098352

2,5 por 100

Años	Importe de 1 Cómo crecería 1 $ depositado a interés compuesto	Importe de 1 al año Cómo crecería 1 $ depositado periódicamente *	Valor actual de 1 Qué vale hoy 1 $ debido en el futuro	Valor actual de 1 al año Qué vale hoy 1 $ pagadero periódicamente
1	1,025000	1,000000	0,975610	0,975610
2	1,050625	2,025000	0,951814	1,927424
3	1,076891	3,075625	0,928599	2,856024
4	1,103813	4,152516	0,905951	3,761974
5	1,131408	5,256329	0,883854	4,645828
6	1,159693	6,387737	0,862297	5,508125
7	1,188686	7,547430	0,841265	6,349391
8	1,218403	8,736116	0,820747	7,170137
9	1,248863	9,954519	0,800728	7,970866
10	1,280085	11,203382	0,781198	8,752064
11	1,312087	12,483466	0,762145	9,514209
12	1,344889	13,795553	0,743556	10,257765
13	1,378511	15,140442	0,725420	10,983185
14	1,412974	16,518953	0,707727	11,690912
15	1,448298	17,931927	0,690466	12,381378
16	1,484506	19,380225	0,673625	13,055003
17	1,521618	20,864730	0,657195	13,712198
18	1,559659	22,386349	0,641166	14,353364
19	1,598650	23,946007	0,625528	14,978891
20	1,638616	25,544658	0,610271	15,589162
21	1,679582	27,183274	0,595386	16,184549
22	1,721571	28,862856	0,580865	16,765413
23	1,764611	30,584427	0,566697	17,332110
24	1,808726	32,349038	0,552875	17,884986
25	1,853944	34,157764	0,539391	18,424376
26	1,900293	36,011708	0,526235	18,950611
27	1,947800	37,912001	0,513400	19,464011
28	1,996495	39,859801	0,500878	19,964889
29	2,046407	41,856296	0,488661	20,453550
30	2,097568	43,902703	0,476743	20,930293
31	2,150007	46,000271	0,465115	21,395407
32	2,203757	48,150278	0,453771	21,849178
33	2,258851	50,354034	0,442703	22,291881
34	2,315322	52,612885	0,431905	22,723786
35	2,373205	54,928207	0,421371	23,145157
36	2,432535	57,301413	0,411094	23,556251
37	2,493349	59,733948	0,401067	23,957318
38	2,555682	62,227297	0,391285	24,348603
39	2,619574	64,782979	0,381741	24,730344
40	2,685064	67,402554	0,372431	25,102775

2,5 por 100 *(continuación)*

Años	Importe de 1 Cómo crecería 1 $ depositado a interés compuesto	Importe de 1 al año Cómo crecería 1 $ depositado periódicamente *	Valor actual de 1 Qué vale hoy 1 $ debido en el futuro	Valor actual de 1 al año Qué vale hoy 1 $ pagadero periódicamente
41	2,752190	70,087617	0,363347	25,466122
42	2,820995	72,839808	0,354485	25,820607
43	2,891520	75,660803	0,345839	26,166446
44	2,963808	78,552323	0,337401	26,503849
45	3,037903	81,516131	0,329174	26,833024
46	3,113851	84,554034	0,321146	27,154170
47	3,191697	87,667885	0,313313	27,467483
48	3,271490	90,859582	0,305671	27,773154
49	3,353277	94,131072	0,298216	28,071369
50	3,437109	97,484349	0,290942	28,362312
51	3,523036	100,921458	0,283846	28,646158
52	3,611112	104,444494	0,276923	28,923081
53	3,701390	108,055606	0,270169	29,193249
54	3,793925	111,756996	0,263579	29,456829
55	3,888773	115,550921	0,257151	29,713979
56	3,985992	119,439694	0,250879	29,964858
57	4,085642	123,425687	0,244760	30,209617
58	4,187783	127,511329	0,238790	30,448407
59	4,292478	131,699112	0,232966	30,681373
60	4,399790	135,991590	0,227284	30,908656
61	4,509784	140,391380	0,221740	31,130397
62	4,622529	144,901164	0,216332	31,346728
63	4,738092	149,523693	0,211055	31,557784
64	4,856545	154,261786	0,205908	31,763691
65	4,977958	159,118330	0,200886	31,964577
66	5,102407	164,096289	0,195986	32,160563
67	5,229967	169,198696	0,191206	32,351769
68	5,360717	174,428663	0,186542	32,528311
69	5,494734	179,789380	0,181992	32,720303
70	5,632103	185,284114	0,177554	32,897857
71	5,772905	190,916217	0,173223	33,071080
72	5,917228	196,689122	0,168998	33,240078
73	6,065159	202,606351	0,164876	33,404954
74	6,216788	208,671509	0,160855	33,565809
75	6,372207	214,888297	0,156931	33,722740
76	6,531513	221,260504	0,153104	33,875844
77	6,694800	227,792017	0,149370	34,025214
78	6,862170	234,486818	0,145726	34,170940
79	7,033725	241,348988	0,142172	34,313113
80	7,209568	248,382713	0,138705	34,451817

2,5 por 100 *(continuación)*

Años	*Importe de 1* — *Cómo crecería 1 $ depositado a interés compuesto*	*Importe de 1 al año* — *Cómo crecería 1 $ depositado periódicamente* *	*Valor actual de 1* — *Qué vale hoy 1 $ debido en el futuro*	*Valor actual de 1 al año* — *Qué vale hoy 1 $ pagadero periódicamente*
81	7,389807	255,592280	0,135322	34,587139
82	7,574552	262,982087	0,132021	34,719160
83	7,763916	270,556640	0,128801	34,847961
84	7,958014	278,320556	0,125659	34,973620
85	8,156964	286,278570	0,122595	35,096215
86	8,360888	294,435534	0,119605	35,215819
87	8,569911	302,796422	0,116687	35,332507
88	8,784158	311,366333	0,113841	35,446348
89	9,003762	320,150491	0,111065	35,557413
90	9,228556	329,154253	0,108356	35,665768
91	9,459578	338,383110	0,105713	35,771481
92	9,696067	347,842687	0,103135	35,874616
93	9,938469	357,538755	0,100619	35,975235
94	10,186931	367,477223	0,098165	36,073400
95	10,441604	377,664154	0,095771	36,169171
96	10,702644	388,105758	0,093435	36,262606
97	10,970210	398,808402	0,091156	36,353762
98	11,244465	409,778612	0,088933	36,442694
99	11,525577	421,023077	0,086764	36,529458
100	11,813716	432,548654	0,084647	36,614105

3 por 100

1	1,030000	1,000000	0,970874	0,970874
2	1,060900	2,030000	0,942596	1,913470
3	1,092727	3,090900	0,915142	2,828611
4	1,125509	4,183627	0,888487	3,717098
5	1,159274	5,309136	0,862609	4,579707
6	1,194052	6,468410	0,837484	5,417191
7	1,229874	7,662462	0,813092	6,230283
8	1,266770	8,892336	0,789409	7,019692
9	1,304773	10,159106	0,766417	7,786109
10	1,343916	11,463879	0,744094	8,530203
11	1,384234	12,807796	0,722421	9,252624
12	1,425761	14,192030	0,701380	9,954004
13	1,468534	15,617790	0,680951	10,634955
14	1,512590	17,086324	0,661118	11,296073
15	1,557967	18,598914	0,641862	11,937935
16	1,604706	20,156881	0,623167	12,561102
17	1,652848	21,761588	0,605016	13,166118
18	1,702433	23,414435	0,587395	13,753513

3 por 100 *(continuación)*

Años	*Importe de 1* — *Cómo crecería 1 $ depositado a interés compuesto*	*Importe de 1 al año* — *Cómo crecería 1 $ depositado periódicamente* *	*Valor actual de 1* — *Qué vale hoy 1 $ debido en el futuro*	*Valor actual de 1 al año* — *Qué vale hoy 1 $ pagadero periódicamente*
19	1,753506	25,116868	0,570286	14,323799
20	1,806111	26,870374	0,553676	14,877475
21	1,860295	28,676486	0,537549	15,415024
22	1,916103	30,536780	0,521893	15,936917
23	1,973587	32,452884	0,506692	16,443608
24	2,032794	34,426470	0,491934	16,935542
25	2,093778	36,459264	0,477606	17,413148
26	2,156591	38,553042	0,463695	17,876842
27	2,221289	40,709634	0,450189	18,327031
28	2,287928	42,930923	0,437077	18,764108
29	2,356566	45,218850	0,424346	19,188455
30	2,427262	47,575416	0,411987	19,600441
31	2,500080	50,002678	0,399987	20,000428
32	2,575083	52,502759	0,388337	20,388766
33	2,652335	55,077841	0,377026	20,765792
34	2,731905	57,730177	0,366045	21,131837
35	2,813862	60,462082	0,355383	21,487220
36	2,898278	63,275944	0,345032	21,832252
37	2,985227	66,174223	0,334983	22,167235
38	3,074783	69,159449	0,325226	22,492462
39	3,167027	72,234233	0,315754	22,808215
40	3,262038	75,401260	0,306557	23,114772
41	3,359899	78,663298	0,297628	23,412400
42	3,460696	82,023196	0,288959	23,701359
43	3,564517	85,483892	0,280543	23,981902
44	3,671452	89,048409	0,272372	24,254274
45	3,781596	92,719861	0,264439	24,518713
46	3,895044	96,501457	0,256737	24,775449
47	4,011895	100,396510	0,249259	25,024708
48	4,132252	104,408396	0,241999	25,266707
49	4,256219	108,540648	0,234950	25,501657
50	4,383906	112,796867	0,228107	25,729764
51	4,515423	117,180773	0,221463	25,941227
52	4,650886	121,696197	0,215013	26,166240
53	4,790412	126,347082	0,208750	26,374990
54	4,934125	131,137495	0,202670	26,577660
55	5,082149	136,071620	0,196767	26,774428
56	5,234613	141,153768	0,191036	26,965464
57	5,391651	146,388381	0,185472	27,150936
58	5,553401	151,780033	0,180070	27,331005

3 por 100 *(continuación)*

Años	*Importe de 1* — *Cómo crecería 1 $ depositado a interés compuesto*	*Importe de 1 al año* — *Cómo crecería 1 $ depositado periódicamente* *	*Valor actual de 1* — *Qué vale hoy 1 $ debido en el futuro*	*Valor actual de 1 al año* — *Qué vale hoy 1 $ pagadero periódicamente*
59	5,720003	157,333434	0,174825	27,505831
60	5,891603	163,053437	0,169733	27,675564
61	6,068351	168,945040	0,164789	27,840353
62	6,250402	175,013391	0,159990	28,000343
63	6,437914	181,263793	0,155330	28,155673
64	6,631051	187,701707	0,150806	28,306478
65	6,829983	194,332758	0,146413	28,452892
66	7,034882	201,162741	0,142149	28,595040
67	7,245929	208,197623	0,138009	28,733049
68	7,463307	215,443551	0,133989	28,867038
69	7,687206	222,906858	0,130086	28,997124
70	7,917822	230,594064	0,126297	29,123421
71	8,155537	238,511886	0,122619	29,246040
72	8,400017	246,667242	0,119047	29,365088
73	8,652018	255,067259	0,115580	29,480667
74	8,911578	263,719277	0,112214	29,592881
75	9,178926	272,630856	0,108945	29,701826
76	9,454293	281,809781	0,105772	29,807598
77	9,737922	291,264075	0,102691	29,910290
78	10,030060	301,001997	0,099700	30,009990
79	10,330962	311,032057	0,096796	30,106786
80	10,640891	321,363019	0,093977	30,200763
81	10,960117	332,003909	0,091240	30,292003
82	11,288921	342,964026	0,088582	30,380586
83	11,627588	354,252947	0,086002	30,466588
84	11,976416	365,880536	0,083497	30,550086
85	12,335709	377,856952	0,081065	30,631151
86	12,705780	390,192660	0,078704	30,709855
87	13,086953	402,898440	0,076412	30,786267
88	13,479562	415,985393	0,074186	30,860454
89	13,883949	429,464955	0,072026	30,932479
90	14,300467	443,348904	0,069928	31,002407
91	14,729481	457,649371	0,067891	31,070298
92	15,171366	472,378852	0,065914	31,136212
93	15,626507	487,550217	0,063994	31,200206
94	16,095302	503,176724	0,062130	31,262336
95	16,578161	519,272026	0,060320	31,322656
96	17,075506	535,850186	0,058563	31,381219
97	17,587771	552,925692	0,056858	31,438077
98	18,115404	570,513463	0,055202	31,493279
99	18,658866	588,628867	0,053594	31,546872
100	19,218632	607,287733	0,052033	31,598905

Indice temático

Abierto, contrato, seguro de vida fraternal, 882-84.

Accidentales, medios, cláusula de aseguramiento, 352, 370-71.

Accidente, muerte por: prestaciones, 385, 522; seguro flotante, 348-49; costes de las reclamaciones, 626; definición, 268; seguro colectivo, 754; prestaciones del seguro industrial, 814; apéndices, 352.

Accidentes, cobertura voluntaria, 756.

Accidentes de viaje, cobertura: 756.

Accidentes, póliza sólo contra: 332-334.

Accidentes, prestación flotante de gastos por: 395.

Accidentes y de enfermedad, condiciones de las pólizas individuales de, Ley Uniforme de la ANIS, 1068-71.

Accidentes y de enfermedad regulación de los seguros de, Ley de la ANIS 1946, 1068-76.

Acciones ordinarias: 977, 999; como inversión, 963.

Acciones preferentes, 977, 999; e inversiones, 963.

Acreedores, seguro como protección contra reclamaciones de, 46-7; protección contra, 80; derechos del beneficiario, 290-93.

Acreedor y deudor, relación entre, e interés asegurable, 216-18.

Activo, cálculos de la participación en el, 527, 532-33; modelo ilustrativo, 536-43.

Activo, participación en el, definición, 556; razones para pagar menos de la, 556-7; relación de los valores de rescate y las reservas con la, 566.

Activos admitidos, 995.

Activos, clasificación de los, 996-1005; regulación estatal de los, 1082-83.

Activos no admitidos, 995.

Activos no registrados, 995.

Activos registrados, 992.

Actuarial, base, NSLI, 833-34.

Actuarial, departamento, 931.

Actuarios, sociedad de, 536, 617; Comité de Seguro de Enfermedad, 606; Comité de mortalidad para las vidas aseguradas de manera individual, 438.

Actuarios, tabla de los, 438.

Acumulaciones, 388; cálculos para las, 1171-76; norma contra, 326; «patrimonio adquirido», 23.
Acumulación con intereses, como opción en cuanto a los dividendos, 596.
Acumulaciones, norma contra, 326.
Acumulación, período de, 395; y rentas vitalicias, 159-63; acumulación, tipo de, 785.
Acumulado, valor, de 1 $, 443-44.
Adeudo mensual ordinario del seguro de vida, 804.
Adhesión, contrato de, 205, 224-27.
Administración de depósitos, contratos, 796.
Administración, departamento de, 934.
Afecto, el interés asegurable y el, 213-16.
Aficiones, como factor que influye sobre el riesgo, 667-68.
Afirmativas, informaciones, 230.
Agentes diplomados de seguros de vida, 951.
Agentes, retribución de los, seguro industrial, 824-25; contratos con los, 947-49; la normativa en relación con los, 237-40; responsabilidad de los, 242; la expedición de licencias a los, 1076-78; limitaciones de la póliza, 240-42; facultades de los, 238; informe de los, como fuente de información, 670; formación de los, 949-51.
Agentes generales, sistema de, 941, 943-45; comparado con el de sucursales, 945-46.
Ahorro, elemento de, en el contrato, 247-48.
Ahorro, el seguro dotal (o de capital diferido), como 150-52; el seguro de vida como método, 42-5; y la póliza de vida ordinaria, 116-19.
Ahorros de sueldos, seguro de, relación entre el seguro colectivo y el, 753.
Aleatorio, contrato, 205.
American Experience Table of Mortality, 437, 518, 833, 1035.
American Men Mortality Table, 437.
«Amistosas, sociedades», 806-07.
Amortizables, títulos, como activo, 965-68.
Amortización, fondo de, 68-9.
Amortización, nivel de, 593.
Andrews contra Partridge, 286.
Anexos complementarios, 1029-30.
Anexos, procedencia sobre el modelo de póliza, 226.
Annuity Table for 1949 (Tabla de rentas vitalicias para 1949), 437, 473, 471-73 (T), 475, 492, 1178, 1180, 1187.
Anticipos sobre la póliza, tipos de interés en los, 256.
Anticipos sobre pólizas, 980, 1002.
Antiselección, 654.
Anual, prima neta, 456-57.
Anulación, cláusula de, 817.
Apéndices complementarios, 1029-1030.
Apropiación indebida de fondos, 293.
Armstrong, encuesta, 887.
Asegurabilidad garantizada, opción, 688-89.
Asegurabilidad, protección de la, por el seguro temporal, 105-08.
Asegurabilidad, prueba, 252-53.
Asegurador, contratos con opción del, 405-06.
Asegurador de vida, papel del, 38-9.
Aseguradores de Vida, Asociación Nacional de, 951.
Asegurador, limitaciones en sus obligaciones, 400-02.
Asesinato por el beneficiario, 246.
Asignación de sueldos, planes de, 350-51.
Asistencia sanitaria en los años 70, programa de, 49-51.

Asistencia Sanitaria Nacional, Ley 1975, 51.
Asistencia social a los empleados, planes, 69-70, 349.
Asociación de Asesores de Seguros de Vida, 299.
Asociación Dental Norteamericana, 762.
Asociación de Seguros de Vida de América del Norte, 256.
Asociación Nacional de Inspectores (o Comisionados) de Seguros (ANIS), 408, 438, 544, 642, 958, 965, 968, 988, 1027, 1053, 1058, 1061-62, 1068, 1075, 1085, 1089, 1149; Proyecto de Ley Modelo, 138-39, 257; definición modelo, seguro de vida colectivo, 730-31.
Asociación Norteamericana de Seguros de Enfermedad, 607.
«Auditorías de las compañías de seguros de vida por acciones», 984.
Automóvil, trabajadores de la industria del, 737.
Autoridad en la empresa, niveles de, 928-30.
Aviación, exclusión del riesgo de, 260-61, 666.

Balance de situación, 991-92, 993-94 (T), 1028-29; prudencia en el, 1045-1046; interpretación del, 996-1012.
Baremos médicos, 360-61.
Base a un plazo de un año, 603-04.
Base del devengo, en contabilidad, 995-96.
Bases económicas, seguros de vida y de enfermedad, 19-29.
Base valorada, definición, 376.
Beneficiario (*Ver* también interés asegurable), cesación del interés asegurable y, 280-81; cambio de, 273-76, 278-79; claridad en la designación, 276-77, derechos de los acreedores y, 283-93; muerte del **asegurado a manos del, 281;** designación del, 277-79; menor como, 277-78; condiciones NSLI, condiciones SGLI, 840-41; legislación de los Estados, sobre cesiones por el, 300; transmisibilidad del interés por, 301; derechos reconocidos al, 272-73.
Beneficiario, derechos reconocidos al, 272-73.
Beneficario primario, derechos del, 321-23; como condición, 276.
Beneficio de no deducción, 494 *nota*.
Beneficio mutuo, certificado de, apéndice de interés del beneficiario, 275-76.
Beneficios adicionales, y recargo, 147, 531.
Beneficios de sociedades, impuesto federal, 1094-105.
Beneficio secundario, derechos del, 321-23.
Beneficios imponibles, ejemplo de cálculo, 1099-105.
Beneficios, protección legal, 289-90.
Bienes raíces, 979-80, 1001; como inversión, 964-65.
Blue Cross, 353-56; plan básico, 357-59; características distintivas de, 360-63; cobertura médica principal, 201.
Blue Shield, 353; plan básico, 357-359; categorías, 356-57; características distintivas de, 360-63; cobertura médica principal, 359.
Brown v. Equitable Life Assurance Society, 301.
Burlingham v. Couse, 286.

Cajas de ahorros, división de seguros de las, 891-94.
Cajas de ahorros, seguro de vida de las, administración y supervisión, 891-93; alcance y crecimiento, 894; naturaleza del, 888-91; origen y finalidad, 886-88.

Cambio de plan, cláusula de, 263.
Cambio de trabajo u ocupación, cláusula de, 384.
Cammack v. Lewis, 216.
Cancelables, contratos, 405.
Cancelación, índices, 453, 538-39.
Cancelación no intencionada, 251, 258.
Cancelación, privilegio de, en las opciones de liquidación, 320-22.
Cancelaciones, efecto sobre las tarifas, 618; seguro industrial, 823; tarifas como módulos de la explotación, 1038-40.
Capacidad de las partes, 205-07.
Capital, en el balance, 1011-12.
Capital, ganancias de, 1016, 1034-35; como fuente de los excedentes, 578-79.
Capital humano, concepto, 19-20.
Capital, pérdidas de, 1018, 1034-35.
Captación de clientes, métodos de, 1076-81.
Carencia ampliada, y reaseguro, 714-716.
Carencia, períodos de, 635-36; como limitación, 378.
Carlisle, tablas de, 217.
Cartera, diversificación, 73-5.
Cartera, sociedad de, 907-08.
Causa como elemento del contrato, 211-12.
Ceguera e incapacidad, prestaciones por, 851-52.
Certidumbre, el seguro como medio para conseguir la, 44; la ley de la, 416-18; y el bajo coste de la, 16-7.
Cesión absoluta, 296.
Cesionarios, interés asegurable y, 218-20.
Cesión como garantía, modelo. de la Asociación de Bancos Americanos (modelo ABA), 299-301.
Cesiones, modelo ABA, 299-301; y cambio de beneficiario, 295; clases, 295-96; seguro industrial, 818; seguro de vida y otras pólizas, 293-95; leyes de los estados acerca de las, 300-01 restricciones de la póliza, 296-99.
Cesión, modelo ABA IV, 1142-45.
Cheeves v. Anders, 217.
Ciclo vital, póliza, 84.
Ciudadanos enemigos, y problemas de los contratos, 206.
Cláusulas de la póliza, inexactitud en la edad, 258-59; limitaciones del agente en, 239-42; dividendos anuales, 258; cláusula de cesión, 293-295; exclusión de la aviación en, 260-61; cláusula beneficiaria, 271-81; cambio de plan, 263, derechos del acreedor, 283-93; cláusula de incapacidad, 263-67; cláusula de doble indemnización, 267-68; naturaleza dual de las, 247-48; cláusula de todo el contrato, 250; plazo de gracia, 251; seguro de enfermedad, 367-410; cláusula de indisputabilidad, 235-37, 251-52; irrenunciabilidad, 254-55; los anticipos sobre la póliza, 255-58; rehabilitación, 252-54; opciones de liquidación, y, 303-26; especial, 259-63; cláusulas tipo o standard, 250-59; cláusula de suicidio, 259-60; exclusión de riesgos de guerra, 260-61.
Clayton, Ley, 1058.
Cliente, adaptación de la póliza al, 197-99.
Clientela, diversificación de la, 75.
Coaseguro, plan de, para el reaseguro, 694-95.
Coaseguro, plan modificado, para el reaseguro, 695-99.
Coaseguro porcentual, 396.
Cobertura, cláusula, 368-70.
Coberturas adicionales totalmente pagadas, opción, 596.
Cociente del secretario, 1096.
Código de Publicidad de la ANIS, 1080.
Código de Rentas Internas, 764, 769, 778, 800, 801.

Código Fraternal Uniforme, 881.
Coeficiente o cociente de gastos, 1043.
Colectiva, contratos de renovación, 404-06.
Colectiva, convenios de negociación, 773-74.
Colectiva, modelos de renovación, 349-50.
Colectiva por acciones, sociedad. (*Ver* Sociedad de tipo familiar).
Colectiva, sociedad, 63-65.
Colectivas, pólizas, de enfermedad, como fuente de datos sobre la morbilidad, 608-09.
Colectivas, pólizas, distribución de los excedentes, 648-49.
Colectivo permanente, contrato, 794.
Colectivo, plan, a plazo y liberado, 745-50.
Colectivo, seguro de vida, y de crédito, 752.
Colectivo, seguro, reservas y responsabilidades, 646-47.
Colectivo, seguro, 348; ventajas, 727-28; rentas, 762 (*Ver también* planes de pensiones); características distintivas, 722-29; tarificación experimental en, 727; flexibilidad en, 726; modelos, 729; fraternal, 876-78; de enfermedad, 754-62; de vida, 730-54; limitaciones, 728-29; bajo coste del, 725-26; contrato base, 725; selección, 722-24; tributación del seguro de vida temporal, 729.
Colegio Norteamericano de Aseguradores de Vida, 950.
Combinados, contratos, póliza o apéndice de ingresos familiares, 175-81; póliza o apéndice de mantenimiento de la familia, 180-81; póliza familiar, 184-86; pólizas de cobertura múltiple, 183-84; contrato de ingresos a la jubilación, 181-83.
Comerciales, compañías, de seguros de vida, 900-19.
Comercialización, seguro de vida, posibilidades de, 71-3.
Comercial, seguro de vida, en relación con el NSLI, 834-35.
Comisión Federal de Comercio, Ley, 1058, 1067, 1079, 1081.
Comisión de Gestión Bancaria de la Asociación de Bancos Americanos, 299.
Comisión de Valores y Bolsa, 168, 798; y rentas vitalicias, 170-71; posición acerca de las pólizas de seguro de vida variable, 138-39.
Comisión Presidencial sobre Estructuras y Regulación Financieras, 257.
Comisión pura, contrato de, 948.
Comité Actuarial y Estadístico, 607.
Comité de Contabilidad y Auditoría en los Seguros, 984.
Comité de Mortalidad de la Sociedad de Actuarios, 434.
Comité de Mortalidad en Seguros y Rentas Ordinarios, 536.
Comité Especial sobre empresas de cartera de seguros, 908.
Comité sobre terminología en materia de pensiones y distribución de beneficios de la comisión sobre terminología de los seguros, 781 *nota*.
Commissioners 1960 Standar Group Mortality Table, 437.
Commissioners 1961 Industrial Mortality Table, 437.
Compañía por acciones, 4, 575-76; 901-02; control en, 905-08.
Compañías, organización de la producción, 941-52; características de cada una de las, 919-25; de vida, comerciales, 899-919; control, 905-911; coste, y, 922-23; comparación de los costes, 911-12, 913-16; valoración de cada una, 1031-49; orga-

nización del sistema de producción, 938-52; organización de la oficina principal, 927-34; inversiones, 71-81, 953-82; actividades comerciales, 935-38; mutuas, 575-76, 902-04; obligaciones en las rentas, 159-63; constitución y autorización, 1064-66; procedimientos de constitución, 899-905; garantía, 910-911, 923-25; acciones, 576, 901-02; solidez, 1046-49; y valores de rescate, 553-59.
Comparación de costes, método tradicional, 913-16.
Compensación diferida, acuerdos de, 70.
Compensaciones, esquema, seguro colectivo, 735-39.
Complementarios, contratos, 1007; como módulos de la explotación, 1041.
Compra y venta, acuerdos de, 64-8.
Condicional, contratos de renovación, 404-06.
Condicional, recibo, 207-08.
Condiciones de las pólizas individuales de accidentes y de enfermedad, ley uniforme, 408-10, 1149-1167; variaciones en los diferentes Estados, 1167-69.
Condon v. New York Life, 272.
Conferencia de Nueva York, proyecto, 881.
Conjuntas, rentas, 158-59, 165-66.
Conjunto, seguro, 128.
Conmutado, valor, definición, 189.
Conmutativo, contrato, 205.
Connecticut Mutual Life Insurance Company, 21.
Connecticut, Norma de, 280.
Con participación, compañías, 534-535, 912-919.
Consanguinidad, el interés asegurable y los lazos de, 213-15.
Consejeros de una compañía, 928-30.
Consejo de Formación de los Aseguradores de Vida, 950-51.
Consejo de Seguros de Enfermedad, 389.
Consejo de Seguros de Vida de las Cajas de Ahorros, 891-94.
Consentimiento mutuo, 207-10.
Conservación, orden de, 1087.
Constitución de los EE. UU., 1054-1056.
Constitución física, como factor que influye sobre el riesgo, 661-62.
Consumo, índice de precios de (CPI), 132, 196-97, 860-62.
«Contabilidad oficial», 985.
Contabilidad, principios, generalmente aceptados, 983-87.
Contabilidad y auditoría, departamento de, 932.
Contable, valor, concepto de, 972.
Contingencia, margen de, 15; efecto sobre la prima, 625.
Contingencias, reservas para, 646-47.
Contingencias, seguro temporal y, 108.
Contingente, beneficiario, 276-78.
Contingentes, intereses, y comercialización, 88-9.
Contingentes, reserva para prestaciones futuras, 643.
Continuación, cláusulas de, 404,06.
Continuidad del interés asegurable, 220-22.
Continuidad, tasa de, definición, 624.
Contractuales, pagos, 1017-18.
Contrato base, uso, en el seguro colectivo, 722-23.
Contrato, cumplimiento, 226-29.
Contratos (*Ver también* cláusulas de la póliza), naturaleza dual de los modernos, 247-48; su aplicación tal y como es, 227; control legal, 248-49; no cancelable, 404.
Contrato totalmente pagado, como opción del dividendo, 596.
Contribución, plan de, 586-94.
Contribución definida, fórmula, 771, 774.

Conversión de la edad original, método de, 100.
Conversión por la edad alcanzada, método de, 99-101.
Conversión, privilegio de, seguro de vida colectivo, 741-42; seguro industrial, 814-16; SGLI, 841.
Corcoran v. Mutual Life Insurance Company, 301.
Corredores, expedición de licencias a los, 1076-78.
Correo, reglas prácticas de comercio relativas a la publicidad de seguros por, 1067, 1078-79.
Correos de EE. UU., servicio de, 1067.
Coste de la vida, prestaciones por el, 771-74.
«Coste del seguro», concepto, 503-08.
Coste de vida, póliza, 196-97.
Costes actuariales de las prestaciones devengadas, método de, 782-83.
Costes actuariales de los beneficios proyectados, métodos de, 783-87.
Costes actuariales, métodos de, definición, 780-85.
Costes unitarios de las prestaciones, métodos de, en los siniestros, 610-11.
Coste uniforme acumulado, método del, 783-85.
Crecimiento, tasa, como módulo de la explotación, 1038-41.
Crédito en el negocio, línea de, 58-62.
Cuantía de la póliza, primas graduadas en razón de la, 543-45.
«Cuenta común», 1005.
Cuentas separadas, 1004; financiación, 83; utilidad, 798.

Dalby v. India, 221.
Datos, departamento, tratamiento o proceso electrónico de, 932-33.
Declaración, inexacta, interpretación, 231-33.
Declaración de principios (1948), 1070.
Decreciente, seguro temporal, 104-105, 142-44.
Deducción de la nómina, planes con, 349-50.
Deductivo, razonamiento, 418-19.
Deficiencia, reservas de, 520-21.
Definición principal, 441.
Demencia y problemas contractuales, 206-07.
Demora, cláusula de, 255, definición, 568-69.
Departamentos, división de, 931-34.
«Dependiente», significado del término, 276.
Deportivas, aficiones, como factor del riesgo, las, 667-68, 706-07.
Depósito fiduciario, cláusulas, 292-293.
Depósitos, pagos con cargo a recursos en, 1017-18.
Depósitos, Sociedad de Seguros de, Ley Federal, 1088-89.
Depresión, efecto sobre las inversiones, 71-2.
Depresión, gran, 978.
Derechos Civiles, Ley de 1964, 769, 776.
Derramas, sistema de, sociedades de socorros mutuos, 878-79, 886.
Desaparición, cláusula de, 245.
Descuentos, cálculos, 1171-72, WBOS, 1172-75.
Descuento, funciones, seleccionadas, 1195-202 (T).
Descuentos, primas, 101.
Descuento por cantidad, sistema, 544-45.
Desembolsos, 1017-18.
Desempleo, riesgo, 25-7.
Designaciones no individuales, 277.
Desleales, prácticas comerciales, 682-84.
Desleales, prácticas publicitarias, 1079-81.

Devolución al contado, renta con, 161-62.
Devolución, cláusula de, en las rentas vitalicias, 158-63.
Devolución de primas, contratos por, 195.
Devolución de primas, en las rentas vitalicias, 480-81.
Devolución de primas, pólizas con, 495-98.
Devolución, rentas con, 497-98.
Devolver la póliza, opción a, seguro industrial, 814.
Diferida, renta, 158; prima, 491-93.
Dirección comercial, organización y desarrollo, 935-38.
«Directa e independiente», consecuencia, 369-70.
Directivos, retribución, seguro industrial, 824-25.
Directivos de la compañía, 930.
Directrices para la actividad aseguradora desarrollada por correo, 1067, 1081.
Discrecional, juicio, efecto sobre las tarifas, 618-19; como sistema de tarificación, 674-75.
Distribución, principios de la, 585-586.
Distribución de dividendos, sistemas, 584-85.
Distribución territorial, 74.
Disuación, como objeto de la legislación reguladora, 1052-54.
Diversificación de las inversiones de las compañías, 73-6.
Diversificación por el número, 74.
Dividendo anual, plan de, 584.
Dividendo, factor de interés, 587-90.
Dividendo garantizado, póliza con, 195-96.
Dividendo, patrón del, 593-94.
Dividendos, 576, 1007, 1008, 1018; anual, 258; adicional, 594; frecuencia de la distribución, 584-85; seguro industrial, 818-20; factor de interés, 587-90; factor de recargo, 592-93; factor de mortalidad, 590-92; opciones, 595-98; a tenedores de pólizas, 1043-45; liquidación, 595; planes especiales, 684-85; a los accionistas, 1045.
Dividendos anuales, 258.
Dividendos de liquidación, 595.
Dividendos diferidos, plan de, 584.
Doble derecho, 854.
Doble indemnización, prestaciones, 387-88; cláusula, 267-69.
Doble supervisión de los contratos de renta variable, 169.
Docentes, instituciones, planes de pensiones y, 800-01.
Dotal puro, seguro, primas, 464-65.
Dote doble, 466.
Duración, como factor de la inversión, 79.

Edad, la acumulación de fondo y la, 6-8; y la doble indemnización, 269; seguro a edades extremas, 690-91; como factor que influye en el riesgo, 660, 701-02; la declaración inexacta de la edad, 258-59; y la mortalidad 433-34; la garantía de la vejez, 763-67; como variable de la tarificación; 633; declaraciones del proponente sobre la, 233.
Efectivo, como activo, 996-97; como base contable, 995-96; como opción del dividendo, 595; y valor de rescate, 568-69.
Efectos públicos, 974-76; Enfermedad, seguro público de, 842-62; vida seguro público de, 827-41; regulación pública del seguro (*Ver* normas de los Estados); efectos públicos, 974-76, 998.
Ejecución del asegurado, 246.
Embarazo, complicaciones del, 399.
Embriaguez, y problemas contractuales, 206-07.

Emergencia, fondo de, atributos de, 81; el seguro de vida como, 61-2.
Empleados federales, seguro de vida colectivo (FEGLI), 838-39.
Enajenación de bienes y acuerdo de liquidación, 324-26.
Enfermedad, base de cada, 396.
Enfermedad, declaraciones del proponente en el seguro de, 231-33.
Enfermedad, plan de, seguro nacional de, 860-62; propuestas, 863-872 (T).
Enfermedad, planes de seguro de, privados y no comerciles, 353-64.
Enfermedad, planes independientes de seguro de, 363-64.
Enfermedad, seguro de, ventajas para el asegurado tomador del seguro, 41-51; costos anuales de los siniestros, 626-33; planteamientos básicos, 31-41; cláusulas sobre prestaciones, 371-404; flotante, 348-49; *Blue Cross and Blue Shield*, 353-63; planes comerciales, 332-53; cláusulas de continuación, 404-06; apéndices de incapacidad, 350-51; deber de asegurar, 40-1; base económica, 40-1; exclusiones, 381; exclusiones y suspensión de la protección, 406-08; franquicia, 349-50; condiciones generales, 408-410; público, 842-62; independiente, 363-64; individual, 332-42, 605-607; industrial, 347-48, 803-26; cláusula de aseguramiento, 368-72; comercialización, 935-38; como medio de financiar los acuerdos de continuación de negocio, 68-9; morbilidad y, 604-19; necesidades y protección, 36; número de personas con protección, (EE. UU.), 332 (T); resultados de explotación, 1042-43; como algo contrario al juego, 15-7; planificación, 38-40; planes disponibles, 331-66; problemas de las pólizas, 6-8; particulares y no comerciales, 353; como protección del patrimonio, 84-9; tarificación, 621-26; tarifas, 1073-76; métodos de tarificación, 603-604; reservas, y responsabilidades, 639-47; medida del riesgo, 604-16; selección y clasificación, de riesgos, 701-16; social, 364-66; normas específicas, 1069-73; distribución de excedentes y, 647-59; planes con primas uniforme y renovación anual, 11-5.
«Enfermos aprensivos», seguros de, 759.
Equidad, 6; concepto, 554-56; y riesgo, 658-59.
Equidad, rentas de, 771.
Escalonada, tarifa, 603-04.
Estado anual de la ANIS, 985-91, 992, 995-96, 1006, 1011-12, 1016, 1018, 1020 1023, 1027-30, 1033.
Estado de la ANIS, modelo, 987-89.
Estados financieros, memorias anuales, y, 991-1012; balance y, 991-1012; modelo ANIS (NAIC), 987-989; fuentes de información, sobre la explotación, 987-91; información estadística y, 1022-25; resumen de operaciones, 1012-21; cuenta de excedentes, 1021-22; publicaciones especializadas y, 988-989; inspecciones trienales, 989-90.
Estados financieros primarios, 1028-1029.
Estáticas, tablas de mortalidad, 435-36.
Everett v. Judson, 286.
Evitación de los problemas de administración, 78-9.
Excedente divisible, 581-83.
Excedentes, cuenta de, 1021-22.
Excedentes, principios de la distribución, 585-86; en el balance, 1011-1012; plan de contribución a los, 586-93; distribución, 581-95, 647-49; opciones de los dividendos en, 595-98; divisible, 581-83; dividen-

dos extra en, 594; de las ganancias por inversiones, 579; y recargo, 533-34, 580; de mortalidad, 579-81; opciones, 595-98; como tanto por ciento del pasivo, 1046-48; reservas, 646-47; dividendos de liquidación, 595; fuentes de, 577-81; de rescates, 580-81.
Exceso, interés sobre el, 577-78.
Exclusión de guerra, 261-62.
Exclusiones, limitaciones en las, 380-81.
«Expectativa de plazo», contrato, 104 *nota*.
Expectativa de vida, como plazo, 431-32.
Expectativa de vida, contrato, 102-4.
Expectativa de vida laboral, definición, 32-3.
Experiencia definitiva, aplicación al cálculo de primas, 616-17.
Explotación, gastos y cálculos de la participación en los beneficios, 539-40.
Extensión de la competencia, norma, 206-07.
Extranjeras, obligaciones, 524.

Facilidad de pago, cláusula, 275, 820.
Factor desfavorable único, importancia, 658.
Factores de proyección y tablas de mortalidad, 435-36.
Familia a cargo del asegurador, como variable en la tarificación de las primas, 636-37.
Familia, garantía colectiva de gastos médicos, 388-89; historia, 232-233, 662, 705; póliza y apéndice de ingresos, 175-80; apéndice de ingresos, 106; seguro, 809-11; seguro sobre la, comparado al seguro de negocio, 53-5; póliza o apéndice de mantenimiento, 180-81; póliza de, 183-84.
Familiar, compañía de tipo, 66-8; definición, 63 *nota*.
Fideicomiso de pensión con pólizas individuales, 794.
Fideicomiso, el convenio de liquidación y su diferencia del fideicomiso, 324.
Fiduciarios, planes de pensiones, 787-88.
Filosofía social, como fuerza para el desarrollo de los planes de pensiones, 766.
Financiación final, sistema de, planes de pensiones, 781.
Financiación, procedimientos, planes de pensiones, 781-86.
Finanzas de la empresa, 28-29.
Fiscal, régimen, 1092-1105; ventajas del seguro de vida, 80; *Blue Cross Blue Shield*, 362-63; del seguro, 1051-54.
Flotante, seguro, 348-49.
Fondo de Administración Fiduciaria del NSLI, 834-35.
Fondo de comercio, seguro de vida como protección del, 86-7.
Fondo dividido, contratos de, 799; pensión, 787-89.
Fondo Fiduciario de Seguro de Incapacidad, 860.
Fondo Fiduciario de Seguro Médico Suplementario, 860.
Fondo segregado, principio del, 312.
Fondos, acumulación de, y seguro dotal, 153; apropiación indebida, 293; necesidad de una acumulación científica, 6-8.
Fondos a las instituciones, entrega de, 172-73.
Fondos mutuos, 977.
Force, Proyecto, 880.
Franquicia, importe, expresión, 398.
Fraternal, certificado, interés del beneficiario, según, 274-75.
Fraternal, seguro de vida, 873-86; asociaciones de derramas, 886; contrato, 882-84; desarrollo, 876-878; organización de ventas de, 884-85; moderno, 881-84; naturaleza de las sociedades que lo emiten, 874-76; exención fiscal, 885-86; período de transición, 878-81.
Fraternal, sistema de reservas legales, 881-82.
Fraude, la cláusula de incontestabilidad y el, 250-51.
Futuro, compromisos de, 959.

Ganancias básicas, 24-5.
Garantía, leyes, 1088-91.
Garantía de Seguros, Fondo General de, 891-93.
Garantía inmediata de participación, contrato con, 796-98.
Garantías, doctrina de las, 234-37.
Gastos cubiertos, definición, 378.
Gastos de enfermeras, prestación por, 393-94.
Gastos, factor que influye sobre los intereses, 1037-38; factor que influye sobre la prima, 623-25; responsabilidad por, 645-46.
Gastos médicos de importancia, plan, 337-47; prestaciones, 394-402, 629; accidente común, 398-99; importe deducible, 398; gastos cubiertos, 397-98; exclusiones, 399; seguro de enfermedad colectivo, 759-62; datos de morbilidad, 607.
Gastos varios, prestación por, 390-391.
Geográfica, zona, como variable de la tarifa, 634-35.
Georgia, código de seguros, 1087.
Gobierno de los EE. UU., seguro de vida del (USGLI), 837-30, 835.
Gordon v. Ware National Bank, 219.
Graduación, definición, 432.
Graduada, contrato ordinario de vida con prima, 127.
Grandes cantidades, ley de, 420-24.
Grandes números, principio de los, 4-5.
Gratuita, programa de indemnización, seguro público, 829, 835-37.
Group Annuity Table for 1951, 437.
Guartin, legislación (Ver *Norma* Standard de la Irrenunciabilidad).
Guerra, cláusula de, tipo *status*, 262, 407.
Guía Oficial (1944-47), 1070.

Hábitos, y riesgos, 664, 706; declaración del proponente sobre, 231-232.
Health Service, Inc., 355, 357.
Hechos sustanciales, 230.
Herederos, como expresión, 276-77.
Hermandades Asociadas de América del Norte, 879-80.
Hijos, y el contrato, 206; financiación de, mediante rentas, 173; el seguro de vida como regalo a, 89; como plazo, 276.
Hipotecarios, préstamos, 978-79.
Hipotecas, 1000-01; como inversión, 962-63; seguro temporal y, 108.
Historial personal, como factor que influye en el riesgo, 662, 705.
Holandés, modelo, plan de primas variables, 132-34, 136-38.
Holden v. Stratton, 287.
Honorarios de la póliza, sistema de, 544-45.
Hospital, fondo fiduciario del seguro de, 860.
Hospital, gastos, prestaciones, 389-391, 627-29; derecho, 397-98; esquemas de reembolso, 360-61; y gastos quirúrgicos, 334-37.
Hospital, plan de seguro de (Medicare), 365.
Hospital, prestación diaria, 389-91.
Hospital, prestación fija por, 389.
Hospitales, plan de admisión en, 389.
Hospitalización, prestaciones colectivas de, 757-58.

Importe, definición, 441-42.
Importe fijo, opción de, 308-09, 314-316, 318-21.
Importe neto de riesgo, definición, 13.
Impuesto sobre beneficios de las compañías de seguros de vida, ley de (1959), 975, 1097.
Incapacidad, ingresos por, plan a largo plazo, 343-46 (T).
Incapacidad, prestaciones por, 374-384, 741-42, 756-57, 774-77, 814-15, 833, 849-52; cláusula, 263-67; definición, 263-64, 372-74; pensión por, 265-67, 332-33, 342-47 (T), 349-52, 607, 632; recurrente, limitaciones de la póliza, 400-01; reservas según las leyes obligatorias, 646-47; apéndices, como fuente de datos, sobre morbilidad, 607-08; riesgo de, 25-27; total y permanente, 263-264; renuncia de prima, 265.
Incapacidad no profesional, prestaciones por, 364.
Incapacidad para los gastos del negocio, 278.
Incapacidad parcial, 374-75.
Incapacidad residual, prestaciones por, 377.
Incapacidad total y permanente, 263-64; definición, 372-76; limitación en, 378-79.
Incendios, seguro de, 15-6.
Incentivo, ganancias por, 24-5.
Incontestabilidad, cláusula, 250-51, 235-37, 817.
Indemnización a los empleados federales, Ley de, 841.
Indemnización, contrato de, 224.
Indemnización electiva, beneficio, 388.
Indice salarial, prestaciones actualizadas según el, 771.
Individual, seguro de enfermedad, 332-43; como fuente de datos sobre la morbilidad, 605-07.
Inductivo, razonamiento, 418-19.
Industria, inversiones de las compañías de seguros de vida en la, 49-50.
Industrial, seguro, retribución de los agentes y directivos, 824-25; en comparación con otros modelos, 807-10; coste, 820-23; definición y finalidad, 804-05; desarrollo, 805-07; equipo de ventas, 824; crecimiento futuro, 825-26; seguro de enfermedad, 347-48; naturaleza, 803-04; planes, 810-11; tarifas de primas, 811-13; condiciones de la póliza, 813-20.
«Inexactitud en la edad», cláusula de, 384.
Inexactitud sustancial de la declaración, cláusula de incontestabilidad, 250-51.
Información, doctrina, 230.
Información en materia de crédito, ley sobre, 671.
Información entre compañías, como fuente de información, 711-12; riesgo e, 671-73.
Informaciones promisorias, 230-31.
Informe sobre la regulación de la situación financiera de las compañías de seguros del Estado de Nueva York, 1091.
Ingresos, 1053.
Ingresos bajos y seguro a plazo, 106.
Ingresos corrientes, y valor económico, 22-3.
Ingresos por jubilación, contratos, 146-47, 181-83.
Ingresos, prueba, OASDI, 853-54.
Ingresos vitalicios conjuntos y de supervivencia, opción, 311.
Ingresos vitalicios con devolución, opción de, 310.
Ingresos vitalicios con un período cierto, opción de, 310-11.
Iniciativa, aumento, 41-2.

Inland Steel, decisión en el caso de, 766.
Inmobiliario, departamento, 933.
Inspección, estudio de la ANIS, 1091.
Inspección, informes de, como fuente de información, 712.
Inspección, modelo informe de, 1139-41.
Inspecciones trienales, 988-89.
Instituto Norteamericano de Censores Jurados de Cuentas, 984.
Intangibles, activos, el seguro de vida como protección de los, 86-7.
Intención, y cesión, 295-96.
Interdepartamentales, comités, 934.
Interés ajustado, método del, en la comparación de costes, 913-16.
Interés asegurable, 212-22; de otro, 213-20; de cesionarios, 218-20; cesación del beneficiario, 280-81; del asegurado, 213-14; naturaleza del, 212-13; tiempo y continuidad, 220-22.
Interés compuesto, funciones básicas, 442-43, 446-49 (T); y funciones de descuento, 1195-202.
Intereses, opciones, 305-08, 316-17.
«Interés requerido», 1034.
Interés simple, 442.
Interes, valor acumulado de 1 $, 443-44; y el cálculo de la participación en el activo, 536-38; como activo, 1002-03; terminología básica, 441-42; funciones de interés como factor que influye en el coscompuesto, 442-43; definición, 441; efecto sobre la prima, 625-26; te, 1032-35; efecto sobre las reservas, 514-17; valor actual, de 1 $, 443; papel en el cálculo de las primas, 616-19; tablas y uso del, 445; transmisibilidad del beneficiario, 279-80.
Inversión creciente, análisis, 143.
Inversión, departamento de, 933; funciones, 954-60.
Inversiones de las compañías, ley de 1940, 138, 168, 169.
Inversiones de los seguros de vida, como activo, 997-1002; compañías (*Ver* Compañías, inversiones de las); concepto de, 71-2; conveniencia de un plan, 78-9; efectividad para cubrir los objetivos esenciales, 81; tipo de interés sobre las nuevas, 1034; liquidez, 78; protección frente a los acreedores, 80; garantía, 72-6; tratamiento fiscal, 80; rendimientos, 76-7.
Inversiones directas, 960.
Inversiones en acciones, 81-4.
Inversiones, ganancias por, aumento de los excedentes por, 578-79.
Inversiones, gestión, como servicio de rentas, 171.
Inversiones, rentas de las, 1015-16; sujeta a impuestos; 1098-99.
Inversión urbana, programa de, 49-50.
Irrenunciabilidad, cláusulas (*Ver también* Ley Standard de la Irrenunciabilidad), seguro industrial, 818-19; NSLI, 831; opciones, 254-255, 568-78; valores, cálculos de los, 561, 1192-94.
Irrenunciabilidad, definición del factor de, 564.
Irrenunciabilidad, Ley Standard de la, 254-55, 559, 567, 818-19, 1084, 1192; método de reajuste de primas, 561-64; definición del valor irrenunciable, 561; finalidad, 559-560; dividendos de rescate, 565.
John Hancock Mutual Life Insurance Company, 805.
Jóvenes, creación patrimonio para los, 193.
Jubilación aplazada, 854-55.
Jubilación, deducción de ahorros de, 764-65.

Jubilación de los funcionarios civiles, ley de, 842.
Jubilación de los empleados, ley de garantía de los ingresos por (ERISA), 770, 778, 781, 785, 789, 790.
Jubilación, edad nomal de, 770.
Jubilación en los ferrocarriles, ley de, 843.
Jubilación, muerte por, 37-8, 151 *nota*.
Jubilación, prestaciones de OASDI, 848-49.
Jubilación, riesgo de, 25-6.
Jubilación y tributación de los trabajadores autónomos, ley de 1962, 799-800.
Juego frente a seguro, 15-6.
Jurídica, finalidad, como condición del contrato, 211-12.
Jurídico, control, 248-49.
Jurídico, departamento, 933.
Jurídicos, conceptos, 203-46; agente y, 237-43; aplicación e interpretación, 227-37; elementos del contrato, 205-12; ejecución del asegurado y, 246; reglas generales de la jurisprudencia, 223-27; interés asegurable y, 212-22; beneficiario homicida y, 246; presunciones en, 243-46; opciones de liquidación y, 323-26.
Juveniles, pólizas, de seguro dotal, 146-47.
Juvenil seguro, naturaleza, 191-92; planes disponibles, 193; utilidad, 194.

Kansas Mutual Life Insurance Company v. Whitehead, 236.
Kerr-Mills, Ley de, 365.

Lesión no incapacitadora, prestación, 388.
Ley de tributos 1964, 729, 750.
Libertad, cláusula de, 1082-84.
Libranza de urgencia, en el seguro industrial, 815-16.
Life Insurance Fact Book for 1975, 499.
Limitaciones contenidas en las condiciones generales, 382-84.
Línea y *staff*, organización funcional, 927-28.
Lionel D. Edie and Company, 82.
Liquidación, 1085-88; y rentas, 155-157.
Liquidación de Empresas Aseguradoras, Ley Uniforme de la ANIS, 1086.
Liquidación en efectivo, opción de, 303-05.
Liquidación, opciones, 119, 170-71, 303-26; reglas básicas en la práctica de las, 317-18; beneficios y, 322-23; pago al contado, 303-05; cambio de derecho en, 321; utilización concurrente y sucesiva, 316-17; duración de la liquidación planeada, 319-20; importe fijo, 308-09; período fijo, 307-08; seguro industrial, 819; interés, 305-07; aspectos jurídicos, de las, 323-26; ingresos por vida, 309-10; requisitos de importe mínimo en, 319; NSLI, 832-33; aumento de los pagos y derecho a las, 321-22; SGLI, 840-41; valor de rescate y, 571-73; utilidad de las, 313-23; quien puede optar, 318-19; privilegio de cancelación, 320-21.
Liquidación, período para las rentas, 159-63.
Liquidez, importancia de la, 956-58; de las inversiones, 78; el seguro de vida como medio de, 84-6.
Logias, sistema, definición, 875.

Manos muertas, norma contra, 317 *nota*, 325-26.

Márgenes, en el recargo, 531; en los datos de mortalidad, 432-33.
Marginales, beneficios, 24-5.
Matemáticas del seguro (*Ver tambien* en cada categoría del seguro): funciones de interés compuesto y descuento (T); primas netas uniformes, cálculos, 1183-86; primas netas únicas, cálculos, 1171-83; valores irrenunciables, cálculos, 1192-94; reservas, cálculos, 1188-91.
Matemático, concepto, seguro mixto, 141-42.
Maternidad, prestaciones por, 394; costes de las reclamaciones, 628; prestaciones del seguro colectivo de enfermedad, 758.
Matrimonio, interés asegurable y, 214-15.
McCarran-Ferguson, Ley, 1057-58; 1066, 1069-73, 1075; 1078-79.
McKinsey and Company, 1091.
Médica, asistencia, declaraciones del proponente acerca de, 231-32.
Medicaid (Título XIX), 356, 365, 404.
Medical Indemnity of America, Inc., 357.
Medical Information Bureau (*MIB*), 671, 712.
Medicare (Título XVIII), 356, 365, 728, 845-46, 937; plan básico seguro de hospital, 855-58; duplicación de las prestaciones, 402-04; financiación, 858-60; plan complementario de seguro médico, 858.
Médico, asistencia por, como limitación, 378-80; informe como fuente de información, 669-70; informe de riesgo y, 711-12.
Médico, departamento, 934.
Médico, los gastos ocasionados, como base del seguro, 394-98.
Médico, prestación por gastos de, 393.
Médico, reconocimiento como fuente de información, 669-70, 710-11.
Médicos, gastos, 333-34; prestaciones, 388-402; y seguro flotante, 348-49.
Memoria anual, 983-84, 991-1025.
Menor, como beneficiario, 277-78.
Mercados de capitales, las compañías en los, 980-82.
Metropolitan Life Insurance Company, 805-06.
Militares, indemnización a los, ley de 1951, 827-28.
Militares, seguro de vida colectivo para los (SGLI), 838-39.
Militares y veteranos supervivientes, prestaciones a los, ley de 1956, 828-29.
Militar, servicio, como uno de los factores que influyen en el riesgo, 666-67.
Mixto, concepto económico, 142-46.
Mixto, seguro, 95; cálculos para, 631; y la opción del dividendo, 597-98; concepto económico, 142-146; para instituciones, 88; concepto matemático, 141-42; uso incorrecto, 153-54; naturaleza, 141; póliza, 46, 114; primas cargadas, 147-48, 464-66; y valor de rescate, 571-72; tipos, 146-48; usos, 148-53; cálculos del valor, 627.
Mixto, seguro, concepto, 141-42.
Mobile; proyecto, 881.
Modelos de póliza y regulación estatal, 1067-73.
Morbilidad, como factor que influye en la prima, 623; seguro industrial, 821-23; medidas de la, 610, 616; fuentes de, 7.
Morris v. Dobb, trustee, 286.
Mortalidad acumulada, tablas de, 433-35.
Mortalidad, ahorros por, 577-79.
Mortalidad, coste, 455-57.
Mortalidad, exactitud en las previsiones, 420-24; y el cálculo de la participación en los activos, 536;

presupuestos fundamentales, 659-660; construcción de una tabla, 425-33; factor que influye en el coste, 1035-37; seguro industrial, 821-22; clases de tablas, 433-38; ley de, 420; y reservas, 515; estadísticas, 424-25; ganancias a causa de la mortalidad, 579-80.
Mortalidad, factor en el dividendo, 589-92.
Mortalidad, selección adversa de la, 556-57.
Mortalidad, tabla de (1958), 10 (T).
Mortalidad, Tabla del Congreso Nacional Fraternal, 880.
Mortalidad, tablas de, 7; rentas, 435; elaboración de, 425-33; publicadas, y en utilización, 437-38; seleccionadas, terminales y acumuladas, 433-35; estáticas comparadas con las de proyección, 435-36.
Mortalidad, tablas, terminales, 433-435.
Mortalidad, tablas seleccionadas de, 433-35.
Muerte, por accidente, definición, 268; prestaciones por, 775-76; seguro dotal como protección contra, 152-53; exclusiones según la cláusula de doble indemnización, 267-68; prestaciones graduadas, 192 (T); tasa, 9-11, 429-32; riesgo de, 25-7.
Muerte simultánea, ley uniforme en caso de, 243-44.
Mutilación, prestaciones por, 385-87; y seguro flotante, 348-49; coste de los siniestros, 626-27; seguro colectivo de enfermedad, 755-56.
Mutua de seguro de vida, compañía, 4.
Mutualización de sociedades por acciones, 906-07.
Mutual Life Insurance Company, 437.
Mutuas, sociedades, 575-76, 902-04; control en, 908-10.
Naturaleza condicional del contrato, 205-07.
Necesidad de ingresos, importancia, 35.
Necesidades, categoría de, 35.
Necesidades, enfoque de las, 34-40; en comparación con el enfoque del valor de la vida, 37-8.
Negocio e interés asegurable, relaciones de, 218-20.
Negocio, estrecha relación entre hogar y, 54-5; continuación de, 63-70; protección del negocio, 58-62; planes de protección de los empleados, 69-70; indemnización por pérdida de persona clave, 55-8; comparaciones entre el seguro de vida y el de enfermedad, 53-4; seguro temporal y, 107.
Negocio y hogar, estrechas relaciones entre, 54-5.
Northern Assurance Company, pleito, 241.
Notificaciones judiciales a los aseguradores no autorizados, ley uniforme de la ANIS, 1067.
«Nueva York», contrato de, 947.
Nueva York, Ley de Seguros, 250, 288, 289.
Nueva York, modelo de primas fijas de vida, 136-37.
Nueva York, Plan de Seguros de Enfermedad de la Gran, 364.
Nueva York, Regla de, 280.
Nueva York, Tribunal de Apelaciones, 281, 291.
Números, ley de los grandes, 4-5, 212, 420-24.

Obligaciones, 998-99; como inversión, 961-62.
Obligaciones estatales, 976-77.
Obligaciones exentas de impuestos, 999.
Obligaciones municipales, 976-77.
Ocultación, doctrina de la, 229-30.
Ocupación, como factor que influye en el riesgo, 663-64, 703-04; como variable de la tarifa de primas, 634.
Odontología, prestaciones del seguro colectivo de enfermedad, 761-762; apéndices, 394.
Oficina de Información de la ANIS sobre aseguradores no autorizados, 1066-67.
Oficina Nacional de Estadísticas Vitales, 424.
Opciones (*Ver* Opciones de liquidación, opciones de rescate).
«Operación», definición, 392.
Operaciones, resumen de, 1028-29.
«Otros seguros con el mismo asegurador», cláusula de, 384.

Pago al contado, opción, 303-05.
Parientes, como término, 276-77.
Participación, compañías con, 534-535, 912-19.
Pasivo que produce intereses, 1034.
Patrimonio, creación, 39.
«Patrimonio de valor de vida potencial», conservación, 50-1.
Patrimonio potencial, seguro de, 26; y seguro temporal, 106.
Patrimonio, protección contra la disminución del, 172.
PAU, 512-13.
Paul v. Virginia, 1056-57.
Peligro (*Ver* Riesgo).
Peligro moral, como factor que influye en el riesgo, 664-66, 705-06.
Peligros, e inversión, 71; naturaleza de, 5-6.
Penn Mutual Life Insurance v. Mechanics Savings Bank and Trust Company, 230.
Pensión, de incapacidad, 265-67; anual garantizada por medio de una renta, 172; y póliza principal, 190-91.
Pensión de jubilación, contrato de, 163-65.
Pensiones, planes de, 763-801; entidades benéficas, 800-01; costes, 786-87; contratos de administración de depósitos, 796; modelo de, 769-80; contribución de los empleados, 777-80, 801; métodos de financiación, 780-89; conceptos fundamentales, 767-80; procedimiento de financiación, 780-86; contrato de garantía de participación inmediata, 796-98; ley de impuestos sobre la renta y, 767-769; contratos asegurados, 791-99; contratos de renta vitalicia con prima uniforme, 794-95; límites a las contribuciones y a las prestaciones, 789-90; participación en los beneficios, 799; transacciones prohibidas, 790-91; instituciones públicas docentes, 800-01; para trabajadores autónomos, 799-800; cuentas separadas, 798; contrato de renta vitalicia con prima única, 793; rentas diferidas con prima única, 794-95; fondo dividido, 799; prestaciones complementarias, 774-77; titularidad, 778-80.
Pensiones, planes de prestaciones complementarias, 774-77.
Pensiones, planes de, y entidades benéficas, 800-01.
Pensiones, planes no asegurados, 787-89.
Pérdida, «directa e independientemente», 369-70; seguro de vida como protección, 87; de las prestaciones de OASDI, 853-55; relación del seguro con, 708-09; seguro temporal como protección contra, 107-08; incertidumbre de, 16-7.
Pérdida de bienes materiales, 26.
Pérdidas, participación en las, 3-4.
Periódicas, primas, 455; y rentas, 484-87.
Período fijo, opción por, 307-08, 314-316; 319-21.

Permanencia, tablas de, y siniestros, 611-14.
Personas a cargo del asegurado, apéndices, prestaciones por gastos médicos, 389.
Personas clave, indemnización. 55-8.
Perspectivas, reservas, 510-14.
Planes de pensiones, contribuciones de los empleados, 777-78.
Plazo ampliado, seguro con, 254-55, 571.
Plazo creciente, seguro de, 104-05.
Plazo de gracia, 251.
Plazo fijo hasta los 60 ó 65 años, contrato de, 104.
Plazo preliminar pleno, método de valoración, 547-52.
Plazos en la inversión, métodos, 79.
Plazos, opción de importe a, 170-71.
Plazos, opción del período a, 170-71.
Plazos, renta con devolución a, 161-62.
Plazos, seguro a, 9-15, 467-69.
Plenamente asegurado, plan de pensiones, 787-89.
Pleno conocimiento y declaración, concepto, 229.
PNU, 512-13, 563.
Pólizas sin participación, 535, 916-19.
Porcentajes adicionales, tablas de, 680-82.
Por mayor, seguro al, 349-50; en relación con el seguro colectivo, 752-53.
Portador, servicio del, 921-22.
PPP, 563.
Prácticas comerciales desleales, Ley de la ANIS, 1079.
Prácticas comerciales, Ley Uniforme de, 1080-81.
«Preliminar» seguro temporal, 96 *nota.*
Preocupaciones, eliminación de las, 41-2.
Prestación definida, fórmula, 771-74.
Prestaciones, 571-73 (*Ver también* tipos de seguro); pensión por incapacidad, 372-84; fórmula de los planes para pensiones, 771-74; determinación automática en el seguro colectivo, 724; seguro colectivo de enfermedad, 755-62; seguro colectivo de vida, 735-42; seguro industrial, 814-15; gastos médicos, 388-402; Medicare, 402-04; OASDHI, planes de pensiones completarios, 774-77.
Prestaciones, definición del período de, 398.
Prestaciones del pagador, seguro juvenil, 193.
Prestaciones y rentas, pago de, 158.
Préstamo o gravamen, plan de, 684-685.
Préstamos automáticos para primas, opción, 572-73; cláusula, 257-258.
Préstamos, el seguro industrial, 818; cláusulas de la póliza respecto a, 255-58; seguro temporal y, 108.
Préstamos, posibilidad de la obtención de, 78.
Presupuestos actuariales, significado de los, 514-17.
Previsión y uso de la probabilidad, 418-19.
Prima ajustada, método de la, 561-564.
Prima de experiencia, como método, para computar los dividendos, 586 *nota.*
«Prima natural» plan (*Ver* seguro temporal con renovación anual).
Primas (*Ver también* primas brutas, prima uniforme, prima única) proposiciones, 208; cálculos para, 1171-86; clasificación de, 455-57; cálculo de, 7-8; cálculo del nivel neto anual, 487-93; renta diferida, 491-93; depósitos, 101; desventajas de los pagos por vida, 120-21; seguro dotal, 148, 464-66; extra uniforme, 679-80; bruta, 455-57- 524-52; seguro de vida colectivo, 743-50; como ingreso, 1014-15; seguro industrial, 807-08, 811, 816; seguro con cobertura a plazos, 467-69; y cálculo del tipo de interés, 450-54; seguro de vida con pago limitado, 490-93; neta, 455-57; de vida ordinaria, 488-90; pagada con intervalos de menos de un año, 493-95; pagada sin recibo condicional, 208-210; métodos de pago, rentas, 158; periódica, 455; variables de la tarifa, 633-37; tarifas, 115 (T), 123, 543-46; métodos de tarificación, 603-04; reducción como opción del dividendo, 595; pensión de jubilación, 165; pólizas con devolución de prima, 495-98; única, 450-51, 455; riesgo substandard y, 712-15; seguro temporal, 457-61, 487-88; de vida entera, 461-63, 486-87; rentas de vida entera, 470-81.
Primas brutas, 455-57, 519-20; cálculo de participación en el activo, 532-34; derivación, 625-26; desarrollo de, 528-31; factores de gastos y, 524-25; factores que influyen, 623-25; niveles, 527-28; fórmula de recargo, 526-27; comprobación de las primas provisionales, 532-34.
Primas no devengadas, reserva de, 503.
Primas únicas, 450-52, 455.
Prima única, método de la, financiación del plan de pensiones, 782-83.
Principios contables y estimación de la vida humana, 29-30.
Privilegio, seguro de, 349-50.
Probabilidad compuesta, ley de la, 416-18.
Probabilidad, exactitud en la, 420-424; previsión y, 418-19; leyes de, 416-18; estadísticas de mortalidad, 424-40.
Probabilidad pura, ley, 419.
Probabilidad simple, ley de la, 417-418.
Producción, departamento de, 932.
Producción, organización de, 938-51 (*Ver también,* Producción y agentes).
Producción, relaciones entre la oficina principal y los agentes productores, 951-52; tipos de organización, 942-47.
Programación, análisis de, 38-9.
Promedio de ganancias, cláusula del, 376.
Promedio selectivo, como principio, 75-6.
Propiedad y opciones de liquidación, 318-19.
Proposición de póliza de seguro de vida I, modelo, 1112-19.
Proposición, formularios de, como fuente de información, 668-69, 710-711.
Protección del patrimonio, seguro de vida como, 84-7.
Protección, del público asegurado, 1052-53; permanente, de la póliza de vida ordinaria, 115-16.
Protección legal de los ingresos, 289.
Proyección múltiple, pólizas de, 183-184.
Prudential Insurance Company of America, 805.
Prueba, período de, cláusula de, 379-80.
Prueba, programa regulador de la ANIS, 1091.
Publicaciones especializadas, como fuente de información financiera, 989-90.
Puesto de trabajo, norma en el seguro de vida colectivo, 736.

Quiebra, 283-87.
Quiebra, Ley Federal, 284.
Quiebra, Ley Nacional, 283-87; leyes de exención estatales, 287-90.

Quirúrgicas, prestaciones, 391-93; costes de las reclamaciones, 628-629; seguro colectivo, 758-59.

Reajuste de beneficios, póliza con, 196.
Reaseguro, 715-16; acuerdos, 693-94; planes, 694-95; concepto de retención, 691-93; fuente de fondos, 699-700.
Reaseguro de cuota parte, 715-16.
Reaseguro de deducción, ampliada para la asistencia médica de gran envergadura, 716.
Reaseguro de participación en los excedentes, 715-16.
Reaseguro de riesgos catastróficos, 716.
Reaseguro, plan automático, 694.
Reaseguro, plan facultativo, 693-94.
Recargo, 8, 519-20, 524-52; cálculo de participación en los activos, 532-34; factores de gastos y, 524-25; niveles de prima bruta, 527-28; e incidencias de los gastos, 545-46; márgenes, 531; naturaleza de la fórmula, 526-27; principios del básico, 529; excedentes y, 533-34; aumentos de los excedentes, por, 580-81; comprobación de las primas brutas aproximadas, 532-35.
Recargo, ahorros, 577-79.
Recargo, prima con, 98-9.
Reclamaciones, costes, anuales de las, 626-33.
Recuperación temporal, como limitación, 380.
Recursos susceptibles de inversión, fuentes de, 954.
Redención de hipoteca, contratos, 194-95.
Reducido y totalmente pagado, opción de seguro, 254-55, 570.
Regulación estatal, funcionarios administrativos, 1060-61; métodos de captación de clientes, 1076-81; operaciones de la compañía, 1067-76; impuestos federales sobre los beneficios, 1092-1105; situación financiera y, 1081-85; leyes de garantía, 1088-92; condición jurídica de, 1054-59; mecanismo, de, 1059-62; ANIS (NAIC), 1061-62; constitución y autorización de compañías, 1064-66; modelos de pólizas, 1067-73; tarifas y, 1073-76; rehabilitación, liquidación y, 1085-88; fiscalidad de los Estados, 1092-94; seguro no autorizado y, 1066-67.
Rehabilitación, 252-54; seguro industrial, 816-17.
Rehabilitación, orden de, 1085-88.
«Relación entre los ingresos y el seguro», cláusula, 383-84.
Relaciones de Trabajo, Ley Nacional, 1057-58.
«Relación, seguro de», 215.
«Relativo, apéndices de valor», 393.
Rendimiento de la inversión del seguro, 76-7.
Renovación anual, seguro a plazo de, 8-11; colectivo, 743-46, para reaseguro, 695.
Renovación, comisiones de, 947-49.
«Renovaciones acumuladas», 947-49.
Renovación garantizada, contratos, 404-05; reservas adicionales, 641-643.
Renovación, suscripción de la, 715.
Renta colectiva de vida única, contratos de, 793.
Renta de vida única, 157-58.
Renta inmediata, 158.
Renta, leyes de impuestos sobre la, y la acumulación de fondos, 764; efecto sobre los planes de pensiones, 769-70.
Rentas, 95-6; clasificación de las, 157-59; diferidas de vida entera, 478-81; definición, 155; satisfechas por las compañías de seguros, 47-48; colectivas, 762; inmediatas de vida entera, 470-77; y riesgo de la inversión, 168-69; conjuntas, 165-166; liquidación, 155-57; el desenvolvimiento del marketing, 169; tablas de mortalidad para, 435; obligaciones de las empresas en cuanto a, 159-63; como módulo de la explotación, 1041-42; y primas periódicas, 484-86; jubilación, 163-165; servicios prestados por las, 171-74; opciones de liquidación, 170-71; supervivencia, 186-90; variable, 166-68; como manera de prolongar la vida, 174.
Rentas diferidas de prima única, 794-95.
Rentas temporales, 155.
Rentas variables, 166-68, 771, 977.
Renta vitalicia diferida vencida, cálculo de las primas, 1187.
Renta vitalicia pura, 160-61.
Renta vitalicia temporal, cálculo del valor descontado, 1181.
Renuncia de prima, cláusula, 265; prestaciones, 61-2, 522; seguro de incapacidad, 351-52; e incapacidad total, 375.
Renuncia de prima por incapacidad, prestación, 121 *nota*.
Renuncias, y riesgo, 713.
Reparto de beneficios, contratos con, 799.
Rescate, dividendos de, 565.
Rescate en efectivo, valor de, 117, 118 (T), 254-55.
Rescate, gastos de, 554.
Rescate, valores de, 44-5, 553-73; préstamo de primas automáticas, y, 572-73; en metálico, 568-69; práctica de la compañía y, 554-58; seguro a plazo ampliado, 571; ley de la irrenunciabilidad y, 559-65; opciones de, 568; seguro totalmente pagado y, 570; reservas, participación en los beneficios y, 566-567; y opciones de liquidación, 571-72; ganancias del excedente por, 581-83.
Reserva, elemento de, 102-03.
Reserva Federal, sistema de, 257.
Reserva inicial, 521, 577-78.
Reserva media, 522.
Reserva modificada, 519.
Reserva obligatoria de valoración de títulos, 965, 969-71, 1009-11, 1028-29, 1045-46; efectos sobre la solidez de la compañía, 1048-49.
Reserva proporcional de primas no devengadas, 641.
Reservas, cálculos, 1171-91; cálculos de la, 502-14; definición, 500-02; deficiencia, 520-21; importancia financiera, 499-500; seguro de enfermedad, 639-47; sobre pólizas individuales, 508-10; iniciales, 521; intereses y, 515-17; como responsabilidad, 502; medias, 522; sistemas modificados, 546-50; mortalidad y, 514-15; origen y, 500; plan de seguro y, 517; prospectivas, 510-13; retrospectivas, 502-10; beneficios especiales, 522; reglamentación legal de las, 517-20; valores de rescate, participación en los activos y, 566-68; finales, 521-22; voluntarias, 522; de vida entera, 517.
Reservas complementarias, 641-43.
Reservas de la póliza (*Ver también* Reservas), 8, 1006-07; definición, 8; seguro de enfermedad, 641-44.
Reservas finales, 521; póliza de ingresos por jubilación, 183 (T); seguro dotal a 30 años, 144 (T); valores de seguro de vida entera, 125 (T).
Reservas legales, compañía de seguros de vida, 517-20.
Reservas, método de valoración de los comisionados, 519 *nota*, 550-52.
Reservas retrospectivas, 502-10.
Reservas voluntarias, 522.
Residencia, como factor que influye en el riesgo, 667, 706-07.
Responsabilidad, del agente, 242-43;

pasivo, en el estado anual, 1004-17, seguro de enfermedad, 639, 642-47; regulación estatal de, 1086-87.
Responsabilidad devengada, 645.
Responsabilidad futura, 645.
Responsabilidad inicial por servicios del pasado, 774.
Resultados de guerra, cláusula de, 262, 407.
Retención, concepto, 691-93.
Retrocesos en la edad, 435-36.
Reversión, cláusula de, 279-80.
«Riesgo específico» contrato de, 368-69.
Riesgo, métodos de clasificación, 673-75, extremo edad y, 690-91; factores que influyen en el, 660-668; opción de asegurabilidad garantizada, 688-89; factores que influyen en la salud, 701-09; mejora en la, 685-86; incidencia del extraordinario, 677-79; fuentes de información acerca del, 668-73, 709-12; insolvencia legal, 958; medida del, 415-39, 604-16; estadísticas de morbilidad y, 604-16; presupuestos de mortalidad, 659-60; escala de tarifas, 675-76; selección de, 653-60; substandard, 677-86, 712-16, seguro de vida sin reconocimiento médico y, 686-88.
Riesgo, selección del, 653-60.
Riesgo standard, 656.
Riesgos substandard, 656-57; tratamiento, 677-86; 712-16.

Salud, estado de, como factor que influye en el riesgo, 361-62, 704.
Satisfactorio para la compañía, 253.
Seguridad de la inversión, 72-6.
Seguridad Social, Ley de, 321-22, 736, 737, 764, 767, 771, 773, 843, 845, 851, 853, 855, 859, 860, 899, 937.
Seguridad Social, Ley de, 321-22, 402-04; modificaciones Medicare y Medicaid, 365-66.
Seguro, clasificación de los gastos de la compañía, 524-25; cálculo de los costes, 1175-76; definiciones, 3-8; declaraciones del asegurado acerca de otros seguros, 233.
Seguro, como estímulo del ahorro, 45-6.
Seguro con otros aseguradores, cláusula, 382-84, 401-02.
Seguro de vida pura, póliza de (*Ver* Póliza ordinaria de vida).
Seguro no autorizado, 1066-67.
Seguro permanente de vida, colectivo, 746-49.
Seguros sociales, planes de, 364-66.
Selección adversa (o antiselección), 10-1, 654-55.
Selección contra la compañía, 253.
Selección de la experiencia, utilidad para el cálculo de primas, 616-17.
Selección de pólizas adecuadas, 197-199.
Selección financiera adversa, 556-57.
Semanales ordinarias, pólizas, 276, 804.
Semidotal, seguro, 465-66.
Servicio Nacional, seguro de vida del (NSLI), 828; contratos y cláusulas, 830-35; leyes posteriores, 837.
Servicio, plan, seguro de vida colectivo, 736-37.
Servicios personales, sociedad de, 64-5.
Sexo, como factor que influye en el riesgo, 666 ,702-03; cocientes de mortalidad y, 1036-37; como variable de la tarifa de prima, 633-634.
Sherman, Ley, 1058.
Siniestralidad, índice, 1042-43; y costes de morbilidad, 615-16; reaseguro, 715-16.
Siniestros, 1008-09; módulos para el coste de los, 610-16; reservas y pasivo, 641-44.

Sistemas de marketing del adeudo, 826.
Sociedad de Seguros de Ahorros y Préstamos, Ley Federal, 1088-89.
Sociedad en relación con las ventajas del tomador del seguro, 48-51.
Socorros mutuos, sociedad de, definición, 875.
Solidez, módulos de la, 1046-49.
Sperry Rand Corporation, división de información y estadística de, 671.
Standard Industrial Mortality Table, 437.
Subcomité de Cancelaciones de la ANIS, 1071.
Sucursales, sistema de, 941-45; en comparación con el de agentes generales, 945-47.
Suicidio, cláusula de, 244-45, 259-60.
Suicidio demente, 259-60.
Suicidio en sano juicio, 260.
Supervivencia a corto plazo, 244.
Supervivencia, cláusula de, 244-45, 277.
Supervivencia, contratos de renta de, 186-88; ingresos y póliza principal, 190-91; póliza de ingresos por vida, 188-90; utilidad de, 187-188.
Supervivencia en el desastre común, 243-44.
Supervivencia, prestación por, 776-777; seguro colectivo, 737-39; OASDI, 849-50.
Supervivencia, probabilidades de, expresadas en las tablas de mortalidad, 438-39.
Supervivencia, renta diferida de, 189.
Suscripción, consideraciones relativas al riesgo por enfermedad, 707-708; limitaciones sobre los importes, 739-40; renovación, 715; salvaguardas, 687-88; socioeconómica, 822.
Suscripción, departamento de, 933-934.
Suscripción, ganancias, imponibles, 1099.
Suscripción socioeconómica, 822.

Tabla de importe primario del seguro y de prestación familiar máxima, 853.
«*Taft-Hartley*» planes, 772.
Tarifas de accidentes, proyecto de Ley Modelo de Regulación de la ANIS (NAIC). Comité para todos los Ramos, 1075-76.
Tarifas, presupuestos fundamentales del cálculo de las, 445-54.
Tarifa superior a la edad, plan de, 682-84.
Tarifa uniforme, 604.
Tarificación (*Ver también* Prima), costes anuales de las reclamaciones, 626-33; principios básicos, 621-26; primas brutas, 622-26; variables en la tarifa de primas, 633-37; uso de la experiencia en morbilidad, 616-19; uso de las tablas de mortalidad, 439-40.
Tarificación de vidas substandard, métodos, 679-84.
Tarificación, métodos, 603-04, 673-675, 679-84; procedimientos, *Blue-Cross, Blue-Shield*, 361-62; proceso, 435-38; escala, 675.
Tarificación numérica, sistema, 674-675.
Tarificación por comunidades, 361-362.
Tarificación por la experiencia, en el seguro colectivo, 727.
Temporal a plazo, seguro, 457-61; adiciones como opción de dividendo, 597-98; convertibilidad, 99-102; creciente y decreciente, 104-105; desventajas, 109-110; opción ampliada y valor de rescate, 571-572; evaluación de, 105-12; argumentos falaces en favor del, 111-112; prima uniforme, 487-90; con-

tratos de larga duración, 102-04; naturaleza de, 96-7; cálculo de la prima neta única, 1177-78; renovabilidad del, 97-9; utilidad del, 105-08.
Temporal, contratos, 405.
Temporal, póliza, a *n* años, cálculos, 1184-85.
Temporal, seguro, el seguro a plazo como modalidad del, 457-61.
Tercero beneficiario, y opciones de liquidación, 323-24.
Tesoro de EE. UU. Departamento del, 1094.
Testamentaria, disposición, 324-25.
Testamento, 30-1.
Testamento de la vida, 30-1.
Testamentos, mayor facilidad para su redacción, con las rentas, 174.
Texas, norma de, 217-18.
TIAA-CREF, 168.
Tiempo, y cláusula de doble indemnización, 267-68; de interés asegurable, 220-22; diversificación en cuanto a la adquisición, 75.
Tipo anual, definición, 442.
Titularidad, y planes de pensiones, 778-80; de las comisiones de renovación, 947-49, 947-48 *nota*.
Títulos, Comité de Valoración, 966.
Totalidad o integridad del contrato, cláusula, 250.
Trabajo, ley de normas justas de, 1057-58.
Transactions of the Society of Actuaries, 606, 608.
Transporte, material de, como activo, 1001-02.
Tres factores, sistemas de contribución de, ejemplo, 587-93.
Tribunal Supremo de EE. UU., 216, 219, 222, 225, 232, 234, 235, 241, 283, 284, 286, 766, 850, 1056.
Tutor, nombramiento de, 277-78.

Ultima enfermedad, entierro, etc., fondo para gastos de, 34-6.
Ultimo sobreviviente, póliza, 128.
Unica, prima extra, por riesgo constante, 679-80.
Unica, prima neta, cálculos, 1171-83; seguro temporal, 457-61.
Unico, importe, 735.
Uniforme, amortización, 593.
Uniforme individual, método de coste, 783-84.
Uniforme, prima anual (*Ver* prima uniforme).
Uniforme, prima, 11-5, 483-98, 604; rentas y, 484-86, 794; cálculo de la, neta anual, 487-94; renta diferida, 491-93; seguro permanente colectivo, 749-50; intervalos inferiores a un año, 493-95; póliza de vida de pago limitado, 490-91; gestión del valor de la vida, 29-30; seguro de vida ordinario y, 488-491; pólizas con devolución de prima, 495-98; seguro temporal, 110-12, 487-88; de vida entera y limitados, 486-87.
Uniforme, prima neta, como activo, 1002; cálculos para, 1183-86; y reclamaciones, 614-15.
Uniforme, reserva final neta, cálculos, 511-14.
Unilateral, naturaleza del contrato, 205.
U.S. v. The South-Eastern Underwriters Association et al, 1057.

VALIC, resolución sobre, 169.
Validez del contrato, 227-28.
Valor, acumulado, de 1 $, 443-44; no fluctuación del seguro de vida, 78; presente, de 1 $ 443-44, 447-49 (T).
Valor actual de 1 $, 443-44, 447-449 (T).
Valoración, criterio de, en las prestaciones, 389.
Valoración de la prima neta, 592.
Valoración standard, ley de, 519, 567, 1084.

Valor nominal, como factor de la inversión, 79.
Valor descontado de una renta vitalicia diferida, cálculo, 1180.
Valores convencionales de los títulos, 968-69.
Valores de empresas particulares, 976-77.
Valores negociables, como activo, 965-66.
Valores no amortizables, como activo, 968-69.
Valores patrimoniales, en relación con los de la vida, 22-4.
Variable en función de un índice, seguro de vida, 132-33.
Variable en función de un índice de acciones, seguro de vida, 132-33.
Variable, seguro de vida, 132-39.
Veinte pagos, póliza de vida de, 122.
Vejez, supervivencia e incapacidad, programa del seguro de, 727-28, 828-29; prestaciones, 571-73.
Vejez, supervivencia, incapacidad y enfermedad, seguro de (OASDHI), 843-62; prestaciones, 847-55; cobertura, 846-47; financiación, 858-62; fines de la legislación, 843-46.
Vejez, y seguro dotal (o de capital diferido), 151-52.
Vejez y supervivencia, Fondo Fiduciario del Seguro de, 860.
Vejez y supervivencia, seguro de (OASI), 843-46.
Vencidas, rentas, cálculo, 1182-83.
Vencimiento, derechos previos al, 247-48, 254-55.
Vencimientos, diversificación por, 73-4; derechos de los acreedores anteriores y simultáneos, a los, 290-92.
Veteranos, Administración de los, 36, 837, 841, 962, 978, 1000-01.
Veteranos de Guerra, Ley de 1924, 828.
Veteranos incapacitados en servicio, seguro de (SDVI), 829, 836-37.
Veteranos, Seguro de Vida Hipotecario de los (VMLI), 837-38.
Veteranos, seguro temporal especial de los, 829, 836.
Vida, administración de los valores de la, 27-31.
Vida, opción de ingresos por, 170-171, 309-11, 316-17.
Vida, póliza de pago limitado, 113-15, 121-26; primas, 490-91.
Vida, póliza de seguro ordinario de, 113-21; desventajas, 120-21; flexibilidad de, 119-20; protección permanente de, 114-19; tarifa de primas para, 114-19; aspecto de ahorro, 116-19.
Vida, pólizas, modificadas, 126-28.
Vida, seguro de (*Ver también* las clases de seguro), ventajas para el asegurado tenedor de póliza, 41-51; acumulación del fondo y necesidad de, 4-8; proposición y su interpretación, 228-37; enfoques básicos, 31-41; utilidad comercial del, 53-70; contrato, 204-212; coste, factores que influyen en el, 1031-38; derechos del acreedor en, 283-93; definición, 3-4; apéndices de incapacidad, 350-352; obligación de asegurar, 40-1; base económica, 19-29; como fondo de emergencia, 61-3; y las inversiones en acciones, 81-4; utilidad familiar y personal, 19-51; fraternal, 873-86; reglas generales de jurisprudencia que influyen sobre, 223-28; como regalo a los hijos, 89; colectivo, 729-54; público, 827-41; industrial, 803-26; con inversión, 44-5, 71-81; como testamento de la vida, 30-1; comercialización, 935-38; como medio de donación, 88; como medio de financiar un acuerdo de con-

tinuación de negocio, 68-9; como medio de comercializar intereses contingentes, 88-9; métodos para su cobertura, 8-15; sin reconocimiento médico, 686-88; como algo opuesto a los juegos de azar, 15-6; planificación, 38-40; la póliza como instrumento no negociable, 301-02; finalidad primordial, 22; como protección del patrimonio, 85-9; tarifas, 1073-74; cajas de ahorros, 886-94; selección y clasificación de los riesgos, 653-700; como garantía de un negocio específico, 59-61; normas específicas, 1069-70.
Vida entera, pólizas «especiales» (*Ver* pólizas de vida entera de riesgo preferente).
Vida entera, rentas, 155; primas, 470-81.
Vida entera, rentas diferidas de, 478-81.
Vida entera, rentas inmediatas, 470-477.
Vida entera, seguro de, 95-6; cálculos para 1185-86; de vida conjunta, 128; de pago limitado, 121-26; modificado, 126-28; cálculo de la prima neta única, 1177, ordinaria, 113-21; póliza, 46; póliza II, modelo, 1120-39; riesgo preferente y especial, 129-31; primas, 461-64, 486-87; variable, 132-39.
Vida entera de riesgo preferente, pólizas de, 129-31.
Vida humana, valores de la, planteamiento, 31-4, 37-8; capitalización e indemnización, 28-9; conceptos que intervienen, 21-3; características cualitativas, 23-4; características cuantitativas, 24-5; como objeto de pérdida, 25-7.
Vida y de renta, contratos especiales de seguro de, reajuste de los beneficios, 196; contratos combinados, 175-86; coste de la vida, 196, dividendo, 195-96; juvenil, 191-94; redención de hipoteca, 194-95; devolución de prima, 195; selección del adecuado, 197-99; supervivencia, 186-88.
Vida y enfermedad, comisión de seguros colectivos de, de la Sociedad de Actuarios, 608.
Vista, pérdida de la, 386-87.
Vitalicia, renta, definición, 48, 155; valor descontado, cálculos, 1179-80.
Vitalicios, póliza de ingresos, 188-90.
Viudedad, pensión de, 775-77.
Vivienda, Administración Federal de la, 962-63, 978-79, 1000-01.
VNR, 563.
VPBF, 512, 562.
VPRVD, 512-13, 563.

Welfare and Retirement Fund, United Mine Workers of America, 363.

1937 Standard Annuity Mortality Table, 437.
1941 Commissioners Standard Ordinary Table of Mortality, 437, 515, 519, 559, 561, 642, 1035.
1955 Annuity Table, 437.
1956 Intercompany Hospital and Surgical Tables, 642.
1958 Commissioners Standard Ordinary Table of Mortality, 9, 10, 12, 25, 103, 137, 425, 426 (T), 433, 438, 439, 456, 458, 462, 483, 487, 490, 494, 496, 501, 503, 507, 514, 516, 519, 520, 535, 543, 554, 559, 561, 563, 587, 681, 683, 1035, 1175, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1193, 1194.
1959 Accidental Death Benefits Table, 522.
1964 Commissioners Disability Table, 607, 608, 642.
1971 Group Annuity Mortality Table, 437.
1971 Individual Annuity Mortality Table, 437.

MAP 341-HUE-SEG
5800

MAPFRE ESTUDIOS
002518