



assa

SUSCRIPCIÓN – SALUD & COLECTIVO DE VIDA
Curso Ejecutivo de Cuentas

2025

¿QUÉ ES MORTALIDAD & MORBILIDAD?

DIFERENCIA DE MORTALIDAD & MORBILIDAD



Seguro de Vida:

La *mortalidad* es el número de defunciones en una población y período determinados.

Seguro de Salud:

La *morbilidad* es el número de personas que enferman en una población y período determinados.

DIFERENCIA DE MORTALIDAD & MORBILIDAD



Esto quiere decir que no necesariamente una persona que aseguremos en un ramo; lo debemos asegurar en el otro.

Seguro Colectivo de Vida: Se recarga o se declina; no se colocan exclusiones.

Existen dentro de Colectivo de Vida los colectivos de *beneficio laboral (para colaboradores)* y los de *desgravamen (saldo deudor - bancarios)*. Las reglas y políticas pueden ser diferentes para estos casos según negociación previa con el contratante.

Inclusive el análisis de suscripción y decisión final de la aseguradora puede ser diferente entre un Colectivo de Vida y una Póliza de Vida Individual.

DIFERENCIA DE MORTALIDAD & MORBILIDAD



Seguro de Salud:

- ✓ Es posible recargar.
- ✓ Excluir condiciones médicas pre-existentes.
- ✓ Aplazar
- ✓ Declinar

Las reglas de suscripción pueden variar de una póliza de Salud Individual y una de Salud Colectivo. De igual forma, puede variar entre colectivos.

Entre Colectivos, los factores más relevantes son:

- Tipo de Reaseguro (hablaremos más adelante).
- Cantidad de Asegurados.
- Primas determinadas para el colectivo.
- Porcentaje pagado por el contratante y el colaborador (contribución).

Salud Grupo vs Salud Individual

- Existen dos tipos de productos de salud:
 - (i) **Salud Grupo** o Colectivo de Salud – se tarifica al grupo con su propia experiencia y las tarifas se ajustan según la experiencia del grupo. El valor más importante que agrega el asegurador no es el pago del reclamo, es el uso de la red y el financiamiento de los reclamos con un pago mensual fijo acordado.
Financiamiento de Riesgo: El costo de las reclamaciones se carga al grupo. No existe subsidio con otros grupos.
 - (i) **Salud Individual** – se tarifica la cartera y las tarifas se ajustan regulatoriamente mediante “ajustes globales”. Como existe subsidio, el pago del reclamo se percibe como el valor agregado más importante; sin embargo, al igual que en salud grupo, el valor más importante es el uso de la red y el financiamiento de los reclamos con un pago mensual fijo acordado.
Transferencia de Riesgo: El costo de las reclamaciones lo asume la aseguradora con el precio que definió para la cartera existente y cartera futura. Las personas que no reclaman subsidian a las personas que reclaman.

Estos productos son sustancialmente distintos en cuanto a precio y la forma en que se comportan los ajustes de las tarifas comerciales.

DIFERENCIA ENTRE LA PRIMA DE SALUD INDIVIDUAL VS COLECTIVO



LEY DE SEGURO - 2012

Artículo 146. Revisión de tarifas.

Con el objeto de que las tarifas comerciales se mantengan observantes de los principios de equidad, suficiencia y que no sean injustamente discriminatorias, la Superintendencia deberá revisar en todo momento que las mismas no violen dichos principios, las notas técnicas autorizadas o arriesguen la suficiencia del producto correspondiente.

Sin perjuicio de lo anterior, los aumentos globales de tarifa en las pólizas de salud individual deberán ser sustentados ante la Superintendencia para su debida aprobación antes de ser implementados a los asegurados, y para tales efectos, las aseguradoras deberán presentar las tarifas propuestas, incluyendo estimados de los costos de reaseguros, de ser requerido, costos de adquisición, costos de siniestros; así como los estimados asociados con los canales de distribución, gastos administrativos, impuestos y el margen bruto de ganancia. Para los efectos del término de aprobación aplicará lo dispuesto en el artículo 141.

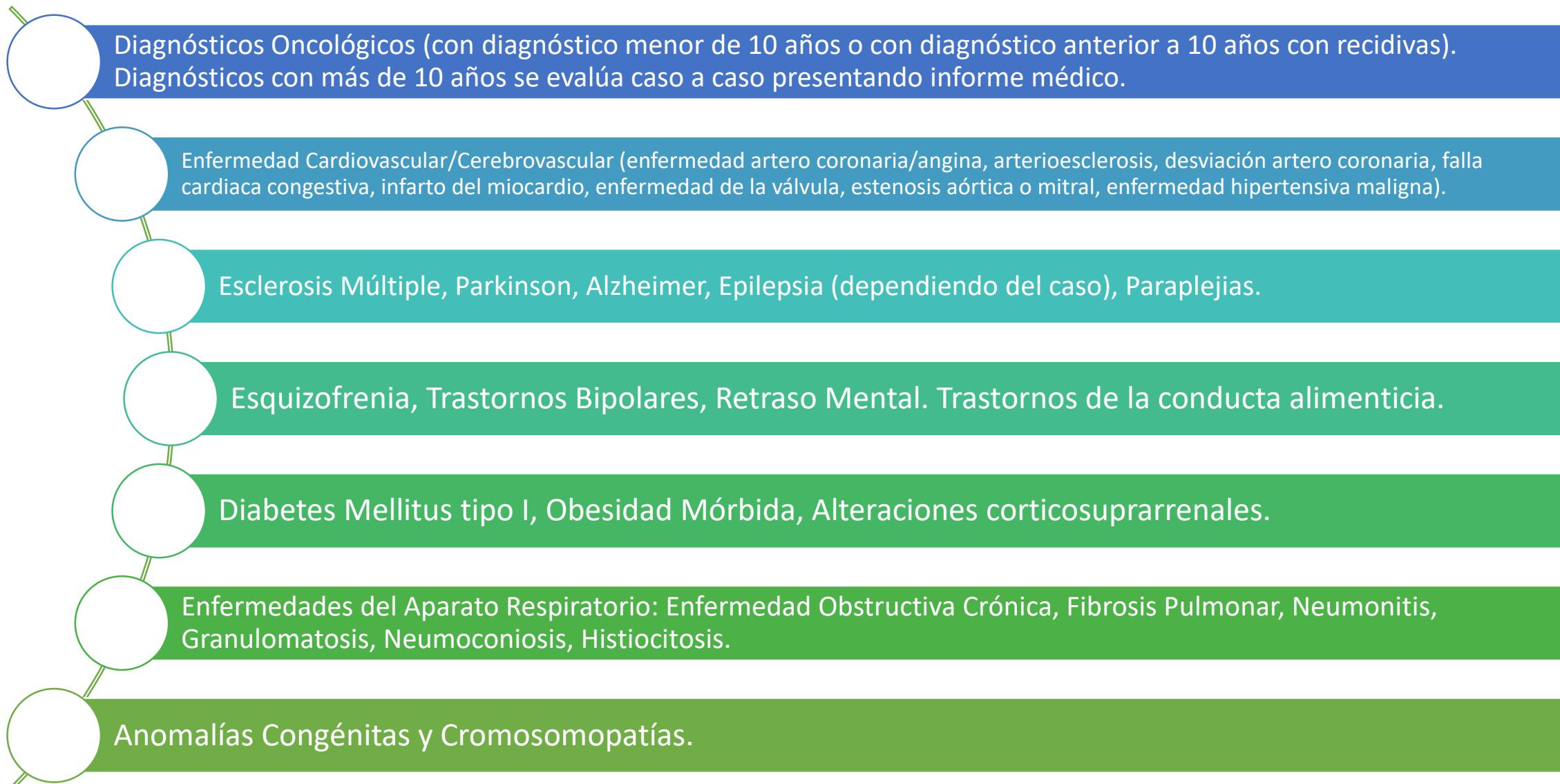
En Salud Individual, no se puede realizar incremento en prima por la siniestralidad específica de una persona a partir de la Ley del 2012.

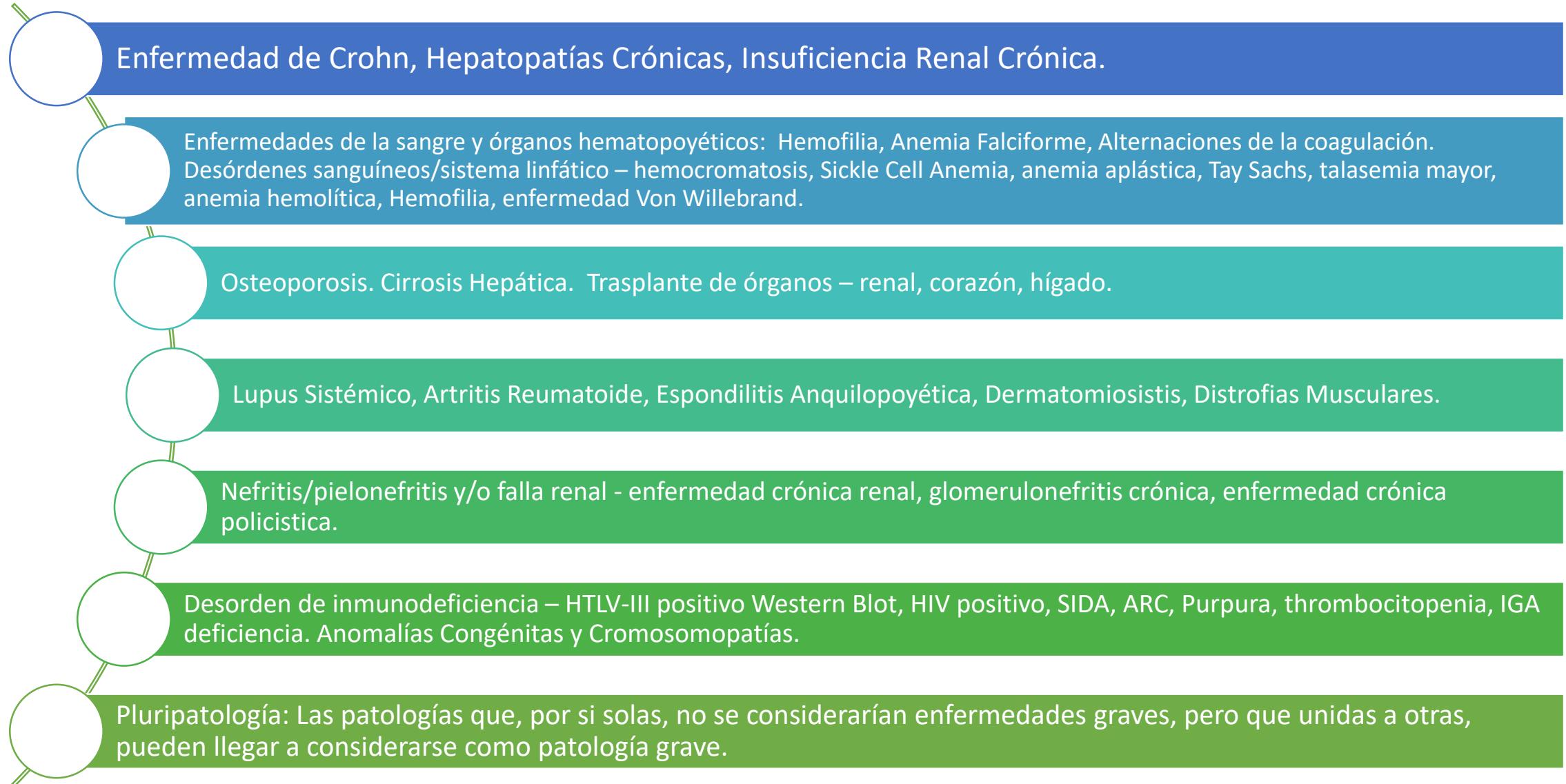
Artículo 163. Derecho de conversión: "...La prima a pagar será basada en la tarifa de la aseguradora aplicable a la clase de riesgo a la cual pertenezca el asegurado y a la edad que tenga en la fecha efectiva de la póliza de seguro de salud individual."

VIGENCIA, TÉRMINO Y RENOVACION DE LA POLIZA

“....En cada renovación del contrato, la Compañía podrá modificar las tarifas o beneficios de esta póliza cuando los resultados del programa en su conjunto lo requieran por razones de desviación de la siniestralidad, cambios en los costos médicos hospitalarios y condiciones contractuales pactadas entre las partes, siempre y cuando que la Compañía notifique al Contratante por lo menos con 31 días de anticipación a la fecha de vencimiento de tal renovación. Los ajustes de primas producto de las desviaciones de los resultados y con los cuales se busca un equilibrio en éstos, se harán al próximo aniversario de la póliza.”

RIESGOS USUALMENTE NO ASEGURABLES





¿SABES QUÉ ES EL IMC?

IMC = INDICE DE MASA CORPORAL

El índice de masa corporal (IMC) es un número que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona. Para la mayoría de las personas, el IMC es un indicador confiable de la gordura y se usa para identificar las categorías de peso que pueden llevar a problemas de salud.

El IMC proporciona una estimación del nivel de grasa corporal y se utiliza como indicador de sobrepeso u obesidad en adultos.

Sin embargo, no considera la distribución de la grasa ni la composición corporal. Aunque es una herramienta útil para evaluar el peso corporal, debe complementarse con otras medidas y evaluaciones médicas para obtener un diagnóstico completo y preciso.

- **En adultos el IMC aceptable para nosotros esta en el rango de 18 a 35.**



FUMADORES – SALUD INDIVIDUAL



- Recargo de 20%.
- Podrá aplicar para reconsideración del recargo, los asegurados o prospectos que tengan 1 año o más de haber dejado de fumar. Aplicarán los siguientes requisitos:
 - Hasta 2 años después de emitida la póliza debe presentar Nicotina y Rx Torax.
 - Despues de 2 años, Nicotina, Rx Torax y requisitos de asegurabilidad.



MUJERES EMBARAZADAS



Si el embarazo ha tenido su curso normal, se aseguran hasta la semana 28, con exclusión del diagnóstico.

Para evaluar hasta la semana 28 se solicita su control de embarazo; si el embarazo es de alto riesgo; incluyendo embarazo múltiple, se aplaza hasta un mes después del alumbramiento.



- Se aseguran no vacunados.
- Se pide rayos del tórax e informe médico si fue positivo Covid y estuvo hospitalizado y/o en Cuidados Intensivo

PERSONAS RECENTEMENTE OPERADAS O CON DIAGNOSTICOS EN ESTUDIO

Dependiendo de la complejidad de la operación, estos casos se aplazan de 3 a 6 meses.

Personas que en este momento se encuentren realizándose estudios para diagnósticos, se aplazan o se rechazan, dependiendo de cada caso.

Operaciones con banda gástrica se ve caso por caso.



PERSONAS DIABETICAS



Diabetes Tipo 1: La diabetes indica que el nivel de glucosa, o azúcar, se encuentra muy elevado en la sangre. En la diabetes tipo 1, el páncreas no produce insulina. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa penetre en las células para suministrarles energía. Sin la insulina, hay un exceso de glucosa que permanece en la sangre. Con el tiempo, los altos niveles de glucosa en la sangre pueden causarle problemas serios en el corazón, los ojos, los riñones, los nervios, las encías y los dientes.

Personas con diabetes Tipo 1 no son asegurables.

Diabetes Tipo 2: Es una enfermedad que se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre, a causa de la incapacidad del cuerpo de producir o poder utilizar de manera adecuada la propia insulina. La diabetes mellitus tipo 2 se inicia en adultos, de aquí el nombre popular de diabetes de la gente mayor.

Personas con diabetes tipo 2 pueden evaluarse presentando examen de hemoglobina glicosilada.



DIAGNOSTICOS MÁS COMUNES PARA LOS CUALES SE SOLICITA CUESTIONARIO MEDICO ADICIONAL



PROBLEMAS
RESPIRATORIOS - ASMA



DIABETES



TRASTORNOS
NERVIOSOS & MENTALES



TRASTORNOS
MUSCULOESQUELETICOS
O DE ESPALDA



HIPERTENSION



EPILEPSIA



TRASTORNOS
GASTROINTESTINALES

POLITICAS DE SUSCRIPCION MAS RELEVANTES PARA SALUD INDIVIDUAL



La solicitud de seguro tiene validez de 60 días y los exámenes médicos de 6 meses.

Si el propuesto asegurado tiene condiciones pre-existentes que merecen exclusión permanente, la Compañía enviará un memo de exclusión para firma del asegurado, y continuar con el trámite tan pronto el mismo ha sido firmado como aceptación.

Todo extranjero no naturalizado debe cumplir con su carnet migratorio o cédula de residente.

Certificado de Buena Salud del Pediatra para niños menores de 4 meses hasta los 2 años.

Informe de neonatología hasta 3 meses de nacido (los que aplican prueba).

Los exámenes médicos deben ser realizados por un proveedor autorizado por la compañía de seguros y los costos serán asumidos por el asegurado.

En casos de contratación de pólizas para menores de edad, solo podrán figurar como contratantes de la póliza los padres o tutor legal, la solicitud deberá ser completada y firmada por los padres o tutor legal. El responsable de pago podrá ser cualquier individuo que tenga un interés asegurable sobre el menor. En caso de haber un tutor designado se deberá presentar la Resolución Judicial que indique la designación del mismo.

Si la madre cumplió con el período de espera para el Beneficio de Maternidad que establece la póliza, a partir del décimo día el recién nacido podrá ser inscrito en la póliza como Familiar Asegurado, mediante la presentación de la solicitud de inclusión de dependientes que provee la Compañía y quedará automáticamente sujeto a todas las condiciones generales y particulares de la póliza, sin pasar por requisitos de asegurabilidad. Esta solicitud de inclusión deberá presentarse a la Compañía en un plazo máximo de treinta (30) días, contados a partir de la fecha de nacimiento del bebé.

Cuando la madre asegurada no posee cobertura de maternidad, el propuesto asegurado deberá completar el formulario de inscripción y cumplir los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Compañía, el propuesto podrá ser aprobado sin exclusiones, aprobado con exclusiones, declinado o aplazado. Los recién nacidos en donde la madre no posea cobertura de maternidad podrán optar por el seguro después de cumplido un mes de nacido.

CAMBIOS DE PLANES – MAYOR COBERTURA

Se considera cambio de plan a mayor cobertura cuando:

- Se disminuye el deducible.
- Cuando se cambia de un plan que incluye mayores coberturas.
- Cuando se pasa de un plan de cobertura local a un plan de cobertura internacional.
- Cuando pasa de un plan vitalicio a un plan anual renovable.



Para poder aceptar una mayor cobertura se considera lo siguiente:

- Experiencia en reclamos presentados y/o pagados.
- Condición nueva de salud en caso que aplique. Si es necesario se solicitará informes médicos y/o resultados de exámenes.
- Requisitos de asegurabilidad según edad.
- Solo aplican menores de 62 años.

REHABILITACIÓN – SALUD INDIVIDUAL



- La rehabilitación aplica únicamente en un plazo máximo de noventa (90) días contados a partir de la fecha de caducidad de la póliza.
- El Asegurado Principal deberá completar y firmar la Solicitud de Rehabilitación que provee la Compañía.
- El asegurado debe pagar todas las primas pendientes y el mes en curso.
- Si la persona tenía pago directo en caja, se debe cambiar la forma de pago a ACH o TCR.
- La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar dicha Solicitud de Rehabilitación.



¿QUÉ ES EL DERECHO DE CONVERSIÓN?

DERECHO DE CONVERSION



Artículo 163. Derecho de conversión. En todos los seguros colectivos de salud, se le otorga el derecho de convertibilidad a los asegurados que hayan estado amparados por un periodo mínimo de cinco años, pudiendo convertir su cobertura a póliza individual sin presentar evidencia de asegurabilidad, siempre que a la aseguradora se le solicite la póliza individual y se le pague la prima correspondiente dentro de los primeros treinta y un días calendario siguientes a la terminación de la cobertura bajo la póliza colectiva. La póliza de seguro de salud individual puede ser cualquiera de las pólizas regulares que se encuentren dentro de la oferta de seguros disponibles y sean comercializados por la aseguradora, de una cobertura similar y por un límite máximo al existente bajo la póliza colectiva al momento de conversión. Las aseguradoras que actualmente no comercialicen productos de salud individual deberán cumplir igualmente con lo necesario para que el asegurado pueda ejercer el derecho que contempla este artículo. La prima a pagar será basada en la tarifa de la aseguradora aplicable a la clase de riesgo a la cual pertenezca el asegurado y a la edad que tenga en la fecha efectiva de la póliza de seguro de salud individual.



En los casos de asegurados en pólizas colectivas, que deseen aplicar a la conversión a planes individuales como lo establece el contrato de seguro de pólizas colectivas (**este período varía en cada póliza colectiva**), deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- ❖ La solicitud y el primer pago de la prima correspondiente a la conversión, deberá presentarse dentro de un período no mayor de 30 días contados a partir de la fecha de terminación de su cobertura bajo la póliza colectiva.
- ❖ Solicitud de salud debidamente completada en todas sus partes y firmado por el Contratante o el Asegurado Principal.
- ❖ No requiere requisitos de asegurabilidad, ya que pasan con la continuidad de cobertura, siempre que cumplan el término de tiempo para realizar la conversión.
- ❖ Pasado el término de tiempo para realizar la conversión, la solicitud será tratada como una póliza nueva, la cual deberá cumplir con todos los requisitos exigidos por la Compañía, perdiendo la continuidad de cobertura.

DOBLE COBERTURA / CONCURRENCIA DE POLIZAS



A partir del 14 de febrero de 2025 entra en plena vigencia la Resolución N°DG-SSRP-020 de 30 de diciembre de 2024

“...Establece que las compañías de seguros deberán reconocer los principios de equilibrio y equidad dentro de la relación contractual de los productos de salud con sus contratantes/asegurados, que permita el uso voluntario de las pólizas de salud cuando existan concurrencia de pólizas”.

NULIDAD DEL SEGURO & CODIGO DE COMERCIO ART. 1000



Este contrato terminará y la Compañía quedará liberada de sus obligaciones contractuales cuando, con fundamento en las pruebas analizadas, determine que el Contratante, el Asegurado, o sus representantes han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por la Compañía o por los representantes de uno u otro que hubieren podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato. Si la falsedad o inexactitud proviniere del Asegurado o de quien lo represente, la Compañía tiene derecho a las primas pagadas; si proviniere de la Compañía o su representante, el Asegurado puede exigir la devolución de lo pagado por primas, más un diez por ciento (10%) en calidad de perjuicios.

Artículo 1000. Toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el asegurado, por el asegurador o por los representantes de uno u otro que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato, traen consigo la nulidad del mismo. Si la falsedad o inexactitud proviniere del asegurado o de quien lo represente, el asegurador tiene derecho a los premios pagados; si proviniere del asegurador o su representante, el asegurado puede exigir la devolución de lo pagado por premios, más un diez por ciento en calidad de perjuicios.

GLOSARIO



CONDICIONES GENERALES: Es el conjunto de cláusulas que recoge, de manera general, los términos, condiciones y principios básicos que regulan los Contrato(s) de Seguro, como son los derechos, obligaciones, coberturas, limitaciones y exclusiones que adquieren o a las que se someten las partes contratantes.

CONDICIONES ESPECIALES: Es el conjunto de cláusulas que son incluidas por la Aseguradora en las Condiciones Generales, o mediante Endoso, por razones de orden técnico de la Póliza o para modificar alguna circunstancia contenida en las Condiciones Generales o en cualquier parte del Contrato de Seguro. Se incluyen dentro de las Condiciones Especiales cualquier garantía específica que solicite la Aseguradora al Contratante o Asegurado(s) a fin de aceptar el aseguramiento de los riesgos objeto del Contrato de Seguro.

CONDICIONES PARTICULARES: Es el conjunto de cláusulas que particularizan un Contrato de Seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Contratante, Asegurado, Dirección(es), Beneficio Máximo Vitalicio, Beneficio Máximo Anual, Deducibles Año Calendario o Año Póliza, Coaseguro, Desembolso Máximo Año Calendario o Año Póliza, Vigencia de la Póliza, Primas, y demás características.

GLOSARIO



ENDOSO: Documento escrito que modifica parte de las Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Condiciones Generales, ya sea que se emitan coetáneamente o con posterioridad a la emisión de la Póliza, ya sea por solicitud del Contratante o como garantía o requerimiento de la Compañía para la aceptación del contrato. El(los) Endoso(s) se redactará(n) mediante documento(s) separado(s) y constituye(n) parte integral del Contrato de Seguro.

CONDICIÓN(ES) PREEXISTENTE(S): Es aquella Enfermedad, embarazo, lesión, limitación y/o condición física y/o mental del Asegurado que se manifiesta, que ha revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el Asegurado o por terceros, o que ha sido diagnosticada por un Médico antes del inicio de cualquier cobertura de esta Póliza.

DECLARACIONES DEL ASEGURADO: Manifestación del Asegurado, o tutores en caso de Asegurados menores de edad, mediante la cual se comunica a la Aseguradora la situación que constituyen la base para la aceptación de un riesgo en particular.

DERECHO DE CONVERSIÓN: Es el derecho del Asegurado de convertir o cambiar la cobertura de la Póliza colectiva de salud a una Póliza de salud individual, siempre que la Compañía reciba la Solicitud de Seguro correspondiente en tiempo oportuno, sin que sea necesario presentar Evidencia(s) de Asegurabilidad.

GLOSARIO



EVIDENCIA(S) DE ASEGURABILIDAD / REQUISITO (S) DE ASEGURABILIDAD: Son los exámenes médicos, clínicos o de laboratorio requeridos por la Compañía al Asegurado para comprobar su buen estado de salud; éstos son solicitados en calidad de pruebas o evidencia de asegurabilidad y como condición previa para la evaluación y selección del riesgo antes de otorgar la cobertura.

EXCLUSIÓN(ES): Condición(es) o evento(s) por el(los) cual(es) la Compañía de Seguros no será responsable aún cuando el evento sea considerado fortuito, accidental o imprevisto. En este(os) caso(s), la Compañía no estará obligada a pagar indemnizaciones.

ANALISIS DE RENOVACION / COTIZACIONES CON CONTINUIDAD DE COBERTURA – SALUD COLECTIVO



Prima facturada Anual
Siniestros Incurridos
Siniestros Incurridos

GASTOS:
Comisión Corredor
Reaseguro
Reserva Catastrófica y Desviación
Impuesto de prima & Timbre
Otros gastos
TOTAL GASTOS

Margen de Contribución

Gasto Administrativo
Utilidad Neta

AJUSTE REQUERIDO
SINIESTRALIDAD
COMBINED RATIO

SALUD	
Escenario Actual	
	\$629,117.02
	\$458,493.87
	\$458,493.87
10.00%	\$62,911.70
2.00%	\$12,582.34
2.00%	\$12,582.34
2.10%	\$13,211.46
<u>0.00%</u>	<u>\$0.00</u>
16.10%	\$101,287.84
11.02%	\$69,335.31
12.00%	\$75,494.04
-0.98%	-\$6,158.73
	73%
	101%

Siniestros Incurridos: Siniestros pagados + reservas reales + IBNR.

IBNR (Incurred but not reported): La reserva de siniestros ocurridos y no reportados. Es un monto estimado de los siniestros ocurridos antes del cierre de la información financiera y no reportados en esa fecha.

Margen de Contribución: Es el resultado de restar los gastos variables y reclamos de la prima facturada recibida. No considera los gastos administrativos ni la utilidad.

Combined Ratio: Porcentaje que refleja la cantidad de prima que es consumida por los siniestros. Considera la suma de los reclamos, gastos variables y los gastos administrativos entre la prima recibida.

** Este es un ejemplo; los porcentajes (%) pueden variar dependiendo de cada aseguradora o cada caso analizado.*

ASSA hoy en día es empresa de representación para dos aseguradora / reaseguradora:

- **Generali Employee Benefits (GEB).**
- **Aseguradora General Guatemala (AGSA).**

Un Pool es una cuenta de resultados consolidada internacionalmente, que combina la experiencia financiera de todas las empresas participantes, distribuidas en los varios países.

Principales ventajas:

Beneficio financiero (dividendo global)

Coordinación Centralizada del Programa

Economía de escala (ahorro local)

Respeto / mejora de las condiciones actuales del programa.

CAUTIVA/FACULTATIVO: ASSA SOLO ADMINISTRA EL RIESGO, NO LO ASUME

Una **aseguradora cautiva** es una entidad creada por una empresa o grupo de empresas para proporcionar cobertura de seguros a sus propias necesidades. A diferencia de las aseguradoras tradicionales, que ofrecen seguros a terceros, las aseguradoras cautivas se centran en asegurar los riesgos y activos internos de la empresa matriz.

Esta estrategia permite a las empresas tener un control más directo sobre sus riesgos y costos de seguros, así como obtener beneficios fiscales y financieros.

CAUTIVA: ASSA SOLO ADMINISTRA EL RIESGO, NO LO ASUME

Las aseguradoras cautivas ofrecen una serie de ventajas que han capturado la atención de las empresas en todo el mundo:

- 1. Control Personalizado:** Al operar su propia aseguradora, las empresas tienen un control total sobre las políticas y los términos de seguros, adaptándolos específicamente a sus necesidades.
- 2. Reducción de Costos:** Las cautivas pueden resultar en ahorros significativos a largo plazo al eliminar los márgenes de ganancia de las aseguradoras tradicionales y reducir los gastos administrativos.
- 3. Estabilidad Financiera:** Las empresas pueden mantener reservas para futuros reclamos, lo que brinda estabilidad financiera y liquidez adicional.
- 4. Personalización de Cobertura:** Las cautivas permiten a las empresas diseñar coberturas específicas y adaptadas a su industria y riesgos.
- 5. Beneficios Fiscales:** Dependiendo de la jurisdicción, las primas pagadas a una aseguradora cautiva pueden ser deducibles de impuestos.



"Soy un gran creyente en la suerte, y creo que cuando más trabajo, más suerte tengo"