

MODULO I BASES TECNICAS

CONCEPTOS GENERALES DEL SEGURO

1ª PARTE

INDICE

- 1.- Introducción
- 2.- Concepto de seguro. Definición
- 3.- Concepto de riesgo. Definición.
 - 3.1.- Condiciones de tipo jurídico
 - 3.2.- Otras condiciones.
- 4.- Clases de riesgos.
- 5.- Clases de seguros.
- 6.- Derecho de seguros privados.
- 7.- El contrato de seguro. Características.
- 8.- Clases de contratos de seguro.
- 9.- Requisitos del contrato de seguros. Interés asegurable.
- 10.- Elementos personales del contrato de seguro.
- 11.- Perfección, toma de efecto y duración del contrato de seguro.

1.- INTRODUCCIÓN.

El seguro es una forma de protección contra los riesgos que están presentes en la vida. Así, por ejemplo, si somos propietarios de una casa contrataremos un seguro de hogar para protegernos de las pérdidas causadas por un robo o un incendio; si poseemos un coche contrataremos un seguro de automóvil para protegernos de las consecuencias desfavorables que un accidente nos produzca; incluso podremos contratar un seguro sobre nuestra propia vida para proteger a nuestra familia en caso de que fallezcamos.

Así si el asegurado sufre un daño, la Entidad Aseguradora pagará al propietario una cantidad de dinero que compense esa pérdida, pero nunca reparará el sufrimiento moral o la pérdida emocional sufrida, sino que ayudará económicamente.

Esta protección que venden las Entidades Aseguradoras contra posibles pérdidas económicas, se detalla en un documento llamado **Pólizas de seguro**, que es un contrato escrito donde se detalla y explica lo que la entidad aseguradora pagará si sucede daño o pérdida determinada.

2.- DEFINICION DE SEGURO.

Acuerdo o contrato por el que se establece el traspaso o transferencia de las consecuencias económicas desfavorables producidas por la realización del **riesgo** asegurado, a otra persona llamada **asegurador**, distinta de la que puede sufrirlas llamada **asegurado**.

La realización del riesgo se denomina **siniestro**.

3.- DEFINICION DE RIESGO.

Hecho futuro, incierto, posible e independiente de la voluntad de las personas contratantes, que de tener lugar produce consecuencias económicas no deseadas.

Es la razón de ser del seguro.

Mediante el seguro se sustituyen los perjuicios causados por un riesgo, a cambio de un precio llamado **prima**, que garantiza el pago o el resarcimiento de los perjuicios sufridos.

3.1.- CONDICIONES DE TIPO JURÍDICO

El riesgo para que sea asegurable ha de cumplir una serie de condiciones de tipo jurídico, que son:

- Que suponga una pérdida económica.
- Que no produzca lucro en el asegurado.
- Que amenace por igual a todos los potenciales asegurados.
- Que sea limitado, es decir, que no produzca siniestro en todos los asegurados como en el caso de una catástrofe ya que entonces es el Estado quien cubre este tipo de riesgos a través del "Consortio de Compensación de Seguros".

3.2.- OTRAS CONDICIONES

Además de las anteriores condiciones el riesgo para que sea asegurable ha de ser:

- Posible, es decir, que pueda suceder.
- Incierto, esto es, que no exista la certeza de que pueda suceder.
- Fortuito, esto es, que no dependa de la voluntad del asegurado.
- Lícito, es decir, que no vaya contra la Ley.
- Medible, es decir, que debemos conocer estadísticamente la probabilidad de que ocurra y la valoración económica de sus consecuencias.

4.- CLASES DE RIESGOS.

En base al objeto afectado los riesgos los podemos clasificar en:

- **Riesgos personales:** Afectan o amenazan a las personas, como el fallecimiento, la supervivencia sin recursos económicos suficientes, los accidentes, la enfermedad, etc.
- **Riesgos materiales:** Afectan o amenazan a los animales o a las cosas, como el incendio, el robo, el transporte, etc.
- **Riesgos patrimoniales:** Afectan o amenazan al patrimonio abstracto de las personas, como la responsabilidad civil, el crédito, la paralización de los trabajos, etc.

5.- CLASES DE SEGUROS.

- Por el tipo de riesgo:
 1. Personales
 2. Materiales
 3. Patrimoniales
- Por el tipo de asegurado:
 1. Particulares
 2. Empresariales
- Por el número de asegurados:
 1. Individual
 2. Colectivo
- Por la clase de asegurador:
 1. Públicos (Seguridad Social)
 2. Privados
- Por la duración:
 1. Temporales
 2. Anuales
 3. A largo plazo
- Por la exigencia de su contratación:
 1. Obligatorios
 2. Voluntarios

- Por la clase de riesgo:
 1. Sencillos
 2. Industriales

- Por el tipo de prima:
 1. Temporales
 2. Vitalicias
 3. Unicas
 4. Periódicas

- Por la situación geográfica:
 1. Terrestres
 2. Marítimos
 3. Aéreos

A continuación y una vez hecha la clasificación vamos a definir cada uno de ellos con el fin de conocer que cubren en cada caso:

Los **seguros personales** cubren los riesgos que afectan a la existencia (seguro de vida) o a la integridad de las personas. A su vez los podemos clasificar en :

1. **Seguro de Vida**: cubre el riesgo de muerte natural o supervivencia.
2. **Seguro de Accidentes** cubre el riesgo de incapacidad o muerte como consecuencia de un accidente
3. **Seguro de Enfermedad**: cubre los gastos de asistencia médica para caso de enfermedad.
4. **Seguro de Enterramiento**: cubre los gastos ocasionados a los herederos por los servicios funerarios.

Los **seguros materiales** cubren los daños a los que están sometidos los objetos y los animales. A su vez los podemos clasificar en:

1. **Seguro de incendio**: cubre los daños ocasionados por el fuego o como consecuencia del intento de salvarlos del incendio.
2. **Seguro de robo**: cubre los objetos robados y los deterioros ocasionados a consecuencia del mismo.
3. **Seguro de transporte**: cubre los daños ocurridos durante el transporte de mercancías tanto a los medios de transporte como al contenido.
4. **Seguro de automóvil**: cubre variados riesgos en función del tipo de póliza suscrita.
5. **Seguro agrícola**: cubre los riesgos que afectan a explotaciones agrícolas, ganaderas y forestales.

Los **seguros patrimoniales** cubren los riesgos a los que están sometidos los intereses del patrimonio del asegurado. Los podemos clasificar en:

1. **Seguro de responsabilidad civil:** cubre los riesgos que involuntariamente pueden causar daños a terceras personas. Estos a su vez pueden ser:
 - **Seguro familiar:** cubre el riesgo de daños que pueden ocasionar el tomador, su cónyuge, sus hijos menores de edad y/o familiares que convivan con él.
 - **Seguro profesional:** cubre el riesgo de daños que puedan derivarse del ejercicio de la profesión.
 - **Seguro de productos:** cubre los riesgos que pueden derivarse de los productos fabricados, distribuidos, vendidos, etc.
 - **Seguro empresarial:** cubre el riesgo de los daños que pueda ocasionar involuntariamente una empresa en su actividad normal.
 - **Seguro patronal:** garantiza las indemnizaciones económicas que pueden derivarse de lesiones corporales ocasionadas a empleados del asegurado como consecuencia de accidentes de trabajo.
 - **Seguro de crédito:** cubre al asegurado de la insolvencia de sus deudores
 - **Seguro de Caución:** tiene por objeto el garantizar el pago de una obligación
 - **Seguro de pérdida de beneficios:** cubre al empresario de los perjuicios o pérdidas económicas derivadas de un siniestro.

Los **seguros particulares** cubren los riesgos de las personas, familias, etc.

Los **seguros empresariales** cubren los riesgos que tanto los empleados como la propia empresa puedan ser objeto.

Los **seguros individuales** cubren una sola cabeza, y en caso de que sean mas, deben estar relacionados entre sí por un vínculo especial.

Los **seguros colectivos** o de grupo protegen a un colectivo sujeto al mismo riesgo aunque la póliza la contrata un solo tomador. Es necesario que exista un vínculo de unión entre todos los asegurados. Los principales seguros colectivos son de vida, accidentes, enfermedad y automóvil.

Los **seguros públicos** son aquellos en los que el Estado actúa como asegurador. Normalmente son seguros obligatorios.

Los **seguros privados** son aquellos en los que el asegurador es una Sociedad Anónima de Seguros, Sociedad Mutua de Seguros o Cooperativa de Seguros. La mayoría de seguros privados son voluntarios.

Los **seguros temporales** cubren los riesgos durante un plazo establecido.

Los **seguros anuales** cubren riesgos durante un año y su renovación es automática, salvo que haya un aviso previo por parte del asegurador o del tomador.

Los **seguros a largo plazo** cubren los riesgos durante un período de tiempo superior a un año.

Los **seguros obligatorios** son aquellos en que la Ley exige su contratación.

Los **seguros voluntarios** son aquellos en los cuales es el asegurado quien libremente decide si le interesa cubrir un riesgo.

Los **seguros sencillos** hacen referencia al riesgo de incendio de una vivienda, pequeño edificio, oficina, etc.

Los **seguros industriales** hacen referencia al riesgo de incendio de empresas de carácter industrial, fábricas, teatros, etc.

Los **seguros de prima temporal** indican que la prima se abonará durante un período determinado

Los **seguros de prima vitalicia** indican que el pago de la prima se efectuará siempre que viva el asegurado.

Los **seguros de prima única** indican que la prima se paga de una sola vez.

Los **seguros de prima periódica** indican que la prima se pagará durante toda la duración de la póliza.

Los **seguros terrestres** cubren objetos situados en la tierra.

Los **seguros marítimos** cubren objetos situados en el mar

Los **seguros aéreos** cubren objetos situados en el aire.

También podemos encontrarnos con una modalidad de seguro denominada **seguro combinado**, que son aquellos que agrupan diversos seguros y por ello cubren varios riesgos en una única póliza.

6.- DERECHO DE SEGUROS PRIVADOS.

Conjunto de normas jurídicas que regulan la actividad de la entidades aseguradoras privadas, sus colaboradores (mediadores), y el contrato de seguro.

La actividad de la entidad aseguradora, también denominada **asegurador**, ha de cumplir una serie de requisitos y condiciones para poder dedicarse a dicha actividad. Las principales normas que regulan y ordenan esta actividad se recogen en la Ley 30/1995 de 8 de Noviembre sobre ordenación y supervisión de los seguros privados y en Real Decreto 2486/1998 de 20 de Noviembre por el que se aprueba el reglamento de ordenación del seguro privado.

La Ley sobre ordenación del seguro privado contiene en su articulado normas referentes a :

- Las condiciones de acceso a la actividad aseguradora
- Las formas jurídicas que pueden adoptar las entidades de seguros
- Las condiciones para el ejercicio de la actividad aseguradora
- La disolución y liquidación de las entidades aseguradoras
- La protección del asegurado
- El reaseguro
- Registro, infracciones, sanciones e inspección de seguros.

El reglamento de ordenación del seguro privado es la norma que complementa y aclara la Ley de ordenación, tiene por contenidos los mismos puntos descritos para la Ley.

Los colaboradores de la entidad aseguradora son una serie de personas que necesita el asegurador para que hagan la labor de distribuir y comercializar los productos, esto es, sus seguros. Estos colaboradores pueden ser de varias clases y, por supuesto, también están sometidos a una serie de normas que imponen las condiciones y requisitos para el ejercicio de su profesión. Dichas normas están contenidas en la Ley 9/1992 de 30 de Abril de mediación del seguro privado y modificada en la Ley 30/1995.

Esta Ley contiene las disposiciones que regulan:

- La mediación de seguros privados en general
- Las clases de mediadores en seguros privados (agentes de seguros personas físicas y jurídicas, y corredores y sociedades de correduría de seguros)
- Los requisitos necesarios para poder ejercer la actividad de la mediación.
- El régimen de incompatibilidades de los mediadores
- El régimen de control administrativo en cuanto a infracciones, sanciones y competencia y procedimiento sancionador.
- Los Colegios de Mediadores de Seguros Titulados.

El contrato de seguro que es un acuerdo entre dos partes desarrollado por escrito, tiene una serie de características y requisitos que se han de cumplir y las normas que regulan este acuerdo entre partes se encuentran en la Ley 50/1980 de 8 de Octubre del contrato del seguro.

Esta Ley está basada en la idea de protección al asegurado y contiene:

- La definición de contrato de seguro
- Los requisitos de las condiciones generales de la póliza de seguro
- La conclusión y documentación del contrato de seguro
- Los derechos y obligaciones de las partes
- El contenido de la póliza
- La duración y prescripción del contrato de seguro
- El siniestro.

7.- EL CONTRATO DE SEGURO

Aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas.

Así por ejemplo, si el Sr. Pérez ha firmado un contrato (**póliza**) de seguro de incendios para proteger contra este **riesgo** su casa, y el riesgo se produce (**siniestro**), es decir, su casa se quema, y en la póliza se había acordado que el asegurador le indemnizaría en este caso con cien, ésta sería la cantidad máxima que podría percibir el Sr. Pérez del asegurador.

CARACTERISTICAS

El contrato de seguro ha de reunir las siguientes características:

- **Formal**, ya que es necesaria su plasmación escrita para que sea válido.
- **Aleatorio**, porque la realización del hecho o riesgo previsto y en algunos casos la cantidad que pueda resultar debida por el asegurador, dependen de causas fortuitas, ajenas a la voluntad de los contratantes.
- **Bilateral**, porque intervienen dos voluntades distintas, creando obligaciones mutuas entre las partes que manifestaron su voluntad. Para el tomador del seguro las obligaciones son inmediatas y constantes –pago de la prima-, para el asegurador son potenciales, pues la indemnización se pagará cuando se produzca el siniestro previsto en la póliza.
- **Oneroso**, porque da lugar a deberes de orden económico para cada uno de los contratantes.
- **De buena fe**, pues las partes deben cumplir el contrato de seguro, e incluso interpretarlo con arreglo a la buena fe más exquisita.
- **De adhesión**, ya que el asegurado a la hora de contratar acepta o se adhiere a las condiciones que regirán la existencia del contrato y que han sido fijadas unilateralmente por el asegurador, salvo en los puntos de detalle de cada caso concreto.
- **Unico**, pues el hecho de que con cierta periodicidad, en cada caso determinado, se paguen las primas, no afecta a la continuidad de la existencia única e insoluble del contrato.
- **De masa**, ya que el asegurador, al celebrar el contrato, fija sus condiciones considerando una serie de contratos análogos que responden a unas circunstancias semejantes.

8.- CLASES DE CONTRATOS DE SEGUROS

Atendiendo a la naturaleza de las garantías otorgadas y de los riesgos previstos podemos hacer una división en tres grandes grupos:

- **Contratos de seguros de daños**, de cosas o reales que cubren las consecuencias económicas adversas que pueden derivarse de determinados acontecimientos fortuitos relativos a los bienes muebles o inmuebles.
- **Contratos de seguros personales** o de personas que garantizan el pago de un determinado capital o renta, o la presentación de una asistencia al producirse un hecho relativo a la vida o integridad física del asegurado.
- **Contratos de seguros patrimoniales** o abstractos que garantizan la entrega de una cantidad cuando se de una situación determinada prevista en el contrato, que produzca una necesidad dineraria al asegurado; como el seguro de responsabilidad civil frente a terceros y el seguro de crédito.

Si atendemos a la naturaleza del asegurador, podemos hablar de contrato de seguro **a prima fija**, normalmente celebrado con una entidad mercantil o mutua a prima fija y contrato de seguro **a prima variable**, celebrado con una entidad de naturaleza mutua a prima variable.

9.- REQUISITOS DEL CONTRATO DE SEGUROS.

Todo contrato de seguro ha de estar integrado por unos elementos esenciales que si alguno no existiera, el contrato sería nulo de pleno derecho y por ello no podría surtir los efectos deseados.

Dichos elementos son:

- 1.- **Causa**
- 2.- **Objeto**
- 3.- **Consentimiento de las partes.**

1.- **Causa**: es el deseo de protegerse contra un riesgo. Así si en el momento de contratarse un seguro no existiese riesgo o bien éste ya se ha realizado, ya ha ocurrido el siniestro, el contrato sería nulo, porque no existiría causa.

Por ejemplo, no podremos suscribir un seguro de incendios sobre una casa que ya se ha quemado, ni un seguro de accidentes sobre una persona que se encuentra en ese momento de baja por accidente.

2.- **Objeto**: el interés que tiene una persona en que el siniestro no se produzca por tener una relación económica con el bien asegurado.

Interés asegurable: es el interés de la persona en conservar sus bienes y ha de ser legítimo, que no vaya contra la Ley y que sea posible su estimación en dinero.

Así, si no hubiera relación económica entre el asegurado y el objeto asegurado, el contrato sería nulo.

Por ejemplo, si el Sr. Vázquez, comerciante de Madrid solicita un seguro de incendios para el comercio del Sr. López también de Madrid, pero no existe ninguna relación entre el Sr. Vázquez y el Sr. López ni entre sus comercios. Por ello no habría posibilidad de suscribir la póliza de incendios, ya que no existe objeto del contrato de seguro.

Teniendo en cuenta ese interés, una persona puede asegurar su vida o la de otra persona por al cantidad que considere oportuna.

3.- **Consentimiento de las partes**: es la intención de las partes en cumplir lo acordado en un contrato de seguro.

Para poder prestar consentimiento es necesario tener capacidad para contratar, entendiéndose por tal capacidad la aptitud o facultad de las personas para celebrar contratos que generan derechos u obligaciones, así como para modificarlos o extinguirlos.

10.- ELEMENTOS PERSONALES DEL CONTRATO DE SEGURO

A diferencia de los demás contratos, en los que siempre hay dos partes contratantes que son las que adquieren los derechos y obligaciones derivadas del contrato, en el contrato de seguro el círculo personal del contrato se extiende a personas que no son contratantes ni representados por ellos.

Estos elementos son:

- 1.- Tomador**
- 2.- Asegurado**
- 3.- Beneficiario**

1.- El **tomador** del seguro es la persona física o jurídica que pacta y suscribe el contrato de seguro con el asegurador, asumiendo las obligaciones que del contrato se deriven; en definitiva, es quien firma la póliza y paga la prima. Es el comprador del seguro.

2.- El **asegurado** es la persona que se halla expuesta al riesgo en su persona o bienes, que se cubre mediante la póliza de seguro.

3.- El **beneficiario** es la persona designada para percibir la prestación del seguro contratado en caso de que se produzca el siniestro.

El beneficiario es designado por el tomador del seguro y lo podrá modificar tantas veces como estime oportuno sin necesidad de consentimiento del asegurado ni del asegurador, comunicándolo por escrito a éste o en testamento.

Estas tres figuras pueden coincidir o no en una misma persona y así podemos establecer las siguientes posibilidades de coincidencia:

- 1) Tomador, asegurado y beneficiario la misma persona
- 2) Tomador y asegurado iguales y beneficiario distintos
- 3) Asegurado y beneficiario los mismos y tomador distinto
- 4) Tomador y beneficiario iguales y asegurado distinto
- 5) Tomador, asegurado y beneficiario distintos.

La designación de beneficiarios en los seguros personales y especialmente en los seguros de vida tiene una importancia vital a la hora de recibir la prestación especialmente para caso de fallecimiento por las implicaciones fiscales que de ello derivan.

11.- PERFECCION, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

La **perfección** del contrato es el momento en que el mismo comienza a obligar a cumplir lo pactado. Es el comienzo formal y se produce cuando se ha dado cumplimiento a todos los requisitos formales necesarios, emitiéndose, firmando y entregando la póliza.

La **toma de efecto** se produce desde el momento en que se paga la prima, surgiendo para el asegurador la obligación concreta de cubrir el riesgo y de indemnizar el posible siniestro.

La **duración** del contrato no puede tener una duración superior a diez años, excepto en el caso de los seguros de vida, aunque sí puede establecerse una prórroga del contrato por una o mas veces por un período no superior a un año cada vez.

MODULO II BASES TECNICAS

CONCEPTOS GENERALES DEL SEGURO

2ª PARTE

INDICE

12.- Solicitud de seguro.

13.- Proposición de seguro

14.- Declaración exacta del riesgo

15.- La póliza. Definición

15.1.- Clases de pólizas

15.2.- Contenido de las pólizas

15.3.- La carta de garantía.

16.- Definición de prima.

16.1.- Características de la prima

16.2.- Clases de prima y su cálculo.

16.3.- Factores para el cálculo de la prima.

16.4.- Impago de las primas y sus consecuencias.

17.- Concepto de edad actuarial. Cálculos.

18.- Concepto de siniestro.

18.1.- Declaración del siniestro.

18.2.- Pago del siniestro

18.3.- Documentación a presentar en caso de siniestro.

12.- SOLICITUD DE SEGURO.

Impreso editado por el asegurador para cada seguro, que contiene un cuestionario. Dicho cuestionario facilita la información necesaria al asegurador para decidir si el riesgo es aceptable o no.

El cuestionario que incluye la solicitud variará dependiendo del tipo de seguro que se quiere contratar, ya que no es lo mismo un riesgo de incendio que el de robo o un seguro de vida. Mediante el análisis de dicho cuestionario el asegurador podrá conocer la naturaleza y características del riesgo para así aceptarlo, rechazarlo, fijar las condiciones y evaluar el precio que corresponda a dicho riesgo. Las personas encargadas de esta evaluación se denominan suscriptores.

La solicitud de seguro no vincula al solicitante, esto es, el posible tomador no está obligado a nada.

13.- PROPOSICION DE SEGURO.

Documento que el asegurador entrega al solicitante haciendo una oferta, una vez analizada la solicitud y aceptado el riesgo descrito en la misma. Deberá contener las características y condiciones de la cobertura del riesgo y el precio de la misma.

La proposición de seguro vincula al asegurador durante un plazo de 15 días, siempre que el posible tomador decida aceptarla dentro de dicho plazo. El asegurador está obligado a mantener durante dicho plazo las mismas condiciones y precio del seguro que figure en la proposición.

14.- DECLARACIÓN EXACTA DEL RIESGO.

Como ya anteriormente hemos dicho, el contrato de seguro está basado en la buena fé; esto implica que la falta de ésta por parte de los contratantes es suficiente para anularlo. Por ello, esta exigencia de la buena fé se manifiesta en un doble aspecto respecto del contrato de seguro.

En primer lugar, porque al ser el seguro un contrato de adhesión en el que el tomador se subordina a las condiciones redactadas unilateralmente por el asegurador, éste está obligado a un cumplimiento estricto de la buena fé, incompatible con cláusulas lesivas u oscuras para el asegurado.

En segundo lugar, como el asegurador establecerá las condiciones y precio de aceptación del riesgo basándose en los datos que el solicitante le proporcione, hay un desplazamiento de la obligación de investigación de datos hacia dicho solicitante, convirtiéndose en un deber contractual para éste, denominado declaración exacta del tomador del seguro.

Será sobre la declaración del solicitante realizada en el cuestionario de la solicitud donde se base la estructura del contenido del contrato de seguro. Por ello, si el asegurador no estableciera dicho cuestionario o haciéndolo, no aparecieran algunas circunstancias importantes para la valoración del riesgo, el tomador no tendrá la menor responsabilidad y el seguro será válido.

Como vemos es necesaria e indispensable la buena fé del solicitante ya que el asegurador estará a merced de su declaración para establecer las garantías y sus condiciones. Si se incumpliera dicho deber, el asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud en la declaración del riesgo.

En definitiva, es de gran importancia la cumplimentación seria, precisa y en profundidad de cada uno de los apartados del cuestionario que se presente al posible tomador, ya que es pieza fundamental del mecanismo asegurador y del funcionamiento satisfactorio del contrato de seguro entre ambas partes.

Para el caso de los seguros de vida la declaración exacta del riesgo será la declaración de salud, que formando parte de la solicitud contendrá preguntas acerca de su estado de salud generalmente en el plazo de los dos o cinco últimos años.

15.- LA POLIZA

Es el documento donde se perfecciona el contrato de seguro y contiene los derechos y obligaciones de ambas partes.

Así un contrato de seguro estará integrado por la solicitud, la proposición y la póliza. Esta debe estar firmada por el asegurador y por el tomador, entregándosele al asegurador al tomador para que obre en su poder.

15.1.-CLASES DE POLIZAS.

Según la designación del titular asegurado:

- Nominativa: garantiza o cubre a la persona en ella designada a tal efecto.
- A la orden: garantiza o cubre a la persona en cuyo favor se emite, con la posibilidad de endoso.
- Al portador: garantiza o cubre a la persona que legítimamente la posee, lo que le permite ser endosada o transmitida.

Según los riesgos que cubre:

- Simple: cuando asume un solo riesgo.
- Combinada: cuando cubre varios riesgos de un mismo titular.

Según el número de personas aseguradas:

- Individual: cuando existe un único asegurado
- Colectiva: cuando son varias las personas aseguradas.

15.2.- CONTENIDO DE LAS POLIZAS.

La póliza está formada por:

- **Condiciones particulares:** son aquellas que individualizan el contrato de seguro, recogiendo los aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.
- **Condiciones generales:** son cláusulas contractuales, redactadas por el asegurador, que regulan un determinado ramo de seguro siendo, en principio, iguales para todas las pólizas contratadas con un determinado asegurador y en un determinado ramo o modalidad.
- **Condiciones especiales:** matizan o perfilan lo dispuesto en las particulares y generales.
- **Apéndices o suplementos:** modifican lo pactado en una póliza siempre que estén formalizados por escrito y firmados por las mismas personas que suscribieron la póliza inicial. Los supuestos mas frecuentes que dan lugar a un suplemento pueden ser el aumento o disminución del capital asegurado, cambio de lugar de los objetos asegurados, modificación en la naturaleza de los riesgos, rectificación de errores, cambio de beneficiarios, etc.

El contenido mínimo de una póliza de seguros deberá ser las condiciones particulares que son:

1. Nombre y apellidos, o denominación social de las partes contratantes, y su domicilio, así como la designación de asegurado y beneficiario, en su caso.
2. El concepto que se asegura
3. La naturaleza del riesgo cubierto
4. Designación de los objetos asegurados y su situación.
5. Suma asegurada o alcance de la cobertura.
6. Importe de la prima, recargos e impuestos.
7. Vencimiento de las primas. Lugar y forma de pago.
8. Duración del contrato, con expresión del día y la hora en que comienzan y terminan sus efectos.
9. Nombre del agente o agentes, en caso de que intervengan en el contrato.

Debemos de destacar que las condiciones generales en ningún caso podrán tener carácter lesivo para los asegurados, y habrán de incluirse por el asegurador en la proposición de seguro, si la hubiere, y necesariamente en la póliza.

Además también debemos tener muy en cuenta que tanto las condiciones generales como las particulares tienen que estar redactadas de forma clara y precisa, y expresamente aceptadas por escrito, destacándose, de modo especial, las que limiten los derechos de los asegurados.

15.3.- LA CARTA DE GARANTIA.

La carta de garantía es un documento que el asegurador entrega al asegurado y tiene los mismos efectos que la póliza, pero con carácter provisional, entretanto no se expida ésta.

Suple provisionalmente la inexistencia de la póliza en aquellos casos en que se necesita urgentemente la cobertura, y el asegurador no pueda expedir la póliza por razones materiales de tiempo. La emisión de este documento tiene que ir precedida del pago de la correspondiente prima, o del compromiso por escrito por parte del tomador de pagarla.

16.- DEFINICION DE PRIMA

Es el precio del seguro, y corresponde al importe que el asegurador recibe del tomador a cambio de indemnizar el daño producido.

Como hemos visto anteriormente, el seguro es un contrato bilateral porque intervienen dos partes distintas –tomador y asegurador- que se obligan a cumplir una obligación.

La principal obligación del asegurador es hacer efectiva la indemnización o la prestación una vez producido el siniestro; y la principal obligación del tomador es el pago de la prima.

16.1.- CARACTERISTICAS DE LA PRIMA

La prima tiene tres características específicas que la diferencian del precio pagado para la adquisición de otros bienes, y hacen referencia a:

- **Tiempo de pago**
 - **Forma de pago**
 - **Lugar de pago**
- **Tiempo de pago:** la prima debe pagarse por anticipado al período objeto de cobertura. Concretamente la primera prima debe de pagarse una vez firmado el contrato y las siguientes a su vencimiento.

La razón de este cobro anticipado es técnica, ya que necesitamos constituir un fondo a priori que pueda atender la siniestralidad prevista y los gastos incurridos, además debemos de efectuar el cobro cuando el riesgo existe, no cuando ya se hubiera producido el siniestro.

- **Forma de pago:** la prima debe de pagarse en dinero o documento bancario equivalente siempre que éste sea aceptado por el asegurador.

Como mas adelante veremos en la clasificación de primas, éstas pueden ser únicas, si se abonan de una sola vez sirviendo para cubrir todo el período contratado, o periódicas, cuando se abonan en períodos inferiores a la duración del contrato, pudiéndose estas últimas a su vez fraccionar en pagos mensuales, trimestrales y semestrales.

Aún cuando podamos hacer este fraccionamiento, con el fin de ofrecer facilidades de pago al tomador, es indivisible, es decir, el tomador del seguro está obligado al pago de la prima de todo el período.

La razón que justifica esta indivisibilidad es su cálculo, ya que está basado en la probabilidad de que ocurra el riesgo durante todo el período contratado. La base de cálculo de la prima suele coincidir con el año.

- **Lugar de pago:** si no se especifica en la póliza se hará en el domicilio del tomador. No obstante, actualmente la mayoría de entidades aseguradoras realizan el cobro de las primas mediante domiciliación bancaria autorizada por el tomador.

16.2.- CLASES DE PRIMA Y SU CALCULO.

Atendiendo a los componentes de precio y forma de pago las primas las podemos clasificar en:

- **Según el precio:**
 1. Pura o de riesgo
 2. De inventario
 3. Neta o de tarifa
 4. Total o final
- **Según la forma de pago:**
 1. Unica
 2. Periódica

- En función del precio:

Teniendo en cuenta que la prima es el valor del siniestro para un período determinado (normalmente un año) deducido de la probabilidad y del coste, obtendríamos que:

➤ **PRIMA PURA O DE RIESGO = PROBABILIDAD X COSTE MEDIO**

Así, la prima pura o de riesgo es la cantidad necesaria para cubrir los siniestros en el período considerado.

$$\text{PROBABILIDAD} = \frac{\text{Nº SINIESTROS}}{\text{Nº ASEGURADOS}}$$

$$\text{COSTE MEDIO} = \frac{\text{COSTE TODOS LOS SINIESTROS}}{\text{Nº SINIESTROS}}$$

➤ **PRIMA DE INVENTARIO = PRIMA PURA + GASTOS ADMT.**

La prima de inventario es la que obtenemos añadiendo a la prima pura los gastos de administración (salarios de los empleados, oficinas, etc.)

➤ **PRIMA NETA O DE TARIFA = PRIMA DE INVENTARIO + GASTOS COMERCIALES**

La prima neta o de tarifa es la obtenida incrementando a la prima de inventario los gastos comerciales (comisiones de los agentes, campañas de marketing, etc.) mas los beneficios comerciales.

PRIMA TOTAL O FINAL = PRIMA NETA + IMPUESTOS Y RECARGOS

La prima total o final es la resultante de sumar a la prima neta los impuestos y recargos, que son:

- Impuestos repercutibles
- Recargos para el Consorcio de Compensación de Seguros
- Recargo adicional
- Recargo por fallecimiento

Así, **la prima total será la cantidad a pagar por el tomador del seguro.**

- En función de cómo se pague la prima podrá ser:

UNICA: el tomador paga de una sola vez la prima correspondiente al período contratado y es una clase de prima típica de algunos seguros.

PERIODICA: si el tomador paga la prima por períodos, normalmente anuales.

Como ya hemos visto éstas se pueden fraccionar en períodos inferiores al utilizado para su cálculo, en ese caso se denominara prima fraccionada y llevará un recargo por aplazamiento de pago.

FRACCIONARIA: si la prima está calculada para un período de tiempo inferior a un año.

RESUMEN

$$\begin{array}{rclclcl}
 \text{Prima pura} & & \text{Prima inventario} & & \text{Prima neta} & & \\
 + & = & + & = & + & = & \\
 \text{Gastos de admc.} & & \text{Gastos comerc.} & & \text{Imp. y recargos} & & \\
 & & & & & & \\
 & = & \text{Prima total o final} & & & &
 \end{array}$$

16.3.- FACTORES PARA EL CALCULO DE LA PRIMA

Hay una serie de factores determinantes para el establecimiento de la prima y son:

- Probabilidad de ocurrencia del siniestro
- Intensidad del riesgo
- Capital asegurado
- Duración del contrato
- Rendimiento de las inversiones
- Gastos
- Probabilidad de ocurrencia del siniestro: es la cifra de siniestros que, de acuerdo con experiencias anteriores, se calcula deberá ser atendida.
- Intensidad del riesgo: es conocer la gravedad de las consecuencias de un siniestro.

Por ejemplo, en los seguros de vida para el caso de fallecimiento este factor carece de relevancia ya que el siniestro se da o no se da; pero en el caso de seguros de daños, como se cubren los perjuicios que pueda sufrir el asegurado como consecuencia del hecho fijado en el contrato, estipulándose unos límites máximos de indemnización, cabe la posibilidad de que el daño no sea total y no se alcancen los topes máximos.

- Capital asegurado: Como la suma asegurada marca el límite cuantitativo de la indemnización, es un factor que influye directamente sobre la prima.

Así, a mayores capitales asegurados corresponderán primas mayores como veremos en el estudio de los seguros de vida.

- Duración del contrato: evidentemente no podrá tener el mismo precio asegurar un riesgo durante un período corto de tiempo (dos meses), que para un período de un año o incluso de varias anualidades.

En principio, a mayor duración sería mayor la prima, pero como ya sabemos, al recibir el asegurador las primas por anticipado le permite invertirlas y obtener unos rendimientos que ayudan a la disminución del precio del seguro.

- Gastos: son los gastos comerciales y los de administración, que incrementan el precio del seguro.

16.4.- IMPAGO DE LAS PRIMAS Y SUS CONSECUENCIAS.

Como ya hemos visto en repetidas ocasiones, el tomador del seguro está obligado al pago de la prima en las condiciones estipuladas en la póliza, por ello el impago de la misma dará lugar a una serie de consecuencias.

Vamos a distinguir dos situaciones:

1. **Impago de la primera prima o de la prima única.**
2. **Impago de primas sucesivas a la primera.**

1.- Si una vez firmada la póliza se produce el impago de la primera prima, el asegurador tiene dos opciones:

- A) Resolver el contrato.
- B) Exigir el pago de la prima por vía ejecutiva

En este caso, si ocurre siniestro el asegurador no tendrá que indemnizar.

2.- En caso de impago de una prima siguiente a la primera, el tomador tendrá un período de un mes a contar desde el día del vencimiento de la prima para hacer efectivo dicho pago y a este mes se le denomina “**período o mes de gracia**” en el cual sigue habiendo cobertura del riesgo.

Si transcurrido dicho plazo la prima no ha sido pagada, la cobertura de la póliza quedará en suspenso, es decir, el asegurador no tiene la obligación de indemnizar en caso de siniestro.

La entidad aseguradora puede reclamar el pago de la prima desde el día siguiente a su vencimiento, pero si no lo hace y transcurren seis meses, el contrato queda extinguido.

Si durante esos seis meses el tomador pagase la prima debida, el contrato volverá a ofrecer cobertura a las 24 horas del día en que la prima se ha pagado.

17.- EDAD ACTUARIAL.

Para el cálculo de las primas de los seguros de vida, deberemos conocer cual es la edad actuarial del asegurado que podrá o no coincidir con la edad real o natural.

Así, definiremos como edad actuarial de una persona, aquella que sea la mas cercana a su próximo cumpleaños.

Se calcula, considerando que una vez transcurridos seis meses y un día de su cumpleaños, el asegurado tendrá un año mas.

Por ejemplo: una asegurado cuya fecha de nacimiento sea el 1 de Enero de 1956 y la emisión de la póliza se ha hecho con efecto del 20 de Junio de 1996, su edad real sería de 40 años, 5 meses y 20 días, luego tendría 40 años actuariales. Sin embargo si para este mismo asegurado la fecha de efecto de la póliza fuera el 10 de Julio de 1996, su edad real sería de 40 años, 6 meses y 10 días, luego la edad actuarial sería de 41 años.

Esta edad actuarial afectará directamente sobre el cálculo de la prima pero de diferente forma en función del tipo de seguro.

18.- CONCEPTO DE SINIESTRO.

El siniestro es el acontecimiento que, por originar unos datos concretos y previstos en la póliza, motiva la aparición del principio indemnizatorio obligando al asegurador a satisfacer el capital garantizado en el contrato, a indemnizar el daño producido o a satisfacer la prestación, total o parcialmente al asegurado o a sus beneficiarios.

18.1.- DECLARACION DEL SINIESTRO.

Según la legislación vigente, el tomador, asegurado o beneficiario deberán comunicar al asegurador el siniestro dentro del plazo máximo de 7 días a partir de haberlo conocido, salvo que en la póliza se haya fijado un plazo mas amplio.

Dicha documentación o declaración podrá realizarse de forma oral o escrita, proporcionando al asegurador toda la información sobre circunstancias y consecuencias del siniestro para facilitar al asegurador los datos necesarios para precisar el alcance de los daños e individualizar las causas del siniestro.

18.2.- PAGO DEL SINIESTRO.

Consiste en hacer efectiva la indemnización o prestación establecida en la póliza, siendo la principal obligación del asegurador.

Si se diera una demora en su pago, lo que supone que si en el plazo de tres meses desde el conocimiento del siniestro, el asegurador no hubiera pagado el siniestro por causa no justificada o causa imputable, la indemnización se incrementará en un 20% anual.

18.3.- DOCUMENTACION A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO.

En función del tipo de seguro que tengamos contratado, así se será la documentación que deberemos de presentar en caso de siniestro.

- Seguros para caso de fallecimiento:
 - Original de la póliza
 - Copia del DNI del asegurado
 - Certificado médico
 - Carta del/los beneficiarios solicitando la indemnización
 - Fotocopia del DNI de los beneficiarios
 - Justificante condición de los beneficiarios (libro de familia)
 - Certificado de defunción
 - Certificado de últimas voluntades
 - Testamento, si lo hubiere.

- Planes de pensiones:
 - Misma documentación que en el caso anterior para caso de fallecimiento
 - Para caso de invalidez:
 - ◆ Carta del partícipe solicitando la indemnización
 - ◆ Fotocopia del DNI del partícipe
 - ◆ Domiciliación bancaria del partícipe para realizarle el ingreso
 - ◆ Indicar si se desea en forma de renta o de capital
 - ◆ Fotocopia de la resolución de la SS de la situación de incapacidad.
 - Para caso de desempleo:
 - ◆ Carta del partícipe solicitando la indemnización
 - ◆ Fotocopia del DNI
 - ◆ Certificado del INEM
 - Para caso de enfermedad grave:
 - ◆ Carta solicitando la indemnización
 - ◆ Fotocopia del DNI del partícipe
 - ◆ Certificado médico

MODULO III BASES TECNICAS

EL SEGURO DE VIDA

1ª PARTE

INDICE

- 1.- Introducción
- 2.- Concepto del seguro de vida.
 - 2.1.- Importancia económica del seguro de vida
 - 2.2.- Características del seguro de vida
 - 2.3.- Ventajas del seguro de vida
- 3.- Fundamentos técnicos del seguro de vida.
 - 3.1.- Tablas de mortalidad
 - 3.2.- Interés técnico
- 4.- Composición de la prima
- 5.-Clases de prima.
- 6.- La provisión matemática.
- 7.-Valores garantizados de los seguros de vida.
 - 7.1.- Rescate
 - 7.2.- Reducción.
 - 7.3.- Anticipo.
- 8.- La participación en beneficios.
- 9.- Las garantías financieras.
 - 9.1.- Condiciones para el acceso a la actividad.
 - 9.2.- Provisiones técnicas
 - 9.3.- Margen de solvencia y fondo de garantía.
- 10.- La distribución de los riesgos.
 - 10.1.- El coaseguro
 - 10.2.- El reaseguro

1.- INTRODUCCION.

El seguro de vida tiene un doble objetivo: el ahorro y la protección.

En este módulo desarrollaremos el papel que ocupa en la seguridad y tranquilidad familiar y empresarial las diferentes modalidades, y los distintos aspectos técnicos y comerciales.

2.- CONCEPTO DE SEGURO DE VIDA .

El seguro de vida es un contrato mediante el cual el asegurador, a cambio de una prima única o periódica, se obliga a entregar un capital o renta convenidos, a la persona o personas previamente designadas en póliza –*beneficiarios*- en caso de ocurrencia de unas eventualidades –*fallecimiento o supervivencia*- acaecidos a una persona –*asegurado*- según se haya pactado en el contrato.

Por ello, el seguro de vida hace referencia a dos riesgos principales:

- **El de muerte, o de “previsión”**
- **El de supervivencia, o de “ahorro”**

Así bajo la denominación de seguro de vida se comprenden todos los seguros en los que interviene el hecho aleatorio de fallecer o de sobrevivir el asegurado, en un determinado período de tiempo.

Como todos sabemos sobre las personas existen tres tipos de riesgos: muerte prematura, vejez e incapacidad, de los que pueden derivar consecuencias económicas desfavorables que impidan continuar con nuestros planes de futuro previstos.

En los casos de muerte e incapacidad, por la situación de insuficiencia económica en la que pueden quedar nuestros familiares mas directos (cónyuge e hijos).

En el caso de vejez, por la merma de ingresos que supone dejar de estar activo laboralmente para pasar a ser sujeto pasivo del régimen público de la Seguridad Social en el que, en la mayoría de los casos, la retribución percibida dista mucho de la que se percibía cuando se estaba en activo.

En el caso de invalidez total, existiría además un incremento de gastos médicos y de asistencia al enfermo que lógicamente se generan.

Por todo ello, podemos destacar que el seguro de vida puede mejorar el bienestar de la economía familiar al actuar como medida de protección y posible cobertura de los riesgos que puedan surgir en la vida cotidiana de los ciudadanos, y además permite utilizarse como instrumento de ahorro que garantiza la percepción de un capital o renta después de un plazo predefinido de tiempo.

Recientes estudios y la experiencia española demuestran que el aumento de la tasa de ahorro es una condición necesaria para el crecimiento económico, y consecuentemente del empleo de un país. De esta manera, el seguro de vida, en su condición de instrumento de ahorro, supone un elemento estabilizador de la economía además de actuar como motor de las mejoras económicas.

Respecto de la necesidad de ahorro y protección, hay que señalar que en todos los países existe una incertidumbre sobre las pensiones independientemente de la situación de superávit actual de la Seguridad Social.

Varios estudios publicados llegan a la conclusión de que las actuales tasas de cotización no son suficientes para cubrir las pensiones de la Seguridad Social en el futuro.

En España, concretamente, esta preocupación dio lugar a que los principales partidos políticos suscribiesen, en 1995, el Pacto de Toledo con el propósito de asegurar la viabilidad futura del actual sistema público de pensiones, proponiendo para ello medidas concretas, así como la valoración cada cierto tiempo, del resultado de las mismas y, en caso de ser necesario, plantear nuevas medidas.

Ello no obsta, sin embargo, que se fomenten sistemas complementarios de previsión social entre los que se encuentran el seguro de vida, tal y como recomendó expresa y posteriormente la subcomisión parlamentaria constituida en el Congreso de los Diputados para el estudio sobre los Sistemas Privados de Previsión Social.

2.1.- IMPORTANCIA ECONOMICA DEL SEGURO DE VIDA.

El seguro de vida tiene una gran importancia tanto para el asegurado en particular como para el país en general.

Así para el asegurado, en caso de muerte, su familia quedará debidamente protegida económicamente hablando y en caso de vida tendrá garantizado un determinado capital o renta al llegar a determinada edad que le permita vivir desahogadamente.

Para la Sociedad, las entidades aseguradoras canalizan o invierten parte de las primas, aportando capital para la economía del país y actuando contra la inflación ya que disminuirá el gasto de los asegurados.

2.2.- CARACTERISTICAS DEL SEGURO DE VIDA.

Como ya hemos visto, el seguro de vida desempeña un papel fundamental en el bienestar de las familias ya que da respuesta a dos necesidades económicas fundamentales: protección (fallecimiento) y ahorro (supervivencia).

Así la **protección** que proporciona un seguro de vida consiste en la percepción de una determinada cuantía acordada en caso de suceder alguna circunstancia a cambio de un coste relativamente bajo. Esta cuantía supone un complemento independiente de las prestaciones del Estado que permite, a la familia afectada, continuar con el nivel de vida que tenía antes de esta eventualidad.

Adicionalmente el seguro de vida, cumple otras funciones entre las que destacan la asistencia a las personas dependientes y a aquellas que permiten acometer nuevos proyectos e iniciativas. Respecto de la primera función, el seguro de dependencia (modalidad de seguro de vida) asiste a aquellas personas que necesitan cuidados por haber perdido la capacidad de valerse por sí mismas y respecto de la segunda cuestión lo más frecuente es:

- Garantizar la cobertura de compromisos en operaciones financieras, como préstamos, etc.
- Asegurar la estabilidad o continuidad de pequeñas y medianas empresas.

Como vehículo de **ahorro**, al garantizar la percepción de un capital o renta, éstos constituyen una reserva de dinero para hacer frente a situaciones imprevistas (enfermedades) o predeterminadas (estudios de los hijos, complemento a la jubilación de la Seguridad Social, etc.)

2.3.- VENTAJAS DEL SEGURO DE VIDA.

- **Flexibilidad:** para dar respuesta a las diversas necesidades de protección y ahorro, siendo el único instrumento capaz de satisfacer ambas, de forma conjunta y simultánea, sin necesidad de disponer de un patrimonio previo. Esta flexibilidad es aplicable a :
 - Cobertura
 - Aportaciones
 - Prestaciones
 - Destino
- **Proximidad:** facilita el acceso a este producto de todas las capas sociales a través de sus redes de distribución.
- **Disciplina de ahorro:** contribuye a educar a las familias para que adquieran el hábito de ahorro y constituyan una reserva de dinero para el futuro, a través de una fórmula sencilla y adaptada a su capacidad adquisitiva.
- **Seguridad y solvencia:** de las entidades que lo comercializan ya que están controladas por la Administración Pública de acuerdo a requisitos de solvencia y liquidez.

El nuevo Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados del 20 de Noviembre de 1998 y la Orden Ministerial del 23 de Diciembre de 1998, refuerzan aún mas las exigencias de calidad y seguridad en la gestión de las inversiones.

Esta inversión en activos deberá realizarse atendiendo a tres principios básicos: rentabilidad, seguridad y liquidez.

3.- FUNDAMENTOS TECNICOS DEL SEGURO DE VIDA.

Constituyen el conjunto de aspectos en los que se basa el desarrollo de un producto de seguro de vida, dando origen a la determinación de las primas y recargos que la entidad aseguradora va a aplicar, así como la justificación de sus gastos de administración y adquisición, los sistemas de cálculo de las provisiones técnicas (fundamentalmente las provisiones matemáticas), la aplicación de los valores garantizados de rescate, reducción y anticipo, si hubiera lugar, y el cálculo y asignación de la participación en beneficios de las pólizas, cuando procediera.

Estas bases técnicas de los seguros son elaboradas por los actuarios de seguros.

Las bases técnicas de los seguros de vida tienen una serie de peculiaridades, y éstas son:

1. La base técnica especificará el método de determinación del interés técnico.
2. La entidad aseguradora deberá poner a disposición del público las bases y los métodos empleados para el cálculo de las provisiones técnicas.
3. Además las bases técnicas han de contener:
 - Criterios de selección de riesgos

- Fórmulas para determinar los valores garantizados
- Sistema de cálculo y criterio de imputación de la participación en beneficios.

3.1.- TABLAS DE MORTALIDAD.

Son la recopilación de la experiencia obtenida a lo largo de una serie de años, respecto al número de personas que fallecen cada año según su edad, partiendo de un determinado nº de personas vivas a una cierta edad, que constituye la inicial de la tabla.

Estas tablas no solo recogen el nº de personas que fallecen cada año, si no también las que sobreviven, por lo que también reciben el nombre de **tablas de supervivencia**, aunque no es éste el término de uso mas frecuente.

Existen tres tipos de tablas de mortalidad en función del ciclo que abarque la observación y de los grupos de personas:

- Tablas de generación
 - Tablas de población
 - Tablas de asegurados
- **Tablas de generación:** se elaboran partiendo de un colectivo inicial de personas nacidas en un determinado año, se anotan los fallecidos cada año, hasta que se extingue el grupo por fallecimiento del último que ha compuesto el colectivo. Así, la probabilidad de fallecimiento a cada edad será el cociente entre personas fallecidas y las que viven.

Estas tablas tienen el inconveniente de la imposibilidad de seguir el curso de vida de una generación completa y de que las condiciones de vida varían a lo largo de una generación.

- **Tablas de población:** son los Censos nacionales.
- **Tablas de asegurados:** son las que emplean las entidades aseguradoras basándose en su propia experiencia.

Las tablas actualmente empleadas son:

- Para caso de fallecimiento: **GKMF 95**
- Para caso de supervivencia: **GRMF 95** (individual)
PERMF 2000 (colectivo)

3.2.- INTERES TECNICO.

Como ya hemos comentado anteriormente en los seguros de vida, las primas pueden tener una duración de varios años antes de ser consumidas. Por este motivo, el asegurador aplica un interés compuesto a las primas denominado interés técnico, que es el mínimo de rentabilidad garantizada en las bases técnicas, rentabilidad que pertenece, hasta ese mínimo garantizado, al asegurado.

La fijación de ese interés técnico es de vital importancia para el asegurador ya que afectará a la política de sus inversiones de los próximos años.

Tal y como hemos visto, podemos concluir que, los factores fundamentales que intervienen en la determinación de la prima son: la tabla de mortalidad o supervivencia y el tipo de interés.

4.- COMPOSICION DE LA PRIMA.

Será la misma que vimos en el módulo II, punto 16.2., pero no obstante haremos una breve referencia.

- Prima pura: es el coste del valor técnico del riesgo.
- Prima de inventario: prima pura + gastos de administración
- Prima neta: prima de inventario + gastos de adquisición o gastos de gestión externa.
- Prima total. Prima neta + impuestos.

5.- CLASES DE PRIMA

- **Prima única:** es aquella mediante cuyo pago, el tomador se libera totalmente de la obligación de satisfacer nuevas cantidades durante toda la duración del contrato.
- **Prima periódica:** es la que se satisface periódicamente dentro de los plazos previstos para la duración del seguro.
- **Prima fraccionada:** es la que aunque calculada en períodos anuales, es liquidada mediante pagos periódicos mas reducidos.
- **Prima fraccionaria:** está calculada para un período inferior a un año.
- **Prima natural o de riesgo:** es aquella que cubre el riesgo correspondiente a ese período. Si se trata del riesgo de fallecimiento, dicha prima aumentará con la edad del asegurado y se irá consumiendo en el transcurso del tiempo.
- **Prima nivelada:** es una prima igual todos los años de duración de la póliza, así obviaremos el problema que puede surgir cuando la prima al ser creciente, en los últimos años su coste pueda ser excesivo.
- **Prima de ahorro:** en los seguros de ahorro puro, las primas de cada año se van acumulando de manera que al término del seguro, el asegurador pueda disponer del capital asegurado en póliza.

6.- LA PROVISIÓN MATEMÁTICA.

Las provisiones matemáticas forman parte de las provisiones técnicas de la entidad aseguradora, son exclusivas del ramo de vida y están destinadas a conseguir un equilibrio entre primas y riesgos, o mejor dicho, entre obligaciones del asegurador y las del tomador del seguro.

Las provisiones matemáticas representan el importe que, en cada momento debe tener reservado el asegurador, para hacer frente a sus compromisos futuros con los asegurados.

Características de las provisiones matemáticas:

- Se calcula como la diferencia entre el valor actuarial de las obligaciones futuras del asegurador y las del tomador.
- Nunca podrá ser negativa.
- La base de cálculo será la prima de inventario devengada en el ejercicio.
- El cálculo se realiza póliza a póliza, utilizando un sistema de capitalización individual.
- En las pólizas colectivas este cálculo se efectuará separadamente para cada asegurado.

Factores que inciden en las provisiones matemáticas:

1. Modalidad de seguro: según sean seguros de riesgo o ahorro.
2. Tipo de interés técnico

3. Tabla de mortalidad
4. Edad del asegurado
5. Duración del seguro
6. Prestación asegurada
7. Anualidades transcurridas desde el efecto

Como estamos viendo, la provisión o reserva matemática garantiza el pago de las indemnizaciones en cualquier momento. Así, cuando una persona contrata una póliza, una parte de cada prima servirá para crear una provisión o reserva para esa póliza; pero durante el primer año de vigencia de una póliza a largo plazo, esta provisión será muy pequeña y aumentará a medida que vayan pasando los años hasta que transcurra toda la duración de la póliza en que será suficiente para cubrir la prestación.

Pero si tenemos un siniestro antes de que la reserva matemática haya cubierto el capital asegurado, la entidad aseguradora utilizará sus propias reservas constituidas durante años, para pagar la indemnización correspondiente ya que aunque cada póliza crea su propia reserva, el pago de prestaciones no tiene porque proceder de dicha reserva.

Así la reserva de cada póliza se suma a las reservas totales de la entidad aseguradora y esta reserva total es la que garantiza el pago de todas las prestaciones.

Definiremos como **capital neto de riesgo**, a la diferencia entre el capital asegurado y la reserva acumulada, siendo este capital el que la entidad aseguradora no puede pagar con la reserva de esa póliza, luego es la cantidad que el asegurador arriesga con dicha póliza y por ello es el capital a conseguir de las reservas generales. Así concluiremos, que cuando la reserva de cada póliza va aumentando, el capital neto de riesgo ira disminuyendo.

7.- VALORES GARANTIZADOS DE LOS SEGUROS DE VIDA.

7.1.- RESCATE

Es un derecho que se concede al tomador en determinadas modalidades de seguro de vida, en virtud del cual, transcurrido un cierto plazo desde la fecha de efecto de la póliza, éste puede rescindir la póliza, recibiendo una determinada cantidad de dinero en efectivo.

La cuantía del valor del rescate se establece en función de la provisión matemática de la póliza, la cual representa el valor acumulado de las obligaciones futuras del asegurador. Generalmente se considera como valor de rescate el de la propia provisión matemática, deducido de una cierta cantidad en concepto de gastos.

En todas las pólizas con derecho a valor de rescate, su importe debe figurar expresamente indicado en su condicionado.

7.2.- REDUCCION.

Es una modificación de las condiciones originales del contrato motivado por el hecho de que el tomador deja de pagar las primas previstas, y que tiene la consecuencia de mantener las mismas características del seguro primitivo, pero reduciéndose el importe de la prestación asegurada.

El derecho a la reducción del seguro se concede en aquellas modalidades para las que también se otorga el derecho de rescate y se concede una vez transcurridos los mismos plazos que se contemplan para el valor anterior.

También dicho importe debe figurar expresamente en el condicionado de la póliza.

7.3.- ANTICIPO.

Es un préstamo al que tiene derecho el tomador del seguro en determinadas modalidades de seguro de vida y a partir de un determinado plazo desde su fecha de efecto. También este derecho se concede en aquellas modalidades con derecho a rescate y reducción.

Dicho préstamo, cuya cuantía viene dada por la propia provisión matemática del seguro,, y cuyo importe no podrá ser superior al valor de rescate de la póliza en ese momento, devenga un interés, pactado en contrato, que el asegurador percibe junto con las primas sucesivas del seguro. Generalmente ese interés se fija en función de un determinado tipo de referencia.

Los anticipos pueden cancelarse total o parcialmente cuando convenga al tomador, pero al llegar el vencimiento, o en caso de siniestro, la entidad aseguradora deducirá del capital a satisfacer el importe del préstamo no amortizado.

8.- PARTICIPACION EN BENEFICIOS.

La participación en beneficios tiene su razón de ser para :

- Hacer participar a los asegurados y beneficiarios de los resultados de la entidad, teniendo en cuenta que las hipótesis actuariales que se aplican son conservadoras al ser garantizadas durante largos períodos de tiempo.
- Defender el seguro contra la inflación
- Fidelizar a los asegurados
- Como elemento comparativo frente a la competencia.

Así las entidades aseguradoras podrán conceder a sus asegurados participación en beneficios mediante el sistema que deseen referidos a los resultados técnicos, a los financieros, o a la combinación de ambos, pero detallándose siempre en las bases técnicas el sistema decidido y precisando el modelo de cuenta y los criterios de imputación que permitan el cálculo y la clara comprobación de tales resultados.

La adopción de unas bases técnicas conservadoras (tablas de mortalidad e interés que se espera de las inversiones) puede dar lugar a que se produzcan beneficios consistentes en las diferencias entre las previsiones de la entidad y la realidad.

Las fuentes de dichos beneficios son:

- Beneficio de la mortalidad: se produce cuando la mortalidad real es inferior a la prevista en los seguros para caso de muerte o superior en los seguros para caso de supervivencia.
- Beneficio por rendimiento de las inversiones: se obtiene por el exceso obtenido entre el rendimiento real de la inversiones y el interés técnico.
- Beneficio de gestión: se produce cuando los gastos soportados son inferiores a los recargos aplicados para gastos de administración, comerciales y accesorios utilizados en la determinación de las primas.
- Beneficio por rescisiones de contratos: es el margen entre la provisión matemática efectiva y el valor de rescate pagado al tomador.
- Beneficio derivado del reaseguro cedido: es un supuesto beneficio adicional que generalmente está incluido dentro del margen de siniestralidad.

9.- GARANTIAS FINANCIERAS.

En este apartado vamos a destacar los aspectos mas importantes relativos a las exigencias para el inicio de actividad por parte de las entidades aseguradoras.

9.1.- CONDICIONES PARA EL ACCESO A LA ACTIVIDAD.

Solo podrán acceder a la actividad aseguradora las entidades privadas que adopten alguna de las siguientes formas:

- Sociedad Anónima
- Mutua a prima fija o variable
- Cooperativa a prima fija o variable
- Mutualidades de Previsión Social

El objeto social será exclusivamente la práctica de operaciones de seguro directo, de reaseguro o de capitalización, así como las preparatorias o complementarias de las de seguro o capitalización realizadas en la función de canalización del ahorro y la inversión y las actividades de prevención de daños vinculada a la actividad aseguradora.

Las que operen en el ramo de vida solo podrán actuar en éste y en los riesgos complementarios del ramo de vida. También podrán operar en los ramos de accidentes y enfermedad, previa autorización administrativa.

9.2.- PROVISIONES TECNICAS.

Además de las reservas propiamente dichas comunes a cualquier tipo de entidad, las aseguradoras deben de constituir unas provisiones específicas de su actividad y son las denominadas provisiones técnicas.

Estas se establecen para garantizar el cumplimiento de los compromisos contraídos con los asegurados.

Están reguladas en la Ley de Ordenación y Supervisión de los seguros Privados, en el artículo 29 del vigente reglamento, así como en las normas contables que regulan la actividad aseguradora.

9.3.- MARGEN DE SOLVENCIA Y FONDO DE GARANTIA.

El margen de solvencia es el patrimonio propio no comprometido de cada ejercicio económico, que será de una cuantía no inferior a unas determinadas cantidades fijadas en función del tipo de actividad (seguros de vida / seguros de no vida) y del volumen de su negocio.

El fondo de garantía estará constituido por la tercera parte de la cuantía mínima del margen de solvencia y no podrá ser inferior a unos determinados importes, fijados en cifras absolutas, en función de los ramos de seguro en los que opere.

10.- DISTRIBUCION DE LOS RIESGOS.

Es el reparto o dispersión de los riesgos que la actividad aseguradora precisa para obtener una compensación estadística que iguale los riesgos que componen su cartera de bienes asegurados.

Se hace de dos formas: a través del **coaseguro** o del **reaseguro**.

10.1.- EL COASEGURO

Es la concurrencia de dos o más entidades aseguradoras en la cobertura de un mismo riesgo.

Técnicamente es un sistema empleado para homogeneizar cuantitativamente la composición de la cartera ya que a través de él solo participan respecto a determinados riesgos, en proporciones técnicamente aconsejables.

La decisión de cubrir el riesgo en régimen de coaseguro puede partir, indistintamente, del candidato o de la entidad aseguradora que lo propone, denominada esta última *abridora*.

10.2.- EL REASEGURO.

Es la cesión de parte de los riesgos de una aseguradora a una entidad especialmente dedicada a este negocio llamada entidad reaseguradora, con el fin de que la primera consiga una compensación estadística necesaria.

A diferencia del coaseguro, donde la coaseguradora solo responderá por la participación del riesgo asumido, en el reaseguro el asegurador responderá por todo el riesgo, aunque, ocurrido el siniestro, puede recobrar la participación correspondiente a los reaseguradores.

La característica fundamental es la de constituir un factor de división y reparto de los riesgos así la aseguradora eliminará las causas de una posible desviación de la siniestralidad en origen.

MODULO IV BASES TECNICAS

EL SEGURO DE VIDA

2ª PARTE

11.- La selección de riesgos.

- 11.1.- Normas de selección.
- 11.2.- Categoría de riesgos. Riesgo objetivo y riesgo subjetivo.
- 11.3.- Normas de contratación. Requisitos básicos.
- 11.4.- Finalidad de la selección de riesgos. Clasificación de los riesgos.
- 11.5.- Elementos básicos de la selección de riesgos. Elementos médicos y no médicos.

12.- La tarificación de los seguros de vida.

- 12.1.- Elementos que influyen en la tarificación.
- 12.2.- Error en la edad.

13.- Clasificación de los seguros de vida.

13.1.- Seguros para caso de fallecimiento.

- 13.1.1.- Seguros temporales
- 13.1.2.- Seguros de vida entera

13.2.- Seguros de vida mixtos.

13.3.- Seguros para caso de supervivencia.

- 13.3.1.- Seguros de ahorro de capital diferido
- 13.3.2.- Seguros de ahorro mixtos
- 13.3.3.- Seguros de rentas

13.4.- Nuevas modalidades. El Unit Linked

13.5.- Seguros complementarios.

- 13.5.1.- Seguro de invalidez absoluta y permanente
- 13.5.2.- Seguro de accidente
- 13.5.3.- Seguro de accidente de circulación
- 13.5.4.- Seguro de anticipo por enfermedad grave

14.- Otros productos.

14.1.- Planes y fondos de pensiones.

- 14.1.1.- Elementos personales
- 14.1.2.- El reglamento
- 14.1.3.- Cuenta de posición del plan en el fondo
- 14.1.4.- Los derechos consolidados
- 14.1.5.- La entidad gestora del fondo de pensiones.
- 14.1.6.- La entidad depositaria del fondo de pensiones
- 14.1.7.- La comisión de control de los planes y fondos de pensiones
- 14.1.8.- Tipos de planes de pensiones
- 14.1.9.- Aportaciones a los planes de pensiones
- 14.1.10.- Prestaciones de los planes de pensiones
- 14.1.11.- Contingencias de los planes de pensiones
- 14.1.12.- Movilización de los derechos consolidados.
- 14.1.13.- Criterios de clasificación de los planes de pensiones

14.2.- Seguros de salud.

14.3.- Fondos de inversión.

14.4.- Seguros de incapacidad transitoria.

14.5.- Seguros de accidentes.

15.- Nuestros productos.

15.1.- Para caso de fallecimiento:

Protección Personal-Familiar
Polivida AC
Polivida VE

15.2.- Mixtos:

Polivida 2X12

15.3.- Para caso de supervivencia:

Ahorro Garantizado
Bonos X/15
Rentas

15.4.- Nuevas modalidades:

Unit Plan
Unit Plus
Unit 4X4

15.5.- Otros productos:

Plus Plan
Plus Fondo RV
Plus Fondo RF
Plus Fondo Mixto
Poliplus Salud
Fondos Morley
IT Previsión Mallorca

11.- LA SELECCIÓN DE RIESGOS.

La selección de riesgos es la operación que realiza el asegurador para decidir la aceptación o rechazo de aquellos riesgos que le son ofrecidos para su cobertura. En el seguro de vida para caso de muerte, el criterio básico de selección es el estado de salud del candidato. También se tiene en cuenta otros criterios como profesión, aficiones, deportes practicados, etc.

La función de la selección de riesgos en los seguros de vida es de gran importancia, teniendo en cuenta que en estos seguros se asume un compromiso "irrevocable" por una larga duración, sin disponer de oportunidad de rescisión del contrato, ni modificación de los términos convenidos o rectificación de la prima, hasta el vencimiento del mismo.

11.1.- NORMAS DE SELECCIÓN.

Ya hemos comentado que la selección de riesgos personales es el conjunto de medidas, generalmente técnicas, adoptadas por una entidad aseguradora y en virtud de las cuales se orienta la aceptación de éstos. Las normas que ha de cumplir dicha selección son:

- Evitar dar cobertura a los riesgos que posiblemente originarían un desequilibrio económico en los resultados de la empresa.
- Procurar aceptar únicamente los riesgos que, por sus características propias, se presuman no van a originar necesariamente resultados desequilibrados.
- Efectuar una correcta selección y tarificación de los mismos, aplicándoles la prima adecuada.
- Crear grupos homogéneos en base a la probabilidad de siniestros e intensidad de los mismos.

11.2.- CATEGORIA DE LOS RIESGOS.

Los riesgos los podemos clasificar en riesgos objetivos y riesgos subjetivos.

- **Riesgo objetivo:** es aquel cuya composición, características, circunstancias intrínsecas y extrínsecas y otros aspectos básicos, aparecen descritos en la solicitud, permitiendo a la entidad aseguradora disponer de la información suficiente para, en unión de los estudios estadísticos, determinar las probabilidades de ocurrencia de siniestros y tomar decisiones que permitan asegurar el riesgo, bajo concretos y determinados preceptos.
- **Riesgo subjetivo:** es aquel que se deriva de un conjunto de circunstancias mas o menos personales relativas al candidato y muy difícilmente objetivables, siendo de compleja valoración para el asegurador tales como: situación económica, conducta social, hábitos adquiridos, costumbres, etc.

11.3.- NORMAS DE CONTRATACION.

El asegurador establecerá una serie de requisitos en función del riesgo asegurar estableciendo escalas en función de la edad y cuantía del capital a asegurar, las cuales determinan, si el candidato debe de cumplimentar solo la declaración-cuestionario de salud o realizarse también un reconocimiento médico con unas pruebas médicas específicas.

- **Declaración de salud:** es un cuestionario completo que aparece incluido en la solicitud de seguro y en el que solicitan datos relativos a posibles enfermedades, consecuencias de accidentes, tratamientos médicos o farmacéuticos que se siguen así como la evolución y estimación futura de enfermedades.

Esta declaración la cumplimenta y firma el asegurado y es de vital importancia para que el asegurador evalúe correctamente el riesgo propuesto.

A continuación vamos a detallar algunas de las preguntas mas comunes que aparecen en una declaración de salud, como por ejemplo:

- Datos referentes antecedentes familiares
- Datos referentes a hábitos de consumo, como bebidas alcohólicas, tabaco, medicamentos, etc.
- Datos sobre enfermedades anteriores o actuales, intervenciones quirúrgicas, etc.
- Datos relativos a la estructura y peso del candidato para poder evaluar un posible sobrepeso.
- Datos relativos al estado de salud actual del candidato.

- **Reconocimiento médico:** a partir de una determinada edad y/o un determinado capital a asegurar será necesario también realizar un reconocimiento médico por especialistas conocedores de la problemática del seguro de vida, ya que el informe del médico examinador, que trata de valorar los posible problemas de longevidad probable de los futuros asegurados, es de trascendencial importancia para el logro de los resultados financieros de la entidad, puesto que ello influye, básicamente, en la negociación y calificación del riesgo.

Estos formularios, que el médico examinador cumplimenta, constan de un interrogatorio personal al candidato y modelo de examen médico, existiendo correlación entre ellos, ya que de las declaraciones del candidato, dependerá el examen clínico, objetivando el estado de salud pasado y actual, así como sus antecedentes hereditarios, accidentes ocurridos, operaciones quirúrgicas, enfermedades y su evolución, tratamientos y duración, secuelas posibles, etc.; debiendo de incluirse la valoración personal sobre la calidad del riesgo y la necesidad de pruebas complementarias, si fuera el caso, para establecer el diagnóstico exacto.

Este informe se remitirá directamente al departamento médico de la entidad, siendo totalmente confidencial, y correspondiendo al asegurador la apreciación final del riesgo, clasificándolo por grupos homogéneos para facilitar la tarificación objetiva del candidato.

Así, los aseguradores podrán aceptar también riesgos agravados, rechazando los que con todo conocimiento de causa, se consideren inaceptables y aceptando, mediante la aplicación de sobreprimas adecuadas el resto.

Generalmente el chequeo requerido por las entidades es gratuito para el candidato.

11.4.- FINALIDAD DE LA SELECCION DE RIESGOS.

En el régimen de economía libre que nos movemos, nadie está obligado a asegurar su vida, así quienes lo hacen tienen diversas razones para ello y éstas pueden ser razones de previsión (ahorro, educación de los hijos, etc.), razones de nivel de riesgo (enfermedades profesionales, infarto, viajes, etc.).

El mayor peso de unas u otras razones en la decisión de suscribir un seguro de vida produce una mejor antiselección y por tanto una desviación de los resultados del negocio ya que no todos los riesgos son de la misma calidad para el asegurador y así los podemos clasificar en:

- **Riesgos normales**
 - **Riesgos agravados**
-
- **Riesgos normales:** en los que se incluyen personas normalmente sanas y cuya medida del riesgo varía fundamentalmente con la edad.
 - **Riesgos agravados:** las personas enfermas, víctimas de accidentes, personas que ejercen profesiones insalubres o peligrosas, es decir, aquellos cuya longevidad media está reducida.

Por tanto, la selección de riesgos tiene los siguientes **objetivos**:

1. Valorar adecuadamente el riesgo objetivo, mediante la aplicación de normas técnicas adecuadas.
2. Detectar el riesgo subjetivo mediante el análisis de las declaraciones del candidato, agente, etc.
3. Valorar adecuadamente los riesgos agravados, para que sus condiciones de seguro y precio sean proporcionales a su mayor probabilidad de siniestro.

11.5.- ELEMENTOS BASICOS DE LA SELECCIÓN DE RIESGOS.

Los elementos que afectan a la selección de riesgos son múltiples y nosotros los vamos a clasificar en dos grupos, haciendo un mayor hincapié en los primeros y éstos son:

- **Elementos médicos**
 - **Elementos no médicos**
-
- **Elementos médicos:** del análisis de la solicitud, de la declaración de salud y de los exámenes médicos se darán dos situaciones:

1. Las aceptables a tarifa normal que darán lugar a los **riesgos normales**.
2. Las que precisan un estudio especial que darán lugar a los **riesgos especiales**.

A su vez, en el caso de los riesgos especiales nos veremos ante las siguientes situaciones:

- A) Las aceptables a tarifa especial, que darán lugar a los **riesgos agravados**.
- B) Las no aceptables, que darán lugar a los **riesgos excluidos** o limitaciones a las coberturas.
- C) Las que debe de **posponerse su aceptación**.
- D) Las que pueden considerarse como **normales**, ya que una vez efectuado el estudio se constata que no requiere tarificación especial.

- **Elementos no médicos:** que a su vez se pueden clasificar en:
 - A) **Elementos profesionales:** aquellos que cuantifican factores de riesgo posible por el ejercicio de la profesión, definiendo si se trata de actividades peligrosas o desaconsejables.
 - B) **Elementos deportivos,** donde se analizan los deportes de alto riesgo.

No obstante lo anteriormente expuesto, además de tener el máximo de información para evaluar lo más correctamente los riesgos sobre todo cuando se trata de capitales elevados, de solicitantes de cierta edad o de rehabilitaciones de pólizas; debemos de saber conjugar criterios técnicos, económicos y comerciales para no provocar una indisposición innecesaria en los candidatos, una demora en las emisiones de pólizas, un coste desfasado, etc.

12.- LA TARIFICACION DE LOS SEGUROS DE VIDA.

12.1.- ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN LA TARIFICACION.

En un seguro de vida los elementos esenciales para realizar la tarificación son:

- **La edad actuarial**
- **La tarifa**
- **Los recargos**
- **La forma de pago**

- **La edad actuarial:** ya la definimos en el módulo II apartado 17; ahora vamos a analizar como afecta dicha edad según la clase de seguro de que se trate:

- A) En los seguros de vida para caso de fallecimiento, el mayor o menor riesgo es consecuencia directa de la edad del asegurado, así a mayor edad tendremos mayor probabilidad de que se produzca la mortandad y por ello la prima será mayor.
- B) En los seguros de vida para caso de supervivencia, la relación será a la inversa, correspondiendo a edades mayores primas menores, ya que la probabilidad de llegar con vida al vencimiento y de percibir el capital será menor.

- **La tarifa:** cada modalidad de seguro tiene sus propias tarifas, donde se indican las tasas.

Las tasas de prima están expresadas generalmente en tanto por mil, es decir, el precio del seguro por cada mil ptas. de capital asegurado, que corresponden a cada candidato según su edad actuarial y la duración elegida.

En nuestro caso, todos esos datos los tenemos en el tarificador y no es necesario realizar ningún cálculo manualmente.

- **Los recargos:** sobre la prima neta es necesario calcular el recargo por el "Consortio de Compensación de Seguros", este recargo se cobra por las garantías complementarias del seguro de vida, si lo hubiera, y por los seguros de accidentes, ascendiendo a 9,6 ptas. por millón asegurado, pagándose de forma anual sin ser posible el fraccionamiento, incluyéndose el total en el primer recibo de primas emitido por la entidad.
- **La forma de pago:** la prima de seguro es anual para aquellos cuya duración es superior a un año, pero en los seguros de vida es frecuente el fraccionamiento del pago de la prima.

La razón de este fraccionamiento es simplemente para facilitar el pago de la prima a los clientes, adecuando sus compromisos de pago a la forma en la que obtienen los ingresos.

El fraccionamiento de pago de la prima ha de reunir una serie de **requisitos** para que este efecto no suponga un incremento del gasto a la entidad aseguradora:

- Importe mínimo de la fracción de la prima
- Recargo por fraccionamiento ya que la dilación del cobro de un aparte de la prima, produce una disminución de ingresos financieros del asegurador. Así los recargos suelen ser:

- Pago mensual 6% -8%
- Pago trimestral 4%
- Pago semestral 2%

12.2.- ERROR EN LA EDAD

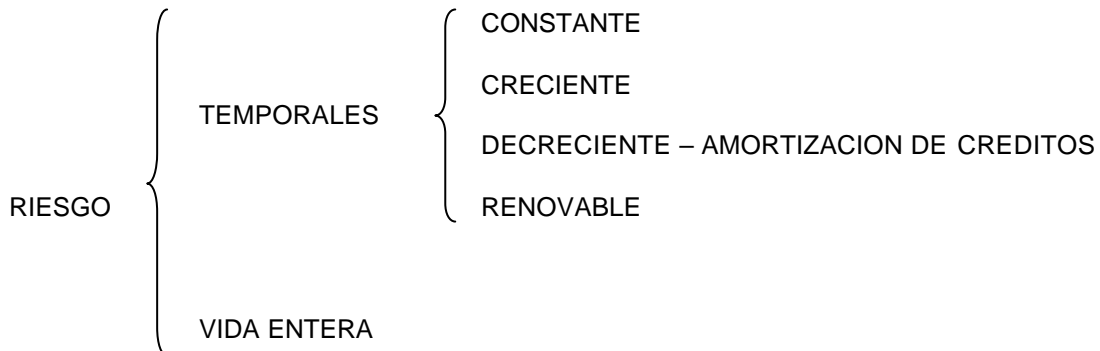
De acuerdo con el artículo 90 de la Ley de Contrato de Seguro en caso de inexactitud en la declaración de la edad del asegurado, el asegurador podrá impugnar el contrato si la verdadera edad en el momento de entrada en vigor excediese de los límites de admisión establecidos en sus normas de selección.

En otro caso, si como consecuencia de este error en la edad, la prima pagada fuera inferior a la que hubiera correspondido, la prestación del asegurador se reducirá en la misma proporción a la prima percibida; si por el contrario, la prima pagada hubiera sido mayor a la que debería haberse abonado, el asegurador deberá devolver el exceso de primas percibido, sin intereses.

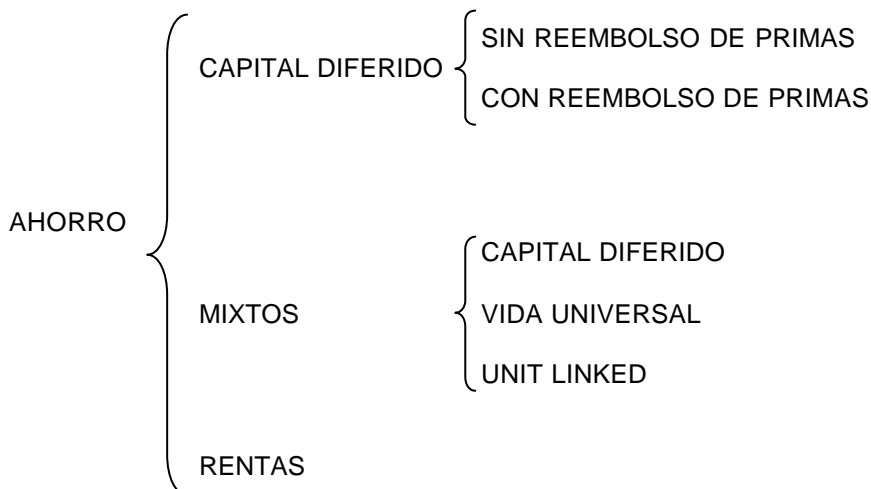
13.- CLASIFICACION DE LOS SEGUROS DE VIDA

Ver cuadro adjunto. (Cuadro I)

CUADRO 1



MIXTOS



13.1.- SEGUROS PARA CASO DE FALLECIMIENTO.

Son los que comúnmente conocemos como “seguros de vida”, y en estos la obligación del asegurador consiste en el pago del capital o renta contratados a los beneficiarios designados, cuando se produzca el fallecimiento del asegurado.

Esta cobertura se presenta como **fallecimiento por cualquier causa**, en alusión a que el asegurador satisfará su indemnización, tanto si el fallecimiento se produce por enfermedad como por accidente.

Se **excluyen** de esta cobertura los siguiente supuestos:

- 1) Suicidio durante el primer año de seguro
- 2) Fallecimiento del asegurado causado intencionadamente por el beneficiario; en este caso el beneficiario perderá el derecho a la prestación y ésta quedará integrada en el patrimonio del tomador.
- 3) Guerra u otros hechos de carácter extraordinario, en cuyo caso corresponde al gobierno declarar en qué momento se podrá incorporar la cobertura, fijando las normas en que se cubrirá el riesgo.

Pueden contratarse por toda la vida del asegurado o por una duración determinada, transcurrida la cual el seguro quedará sin efecto.

Así en función de la duración del seguro podremos hacer la siguiente clasificación:

- **Seguros temporales**
- **Seguros de vida entera**

13.1.1.- SEGUROS TEMPORALES.

El capital de este seguro es pagadero inmediatamente después de la muerte del asegurado, si ésta ocurre antes del término del plazo convenido para la duración del seguro.

Si el asegurado vive al final del período, queda cancelado el seguro y a favor del asegurador la prima o primas satisfechas.

En realidad, no se trata de que la entidad aseguradora cubra un servicio que luego no presta, sino que la prima que percibe es la necesaria para, en unión de las demás primas percibidas correspondientes a los demás asegurados, poder hacer frente al pago de los capitales que deberán abonarse por el número de asegurados que estadísticamente probablemente morirán.

Los principales aspectos de esta modalidad son:

- Coste bajo, que permite contratar capitales elevados
- Suele ser contratado por personas jóvenes que inician una nueva etapa en su vida y tienen cargas familiares que dependen directamente de él/ella.
- Es utilizado por las entidades bancarias como garantía de cancelación de deudas, por fallecimiento prematuro de los prestatarios.

Las principales modalidades de seguros temporales de riesgo para caso de fallecimiento son:

- 1) **Seguro de vida temporal constante**
- 2) **Seguro de vida temporal creciente**
- 3) **Seguro de vida temporal decreciente**
- 4) **Seguro de vida temporal anual renovable**

1) Seguro de vida temporal constante: en esta modalidad cubrimos el riesgo de muerte, por una duración superior a un año, manteniéndose la prestación o indemnización igual durante toda la duración del seguro. Las primas son niveladas y constantes como el capital asegurado.

2) Seguro de vida temporal creciente: también cubre el riesgo de muerte por una duración superior a un año, pero en este caso la indemnización o prestación aumentará durante el período de vigencia de acuerdo con un porcentaje pactado inicialmente. Normalmente las primas tendrán un crecimiento igual al del capital asegurado.

3) Seguro de vida temporal decreciente: igual que en los casos anteriores, pero disminuyendo la indemnización o prestación durante la duración de la póliza. En este caso, la duración del pago de las primas puede ser inferior al año; y además pueden ser primas constantes durante un período normalmente inferior al de cobertura del seguro y también pueden ser regularmente decrecientes.

Esta modalidad de seguro normalmente está vinculada a operaciones de crédito y el beneficiario suele ser la entidad crediticia, entonces se denominan “seguros de amortización de créditos”.

4) Seguro de vida temporal anual renovable: esta modalidad, es la mas usual y la que mayor implantación tiene en el mercado asegurador.

Se trata de cubrir el riesgo por fallecimiento del asegurado durante un año, período en que se establece la duración de este contrato. Esta modalidad permite prolongar la cobertura varios años, e incluso hacerla indefinida, gracias al mecanismo de la renovación automática, que permite renovar el seguro tácitamente, cada año, salvo que algunas de las partes rechace expresamente dicha renovación, al menos dos meses antes al vencimiento previsto.

En este caso, los trámites de la contratación se realizan una sola vez al inicio del primer año de contrato, salvo que en los años sucesivos el asegurado solicite elevación del capital.

El importe de la prima variará cada año de acuerdo con la nueva edad alcanzada por el asegurado.

La ventaja de este seguro es que permite al tomador ajustar cada año la amplitud de la cobertura en función de sus necesidades.

Independientemente de lo anterior, puede pactarse al inicio de cada renovación que el importe asegurado crezca según un determinado criterio, por ejemplo el IPC, con el fin de que con el paso de los años el seguro no quede devaluado, pero como el contrato sigue vinculando únicamente aun año, permite al tomador cancelarlo en cada vencimiento anual sin penalización ni coste alguno para él.

13.1.2.- SEGUROS DE VIDA ENTERA.

El capital asegurado por esta modalidad es pagadero a los beneficiarios inmediatamente después del fallecimiento del asegurado, cualquiera que sea la fecha en que se produzca. Luego tiene cobertura durante toda la vida del asegurado.

Normalmente, las entidades aseguradoras comercializamos este seguro con una ligera modificación sobre la prestación descrita y ésta es la posibilidad de que el asegurado, con una pequeña repercusión en la prima, cobre le seguro si vive a una edad determinada fijada en contrato, cancelándose la póliza. Esto último lo convierte en un seguro de vida mixto.

Se puede contratar bajo dos modalidades:

- 1) Seguro de vida entera a primas vitalicias, en los que el tomador ha de pagar primas mientras viva el asegurado.
- 2) Seguro de vida entera a primas temporales, en los que el pago de primas se realiza durante un número de años convenido en contrato o hasta el fallecimiento del asegurado si ocurriese antes.

13.2.- SEGUROS DE VIDA MIXTOS.

Esta modalidad de seguro se encuentra integrada por **un seguro de ahorro y un seguro de riesgo**, por ello se ofrecen dos garantías unidas:

- 1) Si el asegurado fallece antes del término del contrato, se entregará a sus beneficiarios la indemnización o capital estipulado en el contrato.
- 2) Si el asegurado sobrevive a vencimiento, se entregará a éste el capital previsto en el contrato.

En los seguros de vida mixtos clásicos, la cuantía del capital de fallecimiento y la del de supervivencia son iguales, existiendo también dos beneficiarios distintos: uno para caso de supervivencia que es habitualmente el propio tomador, y otro para caso de fallecimiento que es el designado por dicho tomador.

13.3.- SEGUROS PARA CASO DE SUPERVIVENCIA.

Son aquellos por los que la entidad aseguradora pagará la suma o capital asegurado si el asegurado vive en una determinada fecha o edad determinada. Esta modalidad también recibe el nombre de **seguros de ahorro**.

En esta clase de seguros no es necesario el reconocimiento médico o declaración de estado de salud de la persona propuesta como asegurado, ya que es el propio candidato quien se autoselecciona porque no se asegura quien no está en buenas condiciones de salud, que le permita llegar con vida al vencimiento del contrato.

Las principales modalidades son:

- **Seguros de capital diferido**
- **Seguros mixtos**
- **Seguros de rentas**

También deberemos incluir en esta clasificación los seguros mixtos ya que tienen un componente de seguro de supervivencia o ahorro.

13.3.1.- SEGUROS DE AHORRO DE CAPITAL DIFERIDO.

Mediante este seguro el asegurador se compromete a pagar el capital asegurado cuando finalice el plazo convenido de duración del contrato, siempre que el asegurado viva en esa fecha.

Puede contratarse a prima única o a primas periódicas, constantes o variables.

Como estadísticamente se puede prever que no todos los asegurados llegarán al vencimiento, el asegurador solo necesita constituir los capitales necesarios para el número de asegurados que la probabilidad indica que sobrevivirán, lo que permite que el coste del seguro sea mas reducido, frente a las operaciones financieras puras.

Se presenta bajo dos modalidades:

- 1) Seguros de ahorro de capital diferido **sin reembolso de primas**
- 2) Seguros de ahorro de capital diferido **con reembolso de primas**

1) **Sin reembolso de primas:** en este caso es un seguro de ahorro puro, donde en caso de fallecer el asegurado antes del vencimiento del contrato el asegurador no tendrá ninguna obligación con respecto a los beneficiarios, ya que solo percibirá indemnización el asegurado si sobrevive al vencimiento.

2) **Con reembolso de primas** como la modalidad anterior causa efectos negativos comercialmente hablando, normalmente a los primeros se le añade la garantía de devolución de las primas pagadas en caso de fallecimiento del asegurado antes del vencimiento del contrato con lo que técnicamente lo estamos convirtiendo en un seguro mixto.

13.3.2.- SEGUROS DE AHORRO MIXTOS.

Podemos distinguir tres clases:

- 1) Seguros de ahorro mixtos **de capital diferido**
- 2) Seguros de ahorro mixtos **vida universal**
- 3) Seguros de ahorro mixtos **Unit Linked**

1) **De capital diferido:** modalidad en la que si el asegurado sobrevive a vencimiento, percibirá un capital previsto en el contrato, mas una participación en beneficios si estuviera contemplado en la póliza; si el asegurado fallece antes del vencimiento, la entidad aseguradora devolverá las primas pagadas o pagaderas y la participación en beneficios acumulada, siempre que esta última esté contemplada en el contrato.

2) **Vida Universal:** es una modalidad relativamente mas moderna ya que tiene su origen en EE.UU. en los años 70. Combina un proceso de capitalización, sin aseguramiento, con un seguro temporal renovable, luego tiene cobertura para caso de supervivencia y para caso de muerte.

Aportan gran flexibilidad al contrato ya que las primas destinadas al ahorro se capitalizan en una cuenta con aplicación diaria de intereses.

3) **Unit Linked:** son seguros de ahorro ligados a fondos de inversión que por la importancia que actualmente tienen los desarrollaremos mas detalladamente en el apartado 21.4.

13.3.3.- SEGUROS DE RENTAS.

Son seguros de ahorro para proteger a las personas contra el riesgo de sobrevivir a sus recursos financieros. Técnicamente el término de *renta* se refiere a una serie de pagos regulares. La persona que recibe estos pagos se llama *rentista*.

Este tipo de seguros los pueden suscribir personas individuales, pero también son la base de muchos planes de pensiones.

Vamos a poner un ejemplo:

Un Sr. de 40 años quiere asegurarse unos ingresos concretos para cuando cumpla 65 años. Para ello, firma un contrato de seguro de renta donde se compromete a hacer pagos mensuales al asegurador durante un período de tiempo determinado, por ejemplo 10 años y los 15 años que restan hasta que cumpla los 65 años su dinero se revalorizará por la inversión que realice el asegurador. Así, cuando cumpla los 65 años la entidad aseguradora comenzará a pagarle las mensualidades correspondientes pactadas en contrato.

Como hemos visto en el ejemplo anterior se puede contratar a prima única o periódica.

Al igual que ocurría en el seguro de capital diferido, el coste de este seguro es inferior al de una operación financiera pura por los mismos motivos estadísticos, pero al darse el mismo efecto negativo que en aquel caso, de pérdida de la percepción de la misma por los beneficiarios en caso de fallecimiento del rentista, ha llevado a incluir la devolución de las primas pagadas o bien de las primas no consumidas, dependiendo de los casos, en caso de fallecimiento del rentista.

Podemos establecer dos modalidades de rentas:

- **Rentas diferidas**
 - **Rentas inmediatas**
- **Rentas diferidas:** modalidad en la que el asegurador se obliga a pagar una renta al final de período previsto en el contrato.
 - **Rentas inmediatas:** en aquellas en las que asegurador a cambio de un capital o prima única que recibe del tomador se compromete a pagar al asegurado o beneficiario establecido en contrato, una renta de forma inmediata.

Ambas modalidades a su vez podemos clasificarlas según:

- El plazo durante el cual será pagada:
 - **Vitalicia:** si los pagos se realizan hasta la muerte del asegurado / beneficiario
 - **Temporal:** si se paga durante varios años o hasta su fallecimiento si fuera antes.
- El número de veces que se realicen los pagos dentro de un año: mensual, trimestral, semestral o anual.
- La evolución de las cuantías en el tiempo:
 - **Constantes**
 - **Crecientes** de forma lineal o acumulativa
- Si la renta cubre el pago a otra segunda persona:
 - **Reversible:** si el pago se realiza a esta segunda persona mientras viva y desde el momento del fallecimiento del asegurado / beneficiario.

13.4.- NUEVAS MODALIDADES. EL UNIT LINKED

Son seguros de vida ligados a fondos de inversión, cuyas prestaciones, en lugar de estar referidas a euros (pesetas), se expresan en unidades de cuenta especiales, traduciéndose en número de participaciones adquiridas de un fondo de inversión; para ello, la entidad aseguradora va invirtiendo parte de las primas recibidas de los clientes en participaciones de dicho fondo, reflejándose la operación en una sola póliza, que incluye tanto el seguro propiamente dicho como la referencia a la inversión.

De esta forma, las prestaciones del seguro incluyen, en caso de vida o fallecimiento, el capital asegurado que corresponda más las participaciones del fondo de inversión adquiridas hasta la fecha.

Podemos definir estos productos como una herramienta destinada al ahorro – inversión instrumentada a través de unidades de cuenta o participaciones vinculadas a un fondo de inversión interno o externo o cesta de fondos.

En los seguros de ahorro, las entidades aseguradoras competimos con otras entidades de crédito como bancos, cajas de ahorro, cooperativas de crédito; con sociedades y agencias de valores y con entidades gestoras de planes de pensiones.

Por ello, el negocio tradicional asegurador ha de evolucionar para ofrecer productos mas acordes con las preferencias de los inversores, por otra parte cada vez mas sofisticadas y en este sentido es posible configurar un producto que teniendo la consideración de seguro conforme a la normativa legal, sea análogo a un fondo de inversión y pueda configurarse como una alternativa frente a éstos en la captación del ahorro.

El seguro Unit Linked es un producto de ahorro de forma que la mayor parte de la prima debe destinarse a ser invertida para ofrecer una rentabilidad futura al inversor. En esta cobertura de ahorro, el asegurador no asume el riesgo de la inversión, es decir, no garantiza ninguna rentabilidad al asegurado y por ello, no existe interés técnico garantizado alguno. Será la rentabilidad que se obtenga del fondo o cesta de fondos la que se ofrezca al inversor, como contraprestación por la prima que pagó, en el momento de producirse la contingencia asegurada, rentabilidad que podrá ser tanto positiva como negativa.

Como no se garantiza una rentabilidad positiva el riesgo de la inversión lo asume el tomador del seguro y por ello es quien decide donde debe invertirse la prima entre las diferentes alternativas que el asegurador le ofrezca.

Adicionalmente, se incluye en el producto una cobertura de riesgo que garantiza el pago de un capital si se produce la contingencia establecida en las condiciones del contrato. Es precisamente esta garantía la que le confiere carácter de seguro y como consecuencia de ello, los Unit Linked quedan configurados como productos de ahorro – inversión donde se establece un capital para caso de supervivencia y otro para caso de fallecimiento.

Se pueden contratar a prima única, periódica y admitirá aportaciones extraordinarias.

Así la prima pagada por el tomador de un seguro Unit Linked se destina a la cobertura de dos prestaciones. La parte de prima con que se cubre el riesgo de fallecimiento y los gastos de gestión recibe el nombre de **prima no asignada**, mientras que el resto de la prima, **prima asignada**, se emplea para la inversión en fondos o cestas de fondos. Alternativamente, se puede ofertar el producto asignando la totalidad de la prima al ahorro y posteriormente, con la periodicidad que se determine, se cargarán al fondo los correspondientes gastos así como la prima de riesgo relativa a la garantía de fallecimiento. Esta suele ser mínima con el objeto de destinar poca parte de la prima a cubrir esta contingencia y que sea posible destinar la mayor parte de la misma a la inversión.

13.5.- SEGUROS COMPLEMENTARIOS.

Son aquellos que se incorporan a un seguro que tenga componente de riesgo, seguro de riesgo o combinado de riesgo y ahorro, con objeto de ampliar una o varias coberturas del mismo, y con la condición de que las prestaciones fijadas, capitales o rentas, no excedan de los importes establecidos para el seguro principal.

Dejan de tener vigor cuando se anula la garantía principal del seguro, o cuando se exceden los límites temporales fijados en la póliza.

13.5.1.- SEGUROS DE INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE.

En caso de invalidez del asegurado, provocada por enfermedad o accidente, durante el transcurso del seguro, se le garantizan determinadas prestaciones que, generalmente, consisten en alguna o algunas de las siguientes:

- Exoneración del pago de primas sucesivas del seguro de vida
- Anticipo del capital asegurado, para caso de fallecimiento.
- Pago de un capital o una renta de invalidez, desde el momento de producirse ésta, hasta el término del seguro.

Este seguro de invalidez se extingue, por lo general, en la anualidad de seguro en que el asegurado cumple los 65 años de edad, la garantía cubre el riesgo de invalidez en su grado de permanente y absoluta, es decir, cuando imposibilita al asegurado de forma definitiva para desarrollar cualquier tipo de trabajo. En ocasiones se puede ampliar esta garantía a la cobertura de invalidez profesional., que es aquella en la que el asegurado queda imposibilitado para su profesión habitual.

13.5.2.- SEGURO DE ACCIDENTE.

En caso de que el asegurado sufra un accidente y, como consecuencia del mismo, se produzca su fallecimiento, el asegurador pagará un capital adicional, de igual importe que el del seguro principal. La edad máxima para la cobertura de esta garantía se suele fijar en los 65 años.

También se comercializa este seguro complementario, ampliando su cobertura a la invalidez absoluta y permanente del asegurado producida por accidente.

13.5.3.- SEGURO DE ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN.

Garantiza el pago de otro capital adicional y de igual importe que el del seguro principal, en caso de que el asegurado fallezca a consecuencia de un accidente de circulación, o como consecuencia del mismo. Para la contratación de este seguro complementario, se requiere haber contratado el de accidente, al que se ha hecho referencia en el epígrafe anterior.

La garantía se limita a la misma edad que en el complementario de accidente, y su cobertura también se puede extender a la invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación

A efectos de este seguro complementario, se suele considerar como accidente de circulación el sufrido por el asegurado:

- Como peatón en vía pública o privada, causado por cualquier vehículo de tracción mecánica.
- Como conductor o pasajero de un vehículo terrestre.
- Como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.

13.5.4.- SEGURO DE ANTICIPO POR ENFERMEDAD GRAVE.

Garantiza el anticipo de parte del capital cubierto para caso de fallecimiento, o su totalidad, cuando sea diagnosticada por facultativos, algunas de las enfermedades descritas en contrato, entre las que suelen incluirse, generalmente, el cáncer, accidente cerebro – vascular, insuficiencia renal, infarto, trasplante de órganos, etc.

14.- OTROS PRODUCTOS.

14.1.- PLANES Y FONDOS DE PENSIONES

Los planes y fondos de pensiones como fórmula complementaria e independiente de la Seguridad Social, se utilizan de forma importante en la mayoría de los países occidentales para abordar el problema de la solvencia futura de los sistemas públicos de pensiones.

Los planes de pensiones son una institución de previsión privada cuyas prestaciones en forma de renta o capital por jubilación, supervivencia, viudedad, orfandad o invalidez, complementan a las de la Seguridad Social.

Los fondos de pensiones son el instrumento de inversión del patrimonio de los planes de pensiones, siendo definidos por la Ley de Planes y Fondos de Pensiones como el “patrimonio creado al exclusivo objeto de dar cumplimiento a lo establecido en los planes de pensiones”.

La diferencia entre un plan y un fondo de pensiones es que mientras que el primero es una institución de previsión social complementaria sin capacidad administrativa ni inversora, constituyendo el conjunto de prestaciones complementarias a la Seguridad Social, el segundo es un fondo patrimonial, carente de personalidad jurídica y está integrado por los recursos afectos a las finalidades determinadas en los planes de pensiones adscritos. Así, un fondo de pensiones puede dar cobertura a varios planes de pensiones; sin embargo, un plan de pensiones solo puede integrarse en un único fondo de pensiones.

14.1.1.- ELEMENTOS PERSONALES.

- **Promotor del plan:** cualquier entidad, corporación, sociedad o empresa, asociación o sindicato, que insten a su creación o participen en su desenvolvimiento.
- **Partícipes:** personas físicas en cuyo interés se crea el plan, con independencia de que realicen o no aportaciones.
- **Partícipes en suspenso:** partícipes que han cesado en la realización de aportaciones, directas o imputadas, pero mantienen sus derechos consolidados dentro del plan.
- **Beneficiarios:** las persona físicas que perciben prestaciones del plan, hayan sido o no partícipes.

14.1.2.- REGLAMENTO

Son el conjunto de condiciones que regulan el plan de pensiones y que, por lo tanto, son aceptadas por cada partícipe que se incorpora al plan.

En concreto, las especificaciones del plan deberán regular lo siguiente:

- Determinación del ámbito personal del plan y su modalidad.
- Normas para la constitución y funcionamiento de la comisión de control del plan.
- Sistemas de financiación.
- Adscripción a un fondo de pensiones.
- Definición de las prestaciones y normas para determinar su cuantía.
- Derechos y obligaciones de los partícipes.
- Causas y circunstancias que faculten a los partícipes a modificar o suspender sus aportaciones y sus derechos y obligaciones en cada caso.
- Normas relativas a altas y bajas de partícipes, y en particular a la movilidad de los derechos consolidados.
- Requisitos para la modificación del plan.
- Causas de determinación del plan y procedimiento para su liquidación.

14.1.3.- CUENTA DE POSICION DEL PLAN EN EL FONDO.

Está integrada por las aportaciones, los rendimientos generados por la inversión de las aportaciones y en su caso los bienes y derechos del correspondiente plan. La suma del valor de las cuentas de posición de todos los planes de pensiones integrados en un mismo fondo de pensiones será igual al total del patrimonio de dicho fondo.

14.1.4.- DERECHOS CONSOLIDADOS.

Son la parte del patrimonio acumulado por el plan que corresponde al partícipe, determinada en función de las aportaciones, tanto directas como imputadas, y de las rentas generadas por los recursos invertidos.

14.1.5.- ENTIDAD GESTORA DEL FONDO DE PENSIONES.

Son sociedades anónimas cuyo objeto social exclusivo y excluyente es la administración de fondos de pensiones. También podrán gestionar fondos de pensiones las entidades aseguradoras autorizadas para operar en el ramo de seguros de vida, siempre que tengan los recursos propios mínimos exigidos.

Las principales funciones son:

- Llevar la contabilidad del fondo.
- Determinar los saldos de la cuenta de posición.
- Controlar a la entidad depositaria del fondo.

Además cuando lo decida la Comisión de Control del fondo:

- Seleccionar las inversiones a realizar.
- Ordenar al depositario la compra y venta de activos.

Estas sociedades gestoras podrán recibir de los fondos una comisión de gestión como remuneración de sus servicios, con el límite máximo anual del 2% sobre el patrimonio del fondo.

14.1.6.- ENTIDAD DEPOSITARIA DEL FONDO DE PENSIONES.

Puede ser cualquier entidad de depósito domiciliada en España y le corresponderá la custodia y depósito de los valores mobiliarios y demás activos financieros integrados en los fondos de pensiones.

Cada fondo solo puede tener un único depositario y será junto con la Dirección General de Seguros y las sociedades gestoras, los tres vértices del proceso de control externo de los fondos de pensiones.

Sus funciones son:

- Custodia y depósito de los valores mobiliarios y demás activos.
- Vigilancia de la entidad gestora.
- Realizar únicamente las operaciones acordadas por las gestoras que se ajusten a las disposiciones legales.

Podrán recibir de los fondos una comisión como remuneración por sus servicios, con el límite máximo del 0,6% anual sobre el valor nominal del patrimonio custodiado.

14.1.7.- COMISION DE CONTROL DEL PLAN Y FONDO DE PENSIONES

Es la encargada de supervisar el funcionamiento y ejecución de cada plan de pensiones.

Sus funciones son:

- Supervisar el cumplimiento de las cláusulas del plan.
- Seleccionar el actuario/s que deba certificar la situación del plan.
- Nombrar los representantes de la comisión de control
- Representar los intereses del partícipe ante la entidad gestora.
- Aprobar los estados financieros del fondo.

14.1.8.- TIPOS DE PLANES DE PENSIONES.

- Según el vínculo que une a los partícipes:
 - 1) **Sistema de empleo:** aquellos planes cuyo promotor sea cualquier entidad, sociedad o empresa, y cuyos partícipes son sus empleados.
 - 2) **Sistema asociado:** aquellos cuyo promotor sea cualquier asociación, sindicato o gremio, siendo los partícipes sus asociados y miembros.
 - 3) **Sistema individual:** aquellos cuyo promotor sea una o varias entidades financieras y cuyos partícipes son cualquier persona física.

- Según las obligaciones estipuladas:
 - 1) **Planes de aportación definida:** aquellos en los que se define la cuantía de las aportaciones de los promotores y/o partícipes.
 - 2) **Planes de prestación definida:** aquellos en los que se define la cuantía de las prestaciones a percibir por los beneficiarios, variando las aportaciones.
 - 3) **Planes mixtos:** aquellos cuyo objeto es simultáneamente o separadamente la cuantía de la prestación y la cuantía de la aportación.

Hay dos elementos importantes de los planes de pensiones individuales que son:

- 1) Solo pueden ser de aportación definida
- 2) No pueden tener un interés mínimo garantizado por el plan de pensiones

14.1.9.- APORTACIONES

Las aportaciones anuales máximas de una persona física a uno o varios planes de pensiones, incluyendo las que promotores imputen a dicha persona física no podrán exceder en ningún caso de 7.212,15 € (1.200.000 ptas.), sin perjuicio de la aplicación de los límites establecidos en la tabla expuesta a continuación para los partícipes de planes mayores de 52 años.

Estos límites podrán ser actualizados cuando se modifiquen por el Ministerio de Economía y Hacienda.

EDAD	Límite inicial	Límite adicional	Límite final (ptas.)	Límite final (euros)
52	1.200.000		1.200.000	7.212,15
53	1.200.000	200.000	1.400.000	8.414,17
54	1.200.000	400.000	1.600.000	9.616,19
55	1.200.000	600.000	1.800.000	10.818,22
56	1.200.000	800.000	2.000.000	12.020,24
57	1.200.000	1.000.000	2.200.000	13.222,27
58	1.200.000	1.200.000	2.400.000	14.424,29
59	1.200.000	1.400.000	2.600.000	15.626,31
60	1.200.000	1.600.000	2.800.000	16.828,34
61	1.200.000	1.800.000	3.000.000	18.030,36
62	1.200.000	2.000.000	3.200.000	19.232,39
63	1.200.000	2.100.000	3.400.000	20.434,41
64	1.200.000	2.200.000	3.600.000	21.636,44
65 o mas	1.200.000	2.400.000	3.800.000	22.838,46

Las personas jubiladas solo podrán realizar aportaciones a los planes para la contingencia de fallecimiento.

14.1.10.- PRESTACIONES.

Las prestaciones derivadas de un plan de pensiones podrán recibirse de acuerdo con lo establecido en la Ley 30 / 1995 y su desarrollo reglamentario.

En concreto son:

- Prestaciones **en forma de capital**
- Prestaciones **en forma de renta**
- Prestaciones **mixtas**

14.1.11.- CONTINGENCIAS

- **Jubilación:** para la determinación de la jubilación se estará a lo previsto en el Régimen de la Seguridad Social. De no ser posible el acceso a tal situación, la prestación equivalente podrá ser percibida a partir de que se cumplan los 60 años.
- **Situación asimilable a la jubilación:** considerándose cualquier supuesto de extinción o suspensión de la relación laboral de un partícipe con al menos 52 años de edad cumplidos, que determine el pase a la situación de desempleo y siempre que se inscriba como tal en el INEM, o encontrarse en dicha situación a partir de esas edad.
- **Invalidez:** laboral total y permanente para la profesión habitual o absoluta y permanente para todo trabajo y gran invalidez. Para la determinación de estas situaciones se estará a lo dispuesto en el Régimen de la Seguridad Social.
- **Muerte del partícipe:** que generará derecho a prestación de viudedad, orfandad o a favor de otros herederos.
- **Muerte del beneficiario:** que puede generar derecho a una prestación de viudedad u orfandad y si este beneficiario no ha sido previamente partícipe únicamente se podrán generar prestaciones de viudedad u orfandad.

14.1.12.- MOVILIZACION DE DERECHOS.

Los derechos consolidados de los partícipes solo se harán efectivos a los exclusivos efectos de su integración en otro plan de pensiones, o en su caso, cuando se produzca el hecho que da lugar a la prestación.

Las únicas **excepciones** existentes a este carácter ilíquido de los derechos consolidados son:

- 1) **Desempleo de larga duración:** cuando el partícipe se encuentre en el INEM durante un período mínimo de un año y no perciba prestación contributiva de desempleo.
- 2) **Enfermedad grave.**

14.1.13.- CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE PLANES DE PENSIONES INDIVIDUALES.

En función de los activos en los que se invierta un plan de pensiones podremos hacer la siguiente clasificación:

- **Renta fija:** su cartera no puede tener activos de renta variable.
- **Renta fija mixta I:** su cartera incorpora activos de renta variable con un máximo del 15%.
- **Renta fija mixta II:** su cartera incorpora activos de renta variable entre el 15% y el 30%.
- **Renta variable mixta:** su cartera está integrada por activos de renta variable entre el 30% y el 75%.
- **Renta variable:** su cartera está integrada por activos de renta variable con un mínimo del 75%.

14.2.- SEGUROS DE SALUD.

El seguro de asistencia sanitaria cubre el riesgo de enfermedad y accidente del asegurado, proporcionándole servicios médicos quirúrgicos, farmacéuticos o internamiento en clínicas y centros asistenciales dentro de las especialidades y con los límites que figuren en la póliza.

Es un seguro de prestación de servicios por lo que el asegurador no paga ninguna cantidad o indemnización al asegurado.

Los seguros de salud surgen debido a la creciente preocupación entre la población sobre los temas sanitarios unido al incremento de preferencia por la oferta privada causado por el preocupante futuro de la oferta pública.

Por todo ello, se produce un aumento del interés de los usuarios en coberturas de asistencia privada aún cuando signifiquen duplicidad.

En relación a los servicios que las pólizas de salud garanticen a sus asegurados, podremos distinguir tres **modalidades** de pólizas de asistencia sanitaria:

- 1) **De servicios completos** garantizan la medicina general domiciliaria y en consultorio, pediatría y puericultor de zona para niños menores de 6 años, cirugía general y alta cirugía especializada.
- 2) **De servicios limitados** garantiza las prestaciones de la anterior póliza excepto la medicina general domiciliaria.
- 3) **De servicios restringidos** garantiza también todas las prestaciones de la modalidad de servicios completos excepto la medicina general tanto domiciliaria como en consultorio, la pediatría y el puericultor, matrona y practicante y toda clase de prestaciones a domicilio.

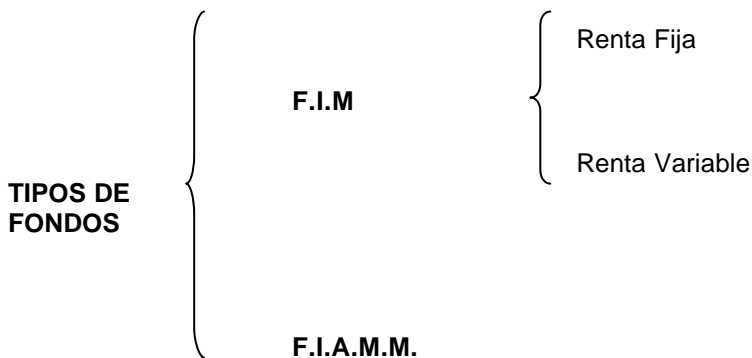
Las prestaciones que asume el asegurador serán facilitadas desde el momento en que el contrato de seguro entra en vigor, excepto las intervenciones quirúrgicas y algunos servicios que exijan hospitalización que serán sometidos a un plazo de carencia, generalmente, de seis meses.

14.3.- FONDOS DE INVERSION.

Un fondo de inversión es un patrimonio constituido por las aportaciones realizadas por diversos inversores, llamados **partícipes** y administrado por una **Sociedad Gestora**, responsable de la administración y gestión del mismo y por una **Entidad depositaria**, que custodia los valores y ejerce funciones de vigilancia y garantía ante los inversores.

- **Partícipe:** persona física o jurídica que realiza aportaciones al fondo.
- **Sociedad Gestora:** es una sociedad anónima cuyo objeto social es la administración y gestión del fondo.
- **Sociedad Depositaria:** generalmente es un banco o caja de ahorros, aunque también pueden serlo las Sociedades y Agencias de Valores, a través de la cual se efectúan las suscripciones y reembolsos de las participaciones del fondo.

En función de los activos en los que invierte un fondo de inversión, los podemos clasificar en:



Siendo los **FIM**, aquellos que invierten en activos financieros a largo plazo tales como acciones, bonos y obligaciones del estado; y los **FIAMM**, los que invierten en activos financieros a corto plazo, tales como letras del tesoro, pagarés de empresas, depósitos bancarios, etc.

La rentabilidad de los primeros dependerá de la tendencia de los tipos de interés, así si los tipos de interés suben, la rentabilidad de estos fondos bajará y si bajan los tipos de interés la rentabilidad se incrementará. Sin embargo en los segundos, la rentabilidad que ofrecen está en función de los tipos de interés del mercado, denominándoseles también "fondos dinero".

14.4.- SEGUROS DE INCAPACIDAD TRANSITORIA.

Son aquellos mediante los cuales el asegurador garantiza el pago de un subsidio diario cuando el asegurado se encuentre afectado por una alteración en su estado de salud, como consecuencia de una enfermedad o accidente que lleve consigo la incapacidad total para el ejercicio de su actividad laboral o profesional.

14.5.- SEGUROS DE ACCIDENTES.

Entendemos por accidente, la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produce invalidez temporal, permanente o muerte.

Así el seguro de accidentes cubre las consecuencias que se deriven del fallecimiento, invalidez permanente que disminuye o suprime los ingresos y aumenta los gastos de la persona asegurada, la invalidez temporal que impide al accidentado el ejercicio de su trabajo hasta su recuperación y los gastos de asistencia sanitaria.

El ámbito territorial de cobertura puede estar limitado al territorio nacional del país en que se contrata el seguro o tener una cobertura mas amplia, a todo el mundo.

La selección de riesgos se realiza básicamente de acuerdo con la profesión del asegurado, deportes que practica, aficiones, etc., no siendo la edad un factor fundamental.

15.- NUESTROS PRODUCTOS.

En este capitulo no vamos a hacer un análisis de los productos que comercializamos en AVIVA, si no tan solo referirnos al índice para tener una clasificación de los mismos ya que los estudiaremos en profundidad en los módulos correspondientes a productos.