

Examen Elite

1er Módulo

El proceso de aseguramiento

Bienvenido a **Examen Élite**, donde nos comprometemos a brindarte el conocimiento más completo y actualizado sobre el fascinante mundo de los **servicios financieros**. En este curso, te guiaremos paso a paso para que adquieras un entendimiento profundo de los **seguros de vida, salud** y otros servicios relacionados que son esenciales en la industria financiera actual.

Este curso ha sido diseñado pensando en ti, para que puedas obtener la **máxima cantidad de información** de manera práctica, eficiente y dinámica. Sabemos que el aprendizaje debe ser accesible, por lo que hemos creado una serie de **herramientas interactivas** que te ayudarán a comprender cada concepto de manera más rápida y efectiva.

El documento que encontrarás a continuación está estructurado de forma clara y amena, pensado para que puedas **entender los conceptos más complejos** de una manera fácil y refrescante. En esta ocasión, nos enfocaremos en los aspectos más importantes del **contrato de seguro**. Exploraremos sus elementos clave, cómo funcionan los **procesos de suscripción**, la **clasificación de riesgos**, y los procedimientos que los aseguradores deben seguir para ofrecer coberturas adecuadas.

Además, profundizaremos en temas cruciales como la **distribución del riesgo**, los componentes esenciales de un contrato legal y las **responsabilidades** tanto de los agentes como de los suscriptores. También abordaremos las **regulaciones** que supervisan esta industria, lo que te permitirá comprender no solo cómo operan los seguros, sino también el marco legal que los respalda.

En **Examen Élite**, no solo te proporcionamos información; te ofrecemos las herramientas para que puedas **aplicar** ese conocimiento de manera eficaz en tu futura carrera dentro de los servicios financieros.



by Grupo Elite

⚠ *Todo el contenido presentado en este curso es **propiedad intelectual de www.examenelite.com** y está protegido por las leyes aplicables. **Cualquier reproducción, distribución o uso no autorizado** de este material sin el consentimiento expreso de Grupo Élite está estrictamente prohibido. El acceso y uso de este contenido están sujetos a los **términos y condiciones** previamente aceptados durante el proceso de inscripción. Cualquier violación de estas políticas podrá resultar en acciones legales pertinentes.*

Conceptos Básicos del Seguro



Distribución del Riesgo

El seguro actúa como un mecanismo para distribuir el riesgo de pérdidas entre muchas personas o empresas, evitando que el costo total de una pérdida recaiga solo en un individuo. Sin este sistema, cualquier pérdida tendría que ser asumida por la persona afectada.



Transferencia de Riesgo

Un seguro permite transferir el riesgo de pérdida de la persona asegurada a la compañía de seguros, que a su vez reparte el costo entre todos sus asegurados.



Contrato Legal

Un contrato es un acuerdo formal entre dos o más partes respaldado por la ley. En el ámbito de los seguros, la ley de contratos se ha adaptado para atender las necesidades específicas del seguro.

El Contrato de Seguro

Un contrato de seguro es un **acuerdo legal que transfiere el riesgo** de una pérdida financiera de una persona a una compañía de seguros. Este contrato crea un compromiso por parte de la compañía de seguros de compensar a la persona asegurada por una pérdida cubierta.

Existen diferentes tipos de seguros, cada uno con sus propias características y condiciones específicas. Algunos ejemplos comunes son el seguro de vida, el seguro de salud y el seguro de automóvil. Los contratos de seguros son complejos, y es esencial comprender los términos y condiciones para tomar decisiones informadas.

Elementos Clave de un Contrato Legal

Para que un contrato de seguro sea legalmente válido, debe tener estos cuatro elementos esenciales:

1. Oferta y Aceptación

Para que se forme un contrato, es necesario que una de las partes haga una **propuesta concreta**, la cual debe ser aceptada por la otra parte en los mismos términos. En el contexto de los seguros de vida o salud, normalmente el solicitante hace la propuesta al presentar su **solicitud**. La aceptación se lleva a cabo cuando el asegurador, a través de su suscriptor, aprueba la solicitud.

1

2

2. Consideración

Es el elemento que hace que un contrato sea obligatorio para ambas partes. Es lo que cada parte ofrece a la otra. Para el asegurado, la consideración es el **pago de la prima** y las declaraciones realizadas en la solicitud. Del lado del asegurador, la consideración es la **promesa de pagar** en caso de una pérdida.

3. Partes Competentes

Las partes involucradas en un contrato deben tener la **capacidad legal** para hacerlo. Esto significa que deben ser mayores de edad, tener la capacidad mental para entender el acuerdo, y no estar bajo la influencia de drogas o alcohol al momento de firmar.

3

4

4. Propósito Legal

El contrato debe tener un objetivo legal y no puede ir en **contra de la política pública**. En el caso de un seguro de vida, esto implica que debe existir tanto un interés asegurable como el consentimiento de ambas partes. Un contrato sin un propósito legal es inválido y no puede ser ejecutado por ninguna de las partes.

¡Importante! La consideración del asegurador es el compromiso de pagar en caso de pérdidas, mientras que la del asegurado es el pago de la prima y la veracidad de las declaraciones en la solicitud.

Características Específicas del Contrato de Seguro

1. Contrato de Adhesión

Es un tipo de acuerdo en el que los **términos y condiciones** son redactados exclusivamente por una de las partes, en este caso, la compañía de seguros. El asegurado no tiene la posibilidad de negociar o modificar estos términos; solo puede **aceptar o rechazar** el contrato tal como se presenta. Este es el formato en que se ofrecen las pólizas de seguro. Sin embargo, una característica importante de este tipo de contrato es que cualquier ambigüedad en el texto será interpretada a favor del asegurado, protegiéndolo en caso de posibles confusiones.

2. Contrato Aleatorio

Se caracteriza por el **intercambio de valores** desiguales entre las partes. El asegurado paga una prima relativamente pequeña en comparación con el monto que podría recibir de la aseguradora en caso de que ocurra una pérdida cubierta. Este tipo de contrato se basa en la incertidumbre, ya que no se sabe si y cuándo ocurrirá el evento que provocaría una reclamación. La aseguradora solo está obligada a realizar un pago si ocurre un evento cubierto por la póliza.

3. Contrato Unilateral

Implica que sólo una de las partes, la aseguradora, tiene la **obligación legal** de cumplir con los términos del contrato. En este caso, la compañía de seguros está comprometida a pagar cualquier pérdida cubierta por la póliza, siempre y cuando se cumplan las condiciones establecidas. Por otro lado, el asegurado no tiene obligaciones continuas más allá del pago de la prima; no está obligado a hacer ninguna promesa o acción específica para que el contrato sea válido.

4. Contrato Condicional

Está sujeto al cumplimiento de ciertas condiciones antes de que las **obligaciones** de la aseguradora entren en vigor. Por ejemplo, el asegurado debe pagar las primas de forma regular y, en caso de una pérdida, debe presentar pruebas adecuadas de la misma. Solo cuando estas condiciones se cumplen, la aseguradora está obligada a pagar una reclamación. Si alguna de las condiciones no se satisface, la compañía puede negarse a pagar los beneficios del seguro.

Garantías y Declaraciones Incorrectas



Garantías

Una garantía es una afirmación **completamente verdadera**, y de su veracidad depende la validez de una póliza de seguro. Si se incumplen las garantías, la póliza puede ser anulada o el pago de la prima devuelto. Debido a la naturaleza estricta de las garantías, las afirmaciones hechas por los solicitantes de pólizas de vida y salud generalmente no se consideran garantías, excepto en casos de fraude.



Representaciones

Las representaciones, en cambio, son declaraciones que **se creen ciertas** según el mejor conocimiento de la persona, pero no se garantiza que sean absolutamente verídicas. En el ámbito del seguro, las respuestas que el solicitante da en la solicitud se consideran representaciones verídicas.



Declaraciones Incorrectas

Si una declaración falsa aparece en la solicitud, se clasifica como una **representación incorrecta** o una mala declaración, lo que podría invalidar el contrato. Una mala declaración material es aquella que, si se descubre, cambiaría la decisión de la compañía aseguradora respecto a la aprobación de la póliza. Además, si las malas declaraciones se hacen de manera intencionada, constituyen fraude.

Declaraciones Incorrectas

Imagina que Laura está solicitando un seguro de vida. En el formulario, le preguntan si ha fumado en los últimos 12 meses. Laura, que fumó ocasionalmente hace 11 meses en una fiesta, responde "No", creyendo que su consumo fue tan mínimo que no cuenta como fumar regularmente. Esta respuesta es una representación incorrecta, ya que, aunque no estaba tratando de engañar intencionadamente, su declaración no es completamente cierta.

Suscriptores en Compañías de Seguros

En una compañía de seguros, los agentes están en el campo buscando asegurados potenciales. Dentro de la organización, hay personas con responsabilidades más específicas, como los suscriptores. Los suscriptores son los encargados de determinar si un candidato cumple con los parámetros de la empresa y, por lo tanto, si puede ser asegurado. Este proceso se conoce como selección, clasificación y calificación de riesgos.

Proceso de Suscripción

Los suscriptores analizan y consultan diversas fuentes para determinar el tipo de riesgo que representa una persona. Este es el verdadero trabajo de suscripción. Sin embargo, de manera metafórica, a veces se llama "**suscriptor de campo**" al agente, ya que está en contacto directo con los posibles asegurados y ayuda con observaciones a los suscriptores.

Responsabilidades del Agente

- Selección de Aspirantes: Elegir adecuadamente a los candidatos.
- Completar Solicitudes: Rellenar la solicitud de manera correcta y completa.
- Recolección de Firmas: Obtener todas las firmas requeridas (del aspirante, del asegurado propuesto y del propio agente).
- Cobro de Prima Inicial: Cobrar la prima inicial y emitir un recibo condicional.

Informe del Agente

El agente debe plasmar sus observaciones sobre el aspirante en un informe llamado "informe del agente". Este informe es confidencial y ayuda a los suscriptores en el proceso de selección de riesgos.

Cambios en la Aplicación

Si una aplicación necesita correcciones, lo mejor es desecharla y empezar una nueva. Si no hay tiempo o no hay otro formulario, se puede corregir la aplicación siempre y cuando:

- No se borre nada.
- No se use corrector de tinta.
- El cambio se haga al lado del error.
- El aspirante coloque sus iniciales para confirmar el cambio.

Aplicaciones Incompletas

Si una solicitud de seguro tiene respuestas faltantes o información incompleta, la compañía aseguradora está obligada a devolverla al solicitante para que la complete correctamente. Sin embargo, si la compañía decide aceptar una solicitud incompleta y procede a emitir la póliza, se considera que ha renunciado a su derecho a obtener esa información faltante. Esto significa que, en caso de una reclamación relacionada con la pregunta sin respuesta, la aseguradora deberá asumir la responsabilidad y cubrirla sin poder alegar que la información no fue proporcionada.

Recibo Condicional

Al completar una solicitud de seguro, el agente de ventas tratará de recolectar la prima inicial con el fin de emitir un recibo condicional. Este recibo indica que, si la solicitud es posteriormente aprobada por la aseguradora, la cobertura comenzará retroactivamente desde la fecha en que se presentó la solicitud, siempre y cuando se haya pagado la prima inicial. En caso de que la prima no se pague junto con la solicitud, el recibo condicional no puede ser emitido. En ese caso, al momento de entregar la póliza, el agente deberá cobrar la prima pendiente y obtener una declaración de buena salud del asegurado para que la póliza entre en vigor.

Reemplazo de Pólizas

El reemplazo de pólizas se refiere a la práctica de **cancelar una póliza de seguro vigente** para sustituirla por una nueva. Es importante destacar que la póliza actual no se cancela hasta que la nueva póliza esté oficialmente en vigor, lo que asegura que no haya interrupción en la cobertura. Las nuevas pólizas de reemplazo pueden tener diferentes primas, condiciones y términos de cobertura en comparación con la póliza anterior, por lo que es crucial que el asegurado comprenda bien los cambios antes de proceder.



Informes y Exámenes Médicos

Informe del Buró de Información Médica (MIB)

El Buró de Información Médica (MIB) es una organización sin fines de lucro compuesta por todas las aseguradoras con licencia. Básicamente, es una enorme **base de datos** que contiene información adversa sobre la asegurabilidad de personas, la cual puede ser utilizada por otras aseguradoras al suscribir una póliza de vida.

Exámenes Médicos

Los exámenes médicos suelen ser requeridos si el asegurado solicita **cantidades elevadas de seguro**. Para cantidades regulares, normalmente basta con un informe del médico de cabecera del asegurado, conocido como APS (Attending Physician's Statement). Este informe es un historial clínico con información relevante sobre la salud del asegurado, proporcionado por el médico de cabecera bajo la autorización del asegurado. La información transmitida está protegida y regulada por la ley de privacidad HIPAA.

HIPAA

HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) es una ley que protege la información médica individualmente identificable. Esta ley establece que cualquier agente que maneje información médica de un asegurado debe protegerla y permitir su uso solo para fines de asegurabilidad y por personas autorizadas, con la autorización del asegurado.



Informes y Exámenes Médicos

Exámenes de VIH

Ninguna compañía aseguradora tiene el derecho de realizar un examen de VIH al asegurado sin obtener primero su **consentimiento por escrito**. Esto significa que, para que se lleve a cabo cualquier prueba de VIH, el asegurado debe firmar una autorización explícita que permita a la aseguradora proceder con dicho examen. Esta medida protege el derecho a la privacidad del asegurado en relación con su estado de salud y garantiza que la prueba solo se realice con su conocimiento y permiso.

Divulgación

La divulgación es el proceso mediante el cual los elementos más complejos y técnicos de un contrato de seguro se simplifican para que el asegurado pueda comprenderlos claramente. Es responsabilidad del agente de seguros asegurar que la información contenida en el contrato se explique de manera sencilla y accesible, permitiendo que el asegurado entienda completamente sus derechos, obligaciones y las condiciones del seguro que está adquiriendo. Para facilitar esta comprensión, el agente cuenta con dos herramientas clave: la **guía del comprador**, que brinda una visión general y simplificada del producto de seguro, y el **resumen de la póliza**, que ofrece un desglose de los principales términos y condiciones del contrato. Ambas herramientas son esenciales para garantizar que el asegurado esté bien informado antes de tomar una decisión.

Entrega de Pólizas de Seguro

Entrega por el Agente

Cuando el agente de seguros entrega la póliza directamente al asegurado, se activa el periodo de **"vistazo gratis"**. Este periodo tiene una duración de **14 días** a partir del momento en que el asegurado recibe físicamente la póliza. Durante este tiempo, el asegurado puede revisar cuidadosamente los términos y condiciones de la póliza, y si no está satisfecho con alguno de los aspectos, tiene derecho a cancelarla y recibir un **reembolso completo del 100%** de la prima pagada. Si decide cancelar después de este periodo, podrá hacerlo en cualquier momento, pero sin derecho a reembolso. Es importante que el agente obtenga del asegurado un recibo firmado como prueba de la entrega de la póliza.

Entrega por Correo

Cuando la póliza es enviada por correo, se considera entregada en el momento en que la compañía de seguros la envía, no cuando el asegurado la recibe. Esto significa que el periodo de "vistazo gratis" comienza a contar desde la fecha de envío, aunque la póliza llegue al asegurado unos días después. Es importante que el asegurado esté consciente de esto para no perder el beneficio del periodo de revisión.

Primer Pago y Declaración de Buena Salud

En los casos en los que la primera prima no fue pagada en el momento de la solicitud, el agente deberá entregar personalmente la póliza al asegurado. Además, en ese momento, el agente debe recolectar el pago de la prima inicial y obtener una **declaración de buena salud**. Esta declaración confirma que la condición de salud del asegurado no ha cambiado desde que se presentó la solicitud de seguro. Solo después de haber recibido el pago y la declaración de buena salud, la póliza entra en vigor y comienza la cobertura.

Póliza Emitida Diferente a lo Solicitado

Si la póliza es emitida con modificaciones en comparación con lo que el asegurado solicitó originalmente, como una clasificación de riesgo distinta o un cambio en los términos, el agente debe **informar al asegurado de los cambios**. En estos casos, el asegurado debe firmar una declaración en la que acepta y confirma estar de acuerdo con los cambios, incluso si estos no afectan el monto de la prima.

Ley USA Patriot y Procedimientos de Aseguramiento de Campo

1 Ley USA Patriot

La Ley USA PATRIOT (Uniting and Strengthening America by Providing Appropriate Tools Required to Intercept and Obstruct Terrorism), promulgada en octubre de 2001 en respuesta a los ataques del 11 de septiembre, amplió significativamente las facultades del gobierno de EE.UU. **para combatir el terrorismo**. Esta legislación permite la vigilancia y el monitoreo de comunicaciones de sospechosos de terrorismo, facilita el intercambio de información entre agencias gubernamentales y amplía las herramientas para investigar actividades sospechosas, todo ello bajo la premisa de mejorar la seguridad nacional.

2 Intercambio de Información

La Ley USA PATRIOT facilita el intercambio de información entre agencias gubernamentales, lo que puede ayudar a prevenir y responder a amenazas terroristas.

3 Investigación

La Ley USA PATRIOT amplía las herramientas para investigar actividades sospechosas.

Sin embargo, la Ley USA PATRIOT ha sido objeto de controversia por sus implicaciones sobre la privacidad y las libertades civiles.



Documentos Importantes

Guía del Comprador

La **guía del comprador** es un documento informativo que proporciona una descripción general de las características de diferentes tipos de pólizas de seguro, permitiendo que el solicitante **compare las opciones disponibles** antes de tomar una decisión. Este documento ayuda a los solicitantes a entender los distintos productos de seguro y tomar decisiones informadas sobre cuál póliza se ajusta mejor a sus necesidades. Si la póliza ofrece un periodo de "vistazo gratis" de al menos 10 días, la guía del comprador puede entregarse junto con la solicitud inicial o al momento de recibir la póliza.

Ejemplo: María recibe una guía del comprador junto con su póliza, lo que le ayuda a entender mejor las opciones disponibles y tomar una decisión informada.

Resumen de la Póliza

Es un documento que condensa las **principales características de la póliza emitida**. Incluye detalles clave como el nombre y la dirección del agente, el tipo genérico de póliza y cada uno de los anexos (riders) incluidos. Además, proporciona información importante sobre el valor en efectivo acumulado, dividendos, valor de rescate y los beneficios por fallecimiento, especificando estos valores para cada año de la póliza. La fecha que aparece en el resumen corresponde al momento en que el documento fue preparado, lo que permite al asegurado tener una visión clara y resumida de su contrato.

Ilustraciones

Las **ilustraciones** son representaciones gráficas que muestran cómo se espera que evolucionen los valores de una póliza de seguro a lo largo del tiempo. Estas gráficas presentan dos tipos de valores:

- **Valores Garantizados:** Representan las cantidades mínimas que el asegurado recibirá, sin importar las condiciones del mercado o cualquier otro factor. Estos valores están asegurados por la póliza y no cambiarán.
- **Valores Proyectados:** Son estimaciones basadas en varios supuestos, como tasas de interés y mortalidad, que pueden variar con el tiempo. Estos valores son proyecciones de lo que podría suceder, pero no están garantizados y dependen del desempeño futuro de la póliza.



Procedimientos de Aseguramiento de Campo

A. Fuentes de Información sobre la Asegurabilidad

Fuentes de información sobre la asegurabilidad:

- **Informe del médico que atiende:** Proporciona información precisa y detallada sobre el historial médico del solicitante. Incluye diagnósticos, tratamientos previos y cualquier condición médica existente.
- **Informe de la Oficina de Información Médica (MIB):** Este informe ayuda a las compañías de seguros a identificar y divulgar información médica adversa que pueda afectar la asegurabilidad del solicitante. La MIB almacena datos de solicitudes previas, lo que permite a las aseguradoras tomar decisiones informadas.
- **Informes de crédito:** Estos informes son fundamentales para evaluar el riesgo potencial de pérdidas. Incluyen datos sobre el crédito del consumidor, su carácter y reputación. Se obtienen de antecedentes crediticios y pueden incluir información de solvencia y entrevistas con conocidos del consumidor.
- **Informe de examen médico:** Este examen, realizado por médicos o paramédicos, proporciona una evaluación física del solicitante. Los resultados pueden influir en la decisión de la aseguradora al ofrecer cobertura.

B. Pago Inicial de la Prima y Recibo

Emisión y entrega de la póliza: La póliza entra en vigor una vez que se ha pagado la prima inicial. Si el asegurado no abona la prima al momento de llenar la solicitud, el agente debe asegurarse de recibir el pago y un certificado de buena salud al momento de entregar la póliza. Esto garantiza que la cobertura esté activa desde el inicio.

Procedimientos de Aseguramiento de Campo

C. Reemplazo

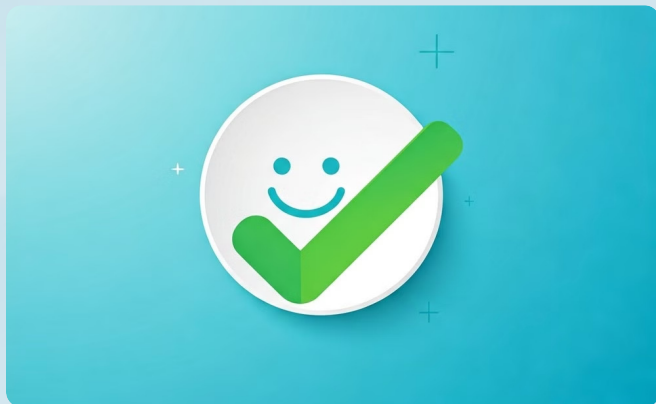
Responsabilidad del agente:

Comparar beneficios, limitaciones y exclusiones: Es responsabilidad del agente **comparar** los beneficios, limitaciones y exclusiones de la póliza actual del asegurado con la póliza de reemplazo propuesta. Esto ayuda a garantizar que el asegurado esté consciente de cualquier cambio significativo en su cobertura.

Asegurarse que la póliza actual **no se cancele**: El agente debe asegurarse de que la póliza actual no se cancele antes de que se emita la nueva póliza. Esto es crucial para evitar periodos sin cobertura, lo que podría dejar al asegurado vulnerable ante eventos imprevistos

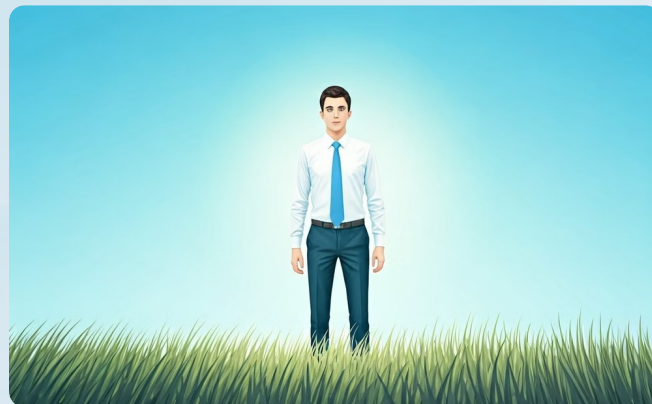
D. Clasificación de los Riesgos

El proceso de selección y clasificación de los riesgos es una tarea clave para los suscriptores de seguros, ya que **determina la tarifa más adecuada** para cada persona. Los riesgos se clasifican en función de la probabilidad de pérdida que representan para la compañía aseguradora. Estas son las principales categorías:



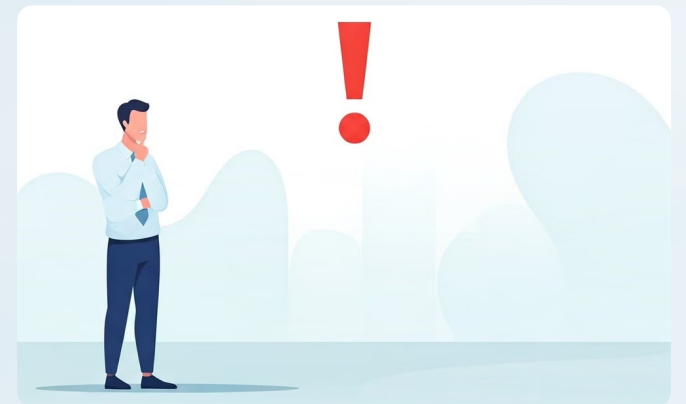
Riesgo preferido

Se refiere a las personas que presentan las **condiciones más favorables** para asegurarse. Debido a su bajo riesgo, estas personas pagan las primas más bajas.



Riesgo estándar

Es el grupo que abarca a la **mayoría de las personas**. No tienen ni un perfil de riesgo particularmente bajo ni alto, por lo que pagan tarifas regulares.



Riesgo subestándar

También conocido como "riesgo calificado", incluye a personas con condiciones de **salud más graves** o aquellos que, por ejemplo, fuman. Estos individuos representan un mayor riesgo para la compañía, por lo que pagan primas más altas.

Pólizas de vida iniciadas por desconocidos (STOLI e IOLI)

Este tipo de pólizas violan el principio del interés asegurable y, por ello, son ilegales en la mayoría de los estados. Estas pólizas son adquiridas por inversionistas con la única intención de venderlas más tarde, sin un interés legítimo en la vida del asegurado. Las dos modalidades principales de estas pólizas son:

- STOLI (Stranger-Originated Life Insurance): Pólizas iniciadas por un tercero sin relación con el asegurado, con el fin de obtener un beneficio económico al revenderlas.
- IOLI (Investor-Owned Life Insurance): Similar a STOLI, pero aquí los inversionistas compran pólizas de vida con la intención de obtener un retorno financiero. El seguro de vida originado por un inversionista IOLI es un acuerdo en el que la muerte de un asegurado beneficia al Propietario.

Características principales del STOLI:

El asegurado no tiene ninguna relación previa con el comprador de la póliza. El comprador o el originador de la póliza simplemente busca beneficiarse de la muerte del asegurado. Muchos estados han considerado este tipo de seguro como contrario a la ley, ya que no cumple con el requisito de interés asegurable, lo cual significa que el propietario de la póliza no tiene un interés personal o financiero en la vida del asegurado. Diferencias entre IOLI y STOLI:



by Grupo Elite

⚠ *Todo el contenido presentado en este curso es **propiedad intelectual de Examen Élite** y está protegido por las leyes aplicables. **Cualquier reproducción, distribución o uso no autorizado** de este material sin el consentimiento expreso de Grupo Élite está estrictamente prohibido. El acceso y uso de este contenido están sujetos a los **términos y condiciones** previamente aceptados durante el proceso de inscripción. Cualquier violación de estas políticas podrá resultar en acciones legales pertinentes.*

