

Seguro de Grupos

Por LUIS TUÑÓN SANCHEZ

Miembro del Instituto de Actuarios Españoles

S U M A R I O

PLAN GENERAL

- I. Origen y desarrollo del Seguro de Grupos.
- II. Características del Seguro de Grupos.
- III. Aspectos de la Financiación y Contribución del Seguro de Grupos.
- IV. La Póliza del Seguro de Grupos.
- V. Aspectos actuariales del Seguro de Grupos.
- VI. Administración del Grupo.

APÉNDICES (Tablas).

BIBLIOGRAFÍA.

PLAN GENERAL

PROPÓSITO: Como alumno del Actuariado, presento al Dr. Floyd S. Harper, Jefe del Departamento de Ciencia Actuarial, y a mis discípulos un importante aspecto del campo actuarial. Mi tema es el Seguro de Grupo. He elegido este tema por cierto número de razones, la más importante de las cuales es la experiencia que he obtenido en este campo trabajando en New York durante los dos últimos veranos. Mientras trabajaba en este campo, se me hizo evidente que el Seguro de Grupo tiene cada vez mayor impacto social y económico en nuestra sociedad; las razones de ello se comprenderán después de la lectura de mi disertación. En este punto quiero añadir que el futuro del Seguro de Grupo me ha convencido de tal forma que quiero dedicar al mismo el trabajo de toda mi vida.

I. *Origen y desarrollo del Seguro de Grupos.*

- A. Origen del Seguro de Grupos.
- B. Características generales.
- C. Crecimiento del Seguro de Grupos y factores de este crecimiento.
- D. Reglamentaciones.
- E. Importancia social.

II. *Características del Seguro de Grupos.*

- A. Grupos elegibles.
- B. Tipos de grupos.
- C. Tipos de beneficios.
- D. Especificaciones de magnitud.
- E. Requisitos de elegibilidad.
 - 1) Definición de "empleado".
 - 2) Requisito de actividad laboral.
 - 3) Período probatorio.
 - 4) Evidencia de la asegurabilidad.

- F. Fecha de efectividad.
- G. Destino temporal.
- H. Cese en el empleo.
- I. Suma del Seguro en vigor.

III. *Aspectos de la financiación y contribución del Seguro de Grupos.*

- A. Plan sin contribución.
- B. Plan con contribución.

IV. *La póliza del Seguro de Grupos.*

- A. Contrato tipo.
- B. Certificados.
- C. Período de gracia.
- D. Cláusula de indisputabilidad.
- E. Beneficiarios.

V. *Aspectos actuariales del Seguro de Grupos.*

- A. Suscripción.
- B. Cálculo de la tarifa de primas.
- C. Tarificación por experiencia.
- D. Reservas.

VI. *Administración del Grupo.*

- A. Plan de administración propia.
- B. Administración por la Compañía de Seguros.

Apéndices (Tablas).

- A. Tarifas de vida renovables anualmente del Grupo Standard de los Comisionados de 1960 (3 por 100 de interés).
- B. Reembolso de gastos de hospital (31 días).
- C. Gastos extra de hospital.

- D.* Reembolso de gastos quirúrgicos.
- E.* Visitas del Médico (en el hospital).
- F.* Accidente de emergencia de Grupo.
- G.* Beneficio de asistencia en maternidad (obstetricia).
- H.* Ajuste de edad y sexo.
- I.* Tarifas de facturación.

I

ORIGEN Y DESARROLLO DEL SEGURO DE GRUPOS

A) *Origen del Seguro de Grupos.*

El origen del Seguro de Grupos data de 1905, cuando los empleados de "United Cigar Stores" fueron asegurados por medio de una serie de pólizas individuales, renovables al término de un año. Con arreglo a este plan se exigía el examen médico individual, pero las primas eran cobradas y pagadas por el patrono. Literalmente hablando, aunque muy similar en su administración al moderno Seguro de Grupo, algunos técnicos en la materia no están de acuerdo con quienes dicen que este fue el primer Plan de Grupo suscrito, asegurando algunos que el primer Plan de Seguros de Grupo tuvo su origen en las negociaciones del contrato para la "Montgomery Ward and Company", que fueron consumadas en 1912.

En 1910, "Montgomery Ward", se puso en contacto con varias Compañías de Seguros sobre la posibilidad de cubrir a sus empleados como grupo. Con esta finalidad, "Montgomery Ward", contrató a un Actuario quien estudió las posibilidades de desarrollar un plan que proporcionase beneficios contractuales por fallecimiento a todos sus empleados, pero sin utilizar plan alguno de Seguro propio. También insistieron en dos requisitos. Primero, la Compañía deseaba que todos sus empleados quedasen a cubierto, sin importar su edad o estado físico, y segundo, deseaba un plan de bajo coste que proporcionara un beneficio por fallecimiento razonablemente grande a cada empleado.

"La propuesta de la "Montgomery Ward" fue estudiada por cierto número de Compañías de Seguro de Vida, pero fue la "Equitable Life Assurance Society", de los Estados Unidos, quien finalmente redactó la póliza de Grupo, con fecha de efectividad de 1 de julio

de 1912". (1). El plan de la "Montgomery Ward" quedó cubierto por un solo contrato, con un valor nominal de 5.946.564 dólares, beneficiando a 2.912 empleados. El beneficio por fallecimiento previsto en el plan era aproximadamente el salario de un año con una limitación de 3.000 dólares por persona.

"La primera evidencia del uso del nombre "Grupo" al Seguro de Grupo se encuentra en la aprobación por el Departamento de Seguros de New York, el 30 de agosto de 1912, a un contrato denominado "póliza de Grupo de empleados renovable anualmente". "El Seguro de Vida de Grupo, tal como lo designamos hoy día, estaba en marcha". (2).

B) *Características generales.*

Para entender el Seguro de Grupo es preciso tener en cuenta, en primer lugar, que una cobertura de grupo no es una integración de un sistema de pólizas que suponga los beneficios correspondientes. Otra característica importante del Seguro de Grupo es la selección del grupo de riesgo en contraste con la que podría hacerse bajo un sistema de pólizas individuales integradas. Una segunda característica del Seguro de Grupo es la cobertura de un número de vidas bajo un contrato único o tipo, sin que las partes aseguradas en el plan lo sean del contrato. En el Seguro de Grupo, las partes del contrato son la Compañía Aseguradora y el tenedor de la póliza, generalmente el patrón.

Una tercera característica del Seguro de Grupo es su bajo coste y la protección en masa. Esta puede conseguirse por medio del uso del Seguro temporal para proveer los beneficios por fallecimiento (excepto para las formas permanentes de Grupo), y el relevo esperado en el grupo con la entrada de jóvenes y la salida de viejos. De esto se puede deducir fácilmente que la prima necesaria basta para poco más del coste de las reclamaciones de fallecimiento e incapacidad en que se incurra durante el período en vigor de la póliza, más

(1) Davis W. Gregg, *Seguro de Vida en Grupo*, 3.^a edición, (Richard D. Irwin, Inc., Homewood, Illinois), pág. 6.

(2) Davis W. Gregg, *Seguro de Vida en Grupo*, 3.^a edición, (Richard D. Irwin, Inc., Homewood, Illinois), pág. 7.

los gastos corrientes. También ayuda a mantener los costes muy bajos el hecho de que se utilizan los métodos de distribución y administración en masa.

Otra característica muy especial del Seguro de Grupo es el uso de métodos de tarificación por experiencia, para determinar las primas para los años venideros. La experiencia real de un grupo de individuos tiene un papel muy importante en la determinación de los ajustes de la tarifa de dividendos y prima. Otra característica más del Seguro de Grupo es el uso de fórmulas de beneficio para determinar el importe del Seguro sobre vidas individuales. Las Compañías aseguradoras de todo el mundo han utilizado fórmulas muy diferentes, aunque casi todas ellas, si no todas, están relacionadas con el salario o el cargo, o con ambos.

Los contratos de Seguro de Grupo se hacen, por lo general, por una sólida razón comercial y no es probable que vayan a suspenderse, excepto en el caso de graves problemas financieros. Nuevas vidas se añaden al Plan todos los años, y otras terminan su cobertura.

C) *Crecimiento del Seguro de Grupo y factores de este crecimiento.*

El Seguro de Grupo es la más joven de las tres ramas del Seguro de Vida, que son concretamente la ordinaria, la industrial y la de grupo. También es el de crecimiento más rápido. Todos los años la suma de Seguros en vigor aumenta a un ritmo muy rápido. En 1911 había tres pólizas tipo en los Estados Unidos cubriendo 427 vidas una suma de Seguro en vigor de 400.000 dólares. En 1964 estas cifras habían aumentado a 218.000 pólizas tipo amparando 54.501.000 vidas, con una suma de Seguro en vigor de 252.182.000 dólares (3).

Un hecho muy interesante que debe ser advertido es que "la suma de Seguro de Vida bajo la póliza de vida de grupo medio excede la magnitud de incluso la póliza ordinaria individual media. En 1960 la póliza de vida de grupo de tamaño medio ofrecía 4.030 dólares bajo la póliza ordinaria y 390 de la industrial" (4).

(3) Institute of Life Insurance. *Libro de Hechos del Seguro de Vida*. Edición de 1965, pág. 27.

(4) Davis W. Gregg. *Seguro de Vida en Grupo*, 3.^a edición, (Richard D. Irwin, Inc., Homewood, Illinois), pág. 14.

Los mencionados ejemplos demuestran claramente la nueva tendencia de los patronos a proporcionar un beneficio cada vez más alto a sus empleados. Es de primordial importancia el hecho de que en 1960 un tercio de todo el Seguro de Vida en vigor en los Estados Unidos correspondía a Planes de Grupo. En el Canadá, a finales de 1961, se encontraba en vigor una suma de 14,7 miles de millón de dólares en pólizas ordinarias y 1,1 miles de millón en pólizas industriales. En Japón, en 1959, aproximadamente el 14 por 100 del Seguro de Vida en vigor estaba suscrito sobre la base de grupo, y en otros países, como Inglaterra y Alemania se han suscrito algunos planes de grupo. El Seguro de Grupo en Iberoamérica también está siendo recibido muy bien. Cada día se suscriben más planes de grupo por las Compañías norteamericanas y locales.

Con todo esto debe quedar clara la tendencia que el Seguro de Grupo ha tomado en los últimos tiempos.

Sin embargo, nuestro análisis no sería completo si no se mencionasen por lo menos las causas de su desarrollo. Una de las causas principales que deben mencionarse es el interés tomado por los Sindicatos en las negociaciones de los Planes de Grupo. También los patronos de mente moderna hallan en los Planes de Grupo un camino social muy adecuado para proveer a las cargas Sociales de sus empleados, quienes se dan cuenta de la protección que les proporciona, no sólo a ellos, sino también a sus familias. Ciertamente, esto es cierto en los empleados de edad más avanzada con familia dependiente de ellos.

Otros factores de progreso que merecen la pena ser mencionados incluyen el desarrollo de nuevas coberturas tales como el Seguro de Grupo de préstamos, los planes de protección de hipotecas, y el estado legal impositivo de las cotizaciones del patrón al Seguro de Grupo durante los períodos de alta tributación sobre la renta. Todos estos factores, más las ventajas del mecanismo de grupo para manejar la cobertura de un grupo de personas, nos ha llevado a un punto en que el Seguro de Grupo es casi un requisito previo del empleo.

B) *Reglamentaciones.*

El Seguro de Grupo como una de las tres ramas del Seguro de Vida está sometido a todas las reglas y normas impuestas a la acti-

vidad del Seguro de Vida. Además de estas reglas también está sometido a las reglas especiales de tres sectores muy importantes: 1) Definición, 2) preceptos fijos de la póliza, y 3) tarifas.

1) *Definiciones:* Como resultado de las preguntas planteadas por parte de los aseguradores de vida, quienes interpretaban que el Seguro de Grupo era una intrusión en los mercados naturales de los suscriptores de vida individuales, la Convención Nacional de los Comisarios de Seguros de 1917 definió el Seguro de Grupo como:

“El Seguro de Vida de Grupo es una forma de Seguro de Vida que comprende a no menos de cincuenta empleados, con o sin examen médico, escrito bajo una póliza emitida al patrono cuya prima debe ser pagada por el patrono, o por el patrono y los empleados conjuntamente, y que asegura solamente a todos sus empleados, o a todos de cualquier clase o clases de los mismos determinada por las condiciones inherentes al empleo, por sumas de Seguro basadas en algún plan que impedirá la selección individual, en beneficio de personas distintas del patrón; sin embargo, cuando la prima es pagada por el patrono y los empleados conjuntamente y los beneficios de la póliza se ofrecen a todos los empleados elegibles, no menos del 75 por 100 de tales empleados pueden ser asegurados en esta forma” (5).

Esta definición quedó estatuida en la Ley por el Estado de New York en 1918, siendo después adoptada por muchos otros Estados. La finalidad de esta definición era señalar las características del Seguro de Vida de Grupo a los fines de reglamentación, y también crear una “clase” de Seguro que pudiera existir solamente con las tarifas aplicables a dicha clase solamente. El Seguro de Vida de Grupo, en general, se desarrolló dentro del marco de esta definición durante el siguiente cuarto de siglo.

“En 1964, la Asociación Nacional de Comisarios de Seguro, después de dieciocho meses de estudio, adoptó una nueva definición, que ampliaba la cobertura a diversos tipos de grupos no compuestos por empleados de un patrono común, reducíase al tamaño mínimo del grupo, imponía un límite sobre la suma de Seguro que podía colocarse sobre cualquier vida, y hacía otros cambios. Esta definición fue incorporada a un proyecto de vida de grupo modelo que también

(5) *Acta de la Convención Nacional del Seguro*. 1959. (Richard D. Irwin, Inc., Homewood, Illinois), pág. 668.

contenía una serie de preceptos recomendados para la póliza. El llamado "Proyecto de Seguro de Vida de Grupo de la NAINC", ha sido revisado periódicamente desde 1964" (6).

2) *Preceptos fijos de la póliza*: Los preceptos fijos para el Seguro de Vida de Grupo muy bien podrían compararse con los de los modelos de Seguro de Vida ordinario. Esto no significa, sin embargo, que el Seguro de Vida de Grupo no tenga preceptos directos y específicos, porque los tiene. Los modelos de póliza utilizados por el Seguro de Grupo deben ser aprobados por el organismo regulador correspondiente a su sector y, en el caso de que los asegurados provengan de diferentes sectores, debe ser aprobado por los mismos.

3) *Tarifas*: Una característica importante del Seguro de Vida de Grupo es la reglamentación por los organismos reguladores. Como es sabido, en los negocios corrientes, los gremios reguladores obligan a un mínimo de reservas. En el negocio del Seguro de Vida de Grupo, sin embargo, y ya que la mayoría de ellos se suscribe sobre una base de temporal, con lo que no se requieren reservas, las tarifas para el primer año no pueden ser menores que las prescritas por el organismo regulador. Durante los años siguientes se permite a las Compañías de Seguros que utilicen la técnica de tarificación por experiencia, e incluso la prima del primer año puede ser ajustada retroactivamente sobre la base de la experiencia de dicho primer año. Para las formas permanentes de Seguro de Vida en Grupo, no hay requisito de prima mínima, aunque las tarifas aplicables deben tener la aprobación de los organismos supervisores.

E) *Importancia social.*

El papel social del Seguro de Grupo es muy importante, y debe ser tenida en cuenta por todo el que tenga que ver algo con personal. El mejor servicio que cualquiera puede ofrecer a una persona es el de proporcionarles protección para los días malos. El Seguro de Grupo proporciona esta protección a un gran número de personas

(6) Dan M. McGill, *El Seguro de Vida*, 1959. (Richard D. Irwin, Inc., Homewood, Illinois), pág. 668.

con poco o ningún otro Seguro y, en muchas ocasiones, a quienes no son aptos para el Seguro de Vida individual.

A través de las técnicas del mecanismo del grupo, el coste de la protección es compartido por el grupo asegurado, no hay elección individual en cuanto a niveles de beneficio, y el coste se mantiene muy bajo. Todos estos factores, más las muchas virtudes inherentes al Seguro de Grupo han sido de primordial importancia en su significado social.

II

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO DE GRUPOS

A) *Grupos elegibles.*

Para poder establecer las reglas y los procedimientos con respecto a la suscripción del Seguro de Grupo, es necesario primero establecer los principios básicos generales. Las dos características más importantes de todas de un grupo aceptable son:

- 1) Gastos bajos a través de una administración eficiente.
- 2) Costes predecibles de la reclamación.

Para garantizar estas cualidades, deben satisfacerse varias pruebas en todos los aspectos:

I. *Grupo permanente:* Debe existir un grupo coherente, establecido por un interés sólido, mutuo, continuado, distinto del interés por el Seguro. Debe existir una firme corriente de ingreso de jóvenes.

II. *Agencia Administradora Central:* Debe existir un sólo organismo central administrador, capaz y deseoso de asumir la responsabilidad de la administración, el reclutamiento de nuevas vidas, el cobro de las cotizaciones, el remite de las primas, la contabilidad, y la atención a las reclamaciones.

III. *Cobro rutinario automático:* En un plan de cotización debe existir un método simple rutinario, tal como la deducción de la nómina, para cobrar las cotizaciones de cada uno de los miembros.

IV. *Cotizaciones razonables:* El coste para los asegurados debe ser bajo en relación con otras formas comparables de Seguro existentes, y de conformidad con el presupuesto del asegurado. Por lo general, este bajo coste puede resultar solamente por medio de un subsidio del patrono.

V. *Registro considerable:* La razón de tenedor de póliza a individuos elegibles para el Seguro debe ser tal como para aportar un medio eficaz de obtener y mantener un registro considerable.

VI *Ausencia de selección individual*: Los requisitos de elegibilidad deben ser formulados sobre la base de las condiciones correspondientes al empleo. Los beneficios deben ser establecidos sobre un plan que evite la selección individual.

VII. *Beneficios razonables*: Todos los beneficios deben ser suficientes como para que resulten adecuados, pero no excesivos como para provocar falsas reclamaciones.

Estas reglas y procedimientos específicos para determinar la elegibilidad de un grupo para cobertura de grupo son establecidos por las legislaciones de Seguro del Estado (en aquellas jurisdicciones en que el Seguro de Grupo está reglamentado), por los procedimientos de la Compañía suscriptor. Desde el punto de vista jurídico, la razón para tales reglas es que un grupo de personas con el exclusivo deseo de comprar un Seguro no será capaz de aprovechar el aspecto de deducción impositiva del Seguro de Grupo. Con relación a esto, la Ley dice: Los gastos de un empleado en un Seguro de Grupo a plazo, dentro de los límites considerados razonables por el Servicio Interior de Rentas, son deducibles como gasto de explotación a los fines de tributación federal sobre la renta. (Internal Revenue Code of 1954, Sec. 162 (a): L. O. 1.014, 2 C. B. 88; Rev. Rul. 55-193 C. B. 1955-1966). "Las primas de grupo son también deducibles como gastos de explotación para las Compañías colectivas y para los individuales, con excepción de la parte del coste neto que corresponde a la cobertura de los socios o del único propietario" (1). Desde el punto de vista de la Compañía, se trata de reducir la selección contra el asegurador y repartir el gasto, reduciendo así el gasto por persona asegurada.

B) *Tipos de grupos*

Sometidas a los requisitos legales, las pólizas del Seguro de Vida pueden ser emitidas incluso a grupos de por lo menos diez asegurados (aunque en algunos casos se requerirá un número mayor con arreglo a principios de suscripción sólidos), cuando existe una rela-

(1) Davis W. Gregg, *Seguro de Grupo de Vida*, 3.^a edición, (Richard D. Irwing, Inc., Homewood, Illinois), pág. 81.

ción patrono-empleado y cuando los empleados están contratados sobre una base de plena dedicación.

De acuerdo con lo que antecede, la cobertura de grupo puede darse a los siguientes grupos:

1. Propietarios individuales, Compañías colectivas o Corporaciones.

El plan debe comprender también a las sucursales o afiliadas de la organización matriz.

2. Sindicatos obreros, cuando la póliza es emitida al Sindicato para el beneficio de otras personas distintas del propio Sindicato o sus funcionarios.

3. Grupos unidos, cuando la póliza es emitida a los participantes de un fondo establecido por dos o más patronos de la misma industria, o por uno o más Sindicatos obreros, o por ambos, asegurando a los empleados de los patronos o a los miembros del Sindicato.

4. *Sindicatos patronales.*—La póliza se emite a los administradores de un fondo establecido por dos o más patronos de la misma clase de industria con la finalidad de asegurar a los empleados de los diversos patronos del Sindicato patronal.

5. *Asociaciones.*—Pueden emitirse pólizas de grupo a ciertos tipos de asociaciones en favor de los miembros de las mismas.

6. *Grupo de acreedores-deudores.*—En esta modalidad, la Póliza de Grupo aporta un Seguro de Vida de Grupo decreciente sobre las vidas de los deudores que han contratado el pago de sus obligaciones a un acreedor a plazos determinados durante cierto período de tiempo.

7. *Grupos de funcionarios del Gobierno Federal.*—En 1954, de conformidad con un Decreto Especial del Congreso, se estableció un Plan de Seguro de Vida de Grupo para los Funcionarios Federales, a fin de proporcionar Seguro de Vida a los Funcionarios del Gobierno.

8. *Grupos diversos.*—Varios estados permiten incluir en los Grupos Elegibles, a distintos grupos no comprendidos en la definición modelo de la N. A. I. C. Algunos de estos grupos son:

1. Policía Estatal.
2. Inversores sobre depósitos.
3. Asociaciones de préstamos.

4. Guardia Nacional.
 5. Grupos de escolares,
- y muchos otros.

C) *Tipos de beneficios.*

Hay dos tipos principales de beneficios de grupo, que son:

- I. Seguro de Vida de Grupo.
- II. Seguro de Enfermedad y Accidentes de Grupo.
 - (1) Beneficios básicos.
 - (2) Beneficios de gastos médicos mayores.

I El Seguro de Vida de Grupo, tal como se conoce, está basado en el Seguro a plazo de un año renovable, sin contener elemento de inversión, sino solamente la cobertura de vida. Un elemento interesante de la cobertura de grupo es la presencia de la cláusula de no suicidio como en el Seguro ordinario. Además de la cobertura de vida normal ofrecida, la póliza contiene también dos provisiones adicionales: el privilegio de conversión y el privilegio de incapacidad.

Otra forma de dar cobertura de vida a un grupo es a través del uso de alguna forma permanente de Seguro, siendo conocida esta modalidad bajo la denominación de Seguro de Vida Permanente de Grupo. El Seguro de Vida Permanente de Grupo es suscrito por muy pocos portadores, y se calcula que no hay más de un 5 por 100 de los Seguros de Grupo en vigor contratados sobre esta base.

La provisión de incapacidad mencionada prevé la protección del plan continuada durante un período de tiempo limitado o ilimitado, dependiendo del tipo de cláusula de incapacidad incorporado al contrato, si el empleado queda permanente o totalmente incapacitado. Además, toda o una parte de la protección en efecto de la fecha de jubilación puede continuar durante el retiro del empleado.

II. Seguro de Enfermedad y Accidente de Grupo.

(1) *Beneficios básicos:* Bajo este epígrafe se comprenden los siguientes beneficios. (Nota: los siguientes beneficios se clasifican en dos grupos, a saber, el tipo de indemnización y el tipo de reembolso):

- a) Beneficio de renta semanal.
- b) Beneficio de fallecimiento y desmembración por accidente.
- c) Beneficio de gastos de hospital.
- d) Beneficio de gastos quirúrgicos.
- e) Beneficio de gastos médicos (durante la hospitalización y después de ella o completo).
- f) Beneficio de servicios de diagnóstico.
- g) Beneficio suplementario de accidentes.
- h) Beneficio de poliomielitis.
- i) Beneficio de maternidad.

Estos son los beneficios normales ofrecidos por las Compañías de Seguros, generalmente sobre una base no laboral. Dicho de otra manera, la cobertura no comprende las pérdidas sufridas por una lesión corporal surgida en el curso del desempeño laboral, o debidas a una lesión o enfermedad cubierta por la Ley de Compensaciones a Trabajadores o legislación similar. Algunas veces queda comprendida la cobertura laboral, pero, desde luego, mediante una prima adicional.

(2) *Beneficio de Gastos Médicos mayores*: Este beneficio, proporcionado a petición por la Cobertura de Seguro de Enfermedad y Accidentes de Grupo, se ha popularizado mucho. Dichos beneficios pueden ser clasificados en dos grupos, que son: (a) la modalidad total, y (b) la modalidad combinada.

La modalidad total se emite por sí misma, sin plan base, quizás con la excepción de proveer un beneficio de ingreso semanal o un beneficio de fallecimiento o desmembración accidental. Esta forma está destinada a cubrir las vidas de los asegurados de todos los gastos de enfermedad después de la satisfacción del deducible y del pago del contraseguro.

Distinta a la forma total es la modalidad combinada. Esta modalidad se emite en conexión con un plan básico de beneficios comprendiendo algunos o todos los mencionados bajo el Seguro de Enfermedad y Accidentes de Grupo. Este plan ha sido concebido para cubrir aquellos gastos no reembolsados plenamente por el plan de base, y dichos gastos, después del pago del deducible, son aptos para el reembolso parcial bajo el Seguro de gastos médicos mayores.

En esta sección se han mencionado varias veces dos términos: (1) la suma deducible, y (2) el factor contraseguro. Ambas denomi-

naciones son de primordial importancia en el Seguro de gastos médicos mayores, por lo que daremos una breve definición de las mismas.

(1) *Suma deducible.*—Se entiende por ella la cantidad de gastos médicos y de hospital elegibles que debe pagar al contado el asegurado antes de que sean pagaderos los beneficios de la póliza. Esta cantidad debe ser con arreglo a la base de un año natural o sobre una base por incapacidad. La idea en que se apoya el deducible es la de mantener una reclamación media pagadera mayor para un número menor de reclamantes, satisfaciendo así uno de los principios básicos del Seguro.

(2) *Factor de contraseguro.*—Este término se refiere a la proporción de los gastos originados de hospital y médicos elegibles que el asegurado debe pagar de su propio bolsillo. Cuando se aplica este factor a las reclamaciones el asegurado participa en los gastos originados, o, dicho de otra manera, se autoasegura en parte del riesgo. El factor contraseguro se aplica en la cantidad que exceda a la suma deducible. La idea que motiva el uso de un factor de contraseguro es la de interesar al asegurado en la gestión del mejor cuidado médico al menor coste posible.

D) *Especificación de magnitud.*

Bajo este amplio párrafo, deben incluirse dos apartados para una mejor comprensión del tema. So, (1) número mínimo de vidas, y (2) proporción mínima del grupo.

(1) *Número mínimo de vidas.*—El tamaño mínimo del grupo en número para el que se puede aplicar el Seguro de Grupo es de diez. Los grupos entre diez y veinticinco son conocidos por muchos Actuarios como "Grupos Baby". Los "Grupos Baby" no son muy frecuentes, y los portadores que suscriben a estos hacen los contratos especialmente y utilizan reglas y tarifas de suscripción especiales. Las razones de exigirse un número mínimo en el grupo es el de repartir los gastos y reducir la selección contra el portador. Si no se exigiesen estos mínimos algunos patronos poco escrupulosos tomarían el Seguro con la única finalidad de cubrir vidas comprometidas y riesgos anormales.

(2) *Proporción mínima de grupos.*—Si el plan es sin cotización (es decir, que los empleados no contribuyen al coste del plan), todos los empleados elegibles para la cobertura deben ser asegurados. En el caso de un plan con cotización (es decir, con la contribución de los empleados al coste del plan), un mínimo del 75 por 100 de los empleados elegibles deben elegir tomar el Seguro antes de que el plan tome efectividad. En casos de “Grupos Baby” con cotización, la mayoría de los portadores exigen que queden enrolados el 85 por 100 de los empleados elegibles, y si se provee la cobertura de dependientes de los empleados, por lo menos el 75 por 100 de los empleados con los dependientes debe suscribir la cobertura de estos últimos. Algunos portadores exigen también que el 75 por 100 de los dependientes suscriban sus coberturas cuando el grupo sea de diez a quince.

Hay varias razones para exigir estos mínimos, algunas de las cuales han sido ya mencionadas. Sería igual tener un 100 por 100 de participación en el grupo, pero los ideales se logran pocas veces. Si se requiriese el 100 por 100 de participación, en los planes con cotización, muchos empleados no querrían contribuir y, por lo tanto, el grupo no sería elegible. Hay muchos patronos que compran el Seguro de Grupo sobre la base de la cotización, que no lo comprarían si todo el coste debieran aportarlo ellos solos.

E) *Requisitos de elegibilidad.*

- I. Definición de empleado.
- II. Requisito de actividad laboral.
- III. Período probatorio.
- IV. Evidencia de asegurabilidad.

I. *Definición de empleado.*—El Seguro de Grupo se pone a disposición, por lo general, de empleados de jornada completa fijos, en activo, incluyendo, bien a todos los empleados elegibles o a todos los empleados elegibles en clases determinadas por las condiciones inherentes a su empleo. Por lo general, quedan excluidos de la cobertura los empleados de jornada parcial, los estacionales y los ocasionales.

Los directivos de las Compañías generalmente son aptos para la cobertura. Algunas veces son tomados en consideración para la co-

bertura los Consejeros de las Sociedades, siempre que estén activamente dedicados a ellos, estén incluidos en la nómina con 1.000 dólares al año, por lo menos, y sean empleados efectivos de la Sociedad realizando tareas distintas a los deberes nomnales de Consejero (2).

II. *Requisito de actividad laboral.*—Se exige que el empleado trabaje activamente en su empleo en la fecha de su elegibilidad para la cobertura inicial y para los incrementos en la suma de su Seguro. Este requisito está destinado a proteger al portador de la selección adversa, ya que sirve como una especie de evidencia de la asegurabilidad. Garantiza que la salud del empleado tendrá un nivel mínimo razonable.

III. *Período probatorio.*—Algunas Compañías y patronos exigen que los empleados nuevos queden sometidos a un período de prueba, de uno a doce meses, antes de que sean elegibles para el Seguro. El período de prueba está muy estrechamente relacionado con la rotación en el grupo y, con base en esto, muchas Compañías no lo exigen. La razón del período probatorio es la de evitar el ingreso de empleados estacionales y eventuales en el grupo, reduciendo así su coste. Los grupos sin cotización, como regla general, tienen los períodos probatorios más prolongados, siendo la razón de ello que los patronos no quieren pagar primas por los empleados no permanentes.

Una vez que los empleados a quienes se exige cumplir este período lo terminan, se les concede un período de tiempo para solicitar la cobertura, sin tener que aportar la evidencia de asegurabilidad. Este período se conoce por la denominación de período de elegibilidad. El período de elegibilidad se limita por lo general a treinta y un días, y a los empleados que no hacen la solicitud dentro de este plazo se les exige que aporten prueba de elegibilidad.

IV. *Evidencia de asegurabilidad.*—Algunas veces, cuando se producen ciertas condiciones, la Compañía aseguradora puede exigir la evidencia de la asegurabilidad de los asegurados. Estas condiciones son: 1) Si el empleado ha solicitado la cobertura más de treinta y un días después de la fecha de elegibilidad, 2) si el empleado ha convertido previamente su cobertura a una modalidad permanente y, mientras esta cobertura se encuentra en vigor, desea volver al grupo, y 3) si el empleado quedó originalmente cubierto y volunta-

(2) Para más información sobre esta materia, consúltese el proyecto modelo de la N. A. I. N. C.

riamente se dio de baja del plan. Estas reglas, como debe advertirse, están destinadas a proteger al portador contra la elección adversa. Si a los empleados se les permitiera libremente darse de baja y volver de nuevo al plan con la frecuencia que desearan, sólo las vidas muy comprometidas permanecerían en el plan y no existiría una adecuada distribución del riesgo.

F) *Fecha de efectividad.*

Debe hacerse una clara distinción entre la fecha de efectividad del plan y la fecha de efectividad de las vidas aseguradas. Para dejar aclarado este importante punto se dará una breve explicación.

1) *Fecha de efectividad de las vidas individuales.* Si en cualquier caso, un empleado no realiza regularmente los deberes de su ocupación en la fecha de su Seguro o se produce algún cambio en la suma de beneficios bajo el mismo, será asegurado con respecto a dichos beneficios en la fecha en que reanude los deberes de su ocupación.

De ordinario, un empleado debe estar en activo en su trabajo en jornada completa a fin de que se considere como que realiza regularmente los deberes de su ocupación. Cuando las condiciones de la industria sean tales que el empleo sea irregular, se considera que el empleado realiza los deberes de su ocupación si es activo en trabajo de jornada completa, o está disponible para ello, o es físicamente capaz de trabajar en tales condiciones.

2) *Fecha de efectividad del plan.*—En un caso de cotización, una vez que se ha recibido el pago y la solicitud, la póliza será efectiva normalmente en la fecha en que se verifique definitivamente el registro y se obtenga el 75 por 100 de participación de empleados elegibles activos. En algunos casos, puede ser conveniente anunciar una fecha definida de iniciación del registro, con la condición de que dicha fecha será la efectiva solamente si se ha logrado para entonces por lo menos el 75 por 100 de participación.

En los casos sin cotización, la póliza debe tomar efecto inmediatamente de la recepción del pago de compromiso y de la solicitud, o en la fecha siguiente que el patrono pueda estipular.

G) *Despido temporal.*

Generalmente, en el caso de un despido temporal o ausencia, todas las coberturas de grupo, con excepción de la de enfermedad y accidentes, pueden continuar a elección del patrono, supuesto, desde luego, el pago de las primas durante el período de continuidad. El período máximo es normalmente de tres meses, pero puede concederse una ampliación a elección del portador, si el patrono así lo solicita.

La razón de la no continuidad de la cobertura de enfermedad y accidentes, es que el objeto de la misma es el de proveer al pago de la indemnización semanal a cualquier empleado cuyos ingresos se hayan interrumpido por enfermedad o lesión. Cuando un empleado es despedido temporalmente o se ausenta, no percibe ingresos y, en consecuencia, no hay nada que restituir y la cobertura está completamente terminada.

H) *Cese en el empleo.*

Cuando un empleado cesa en sus servicios, su cobertura cesa automáticamente, suponiendo que su separación no sea temporal. Cuando esto sucede, el empleado en cese dispone de treinta y un días durante los cuales puede convertir su cobertura a la modalidad permanente. Algunas veces, ciertos planes estipulan que el empleado que cesa a causa de retiro continúe en el plan, supuesto que no tenga más de setenta años de edad. Este privilegio, si así se estipula, debe ser ofrecido a todos los empleados, ya que la selección independiente violaría los principios básicos del Seguro de Grupo.

I) *Suma del Seguro en vigor.*

En el Seguro de Vida de Grupo debe ser proyectado el programa de forma que sustituya los ingresos del empleado durante un período de tiempo limitado en el caso de su fallecimiento. Una sólida solución es un plan que proporcione sumas de Seguro del 50 al 75 por 100 de los ingresos anuales del empleado. Para percibir estos bene-

ficios se utilizan dos métodos. Primero, un plan que dé la misma cantidad por cada empleado, y segundo, un plan graduado basado o bien en la clasificación laboral de los empleados o en los ingresos de los mismos.

Debido a las muchas dificultades con que se encontraría un plan gradual en el caso de estar basado en la clasificación laboral, las clases deben ser específicas y no amplias y generales. Por esta razón, la mayoría de los planes están basados en los ingresos cuando las cantidades aseguradas mantienen una estrecha relación con las percepciones de los empleados. Los programas basados en la duración del servicio no son recomendables, ya que los empleados más antiguos serían asegurados por las cantidades más altas.

III

ASPECTOS DE FINANCIACION Y TRIBUTACION
DEL SEGURO DE GRUPOA) *Plan sin cotización.*

Los Grupos sin cotización son aquellos en que los empleados no contribuyen al coste del plan. Cuando se instaura uno de tales planes, deben quedar cubiertos por el mismo todos los empleados de las clases elegibles. Los planes sin cotización tienen ciertas ventajas sobre los cotizables. Algunas de ellas son: 1) Quedan comprendidos todos los empleados, 2) es posible un mejor control del plan, 3) es más barato de organizar y de mantener, 4) su administración es sencilla, 5) ventajas impositivas. Aún con estas ventajas, algunos Actuarios del campo del Seguro no se inclinan favorablemente a aceptar esta forma de financiación del Seguro de Grupo. Afirman estos Actuarios que los empleados deben participar en el coste de los beneficios a fin de que así aprecien más plenamente los mismos.

Con referencia a los aspectos impositivos del plan sin cotización, las Leyes dicen: Las primas pagadas para el Seguro de Vida de Grupo por un patrono no se consideran como ingresos susceptibles de tributación por los empleados, aunque estos designan los beneficiarios y pueden convertir el Seguro en permanente a la terminación del empleo. (Income Tax Regulations, Sec. 1.6. - 2 (d); Rev. Rul. 54-165, C. B. 1954-1, 17; Rev. Rul. 56-400, C. B. 1956-2, 116). Este aspecto tributario de los planes sin cotización es de primordial importancia para los empleados, ya que el incremento en su cobertura no es imponible, y puede ser considerado como un aumento de salario. También, aunque los empleados no han pagado impuestos en absoluto, "el beneficio por fallecimiento del Seguro de Grupo no se considera como ingreso imponible en manos de los beneficiarios, ya se trate de un individuo, un fideicomiso, una Sociedad o una Corporación", (Internal Revenue Code. Sec. 101 (a)-(1).

B) *Plan de cotización.*

En contraste con el plan sin cotización, en el que los empleados no participan en el coste del Seguro, se encuentra el plan con cotización, en el que los empleados pagan una parte del coste del plan. Cuando se instituye un plan con cotización es conveniente que el patrono pague una parte considerable de la prima. Las contribuciones de los empleados deben ser modestas y dentro de las posibilidades de todos los elegibles, y en proporción a los beneficios.

Los planes con cotización tienen muchas ventajas, entre las cuales se encuentran:

1) El interés y el aprecio del empleado. 2) Hace posibles mayores beneficios. 3) Un uso mejor y más eficaz de las contribuciones del empleado. 4) Un control mejor del plan por los empleados.

Con relación a los aspectos impositivos de los planes con cotización, la contribución del patrono es deducible como gasto de explotación, pero la de los empleados debe ser deducida de la nómina después de haber sido pagados los impuestos.

IV

LA POLIZA DEL SEGURO DE GRUPO

A) *Contrato tipo.*

El contrato entre el patrono y el asegurador se denomina Contrato Tipo. El contrato tipo contiene todas las provisiones del plan y las únicas partes del mismo son la Compañía aseguradora y el patrono. Las vidas aseguradas mediante el contrato son conocidas generalmente como partes terceras que se benefician de éste aunque sin derechos legales, excepto los que el contrato les concede. El contrato tipo no se refiere en ningún momento a vidas individuales, sino que protege a clases de empleados.

El contrato tipo del Seguro de Grupo contiene un número de elementos tales como: 1) El contrato, 2) variaciones del contrato, 3) terminación de la póliza, 4) certificado de Seguro del empleado, 5) cesiones, 6) tarificación por experiencia, 7) información de Seguros, 8) notificación de las reclamaciones, 9) examen médico para comprobar la validez de la reclamación, 10) limitación de la acción de la Compañía, 11) incapacidades reincidentes, 12) prueba de pérdida, 13) tiempo del pago de las reclamaciones, y muchas otras. Cuando se han integrado todos estos elementos, constituyen el contrato tipo.

El derecho de conversión y los beneficios a los dependientes también constan en el contrato, así como la cantidad con que los empleados deben contribuir y los beneficios previstos por el plan. Además de todo lo anterior, algunas veces el contrato tipo contiene una cláusula que establece que la póliza terminará por falta de pago de la prima dentro del período de gracia concedido para ello. En el contrato tipo se incluye siempre un programa de tarifas de primas según la edad, que se utiliza para computar la prima del primer año. Las tarifas de los años siguientes no quedan incluidas, ya que usualmente dependen de la experiencia del plan.

B) *Certificados.*

El certificado es una evidencia de la participación del empleado en el plan y contiene todas las estipulaciones del mismo; la suma de Seguro con que queda cubierto, su beneficiario y los derechos de que dispone por medio del plan. Desde el punto de vista jurídico el certificado no tiene validez de contrato.

Por lo general, el certificado contiene una cláusula en la que se establece que las reglas y especificaciones del contrato rigen el plan, y que cualquier cambio en el contrato no especificado en el certificado formará parte del contrato y del plan. Las reglas que corresponden al derecho de conversión se incluyen en el certificado para beneficio de los empleados, así como también las referentes a la terminación de la cobertura.

C) *Período de gracia.*

Si el patrono no da conocimiento por escrito al portador de que la póliza será interrumpida, se concede al primero un período de gracia de treinta y un días, sin cargar intereses, para el pago de las primas, después de la primera, durante cuyo período la póliza continúa en vigor. "Está muy bien establecido que el período de gracia es personal para el tenedor de la póliza y no sirve para continuar el Seguro de empleados después del lapso de treinta y un días" (1).

Si no se paga una prima dentro de los días de gracia, la póliza será interrumpida, pero el patrono, no obstante, será responsable ante el portador del pago de todas las primas no pagadas, junto con las primas de los días de gracia. Si, por otra parte, se da notificación por escrito por el patrono a la Compañía aseguradora durante el período de gracia, en el sentido de que la póliza va a ser dejada en suspenso, ésta será interrumpida en la fecha de recepción por la Compañía de dicha notificación. El patrono, no obstante, será responsable ante la Compañía del pago de todas las primas no pagadas, junto con una prima a prorrata por la parte del período de gracia en que la póliza continúe en vigor. El período de continuidad de treinta

(1) *Leyes de Seguros de la Comunidad de Pennsylvania*, cap. 3, sec. 5.

y un días del beneficio por fallecimiento para los empleados que son elegibles, para convertir su cobertura a una de las modalidades permanentes no debe considerarse como parte de la cláusula de período de gracia.

D) *Cláusula de indisputabilidad.*

Si se compara la cláusula de indisputabilidad de una póliza de grupo con la de una póliza ordinaria, se hallará que tiene poca importancia. La razón de ello es que el portador puede obtener muy pocos hechos, si es que puede obtener alguno, de ella. La cláusula de indisputabilidad de una póliza de grupo determina simplemente que la póliza es indisputable después de uno, o a veces, dos años, y que ninguna declaración hecha por persona asegurada se usará para disputar la validez de la póliza. Sólo hay una excepción a esta cláusula, que es la falta de pago de las primas. Con referencia a la cobertura de vida del empleado individual, esta estipulación generalmente determina que después del período de disputabilidad haya expirado, ninguna de sus declaraciones será utilizada por el portador para disputar la cobertura de aquél. La cláusula de indisputabilidad tiene como primer objetivo señalar los derechos del portador y los de las vidas aseguradas.

E) *Beneficiarios.*

La designación de la cláusula de beneficiarios hallada en la mayoría de las pólizas de grupo estipula que los empleados asegurados por el plan pueden designar, de tiempo en tiempo, un nuevo beneficiario por medio de la presentación de una solicitud por escrito a la Compañía. La cláusula determina también por lo general que no se verificará dicho cambio hasta que la Compañía reciba y apruebe la mencionada solicitud del empleado, pero que una vez aprobada tendrá efecto a partir de la fecha de la solicitud, viva o no el empleado en la fecha de tal presentación, aunque sin perjuicio para la Compañía con respecto a cualquier pago realizado por ella antes de recibir dicha petición.

V

ASPECTOS ACTUARIALES DEL SEGURO DE GRUPO

A) *Suscripción.*

El Seguro de Grupo como una rama del Seguro de Vida debe hacer uso de la selección para clasificar y aceptar los riesgos. En la misma forma que los portadores de vida ordinarios seleccionan su riesgo, para que sean homogéneos y mayores en número, para que la teoría de probabilidades funcione y haga las reclamaciones razonablemente predecibles, operan los portadores de Vida de Grupo.

Ahora bien, es preciso tener en cuenta que la mortandad no es el único elemento de coste implícito en el cálculo de las tarifas. Si tratáramos de obtener tales grupos A-1, el procedimiento de selección sería tan caro que los ahorros por mortandad quedarían más que anulados. Teniendo esto en cuenta, debe quedar claro que es preciso que exista un equilibrio entre gastos y mortandad, y la mayoría de las Compañías aseguradoras, tomando este punto en consideración, adoptan procedimientos de selección suficientemente amplios para aceptar la gran mayoría de riesgos asegurables a tarifas normalizadas. Debido a esto, en muy pocas ocasiones se rechaza un riesgo totalmente, y lo que se hace normalmente es cargar tarifas adicionales a los grupos dedicados a ocupaciones peligrosas.

La suscripción de grupo, en contraste con el Seguro individual, no concierne a las condiciones de una vida en particular, sino que está destinada a un grupo de vidas que dará un tipo predecible de mortalidad. Los muchos aspectos del Seguro de que han sido tratados anteriormente, tales como la cobertura incidental de la fluidez de personas en el grupo, la cláusula probatoria, y muchos otros, son seguridades contra la selección adversa. Como nadie niega que las buenas relaciones del tenedor de póliza son un factor de mucha significación, la suscripción es un aspecto muy importante que debe

ser tenido en cuenta para reducir al mínimo los ajustes en alza de la tarifa de prima.

Un factor muy importante, que debe ser suscrito con cierto cuidado es la cantidad de Seguro disponible para cada clase de empleados. Una rotación muy alta y la experiencia pasada sobre un riesgo son también muy importantes y deben ser estudiadas cuidadosamente por el Actuario o por el suscriptor de grupo. Suscribir grupos pequeños es una tarea tal vez difícil, y a menos que el portador disponga de alguna clase de experiencia anterior con grupos similares o algunos datos sobre el grupo en estudio, puede ser un riesgo muy peligroso.

B) Cálculo de la tarifa de prima.

La mejor forma de ilustrar los cálculos de la tarifa de primas es por medio de un ejemplo. Para ello, consideraremos un grupo teórico. (Véanse las tablas A a I del Apéndice).

PLAN TEORICO

DATOS

COMPANIA X Y Z

<u>Nombre del empleado</u>	<u>Sexo</u>	<u>Edad</u>	<u>Salario anual Dólares</u>	<u>Familiares dependientes</u>
A	M	18	3.600	1
B	F	48	12.000	4
C	M	29	4.800	3
D	M	49	12.000	2
E	F	52	20.000	0
F	M	31	4.800	1
G	F	25	3.600	2
H	F	21	3.600	1
I	M	24	12.000	1
J	F	28	3.600	1
K	M	59	20.000	0
L	M	30	3.600	2
M	F	37	4.800	3
N	M	41	20.000	1
O	F	52	4.800	1
P	F	35	3.600	4
Q	M	26	4.800	4
R	M	56	3.600	3
S	M	40	4.800	2
T	M	33	4.800	1

SUPUESTOS Y CALCULOS ACTUARIALES

Salario anual Dólares	Dólares	Beneficios Dólares
0,00	3.599,00	1.800,00
3.600,00	4.799,00	4.200,00
4.800,00	11.999,00	8.400,00
12.000,00	19.999,00	15.600,00
20.000,00 en adelante		20.000,00

- a) Se tratará de un plan sin cotización.
- b) Debido a la magnitud del grupo, la prima de vida será cargada con un 20 por 100.
- c) Se supone que los empleados con uno o más familiares dependientes están casados y, por lo tanto, uno de ellos será la esposa.
- d) El Seguro de Fallecimiento y Desmembramiento por Accidente tendrá una tarifa de 0,15 dólares por cada 1.000 dólares de capital por cobertura de veinticuatro horas.

EDAD	NUMERO DE EMPLEADOS POR CLASE					Suma total de seguro por edad	Tarifa mensual por 1,000 dólares	Total prima no cargada por edad
	Dólares 1,800	Dólares 4,200	Dólares 8,400	Dólares 15,600	Dólares 20,000			
18		I				4.200	0,22	0,92
21		I				4.200	0,24	1,00
24				I		15.600	0,25	3,90
25		I				4.200	0,25	1,05
26			I			8.400	0,25	2,10
28		I				4.200	0,26	1,09
29			I			8.400	0,26	2,18
30		I				4.200	0,27	1,13
31			I			8.400	0,27	2,27
33			I			8.400	0,29	2,44
35		I				4.200	0,32	1,34
37		I				4.200	0,36	1,51
40			I			8.400	0,45	3,78
41					I	20.000	0,49	9,80
48				I		15.600	0,89	13,88
49				I		15.600	0,97	15,13
52			I		I	28.400	1,26	35,78
56		I				4.200	1,80	7,56
59					I	20.000	2,32	46,40
TOTALES	8	6	3	3	190.800	—	153,26	
Cargado por vida								20°/00
PRIMA TOTAL CARGADA								191,58

BENEFICIO DE MUERTE POR ACCIDENTE		
Suma total Dólares	Tarifa/1.000 Dólares	Prima Dólares
190.800	0,15	28,62

PRIMA TOTAL CARGADA (Dólares)	191,58
PRIMA POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE	28,62
CARGAS EXTRA	12,00
TARIFA MEDIA DE FACTURACION (Dólares).	232,20

PREPARADO PARA LA : CORPORACION X Y Z
Fecha: ENERO, 1966.

COMPANÍA X Y Z

Número de empleados.....	20	Número de mujeres en el grupo.....	8
Empleds. sin dependientes.....	2	% de mujeres en el grupo.....	40 %
Empleds. con un dependiente.....	8	Empleds. con más de 50 años de edad.....	4
Empleds. con 2 ó más dependientes.	10	% de empleados de más de 50 años.....	20 %

Cobertura	Beneficios		Empleado		Esposa		Hijo(s)	
	Dólares		Tarifa	Prima	Tarifa	Prima	Tarifa	Prima
Habitación y personal (31 días).....	8,00		0,10	0,80	0,12	0,96	0,09	0,72
Gastos extra de hospital, grupo.....	100,00		1,10	1,10	1,28	1,28	1,05	1,05
Gasto quirúrgico.....	300,00		0,75	0,75	1,05	1,05	1,20	1,20
Visitas médicas (en hospital) (31 días).	4,00		0,05	0,20	0,07	0,28	0,11	0,44
Accidente emergencia. Máximo.....	20,00		0,12	0,12	0,12	0,12	0,23	0,23
Maternidad diferida.....	100,00		0,26	0,26	1,25	1,25	—	—
TOTALES			(i)	3,23	(ii)	4,94	(iii)	3,64

Empleadas madres. Beneficios de 100,00 dólares

$$0,65 \text{ de tarifa} \times 0,40 \text{ de participación femenina} = 0,26 \text{ dólares}$$

(Consúltese la Tabla I para el cómputo de la prima)

Empleados sin dependientes (dólares).....	3,23 (Utilícese el núm. 1)
Empleados con un dependiente.....	8,17 (Utilícese el núm. 2)
Empleados con dos o más dependientes.....	11,79 (Utilícese el núm. 4)
2 empleados sin dependientes (dólares).....	6,46
8 empleados con un dependiente.....	65,36
10 empleados con dos o más dependientes ...	<u>117,90</u>
PRIMA DE ACCIDENTE Y ENFERMEDAD ...	189,72
A SUMAR, PRIMA DE VIDA.....	<u>232,20</u>
TOTAL PRIMA MENSUAL.....	421,92

C) *Tarifificación por experiencia.*

Como las tarifas con arreglo a las cuales se emite la póliza están garantizadas por lo general durante un año, al final de dicho primer año el caso volverá a ser examinado por el Actuario o el suscriptor de grupo, y, sobre la base de las reclamaciones producidas durante el primer año serán ajustadas convenientemente las tarifas de primas para el año siguiente. Al hacer esto, el Actuario de grupo debe tener en cuenta la ley de promedios y la teoría matemática de la probabilidad, recordando que la experiencia de un año sólo tiene una fiabilidad estadística limitada.

La fórmula de tarificación por experiencia usada en el plan debe tener en cuenta la mortandad real del grupo, el coste real de explotación y la magnitud del plan al final del año. El propósito principal de la fórmula de tarificación por experiencia es dar crédito a los grupos que muestran una experiencia buena, y cargar a los que la dan pobre. Cuando se hacen reembolsos de capital a los planes de experiencia favorable, se hacen patrón y no a las vidas aseguradas. La razón para ello es que, como se ha dicho antes, el contrato de grupo es un contrato entre el portador y el patrono, mientras que las vidas protegidas por el plan sólo tienen la consideración de terceras partes que se benefician del mismo. Al final del año habrá una cantidad residual de la prima bruta que retendrá el portador. Esta cantidad que no se devuelve al tenedor de póliza se conoce bajo la denominación de Retención. La cantidad de Retención por la Compañía aseguradora es superior a las reclamaciones y reembolsos originados. La importancia del concepto de retención es que muestra, sobre una base perspectiva o retrospectiva, los gastos generales cargados en caso de un tipo y magnitud dados.

Llegados a este punto, las ventajas de la tarificación por experiencia deben ser evidentes. Para no nombrarlas todas serán: (a) permitir reembolsos equitativos y evitar incrementos en la tarifa de prima, (b) hacer la explotación del grupo autofinanciable, (c) permitir que el portador compita con otras Compañías, (d) aportar las tarifas más bajas posibles, (e) determinar una prima que no fluctúe periódicamente.

Antes de cerrar esta sección, debe mencionarse un factor muy importante. Se trata de los supuestos del Actuario cuando da crédito a un grupo que ha mostrado una experiencia favorable. Hasta cierto punto, la teoría matemática del promedio y de la probabilidad es una fuente para que el Actuario base sus supuestos, pero como la experiencia de unos pocos tiene un valor estadístico limitado, a partir de estos límites tiene que entrar en juego el juicio del Actuario. Usando del mismo, el Actuario tiene que contar con que la experiencia pasada puede ser diferente de la futura y basándose en este sólido procedimiento actuarial debe dejar un margen para un fondo de contingencia.

D) *Reservas.*

Como es bien sabido de todas aquellas personas que, de una forma u otra, tienen algún contacto con los aspectos técnicos de las operaciones de Seguros, el término más importante y técnico que hallamos en la industria del Seguro es el de Reservas. A causa de la naturaleza de la modalidad del Seguro de Grupo a plazo renovable anualmente, las reservas pasivas son de menos importancia cuantitativamente que lo son con respecto a las modalidades de prima del Seguro de Grupo. No obstante, son importantes para la explotación por los portadores de grupo (1).

Hablando en términos generales, los portadores de grupo utilizan tres tipos diferentes de reservas en sus explotaciones en grupo. Son:

(a) *reservas de prima no devengadas*, (b) *reservas de reclamación*, y (c) *reservas contingencias*.

(a) *Reservas de primas no devengadas.*—Como la mayoría del Seguro de Vida de Grupo se suscribe sobre la base de renovación a un año, al final del período de la póliza las primas son totalmente devengadas, por lo que durante el período de la póliza toda la reserva que se necesita es la parte de la prima no devengada todavía. La mayoría de las Compañías, en su uso de este tipo de reservas utilizan un coste a prorrata del período de cobertura no expirado para el que es adecuada la prima. Debe calcularse aquí que las reservas se calculan individualmente para cada plan, y que el total de estas reservas es la reserva de prima no devengada.

(b) *Reserva de reclamación.*—Este tipo de reserva es de primordial importancia en el Seguro de Enfermedad de Grupo. En las operaciones de vida, una vez que se ha presentado una reclamación por vida (lo que por lo general sucede inmediatamente después del fallecimiento del asegurado), se atiende y se paga sin retraso. En contraste con esto, hallamos que en los planes de Seguro de Enfermedad de Grupo, algunas veces el portador del Seguro se encuentra pagando reclamaciones originadas mientras el plan tenía efectividad, una vez extinguida la póliza. Por esta razón, la Compañía aseguradora establece la reserva de reclamaciones. También se establecen reservas de reclamaciones en relación con el beneficio de continuidad de un año del beneficio por fallecimiento y el beneficio prolongado por fallecimiento de treinta y un días, y con las reclamaciones por incapacidad no denunciadas todavía.

(c) *Reserva contingente.*—Como su nombre implica, las reservas contingentes se establecen por la Compañía aseguradas para equilibrar las contingencias no esperadas por el portador. Las dos contingencias más importantes de esta naturaleza son las fluctuaciones de mortalidad en exceso y los riesgos de catástrofe. La mayor parte de estos riesgos no se materializan a menudo, pero cuando lo hacen dan lugar a fuertes pagos. Algunos de ellos son: guerra, epidemias, explosiones, etc.

VI

ADMINISTRACION DE GRUPO

A) *Planes autoadministrativos.*

Esta forma de administrar un plan de grupo se basa en el supuesto de que el patrón se encargará de casi todos los informes del Seguro y de informar una vez al mes a la Compañía aseguradora. A este respecto, el patrono tiene que informar el número total de vidas cubierto por el plan a principios de mes, la suma de Seguro en vigor, los incrementos, disminuciones, altas, bajas, total de vidas y Seguro en vigor al final del mes, y una declaración de primas en la que se muestre el total de primas adeudadas.

Cuando se usa la modalidad de autoadministración, los únicos informes que se intercambian entre el patrono y el portador son los correspondientes al cálculo y pago de las primas. Como puede comprenderse, esta forma de administración da lugar a considerables ahorros. El mantenimiento de registros, correspondencia y contabilidad pasa a manos del tenedor del Seguro, quien puede manejar el sistema más fácilmente de la Compañía aseguradora.

B) *Administración por la Compañía de Seguros.*

En comparación con los planes autoadministrados, hallamos la modalidad de administración por el asegurador. En esta modalidad, el asegurador mantiene la mayoría de los registros, y el patrono comunica una vez al mes un informe dando los nombres, aumentos, disminuciones, altas y bajas. Cuando se utiliza esta modalidad, los detalles tales como la preparación de las declaraciones de primas, certificados y cambios de beneficiarios corresponden al portador.

Los planes administrados por el asegurador son prescritos a aquellos grupos con menos de 200 vidas y cuya rotación no es muy considerable. Para los planes que cubren las vidas de varios patronos esta modalidad no es práctica, ya que se trata de varias unidades informantes, pertenecientes a un grupo general. Esta modalidad puede no dar lugar a los ahorros de los planes autoadministrados, pero tiene muchas ventajas para el patrono que merece la pena considerar antes de poner en práctica el plan.

TABLA A

PRIMAS BRUTAS MINIMAS DEL SEGURO DE GRUPO DE
VIDA RENOVABLE, A PLAZO

(De conformidad con la Tabla de Mortalidad de Grupo de los Comisarios de 1960, a un tipo de interés del 3 por 100).

<u>Edad al cumpleaños más cercano</u>	<u>Mensual Dólares</u>	<u>Edad al cumpleaños más cercano</u>	<u>Mensual Dólares</u>
15	0,19	55	1,65
16	0,20	56	1,80
17	0,21	57	1,97
18	0,22	58	2,14
19	0,23	59	2,32
20	0,23	60	2,51
21	0,24	61	2,72
22	0,24	62	2,96
23	0,25	63	3,21
24	0,25	64	3,48
25	0,25	65	3,78
26	0,25	66	4,11
27	0,26	67	4,48
28	0,26	68	4,89
29	0,26	69	5,34

Edad al cumpleaños más cercano	Mensual Dólares	Edad al cumpleaños más cercano	Mensual Dólares
30	0,27	70	5,81
31	0,27	71	6,32
32	0,28	72	6,84
33	0,29	73	7,38
34	0,30	74	7,95
35	0,32	75	8,58
36	0,34	76	9,24
37	0,36	77	10,00
38	0,38	78	10,86
39	0,41	79	11,81
40	0,45	80	12,83
41	0,49	81	13,93
42	0,53	82	15,07
43	0,58	83	16,26
44	0,63	84	17,50
45	0,68	85	18,80
46	0,74	86	20,19
47	0,81	87	21,60
48	0,89	88	23,13
49	0,97	89	24,79
50	1,06	90	26,62
51	1,16	91	28,68
52	1,26	92	31,03
53	1,38	93	33,75
54	1,51	94	36,95
		95	40,98

NOTA: A las tarifas precedentes debe añadirse una constante para los primeros 40.000,00 dólares de Seguro, igual a 0,30 dólares por M. mensual. Las tarifas precedentes excluyen cualquier reducción por magnitud de la prima.

TABLA B

REEMBOLSO DE GASTO DE HOSPITAL, DE GRUPO
(Excluida maternidad)

Prima mensual por 1,00 dólar de habitación y personal diario:

<u>Número de días</u>	<u>Empleado Dólares</u>	<u>Esposa Dólares</u>	<u>Hijo(s) Dólares</u>
31 días como máximo	0,10	0,12	0,09
70 " " "	0,12	0,14	0,13
180 " " "	0,15	0,17	0,16

Estas tarifas están sujetas a reajuste por edad y sexo.

TABLA C

GASTOS EXTRA DE HOSPITAL, GRUPO

Prima mensual por gastos extra de hospital:

<u>Máximo Dólares</u>	<u>Empleado</u>	<u>Esposa</u>	<u>Hijo(s)</u>
50	0,85	1,06	0,80
100	1,10	1,28	1,05
150	1,34	1,60	1,35
200	1,46	1,75	1,50
300	1,60	2,00	1,65
400	1,78	2,10	1,80
500	1,82	2,20	1,95
1.000	1,91	2,35	2,10

Estas tarifas quedan sometidas a reajuste por edad y sexo.

TABLA D

REEMBOLSO DE GASTOS QUIRURGICOS

(Excluida maternidad)

Tarifa de prima mensual para programa normal de 300 dólares:

	<u>Dólares</u>
Empleado	0,75
Esposa	1,05
Hijo(s)	1,20

Las tarifas de los programas proporcionados son proporcionadas.
Estas tarifas quedan sujetas a reajuste por edad y sexo.

TABLA E

VISITAS MEDICAS (EN HOSPITAL)

Prima mensual por cada 1,00 dólar de beneficio por visita.

<u>Hospitalizado</u>	<u>El beneficio se inicia con</u>	<u>Empleado Dólares</u>	<u>Esposa Dólares</u>	<u>Hijo (s) Dólares</u>
31 días	1. ^a visita	0,05	0,07	0,11
	2. ^a visita	0,04	0,05	0,08
	3. ^a visita	0,03	0,04	0,07
70 días	1. ^a visita	0,06	0,08	0,13
	2. ^a visita	0,05	0,06	0,09
	3. ^a visita	0,04	0,05	0,08

TABLA F

ACCIDENTE EMERGENCIA, GRUPO

	Dólares		
	15,00	20,00	25,00
Prima mensual para un máximo de:			
Empleado	0,10	0,12	0,15
Esposa	0,10	0,12	0,15
Hijo(s)	0,17	0,23	0,28

TABLA G

BENEFICIO * DE GRUPO POR CAMA EN MATERNIDAD
Y OBSTETRICIA

Base diferida

Empleada femenina	0,65 dólar por mes por cada 1.000 dólares de parto normal (beneficio de obstetricia), o por cada 100,00 dólares máximo de reembolso por gastos de hospital (beneficio de hospital) veces razón de número de empleados femeninos a número total de empleados.
Esposa dependiente	1,25 dólares por mes por cada 100,00 dólares por parto normal (beneficio de obstetricia) o por 100,00 dólares como máximo de reembolso por gasto de hospital. (Beneficio de hospital).

* Sólo con cobertura de hospital, quirúrgicos y médicos mayores.

TABLA DE REAJUSTE POR EDAD Y SEXO

Las tarifas base de hospital y quirúrgica para empleado y esposa (sin hijo(s)) están sometidas a reajuste, de conformidad con la siguiente tabla:

Porcentaje de empleados de más de 50 años de edad. (Más de 40, en caso de empleada femenina)	Incremento en la tarifa de empleado y esposa
Menos de 20 %	0 %
20 — 30 %	10 %
31 — 40 %	25 %
41 — 60 %	35 %
61 — 80 %	55 %
81 — 100 %	75 %

TARIFAS DE FACTURACION DE GRUPO

La estructura básica, según se calcula aquí para coberturas de gastos médicos, es como sigue:

- (i) Tarifa de empleado.
- (ii) Tarifa de esposa.
- (iii) Tarifa de hijo(s).

- 1. Empleado solamente. (i)
- 2. Empleado y esposa. (i) + (ii)
- 3. Empleado e hijo(s). (i) + 0,96 (ii) + 0,40 (iii)
- 4. Empleado y esposa e hijo(s). (i) + 0,96 (ii) + 1,05 (iii)

B I B L I O G R A F I A

- GREGG, DANIS W., *Life and Health Insurance*. Handbook, Richard D. Irwin, Inc., Homewood, Illinois, C. 1959.
- GREGG, DANIS W., *Group Life Insurance* 3d. Edition, Richard D. Irwin, Inc., Homewood, Illinois, C. 1950, 1957 and 1962.
- MCGILL, DAN M., *Life Insurance*, Richard D. Irwin, Inc., Homewood, Illinois, C. 1959.
- MEHR, ROBERT I. and CAMMACK, EMERSON, *Principles of Insurance* 3d. Edition, Richard D. Irwin, Inc., Homewood, Illinois, C. 1952, 1957 and 1961.
- WARTERS, D. N., *Group Insurance on Level Premium Plans, Transactions of the Actuarial Society of America*, Vol. XLVIII (1947).
Institute of Life Insurance, Life insurance Fact Book, 1965 Edition.
- Insurance Laws of the Commonwealth of Pennsylvania, Chap. 3, Sec. 6.
- Proceeding of the National Connection of Insurance Commissioners, 1918.