



**Universidad de Sancti Spíritus
“José Martí Pérez”
Facultad de Contabilidad y Finanzas**

TRABAJO DE DIPLOMA

Título: Comportamiento del Seguro Temporario de Vida en la provincia Sancti Spíritus.

**Autora: Daily Gallo Piña
Tutor: Lic. Leodanys Eduardo Gerónimo Miranda**

**Junio de 2012
“Año 54 de la Revolución”**

Dedicatoria:

A mis padres, sin los cuales no hubiese sido posible la realización de este sueño.

Agradecimientos:

A mis padres, por tratar de mostrarme siempre el camino correcto.

A mi hermano, por estar a mi lado y ser una mitad importante de mi vida.

A mis tíos, por el apoyo incondicional.

A mis primos, por ser parte imprescindible de mi vida.

A Leodany, tutor y amigo.

A todos mis compañeros de trabajo que de una forma u otra han contribuido a mi formación profesional sin los cuales hubiese sido posible la realización de esta investigación.

INDICE

Índice	Pág.
Introducción -----	1
Capitulo I: Fundamentación teórica -----	6
1.1 Historia del seguro -----	6
1.2 La Empresa del Seguro Estatal Nacional (ESEN) -----	8
1.3 Elementos del seguro -----	10
1.4 Tipo de seguros y servicios -----	12
Capitulo II: Análisis del Seguro Temporario de Vida en la Provincia de Sancti Spíritus -----	15
2.1 Condiciones Generales del Seguro temporario de vida -----	15
2.2 Caracterización de la Empresa de Seguro Estatal Nacional (ESEN) de Sancti Spíritus -----	48
2.3 Comportamiento del Seguro temporario de Vida en la Provincia de Sancti Spíritus. -----	55
2.4 Propuesta de acciones -----	59
2.5 Resultado de las acciones propuesta -----	60
Conclusiones: -----	62
Recomendaciones -----	63
Bibliografía -----	64
Anexos	

RESUMEN

El trabajo se desarrolla en la Unidad Empresarial de Base (UEB) Provincial de Seguros Sancti Spíritus, perteneciente al grupo CAUDAL y subordinada al Ministerio de Finanzas y Precios, la misma está ubicada en la calle Bartolomé Massó No. 209 altos, Sancti Spíritus. El objetivo de éste trabajo está encaminado a evaluar a partir de las nuevas concertaciones el insuficiente conocimiento por parte de la población sobre el Seguro Temporario de Vida en la provincia Sancti Spíritus. Para ello abordamos elementos fundamentales sobre el seguro y en particular lo concerniente al Seguro de Vida, utilizando como apoyo los materiales que abordan esta materia. A partir de la puesta en práctica de todo un andamiaje de acciones se pudo comprobar a través de informes estadísticos las pautas a seguir en el mercado a pesar de los avances significativos en el período 2009- 2011.

INTRODUCCION

Desde el surgimiento del hombre su historia ha estado marcado por la existencia de múltiples riesgos que obstaculizan su inminente actividad de desarrollo, tanto científico-técnico, como de índole natural, por esta razón para el propio hombre siempre resulto necesaria la ayuda mutua entre los factores de la sociedad como vía de enfrentamiento a las diferentes situaciones que ponen a prueba el logro de su subsistencia. Es entonces que la solidaridad humana emerge como escudo ante este tipo de sucesos inherente a la propia historia del hombre.

La cooperación en este sentido no se ha comportado de igual forma en las diferentes formaciones económico-sociales que se conocen, sino que en cada una de ellas ha reflejado el grado de desarrollo alcanzado por las mismas.

El hombre contemporáneo ha alcanzado cierto grado de cultura, no se contenta con la satisfacción de las necesidades primordiales de conservación de su existencia a medida que se le presentan, sino que procura garantizar su desenvolvimiento económico para el futuro. Para lograr este objeto, comprende que le es absolutamente inadmisibles conseguir su aspiración contando sólo con sus propios recursos, y por tanto acude a la asociación con otras existencias económicas, también amenazadas de peligros análogos semejantes, a fin de efectuar la consecución de su aspiración, apoyado en el principio social de “uno para todos y todos para uno”. De este concierto de economías individuales con una unidad de fin, surge la institución del seguro, como formula económico-social capaz de solucionar la aspiración anhelada.

La practica internacional de los seguros concebido como un recurso o instrumento económico, por medio del cual un gran número de existencias económicas amenazadas por peligros semejantes de carácter fortuito, se fundan para atender mutuamente a posibles necesidades tasables, de dinero o cosa que lo represente, ha evolucionado con gran dinámica a tono con las variaciones del mercado asegurador y de otras entidades financieras.

En el caso de nuestro país, el mercado de aseguramientos tuvo su surgimiento al finalizar el siglo XVIII, en 1795, constituyéndose en la Ciudad de la Habana la primera compañía cubana de aseguramientos marítimos. Luego surgieron compañías de seguros contra incendios, del transporte, y así sucesivamente se fue desarrollando la actividad hasta la creación el 22 de Diciembre de 1978 de la Empresa de Seguro Estatal Nacional, en forma abreviada ESEN, la cual tiene como objeto social el de desarrollar las diversas modalidades de seguro aplicables a las personas naturales y jurídicas cubanas y a sus bienes y responsabilidades.

Partiendo de esta premisa y del estudio de las actuales condiciones del mercado de seguros se hace necesario establecer un Seguro Temporario de Vida, que ampare a personas comprendidas entre diecisiete (17) y setenta y cinco (75) años de edad, ante las afectaciones que en su vida o integridad corporal sufran a consecuencia de los principales riesgos a que se exponen por la ocurrencia de siniestros que les ocasionen la muerte, la incapacidad temporal accidental, o la incapacidad permanente accidental total o parcial. Aprobándose este, el 10 de septiembre de 1997, por primera vez en 38 años de Revolución se creaba un seguro dirigido a la población cubana, de carácter voluntario y complementario a la seguridad social. Las primeras pólizas de este seguro fueron vendidas en FIHAV 97, en el recinto ferial de EXPOCUBA.

Después de haber concluido el 1er semestre de 2005, varios estudios encaminados a mejorar la calidad del Seguro Temporario de Vida y de haber sometido a la Superintendencia de Seguros la actualización de sus Bases Técnicas, se introducen sustanciales modificaciones a las Condiciones Generales, Particulares y Especiales del contrato, las cuales sin lugar a dudas, redundarán en mayores beneficios para nuestros clientes.

Teniendo en cuenta lo anterior, se dispone lo siguiente:

A partir del I trimestre del 2006, en las nuevas concertaciones, los asegurados recibirán en un solo documento las Condiciones Particulares, Generales y Especiales del contrato.

Se extiende la edad límite de contratación de 75 a 77 años de edad, en correspondencia con la esperanza de vida al nacer.

Se establece la renta diaria mínima de \$2.50 pesos en la incapacidad temporal accidental para los trabajadores asalariados.

Se disminuye el límite mínimo del período de reposo en la cobertura de Incapacidad Temporal Accidental, de quince (15) a catorce (14) días de reposo.

A partir de 2009 se comienza a priorizar en nuestros mercados meta este seguro, teniendo en cuenta la población asegurable del país, por territorios, entre 18 y 77 años de edad y dentro de esta, la económicamente activa agrupada en los grandes colectivos laborales.

Este producto continuó sufriendo modificaciones, todos encaminados a la prestación de un mejor servicio a nuestros clientes, implementándose a partir de la carta circular No. 05/2010. A pesar de la prioridad dada al mismo, de los beneficios incluidos y de la promoción brindada, aún la población asegurada no representa un porcentaje significativo dentro del potencial asegurable.

Situación Problemática:

Insuficiente conocimiento por parte de la población sobre el Seguro Temporal de Vida en la provincia Sancti Spíritus, lo que provoca que el por ciento de penetración en la población asegurable es todavía muy bajo y está lejos de acercarse a índices deseados.

Problema Científico:

¿Cómo perfeccionar los mecanismos de comunicación para incrementar la captación de los Seguros de Vida?

Objetivo General:

Evaluar el comportamiento del seguro de vida en los últimos 3 años en la provincia Sancti Spíritus.

Objetivos Específicos:

- 1- Construir el marco teórico de la investigación basado en la bibliografía vigente sobre el tema.
- 2- Hacer un análisis estadístico del comportamiento de la línea Seguro Temporario de Vida en la provincia de Sancti Spíritus.
- 3- Determinar el por ciento de penetración del mercado en los grupos etáreos que comprende el período asegurable en Cuba.
- 4- Propuesta y aplicación de un grupo de acciones encaminada a divulgar las bondades del Seguro Temporario de Vida.

Resultados esperados:

- ❖ Demostrar el alcance que tiene en la actualidad el beneficio de este seguro en la provincia con el propósito de instrumentar acciones que permitan un incremento en la penetración en el mercado de este producto.
- ❖ Promover ventajas que ofrece el seguro de vida para las personas comprendida entre 18 y 77 años.

Métodos de investigación:

Para el desarrollo de los objetivos propuestos se emplearon diferentes métodos, procedimiento y técnica de investigación.

Método **histórico lógico** nos permitió conocer los antecedentes, el desarrollo y la situación actual de los Seguros de Vida.

Método de la **modelación** nos permitió seguir una secuencia metodológica para la elaboración de las acciones encaminadas a facilitar la divulgación sobre los Seguros de Vida.

Método del **análisis y síntesis** como procedimiento permitieron estudiar los documentos normativos que rigen en el país la metodología para el desarrollo de la actividad de los seguros y establecer los análisis pertinentes.

Métodos de la **inducción y deducción** permitieron llegar a las conclusiones y aplicar las concepciones generales al estudio de las motivaciones que puedan influir en las personas para concertar un seguro de vida.

Análisis de documentos, se efectuó una **revisión de los documentos** normativos que rigen en el país los diferentes procesos que tiene que ver con los Seguros de Vida.

Método **estadístico – matemático**: el cual permite establecer los cálculos matemáticos así como el análisis estadístico del comportamiento de este tipo de seguro en la provincia.

Cálculo porcentual este permitió una descripción cuantitativa del fenómeno estudiado.

Capítulo I: Fundamentación Teórica

1.1 Historia del seguro

El seguro; como todas las instituciones del derecho comercial, ha evolucionado históricamente en forma internacional.

A través de la Historia es posible reconocer tres grandes etapas:

- ❖ Prehistórica – corre desde la Edad Antigua al principio del Medioevo.
- ❖ Formación e integración – desde la Edad Media hasta la Edad Moderna
- ❖ Desarrollo, diversificación y codificación – Comprende la Etapa Moderna.

Nació como seguro marítimo en Italia, se desarrolló y tomó impulso en España; se difundió y adquirió forma jurídica en Francia, Países Bajos y en la ciudad germana de Hansas y maduro en Inglaterra, especialmente en la rama de incendio y vida, cuando comenzó el período de la empresa aseguradora.

En el siglo XIX comenzó la codificación del derecho de seguros, inspirada el Código de Comercio Francés, en el siglo XX se completó el cuadro, basándose en los sistemas originales de los países de Europa Central.

En el siglo XIX nació y se desarrolló el seguro agrícola, el seguro de accidentes, el seguro de responsabilidad civil, e incluso (primero en Inglaterra y EEUU y luego en Alemania) hizo su vida popular para las clases de menores recursos.

En la segunda mitad del siglo XIX, la velocidad impuesta por el industrial impulsó también su desafío a la empresa aseguradora. El reaseguro asumió su verdadera función técnica; el pequeño asegurador autónomo se convirtió en un anacronismo y fue reemplazado por las grandes sociedades; empezó la legislación sobre la organización de las empresas, en Austria en 1880 y 1896, que abrió el rumbo a las tendencias modernas al respecto.

Con el advenimiento del siglo XX surgieron nuevas ramas, como el seguro de aeronáutico y otros ganaron importancia, como la de la responsabilidad civil.

Se comenzó a restringir el accionar internacional de los aseguradores y el reaseguro fue impulsado a su internacionalización en pos de la diversificación de los riesgos.

Por su parte, el mercado de aseguramiento cubano tuvo su surgimiento al finalizar el siglo XVIII, en 1795, constituyéndose en la Ciudad de la Habana.

La primera compañía cubana de seguros marítimos que funcionó hasta 1804. En 1855 se constituyó la compañía "El Iris", que fue la primera compañía de seguros mutuos contra incendios.

El auge de la inversión extranjera y la naciente industria local fueron factores determinantes en el desarrollo del sector de seguros, desde finales del siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX, en este último, la mayor parte de las 100 compañías de seguros existentes ofrecían cobertura para riesgos marítimos y del transporte, además de la protección contra riesgos que pudieran poner en peligro la integridad de las personas.

Al triunfo de la Revolución, operaban en el país unas 171 compañías de seguros, en su gran mayoría de capital norteamericano, británico y canadiense y pocas de capital cubano; además de oficinas de corretaje y agentes de seguros y los ingresos por primas provenían, fundamentalmente, de seguro de vida, marítimo, incendio y responsabilidad civil de transportistas de mercancías y personas.

Durante los años 60, se desarrolló en el país un proceso de nacionalización e intervención al amparo de leyes dictadas por el Gobierno Revolucionario en defensa de los intereses de la Nación, que alcanzó también el sector del seguro y, por tal motivo, algunas compañías extranjeras fueron nacionalizadas o intervenidas y unas pocas permanecieron fiscalizadas, sin poder suscribir nuevos contratos y cumpliendo solamente con las obligaciones contraídas.

En 1960, el gobierno revolucionario promulga una revolución, creándose la oficina de control de seguros, organismo estatal que controlaría las compañías aseguradoras nacionales.

La oficina de control logró desempeñar una importante labor hasta su extinción, oportunidad en que fueron creadas dos empresas estatales. ESICUBA, el 9 de abril de 1963, encargada de contratar los seguros internacionales y ENSEG, que le daba cobertura los seguros nacionales hasta que en 1970 se unió con ESICUBA.

Con el desarrollo del proceso revolucionario y la necesidad de la existencia de medios financieros para brindar cobertura a las pérdidas de los campesinos por desastres naturales es que se crea el 22 de diciembre de 1978 la EMPRESA DEL SEGURO ESTATAL NACIONAL, ESEN, operando no solo en los seguros agropecuarios sino también en los seguros automotores de la responsabilidad civil.

1.2 La Empresa de Seguros Estatal Nacional (ESEN)

Mediante la Resolución No. 858/78 fue creada la Empresa del Seguro Estatal Nacional, en forma abreviada ESEN, con el objetivo fundamental de desarrollar las distintas formas de seguros de carácter nacional que brindaran protección a los bienes propiedad de las cooperativas de producción agropecuaria y al patrimonio de la población cubana en general, permitiendo con ello el resarcimiento de los daños y pérdidas ocurridas a las diferentes economías aseguradas.

Esta Empresa desde una perspectiva general puede ser considerada como una unidad económica organizada para combinar un conjunto de factores de producción, con los que llevar a cabo la elaboración de bienes o servicios para su venta o distribución en el mercado.

La Empresa de Seguros es aquella cuya actividad se encuentra orientada a la práctica del seguro. El término “Empresa de Seguros “ es sinónimo al de “Entidad de

Seguros”, ya que la actividad aseguradora, en la práctica de la totalidad de los países, solo puede ser llevada a cabo por personas jurídicas, y mediante algunas de las formas de sociedad que reconocen como válidas las respectivas legislaciones, no siendo posible la práctica del seguro por las personas físicas salvo contadas excepciones como la del Lloyd inglés.

Las características esenciales de las entidades de seguros son las siguientes.

- ❖ Exclusividad de actuación.- La empresa aseguradora debe dedicarse con carácter exclusivo a la práctica de operaciones de seguro o actividades con ella relacionadas o auxiliares, como el reaseguro y la inversión de su patrimonio.
- ❖ Sometimiento a normas de vigilancia oficial.- El carácter social o público de la actividad aseguradora y el sistema de adhesión con que se contrata las pólizas suscritas en la empresa aseguradora (la adhesión existe desde el momento, en que, generalmente, es la entidad aseguradora la que establece las condiciones técnicas-tarifas-, económicas-, primas- y documentales, -pólizas- que regirán las relaciones contractuales entre ellas y el asegurado), exigen una vigilancia especial de dicha actividad, ejercida por organismos oficiales especializados, de modo que, en general toda la actividad de la empresa aseguradora esté sometida a medidas de fiscalización y control técnico, económico y financiero.
- ❖ Operaciones en masa.- No solamente por tendencia normal en las empresas sino por propia exigencias técnicas, las entidades de seguros tratan de conseguir el mayor número posible de asegurados, esto es que cuantas más operaciones logren, más amplia será la diversidad de riesgos alcanzados y mejor el servicio de compensación de riesgos a sus asociados.
- ❖ Exigencia de capital inicial.- Casi todas las legislaciones exigen a las empresas de seguros que tengan un capital mínimo que garantice el cumplimiento de los compromisos económicos por ellos asumidos.

- ❖ Garantía financiera.- Además del capital mínimo, se requieren otras garantías financieras, como depósitos iniciales de inscripción en valores que ofrezcan una especial seguridad, inversión de reservas técnicas en bienes de determinadas características constitución de márgenes de solvencia y la regulación, en general, de sus inversiones.

1.3 Elementos del seguro

➤ El Riesgo

Al seguro lo conforman diferentes elementos y dentro de los principales encontramos al riesgo que es toda aquella posibilidad de pérdida y se define también como los peligros físicos o morales que amenazan dañar o destruir a las personas o a las cosas y que, de producirse, se traducen en una pérdida económica.

La razón de ser del seguro es el riesgo. El riesgo es la posibilidad real de que ocurra un daño no deseado. Los riesgos cubiertos por una póliza caracterizan cada una de las modalidades o ramas del seguro.

Para el Profesor Krosta, autor de la teoría del “riesgo”, la ciencia del Seguro es la reunión de riesgos para ser compensados mediante retribución. ^(B)

La existencia de riesgos constituye una realidad a la que las personas deben enfrentarse día a día. Por lo tanto, la probabilidad de pérdidas vinculadas a la ocurrencia de determinados acontecimientos debe ser considerada cuidadosamente, si se desea obtener resultados positivos en cualquier actividad donde existan situaciones riesgosas.

Clases de Riesgos:

Riesgos personales: Afectan o amenazan a las personas, con el fallecimiento, la supervivencia sin recursos económicos suficientes, los accidentes, la enfermedad.

Riesgos Materiales: Afectan o amenazan a los animales o a las cosas, como el incendio, el robo, el transporte, etc.

Riesgos Patrimoniales: Para realizar su labor la ESEN tiene en cuenta algunos aspectos esenciales vinculados con los estudios estadísticos y la valoración del riesgo aspectos estos que consideramos señalar dado que los cálculos actuales para cada rama o modalidad de seguro que dan origen a la determinación de las primas y recargos que se aplican en nuestras entidades aseguradas toman como base a los estudios estadísticos la ley de los grados numéricos y la teoría de las probabilidades.

La póliza de seguro

Toda la actividad aseguradora se desarrolla a través de un contrato, denominado póliza de seguro, y como tal no es más que un pacto entre dos o más partes, por el que se obliga sobre una materia o tema determinado y por el compromiso de cumplirlo ambas partes.

Las pólizas que protegen a las personas contra las pérdidas económicas cuando sus bienes o patrimonios sufren algunos daños se denominan Seguros de Daños Materiales y Patrimoniales.

Las pólizas que protegen a las personas contra las pérdidas económicas resultantes de riesgos personales, se denominan Seguros de Personas o Personales.

La ESEN es la Empresa de Seguros Nacionales que junto a otras dos Aseguradoras Cubanas se encargan de comercializar en nuestro mercado las pólizas de seguros.

➤ **Primas de seguro**

Otro elemento importante es la prima y se define como el precio de la protección que otorga la aseguradora, y que se obtiene multiplicando la cuota por la suma asegurada. Además se agregan el impuesto y los gastos de expedición vigentes. La prima es el pago a cambio de la protección adquirida

La ESEN ha experimentado un sostenido desarrollo integral y un comportamiento positivo en sus principales razones financieras. Para desarrollar su actividad cuenta con representaciones en las 15 provincias del país y en el municipio especial Isla de la Juventud.

1.4 Tipos de seguros y servicios:

Los principales productos que comercializa la ESEN en sus diferentes ramos son:

1. Seguros Generales

- **Seguros de Automóviles, Motos y Bicicletas:** La cobertura de estas pólizas proporciona resarcimiento financiero en caso de incendio, robo, choque, vuelco rayo y cubierta compresiva, también incluye la responsabilidad civil.
- **Seguro de Responsabilidad Civil:** Para los poseedores de licencias de conducción este seguro ampara los daños a bienes ajenos a las lesiones corporales o muertes a terceras personas. También pueden asegurarse los conductores de vehículos de tracción animal, todos los transportistas privados y los talleres y parqueo que tienen vehículos depositados para su guarda y custodia.
- **Seguro de incendio y líneas aliadas:** Protege las viviendas, casa mobiliario y equipos de las personas contra los daños materiales o destrucción debido a

la acción directa o indirecta del fuego por combustión espontánea, fenómenos eléctricos, impactos de aeronaves, vehículos terrestres o sus cargas por rayos y explosión, lluvias intensas, iluminaciones, huracán y otras.

2. Seguro de Vida

- **Seguros de Accidentes Personales:** brindan respaldos económicos a las personas ante accidentes que provoquen la muerte, incapacidad permanente total o parcial.
- **Seguro Temporario de Vida:** Cubre los ingresos de incapacidad permanente total o parcial, la incapacidad temporal accidental, los gastos médicos farmacéuticos, la muerte por cualquier causa y los gastos funerales.
- **Seguro de Viajes,** en sus dos modalidades: al exterior y hacia Cuba.

3. Seguros Agropecuarios

- **Bienes Agrícolas:** A través de las modalidades de rendimiento o inversión se amparan los cultivos de caña, café, cacao, tabaco, plátano, hortalizas, tubérculos y raíces, cítricos etc. Contra los fenómenos climatológicos, plagas y enfermedades y otras.
- **Otros Bienes:** Protege los bienes relacionados directamente con la agricultura como casas y ranchos de curar tabaco, kalfrisas, instalaciones agropecuarias, maquinaria y equipos, medios de transporte ante diferentes riesgos como incendio, huracán, rayos, granizos explosión etc.
- **Bienes Pecuarios:** Están amparados el ganado vacuno, la producción apícola y los bienes pecuarios expuestos en ferias y exposiciones. Entre los riesgos cubiertos se encuentran fenómenos naturales, accidentes, asfixia, timpanismo y otras causas.

Además entre los servicios de Seguros se pueden señalar:

De Bienes

Agropecuarios

Vehículos de transporte terrestre

Integral de incendio y líneas aliadas

De Responsabilidad Civil

Poseedores de licencias de conducción

Servicios de transporte

Guarda y custodia

Personales

Temporario de vida

Viajes al extranjero

Gastos médicos para extranjeros

Capítulo II Análisis del seguro de vida en la Provincia de Sancti Spiritus.

2.1 Condiciones generales del Seguro Temporario de Vida:

El seguro temporario es de carácter voluntario y se oferta con el objetivo de brindar una ayuda económica complementaria a la Seguridad Social en caso de ocurrir alguno de los riesgos previstos en el contrato de seguro, que le permita al Asegurado o a su familia no tener sus ingresos económicos a merced de imprevistos.

Este seguro cumple una función social y no resarcitoria, donde la suma de seguro que pague La Aseguradora puede concurrir con la indemnización de un tercero responsable. (La Aseguradora paga la Suma Asegurada, independientemente de que el Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, cobre alguna prestación por la misma causa).

A los efectos del Seguro Temporario de Vida se entenderá por:

Accidente: Lesión corporal traumática, sufrida por el Asegurado y producida, directa e independientemente de otra causa, por un suceso externo, imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, la cual tiene que ser certificada por el facultativo.

Por lesiones traumáticas accidentales pueden entenderse las caídas y fracturas (afectan los huesos), heridas, erupciones, golpes y quemaduras (afectan la piel), esquinces, luxaciones, anquilosis y artritis traumáticas (afectan los ligamentos y articulaciones), roturas fibrilares, hematomas, contusiones y tendinitis (afectan los músculos y tendones). La Anquilosis (del griego agkulos, 'curvado'), significa la fusión de los huesos que forman una articulación, provocando en la misma una disminución o imposibilidad de su movimiento. Si estas lesiones son causadas por enfermedades o patologías internas del organismo, no estarán cubiertas por la póliza.

Los accidentes sufridos por médicos cirujanos y otros profesionales de la ciencia médica, veterinaria y sus anexos, en la ejecución de operaciones quirúrgicas o en las disecciones y autopsias, cuando tales accidentes produjeran infecciones microbianas o intoxicaciones.

Entiéndase que se refiere a los accidentes ocurridos a los profesionales que ejercen esta ocupación, cuando tienen un accidente ejerciendo su profesión en la práctica; no se refiere a los accidentes provocados por los mismos hacia otras personas, eso se denomina mala práctica(mala praxis), que es una exclusión de la póliza

Además, por extensión se asimilan a la noción de accidente:

- a) La asfixia o intoxicación por vapores, gases, polvos tóxicos o irritantes o la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio, que no provenga de enfermedad.
- b) La intoxicación alimentaria, o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas y alimentos en mal estado adquiridos en establecimientos públicos.
- c) El tétano de origen traumático.
- d) La rabia.
- e) Las consecuencias directas de picaduras de insectos venenosos.

Incapacidad permanente: Es la pérdida de por vida de la capacidad funcional de algún(os) de los miembro(s) u órgano(s) del cuerpo de una persona. La misma es provocada por lesiones corporales accidentales, debe ser certificada por el facultativo o la Comisión Médica correspondiente y su grado se determina de acuerdo a la Tabla de Incapacidades. Esta incapacidad es irreversible, por lo que el Asegurado jamás podrá recuperar su condición o estado de salud anterior.

Como tales se consideran los traumas descritos en la Tabla de Incapacidades aprobada para este seguro. Ej. Pérdida de la visión, audición; la pérdida física, amputación o inhabilitación de un riñón, un dedo, un brazo, una pierna, etc.

Incapacidad temporal: Imposibilidad temporal de una persona para el ejercicio de sus funciones habituales, causada por un accidente y certificada con días de reposo por el Facultativo o Comisión Médica correspondiente. Esta incapacidad sí es reversible, ya que posteriormente al tratamiento y/o rehabilitación, el Asegurado recupera su condición o estado de salud anterior al accidente. Ej. Fractura de un hueso, quemaduras, heridas, golpes, esguinces, etc.

Tabla de incapacidad (Anexo 2): Es donde aparecen descritos los diferentes traumas que producen incapacidad permanente total o parcial, así como los por cientos de la suma asegurada a pagar, según el grado de incapacidad resultante.

Grupos ocupacionales (Anexo 1): Es el conjunto de ocupaciones o labores que realiza una persona, concebido de menor a mayor peligrosidad.

Contratante o tomador de seguro: Persona que suscribe el contrato de seguro con La Aseguradora y a quien le corresponden las obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellas que correspondan expresamente al Asegurado o Beneficiario.

Beneficiario: Persona natural o jurídica a quien el Asegurado en caso de muerte, reconoce el derecho a recibir en la cuantía que corresponda, la suma asegurada derivada de la póliza de seguro. Cuando no haya designación se entenderá que se trata de sus herederos. Los beneficiarios se designan sólo para la cobertura de Muerte. En el resto de las coberturas los beneficios los recibe el propio Asegurado.

Sobreprima: Es el importe de prima adicional que deberá pagar el Asegurado cuando exista algún agravamiento en el riesgo como consecuencia de la realización de actividades consideradas como altamente riesgosas o por condiciones personales específicas que agravan el riesgo.

Suma asegurada: Es el monto fijado en el contrato de seguro para los riesgos suscritos en la póliza y constituye el límite máximo a pagar por La Aseguradora.

Fenómeno catastrófico: Es cuando se declare CATASTROFE por el organismo u órgano competente del Estado como consecuencia de fenómenos naturales que provoquen gran cantidad de pérdidas de vidas humanas. Ej. Huracanes, terremotos, etc. Sin embargo, estarán cubiertas las personas aisladas que fallezcan como consecuencia de los vientos e inundaciones de un huracán.

Proceso de concertación del seguro

Aspecto básico:

Cualquier seguro de vida se caracteriza por la contratación de dos riesgos esenciales: **la muerte y/o la supervivencia** de la persona cuya vida se asegura, es decir, que la obligación de pago de la Aseguradora y la contraprestación del asegurado (la prima) siempre se van a calcular actuarialmente sobre la duración de la vida humana, utilizando para ello las Tablas de Mortalidad.

El Seguro Temporario es un seguro de vida para caso de muerte, en el cual la obligación de pago de La Aseguradora se supedita a la probabilidad de fallecimiento del asegurado, previéndose con ello el eventual estado de necesidad económica o virtual desamparo que tal evento puede provocar en los beneficiarios o herederos. Por lo tanto, en este seguro, el riesgo de muerte se considera PRINCIPAL y siempre deberá ser contratado.

El Seguro Temporario de Vida puede concertarse cualquier día del año. No se podrá concertar una póliza de seguro individual a favor de otra persona o sea, la solicitud de seguro individual tiene ser firmada por el asegurado.

Para efectuar la contratación del seguro es importante tener en cuenta lo siguiente:

- Determinación de las coberturas y sumas aseguradas, de acuerdo al estado de salud y edad del solicitante.
- Las normas de tarificación.

- La sobreprima por riesgos especiales o condiciones personales del asegurado.
- Los descuentos comerciales en las pólizas colectivas.
- Bonificaciones por no - reclamación.
- La forma de pago de la prima.
- La designación de beneficiarios.

Selección del riesgo

Sujetos del contrato de seguro

Se entenderán como sujetos del Seguro Temporario de Vida, el Asegurado (persona natural) o Contratante (persona natural o jurídica, en caso de una póliza colectiva), sobre los cuales recaen los derechos y obligaciones de este contrato. El Contratante de una Póliza Colectiva pudiera o no estar incluido como Asegurado en la póliza.

Personas asegurables

Se consideran asegurables las personas naturales, cubanas o extranjeras residentes en el territorio nacional, que cumplan los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Aseguradora, siempre que sus edades al momento de contratar la póliza oscilen entre **18 y 77 años cumplidos**. El límite mínimo está en correspondencia con la adquisición de la plena capacidad jurídica civil (mayoría de edad), y el límite máximo, con la esperanza de vida al nacer de la población cubana.

También podrán contratar la póliza (sea individual o colectiva) los menores de 18 años de edad que hayan formalizado matrimonio, al adquirir de esta forma la plena capacidad jurídica(artículo 29.1 b) del Código Civil Cubano).

A partir de los 65 años (65 años y un día) para que la póliza continúe vigente, los Asegurados deberán pagar una sobreprima.

La edad declarada en la Solicitud del Seguro podrá comprobarse legalmente cuando La Aseguradora lo estime necesario y quedará el contrato resuelto de comprobarse que la edad verdadera está fuera de los límites establecidos para la concertación.

Personas no asegurables

El seguro temporario de vida requiere para su correcto funcionamiento de una política de selección de riesgos que será determinante en la siniestralidad del mismo. El agente es el primer y más importante seleccionador del riesgo y debe "escoger" a las personas sanas y de buenos hábitos, es decir, a las personas idóneas.

Por tanto, se consideran personas no asegurables en el momento de concertación de la póliza (nuevos contratos) los incapacitados físicos y mentales, sordos, ciegos, miopes con más de 10 dioptrías, paralíticos, epilépticos, toxicómanos o aquellas personas que constituyan un riesgo de accidente agravado en razón de defectos físicos o enfermedades graves que padezcan, o de las secuelas de las que hubieran padecido. Ej. Las personas que al solicitar el seguro presenten una incapacidad permanente superior al 40%, según la Tabla de Incapacidades, como la pérdida de un pulmón (60%), pérdida total de una mano o un brazo y la sumatoria de varias incapacidades parciales superior al 40%.

No serán asegurables las personas que en la concertación inicial de la póliza declaren estar enfermos de cáncer, SIDA, esclerosis múltiple, Alzheimer, lupus, ataxia, u otra enfermedad grave e incurable con peligro para la vida, ya que el riesgo PRINCIPAL de Muerte no puede ser contratado. Esta medida de selección de riesgos resulta lógica, pues hay que tener en cuenta que EN EL SEGURO la ocurrencia del riesgo debe ser causada por un evento fortuito (incertidumbre) y aunque la muerte es un hecho cierto, para el seguro de vida la incertidumbre está en que no sabremos determinar con exactitud cuándo ocurrirá.

Personas asegurables, con restricciones por enfermedad

Las personas que en la concertación inicial del seguro padezcan enfermedades que, aunque puedan ser consideradas graves y/o incurables, no ofrezcan peligro inminente para la vida, como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades

cardiovasculares, cerebro vasculares, crónicas respiratorias, de los riñones, del hígado, tumores benignos, obesidad, entre otras, y estén o hayan estado con anterioridad bajo tratamiento médico pudieran ser aseguradas, sólo hasta el límite máximo de \$ 25 000.00 para las coberturas de muerte e incapacidad permanente.

De existir algún caso cuya enfermedad o incapacidad haya sido rebasada de manera positiva antes de los últimos cinco (5) años a la fecha de concertación del seguro y desea contratar una suma superior, se requerirá la autorización escrita del Director de la UEB provincial, siempre y cuando el potencial asegurado presente previamente su solicitud escrita y un certificado médico o resumen de historia clínica que refleje la evolución y estado actual de la enfermedad o incapacidad.

Personas asegurables, con restricciones por edad

Las personas que en la concertación inicial del seguro estén comprendidas entre las edades de 65 y 77 años y gocen de perfecto estado de salud sólo podrán asegurarse hasta el límite máximo de \$ 25 000.00 en las coberturas de muerte y de incapacidad permanente accidental. Si estas mismas personas presentaran alguna incapacidad permanente inferior al 40 % o declarasen padecer de hipertensión arterial, de enfermedades cardiovasculares, infartos, reumatismo, artrosis, diabetes, asma, de los riñones, tumores benignos, del hígado, o de cualquier otra enfermedad o incapacidad que pudiera considerarse riesgosa para las coberturas contratadas, sólo podrán asegurarse hasta la suma máxima de diez mil pesos (\$ 10 000.00), en ambas coberturas.

Riesgos cubiertos:

Este es un seguro integrado por varias coberturas de riesgos: un riesgo PRINCIPAL con beneficio incluido y tres riesgos ADICIONALES; estos últimos pueden ser seleccionados de conjunto o independientemente, de acuerdo a las condiciones que más adelante se detallan.

Para asesorar correctamente al cliente sobre qué tipo de cobertura debe contratar, se tendrán presentes los siguientes elementos:

- El seguro temporario de vida está diseñado para cubrir la necesidad económica que se produce cuando una persona cuyos ingresos personales son determinantes en la economía familiar, fallece, y por ende, existirá una afectación en los ingresos de aquellos que dependían económicamente de ella.
- De la misma forma sucede en la persona que por una causa accidental se incapacita temporal o permanentemente, retirándola de sus funciones y actividades habituales con la correspondiente disminución o pérdida de los niveles de ingresos que tenía antes de incapacitarse.
- **Riesgo principal:** Siempre será obligatorio en la contratación.

a) Muerte por cualquier causa: Cubre el riesgo de muerte del asegurado por enfermedad o accidente, excepto las causas que aparecen recogidas en las exclusiones.

La cobertura de muerte siempre se contrata para beneficiar a terceras personas, designadas o no en la póliza (beneficiarios o herederos). El Seguro de Vida es un acto de amor.

Beneficio incluido de gastos funerales: Este beneficio permite, sin ningún costo adicional para el Asegurado o Tomador del Seguro, la compensación monetaria de los gastos incurridos en el funeral del asegurado fallecido, por el límite contratado en las Condiciones Particulares (\$100.00 pesos).

- **Riesgos adicionales:** Adicionalmente al riesgo de muerte, cada uno de los riesgos adicionales puede contratarse libremente, de conjunto o en forma independiente, excepto, los gastos farmacéuticos, que estarán condicionados a la toma de alguna de las coberturas de incapacidad accidental.

b) Incapacidad permanente, total o parcial: Salvo las exclusiones, cubre la Incapacidad Permanente Total o Parcial que pueda sufrir el Asegurado, como consecuencia de lesiones corporales accidentales, enfermedades cardiovasculares, vasculares encefálicas, cáncer y diabetes; siempre que la misma se manifieste dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha de ocurrencia del accidente o de diagnosticada la enfermedad. El grado de incapacidad deberá ser certificado por el Facultativo o Comisión Médica que corresponda

Por encima de este límite se requerirá la autorización escrita de la Dirección de Operaciones, previo análisis del caso en el Consejo de Dirección de la UEB.

En esta cobertura, la persona contrata la suma de seguro para su propia protección económica en caso de ocurrirle un accidente que lo incapacite permanentemente (de por vida), ya sea de forma total o parcial.

c) Incapacidad temporal accidental: Salvo las exclusiones, cubre la Incapacidad Temporal Accidental que pueda sufrir el Asegurado, como consecuencia de lesiones corporales accidentales, enfermedades cardiovasculares, vasculares encefálicas e intervenciones quirúrgicas de carácter urgente. Ej. Apendicitis, embarazo ectópico, peritonitis, es decir, operaciones urgentes, imprevistas. Siempre que requieran para su curación o rehabilitación de un período de reposo desde catorce (14) hasta ciento ochenta (180) días. Para tener derecho a restituir esta cobertura, el Asegurado deberá someterse al examen de una Comisión Médica designada por la Aseguradora y pagar a prorrata la prima que corresponda.

Esta cobertura cumple una función social muy importante al ser complementaria a la Seguridad Social, por lo que pueden existir determinados casos muy puntuales donde sea necesario extender la cobertura por igual período o hasta el final de la vigencia de la póliza.

d) Gastos farmacéuticos: Salvo las exclusiones, cubre los gastos farmacéuticos incurridos por el Asegurado, como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza y hasta la suma asegurada convenida en las Condiciones Particulares, siempre que los mismos sean prescritos por el Facultativo.

Los ciudadanos cubanos tienen cubiertos todos los gastos médicos de forma gratuita, por tal razón el seguro sólo cubre los gastos farmacéuticos (medicamentos) como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

➤ **Riesgos especiales:**

A la prima resultante calculada se le aplicará una sobreprima fija y única del quince (15) por ciento, cuando el solicitante practique de forma habitual y sistemática las siguientes actividades:

- I. Práctica de fútbol, béisbol, voleibol, baloncesto, ciclismo, rugby, esquí acuático, judo, deportes de inmersión, pesca en altamar, pesca submarina, polo, rodeo, deportes de combate, espeleología y paracaidismo.
- II. Manipulación de corriente de alta tensión.
- III. Viajar como pasajero o chofer en motocicletas, motonetas o cualquier otro vehículo de motor similar, de forma habitual.
- IV. Viajar como pasajero o chofer en automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo de carrera.
- V. Viajar como miembro de la tripulación de cualquier buque o aeronave. Ser actor o actriz de trabajos acrobáticos. Ser miembro activo de instituciones militares, de la seguridad y del orden interior. Ser bombero

Además de las siguientes condiciones personales:

- I. Personas con más de sesenta y cinco (65) años de edad (Ej.65 años y un día).
- II. Personas que presenten alguna incapacidad permanente superior al diez por ciento (10%) y menor del 40% de su capacidad física.
- III. Personas obesas.

IV. Personas fumadoras y las que ingieran bebidas alcohólicas frecuentemente.

En los primeros casos, sólo se cobrará la sobreprima cuando los pasatiempos, aficiones o deportes que practique el Asegurado se realicen habitualmente y representen un agravamiento del riesgo de muerte o accidente.

Sobreprimas por obesidad, fumadores e ingestión de bebidas alcohólicas.

Obesidad: En este seguro las personas **obesas** deberán pagar una sobreprima del 15% como requisito indispensable para estar aseguradas, con independencia a que pudieran estar limitadas también sus sumas aseguradas por razones de salud. Ej. Las personas cuyo peso sobrepasa en un 30% el peso ideal, tienen mayor riesgo de padecer enfermedades, y de manera especial diabetes mellitus, enfermedades de la vesícula, trastornos cardiovasculares, hipertensión arterial, algunas formas de cáncer (mama, colon, útero y próstata) y artritis; asimismo, las intervenciones quirúrgicas suponen un mayor riesgo en este grupo de pacientes.

Para conocer el Peso Ideal de cada potencial asegurado debemos calcular el Índice de Masa Corporal, IMC, que es el resultado de dividir el peso expresado en Kg. y el cuadrado de la altura de la persona expresada en metros. Se hablaría de **obesidad** cuando el IMC esté por encima de los **30 kg/m²**. Ej. Fulano mide 1.70 m de altura y pesa 94 kg. ¿Cómo hacemos el cálculo?

$$\text{IMC} = 94 \text{ kg} / (1.70 \times 1.70)$$

$$\text{IMC} = 94 \text{ kg} / 2.9 \text{ m}$$

IMC= 32.4 kg/m². Esta persona es obesa, por lo tanto pagará sobreprima.

Se recomienda usar la tabla que se presenta a continuación para ver en qué categoría encaja cada uno y si es necesario preocuparse por el peso:

Índice de masa corporal	Categoría
Por debajo de 18.5	Por debajo del peso
18.5 a 24.9	Saludable
25.0 a 29.9	Con sobrepeso
30.0 a 39.9	<u>Obeso</u>
De 40 en adelante	<u>Obesidad mórbida</u>

Excepciones:

Físico culturistas: debido a que el músculo pesa más que la grasa, las personas que son inusualmente musculosas pueden tener un índice de masa corporal alto.

Ancianos: en la vejez, a menudo es mejor tener un índice entre 25 y 27 en lugar de un índice inferior a 25. Si una persona, por ejemplo, es mayor de 65 años, un índice de masa corporal ligeramente superior puede ayudar a protegerla contra la osteoporosis.

En el caso de personas fumadoras y/o que ingieran bebidas alcohólicas de manera habitual deberán ser gravadas con una sobreprima del 15%, con independencia a que pudieran estar limitadas también sus sumas aseguradas por razones de salud. El humo del tabaco, por ejemplo, contiene muchos productos químicos iniciadores y promotores del cáncer de pulmón. El abuso crónico de alcohol incrementa de manera importante el riesgo de cánceres, carencias en la nutrición, úlceras de estómago y duodeno, pancreatitis crónica, cirrosis hepática y otras lesiones irreversibles en el sistema nervioso central y periférico, dolencias que pueden ser incluso, mortales. Estas personas pagan sobreprima con independencia de la cantidad que consuman o ingieran, lo importante es que lo hagan de forma habitual.

Exclusiones:

La Aseguradora no estará obligada a pagar suma asegurada alguna si la muerte, las incapacidades o la necesidad de realizar gastos farmacéuticos sobrevienen como consecuencia de:

- Perpetración de acciones delictivas en las que participe el Asegurado como autor o cómplice. (No estará cubierta la persona asegurada que durante la comisión de un hecho delictivo le ocurra cualquier accidente que le provoque la muerte o cualquier incapacidad).
- Estado de embriaguez, ingestión de sustancias psicotrópicas o actos cometidos por el asegurado, encontrándose bajo los efectos de aquellas. (Siempre y cuando su estado físico mental sea la causa eficiente que dé origen al accidente que provoque la muerte o incapacidad).
- Actos provocados intencionalmente por el Asegurado, sus beneficiarios o herederos y los notoriamente peligrosos, ajenos a su actividad habitual, salvo tentativa de salvar vidas o bienes. (Ej. los notoriamente peligrosos se refieren al Asegurado que decide caminar por un alero de un piso alto sin que sea para salvar vidas o bienes, se cae y la caída le provoca la muerte o una incapacidad).
- Suicidio o delito contra la vida del Asegurado, cometido por sus beneficiarios o herederos.
- Fisión o Fusión nuclear y contaminación radioactiva.
- Infracciones de normas legales o reglamentarias relativas a la seguridad y protección de las personas. (Estos casos se refieren a violaciones voluntarias por parte de la persona asegurada de las normas de Protección e Higiene del Trabajo, pues una de las funciones principales del seguro es la prevención de riesgos).
- Fenómenos naturales de carácter catastrófico. (ver las definiciones al principio de este Manual).
- Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero de una línea comercial con itinerarios establecidos. (Ej. Un Asegurado se monta en una avioneta de fumigación mientras le fumigan la finca; si tiene cualquier accidente las consecuencias del mismo no están cubiertas).
- Guerra declarada o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, motín, conmoción civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición o hechos que las leyes califiquen como delitos contra la seguridad interior del Estado, así como por la aplicación del Estado de Emergencia por consecuencia de los mismos.

Además, se excluye, en la cobertura de Muerte:

- La pena de Muerte por ejecución de sentencia firme.

En las coberturas de Incapacidad Permanente Accidental Total o Parcial, de Incapacidad Temporal Accidental y en la de Gastos Farmacéuticos:

- Las incapacidades que sean consecuencia de **enfermedades** de cualquier naturaleza.
- Las incapacidades que sean consecuencia de exámenes, tratamientos médicos, intervenciones quirúrgicas de cualquier clase y las infecciones bacterianas, excepto las resultantes de lesiones corporales accidentales.

Sumas y límites de seguro:

La suma asegurada es convenida entre las partes (no la decide unilateralmente el asegurado) y constituye el límite máximo a pagar por La Aseguradora ante la ocurrencia de algún riesgo cubierto en este contrato.

Coberturas de muerte e incapacidad permanente:

- El Asegurado podrá concertar libremente como suma de seguro cualquier cantidad que sea múltiplo de mil (1000.00) y hasta cincuenta mil pesos (\$ 50 000.00), si no está limitada por razones de edad y/o salud.
- El Agente, Técnico o Especialista de la Oficina podrá concertar libremente la suma a asegurar hasta dicho límite máximo, con excepción de lo establecido.
Beneficio adicional de gastos funerales.
- El Asegurado tendrá derecho a un límite único de cien (\$100.00) pesos de suma asegurada, sin ningún costo de prima adicional.

Cobertura de incapacidad temporal accidental.

- La cobertura de **Incapacidad Temporal** podrá ser contratada hasta un límite máximo de quince pesos (\$ 15.00) de renta diaria.
- **En caso de ser la persona un trabajador asalariado**, sólo podrá contratar una renta que no sobrepase el 25% de sus ingresos diarios, con un límite mínimo de renta diaria de **\$ 2.50 pesos.**
- **En caso de ser la persona un trabajador NO asalariado** (cuentapropistas, algunos artistas, pequeños agricultores (CCS), cooperativistas (CPA), obreros agrícolas de las UBPC y amas de casa, etc) y las que en el momento de contratar el seguro estén disfrutando de su jubilación, podrán contratar libremente desde un (1.00) peso hasta quince (15.00) de renta diaria. Todas las personas que perciban salario dentro de una CCS, CPA o UBPC, sólo pueden contratar hasta el 25% de su salario diario.

Cobertura de gastos farmacéuticos.

- Esta cobertura podrá contratarse con un mínimo de cincuenta pesos (\$ 50.00) hasta un límite máximo de quinientos (\$ 500.00) pesos de suma asegurada.
- El Agente o Técnico de la Oficina podrá concertar libremente la suma de seguro hasta \$ 300.00. Por encima de este límite y hasta \$ 500.00 pesos se requerirá la autorización escrita del Director Provincial de la UEB. Este límite está dado por tratarse de una cobertura de gastos en medicamentos a consecuencia de accidentes cubiertos por la póliza, los cuales en Cuba son mínimos y este seguro lo que persigue es reembolsarlos, previa presentación de los justificantes correspondientes.

Designación y cambio de beneficiarios.

Los beneficiarios se designan sólo para la cobertura de muerte. El Asegurado podrá designar y cambiar libremente cuantos beneficiarios desee (personas naturales y/o

jurídicas) durante la vigencia de la póliza. Igualmente podrá modificar la proporción de la suma de seguro que le corresponda a cada uno en caso de muerte. Se deberá indicar en la Solicitud de Seguro el parentesco o relación con el Asegurado, así como los nombres y apellidos completos del beneficiario, sin usar abreviaturas y sus No. de Identidad permanentes.

Es importante que el número de carné de identidad de los beneficiarios esté actualizado en la solicitud (de ser imposible obtenerlos en la concertación, deberán completarse en un término no mayor de 30 días naturales) ya que si ocurre la muerte del asegurado, el beneficiario no puede hacer valer su derecho presentando en ese momento sólo el carné de identidad, pues pueden existir 2 o más personas con iguales nombres y apellidos

De ser designadas varias personas como beneficiarias, sin indicación de cuota parte de la suma de seguro, se entenderá que la distribución será a partes iguales.

Cuando el Asegurado no designe beneficiarios debe comunicársele que la suma de seguro para la cobertura de muerte les será pagada a sus herederos una vez presentada toda la documentación que acredite sus derechos. Es importante hacerle saber al cliente las ventajas que representa designar oportunamente a sus beneficiarios, teniendo en cuenta que un proceso sucesorio para la adjudicación de la herencia generalmente resulta ser engorroso y prolongado en el tiempo, sujeto a diferentes tramitaciones que generan de por sí determinados gastos como pueden ser los de representación letrada, notariales, los asociados al Registro Civil, pago de impuestos, entre otros. Si se designan beneficiarios, presentando los documentos exigidos en las Condiciones Generales de la Póliza, a más tardar en treinta (30) días, La Aseguradora efectúa el pago de la Suma Asegurada sin más trámites ni gastos.

Para que un **cambio de beneficiario** surta efecto frente a La Aseguradora, es indispensable que el Asegurado lo solicite por escrito, expresando con claridad los nombres, apellidos y parentesco o relación del nuevo beneficiario, así como su No. de identidad permanente. Si este escrito no es recibido oportunamente, La Aseguradora pagará en caso de fallecimiento del Asegurado la suma asegurada al último Beneficiario

del que haya tenido conocimiento. La inclusión por La Aseguradora de la designación o cambio de beneficiarios se efectuará mediante la emisión de un endoso.

Beneficiarios menores de edad

El agente debe asesorar al Asegurado en cuanto a la designación de beneficiarios menores de edad, pues en la mayoría de los casos, si son muy pequeños, no podrán hacer uso del dinero (suma de seguro) hasta muchos años después de su fallecimiento. Lo más aconsejable y práctico sería especificar en el escaque de Observaciones de la Solicitud de Seguro Individual, los nombres y apellidos, No. de identidad, relación o parentesco de una persona de confianza y mayor de edad, con derecho a cobrar la suma de seguro (cheque), si el Asegurado fallece antes de que el menor de edad designado como beneficiario haya cumplido la mayoría de edad.. En el ejemplo anterior, si se cumpliera esa condición, la indemnización (cheque) sería a nombre de esa persona designada como beneficiario, y no al menor de edad.

La contratación colectiva.

Las pólizas colectivas no son una nueva modalidad de seguro, sino una forma de contratación donde están contempladas las mismas condiciones y coberturas del seguro individual. Esta forma soluciona la gran problemática del mercado asegurador ante situaciones adversas, tiene un alto contenido social porque logra reducir los costos debido a los volúmenes de aseguramiento y permite brindar cobertura a personas en interés exclusivo del grupo.

Cuando se suscriba una póliza colectiva, su Contratante será la persona natural o jurídica que los represente, la cual será responsable ante La Aseguradora, entre otras obligaciones, del pago de la prima en la forma y condiciones establecidas.

La Póliza se concertará a grupos de diez (10) o más personas unidas por un mismo interés, preexistente, distinto y más importante que el de contratar el seguro (un equipo deportivo, un CDR, sindicato, centro de trabajo, núcleo familiar, etc.) donde su

Contratante, que podrá estar o no incluido en el grupo asegurado, declarará que la prima está a su cargo y se obligará con La Aseguradora a comunicar en un plazo máximo de quince (15) días las separaciones definitivas y los nuevos ingresos en la nómina de asegurados.

La contratación colectiva optativa

Esta contratación además de los beneficios que se exponen anteriormente, cubre también:

Beneficio de doble indemnización por muerte accidental: En caso de muerte del asegurado por un accidente cubierto por la póliza, la Aseguradora pagará a los beneficiarios o herederos el doble de la suma de seguro contratada en las Condiciones Particulares del Seguro Colectivo Optativo.

Gastos farmacéuticos: sin costo de prima adicional y sin previa presentación de facturas o comprobantes, la Aseguradora garantiza al asegurado una suma única de cincuenta (50) pesos por concepto de gastos farmacéuticos, como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por la póliza.

Riesgos especiales: la Aseguradora no aplicará el importe de la sobreprima del quince (15) por ciento, por los riesgos y condiciones personales descritos en la cláusula 4 de las Condiciones Generales del contrato quedando cubierto dichos riesgos sin necesidad de abonar primas adicionales.

A todos los Asegurados del grupo se les aplica la misma tarifa y el mismo descuento comercial.

Las nuevas incorporaciones se acogen a las condiciones del grupo.

Grupo familiar

Podrán suscribirse pólizas en forma colectiva a grupos familiares, para ello deberán cumplirse determinados requisitos, tales como:

- ❖ Estar integrado por 3 y hasta 9 personas.
- ❖ Convivencia de todos los integrantes del grupo en el mismo domicilio.
- ❖ En las coberturas de Muerte e Incapacidad permanente, el límite mínimo de la suma asegurada por persona será de \$ 5000.00 pesos.

La convivencia en el mismo domicilio será acreditada mediante la dirección que aparece reflejada en el carné de identidad.

En el grupo familiar la póliza será emitida al representante del núcleo familiar y se realizará el mismo procedimiento de los seguros colectivos en lo que a documentación se refiere.

El grupo familiar, previo consentimiento de sus integrantes puede acogerse a la modalidad optativa, con todos los beneficios que esta brinda.

Tablas de tarifas

Para calcular el importe de la prima en la cobertura de Muerte, el Agente o Especialista de la Oficina, deberá tener en cuenta la edad del asegurado. Para el caso de las Incapacidades y Gastos Farmacéuticos, se tendrá en cuenta el grupo ocupacional. En todos los casos la prima se calcula aplicando a la suma de seguro, la tarifa que corresponda, según se especifica en la tabla siguiente: **Anexo 4**

Bonificación por no reclamación, en pólizas individuales.

La Aseguradora aplicará como criterio comercial, un descuento de la prima resultante en las renovaciones automáticas sucesivas de los seguros individuales, para aquellos asegurados que durante la vigencia del seguro no hayan recibido indemnización alguna. De realizarse algún pago, sólo tendrán derecho al por ciento de bonificación acumulado hasta ese momento.

- ❖ Después de transcurridos (12) meses consecutivos, un diez por ciento **(10 %)**.

- ❖ Después de transcurridos (24) meses consecutivos, un quince por ciento **(15%)**.
- ❖ Después de transcurridos (36) meses consecutivos, un veinte por ciento **(20%)**.
- ❖ Después de (48) meses consecutivos, un veinticinco por ciento **(25%)**.
- ❖ Después de transcurridos (60) meses consecutivos, un treinta por ciento **(30%)**.

Descuentos comerciales, en pólizas colectivas y colectivas optativas.

A la prima total calculada se le efectuarán los siguientes descuentos comerciales según la cantidad de personas aseguradas, obteniéndose la prima total que deberá abonar el Contratante:

De 3 a 9 Personas	5% de descuento (Grupo Familiar).
De 10 a 49 Personas	10% de descuento.
De 50 a 99Personas	15% de descuento.
De 100 a 149Personas	20% de descuento.
De 150 a 199Personas	25% de descuento.
De 200 Personas y más	30% de descuento.

Incrementándose los mismos un 5% en cada renovación hasta el límite máximo de 35%.

Pago de la prima de seguro:

La prima de seguro, tanto en los nuevos contratos como en las renovaciones, será calculada por el período de tiempo de un (1) año, brindándole al cliente facilidades de pago en plazos semestrales o trimestrales, sin ningún recargo adicional.

En todos los casos, la prima deberá ser abonada por adelantado a la fecha de inicio de la vigencia del seguro o en las fechas establecidas para los cobros aplazados y renovaciones.

Sobre los cobros aplazados y rehabilitación .

- Si el Asegurado deja de pagar determinado plazo en la fecha prevista, serán suspendidas las garantías que ofrece La Aseguradora por el término de treinta (30) días, por lo que quedará liberada de la obligación de cualquier pago. De efectuarse por el Asegurado el pago de la prima dentro de los treinta (30) días de suspensión, se rehabilitará la póliza, debiéndose abonar el total de la prima adeudada sin modificar la vigencia del contrato ni las condiciones contratadas. Si transcurre este término sin haberse pagado la prima debida, se cancelará el contrato, con derecho dentro de un año para rehabilitar la póliza, con el por ciento de bonificación acumulado hasta entonces.
- La rehabilitación se realizará mediante Endoso sin necesidad de llenar una nueva solicitud de seguro y la nueva vigencia del contrato será a partir de la fecha en que se abone la prima.
- Pasado el año, el Asegurado tendrá que suscribir una nueva póliza, con nueva numeración, sello de timbre, sin bonificación alguna, debiendo aplicar el criterio de selección de riesgos. De tratarse de una póliza colectiva optativa se le aplicará el descuento comercial que acumula el grupo.

Reajuste de prima por aumento o disminución de la suma asegurada:

El Asegurado podrá solicitar por escrito, durante el período en que esté vigente la póliza, que la suma asegurada convenida sea aumentada o disminuida en cualquier cantidad múltiplo de mil y hasta los límites establecidos, salvo en los casos de restricciones por razones de edad y salud.

Si es un aumento, el nuevo cálculo de la prima tendrá en cuenta el valor incrementado de la suma de seguro, la edad y/o el grupo ocupacional del Asegurado. La prima se calcula normalmente y se divide por los 365 días del año y el resultado será multiplicado por el número de días no transcurridos.

Agravación del riesgo:

Se consideran agravaciones del riesgo asumido, las que, si hubiesen existido en el momento de la concertación del contrato, hubieran impedido su eficacia o modificado sus condiciones, a saber:

- a) El cambio del estado físico y/o mental del Asegurado.
- b) Los cambios de profesión u ocupación.
- c) La práctica sistemática de deportes, actividades peligrosas o condiciones personales que no hubieren sido declaradas en la solicitud de seguro y den lugar a sobreprimas.

Si durante la vigencia de la Póliza se produjera una agravación del riesgo, el Asegurado estará obligado a informarla por escrito dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, a partir de lo cual La Aseguradora decidirá sobre las nuevas condiciones para la continuidad del seguro, sin perjuicio de decidir su resolución cuando tal cambio lo determine. A tal efecto, emitirá el endoso correspondiente.

En caso de resolución del contrato o de no aceptar el Asegurado las nuevas condiciones propuestas por La Aseguradora, ésta le devolverá el importe de la prima no consumida.

Renovación para asegurados de más de 77 años de edad:

Los Asegurados que sobrepasen la edad límite de setenta y siete (77) años (77 años, 11 meses y 29 días), no tendrán derecho a la garantía de renovación automática, por lo que para tener derecho a la renovación de sus pólizas, deberán cumplir los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Aseguradora, bajo los siguientes términos y condiciones:

- a) Los Asegurados que sobrepasen los 77 años de edad y acumulen más de cinco(+5) años asegurados de forma ininterrumpida, tendrán derecho a la renovación de su póliza bajo las mismas condiciones establecidas en su última renovación, siempre y cuando la suma asegurada de la cobertura principal de Muerte no exceda los veinticinco mil (\$25 000.00) pesos.
- b) Los Asegurados que sobrepasen los 77 años de edad y acumulen entre dos (2) y cinco (5) años asegurados de forma ininterrumpida (ambos inclusive), tendrán derecho a la renovación de su póliza bajo las mismas condiciones establecidas en su última renovación, siempre y cuando la suma asegurada de la cobertura principal de Muerte no exceda los veinte mil (\$20 000.00) pesos.
- c) Los Asegurados que sobrepasen los 77 años de edad y acumulen menos de dos (-2) años asegurados, tendrán derecho a la renovación de su póliza bajo las mismas condiciones establecidas en su última renovación, siempre y cuando la suma asegurada de la cobertura principal de Muerte no exceda los quince mil (\$15 000.00) pesos.

De los incisos anteriores se entenderá que los Asegurados no podrán aumentar el número de coberturas contratadas en su última renovación ni podrán incrementar el monto de las sumas aseguradas ya establecidas.

Dichos Asegurados, al no contar con la garantía de renovación automática, deberán llenar el modelo de Solicitud de Seguro Individual en cada renovación anual de su póliza, sin perjuicio de ser sometidos a previo examen médico cuando la Aseguradora lo considere necesario.

Si se cancelara una póliza por el incumplimiento de pago de las primas en las fechas establecidas, con independencia de la cantidad de años asegurados por encima de 77 años, para tener derecho a la rehabilitación de su póliza, el Asegurado deberá solicitarlo por escrito a la Aseguradora si fundamentara alguna causa muy justificada, teniendo derecho solamente a contratar hasta el cincuenta (50) % de la suma asegurada original de la cobertura de Muerte, con un mínimo de cinco mil(5000.00) pesos.

Vigencia del seguro:

La vigencia del contrato de Seguro Temporario de Vida será de un (1) año, contada a partir de la fecha que se especifica en la póliza (voucher / recibo de cobro) y siempre que la prima se pague por adelantado y en las fechas establecidas.

Tipo de moneda:

Todas las sumas pagaderas o exigibles bajo la presente póliza deberán ser abonadas en pesos cubanos.

Resolución y anulabilidad de la póliza:

Toda declaración falsa o fraudulenta, que hubiera podido influir en la celebración del contrato o modificar sus condiciones, hace anulable el mismo. Será nulo este contrato por la mala fe probada de alguna de las partes.

El Asegurado una vez pagada la prima de seguro también tiene derecho a solicitar la resolución de su contrato. En este caso, se devolverá la parte de la prima que corresponda al plazo de seguro no expirado.

El contrato queda resuelto si el Asegurado abandona definitivamente el país o no realiza el pago de la prima en las fechas convenidas.

La Aseguradora no estará obligada a devolver la parte de la prima no expirada cuando la relación contractual termine por mala fe del Asegurado o por alguna declaración fraudulenta de éste que haya influido en los términos del contrato.

Territorialidad del seguro:

Esta Póliza sólo regirá en el territorio nacional de la República de Cuba. El Asegurado podrá solicitar por escrito la autorización de la extensión de las coberturas durante visitas y/o permanencias en funciones de trabajo o estudio en el exterior. La

autorización se hará mediante la emisión del correspondiente ENDOSO firmado por el Director de la UEB Provincial.

Estas extensiones de coberturas serán otorgadas cuando la persona va a permanecer en el exterior por un período de tiempo inferior a 365 días y se tendrá en cuenta qué zona geográfica o país irá a visitar y si se agravarían los riesgos por epidemias, enfermedades, conflictos bélicos, entre otros.

Las personas que en cumplimiento de misiones de trabajo o de colaboración en el exterior, (diplomáticos, marineros, médicos u otros trabajadores cumpliendo misiones internacionalistas), vayan a permanecer por un período de tiempo superior a 365 días podrán suscribir pólizas individuales de seguro temporario de vida por las coberturas y hasta los límites de suma asegurada siguientes:

1. Cobertura de muerte, cualquier múltiplo de mil hasta veinticinco mil pesos.
 - Beneficio adicional de gastos funerales, por cien pesos.
2. Cobertura de Incapacidad Permanente Accidental, Total o Parcial, cualquier múltiplo de mil hasta veinticinco mil pesos.

Es importante que el propio asegurado concerté la póliza personalmente y firme la solicitud de seguro en la concertación, pudiendo ser abonada la prima en los plazos pactados, a través de sus familiares o personas que se responsabilicen por escrito ante la Aseguradora con el pago de la prima.

Prescripción:

Las acciones para ejercitar algún derecho emanado de la presente Póliza prescriben en el término de un (1) año, contado a partir del momento en que tal acción pudo ser ejercitada.

Proceso de reclamación de siniestros.

El proceso de reclamación se divide en tres fases fundamentales, a saber:

- 1.- **Apertura de la Reclamación**, (modelo RECLAMO).
- 2.- **Liquidación de la Reclamación**, (modelo REQUISICIÓN DE PAGO).
- 3.- **Pago de la suma asegurada**, (modelo REQUISICIÓN DE PAGO).

Apertura de la reclamación:

Esta es sin dudas la parte más importante de todo el proceso de reclamación. Para hacer efectiva una reclamación, el reclamante deberá personarse ante el funcionario de la UEB Provincial de Seguro o de la RTV en cuestión para dar aviso de la ocurrencia del riesgo o podrá hacerlo a través de su agente de seguros, o por teléfono, si es sólo para notificarla. En cualquiera de los casos, el Asegurado, los beneficiarios o herederos, deberán aportar las informaciones necesarias para ser contenidas en el modelo de **RECLAMO**, a saber:

- Nombres y apellidos del Asegurado.
- Póliza o voucher.
- No. de recibo de cobro.
- Detalles sobre de la ocurrencia de la muerte o del accidente (fecha, lugar y hora).
- Lesiones que provocó el accidente.
- Declaraciones y nombres y apellidos de testigos, si los hubiere.
- Si intervinieron las autoridades, acompañar declaraciones o denuncia a la Policía.
- Cobertura(s) por la(s) que reclama.
- Nombre del Centro Hospitalario que atendió al Asegurado.
- Debe quedar claro quién notifica y quién recibe la notificación por La Aseguradora.

La información que debe contener el modelo **RECLAMO** se extrae de los datos de la póliza de seguro y de la descripción que hacen los reclamantes.

MUY IMPORTANTE:

1. El técnico o especialista de reclamaciones de la UEB Provincial o del territorio, primeramente deberá verificar si la Póliza estaba vigente al momento de ocurrir el siniestro y si la prima fue pagada.
2. Posteriormente analizará la información contenida en el modelo RECLAMO y en los documentos presentados por los reclamantes, probatorios de los hechos y de la naturaleza del siniestro.

- **En caso de reclamaciones por las coberturas de Incapacidad Permanente e Incapacidad Temporal Accidental**, el Técnico deberá cerciorarse a través de los certificados médicos presentados si la causa que originó la Incapacidad fue un accidente de los previstos en las definiciones para el Seguro Temporario de Vida. En caso de ser la causa una enfermedad u otro tipo de lesión no cubierta por la Póliza, deberá explicárselo claramente al cliente y rechazar la reclamación.
- **En caso de accidentes donde no intervengan las autoridades**, el Técnico de la Oficina debe requerir del Asegurado, además del Certificado Médico, de ser posible, la declaración por escrito de 2 testigos como mínimo, los cuales deben reflejar claramente sus nombres y apellidos, la descripción de los hechos y las circunstancias acaecidas, así como el lugar, fecha y hora en que acontecieron éstos.
- **Si intervinieron las autoridades**, deberán presentar copia del acta o denuncia de la PNR, del escrito de archivo o sobreseimiento de las actuaciones o de la sentencia firme del Tribunal que resolvió el caso, según corresponda.
Si el Asegurado sufriera un accidente y de momento no pudiera determinarse una incapacidad permanente, la reclamación quedará abierta hasta tanto el médico que lo atienda certifique la misma o se dictamine ésta por la Comisión Médica Provincial del Seguro de Vida (Resolución Ministerial MINSAP No. 131/2004). Es importante resaltar aquí que la incapacidad debe manifestarse dentro de los 12 meses posteriores a la ocurrencia del accidente.

- **En caso de gastos farmacéuticos**, al ser una cobertura de gastos, será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado de las facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados y prescritos por el Facultativo del Centro Hospitalario reconocido a tales efectos. Es imprescindible que el Asegurado demuestre que fueron incurridos por él y que los mismos se corresponden con la naturaleza de las lesiones que provocó el accidente. La Aseguradora no tomará a su cargo los gastos por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis.
- En caso de muerte, los beneficiarios o herederos del Asegurado deberán presentar los documentos pertinentes que atestigüen su identidad y sus derechos como reclamantes, a saber:
 - La Póliza o voucher.
 - Último recibo de cobro, de ser posible.
 - Certificación de defunción del Asegurado.
 - Carné de identidad del(los) reclamante(s), informes, documentos o certificaciones médicas relativas al fallecimiento del Asegurado, destinados a probar la causa de la muerte y todas las circunstancias necesarias para establecer la obligación de pago de La Aseguradora.
- Si la solicitud fuera hecha por los herederos, deberán presentar copia de la Escritura de Aceptación y Adjudicación de la Herencia.
 La carga de la prueba en esta cobertura le corresponderá siempre a los herederos o beneficiarios del Asegurado, o lo que es lo mismo, son ellos los que están obligados a probar los hechos y a hacer valer sus derechos. Por ejemplo, la certificación de defunción es la prueba de que el Asegurado ha fallecido. Pero la Póliza no cubre cualquier muerte, porque existen exclusiones. Por lo tanto, ellos también tendrán que demostrar a La Aseguradora documental o testificalmente (en los casos que proceda o sea posible), cómo ocurrió la muerte del Asegurado, o sea, cuál fue la causa que la motivó.
- **En caso de Gastos Funerales**, **los reclamantes tendrán derecho al cobro de este beneficio, en la misma proporción de la suma asegurada para la cobertura de muerte, sin necesidad de presentar documentos probatorios.**

Verificaciones

En caso de que el Técnico de la Oficina tenga dudas sobre alguna cuestión relacionada con los hechos o documentos presentados que no haya quedado fehacientemente probada por los reclamantes, deberá someterla a investigación en el término de veinte(20) días hábiles contados a partir de la fecha en que se recibió la documentación.

Deberán investigarse TODAS las reclamaciones por la cobertura de MUERTE, dejando constancia escrita en los expedientes de los resultados de las diligencias practicadas en cada caso, sin obviar las relacionadas con la legitimidad de las certificaciones de defunción y de los certificados o dictámenes médicos presentados. Ej. Puede realizarse desde una llamada por teléfono o una visita al Registro Civil, Cementerio y/o Funeraria (tomando siempre los datos generales de la(s) persona(s) que corrobora(n) la información, así como la fecha y hora) hasta una investigación más profunda a través de especialistas de la UEB provincial y/o con el Servicio de Detectives de SEPSA, cuando los casos lo requieran.

Las reclamaciones por Incapacidad Temporal o Permanente, de acuerdo al RESUELVO PRIMERO de la Resolución Ministerial No. 131/2004 del MINSAP, deberán someterse a la consideración de las Comisiones Médicas Provinciales del Seguro de Vida, constituidas oficialmente para la evaluación y diagnóstico de los asegurados, en los cuales concorra alguna de las circunstancias siguientes:

1. La existencia de dudas, conflictos o contradicciones en cuanto al diagnóstico recibido, así como en la conducta terapéutica prescrita. (La legitimidad del Certificado Médico como de cualquier otro documento, así como cuños y firmas, no se verifican en esta Comisión).
2. El otorgamiento de certificados médicos, durante un período que exceda los ciento ochenta (180) días de reposo, en caso de incapacidad temporal por accidente, de origen común o de trabajo. (Se utiliza esta Comisión, si el Director Provincial autoriza extender el alcance de la cobertura hasta 180 días más).

3. El otorgamiento de certificados médicos por incapacidad permanente, parcial o total, por accidente de origen común o de trabajo, determinando los niveles o grados de invalidez, de acuerdo a la Tabla de Incapacidades aprobada para este seguro. (Se utiliza esta Comisión cuando no existe un certificado médico o Dictamen de Peritaje Médico anterior que la certifique o falta el % de incapacidad en ese certificado, o cuando sí existe el certificado, pero es dudoso o contradictorio (punto No. 1)).

Esclarecidas todas las dudas, el Técnico archivará en el expediente las pruebas practicadas en su investigación, procediendo, de encontrarse todo en orden, a la REQUISICIÓN DE PAGO, o a rechazar la reclamación, mediante un Dictamen bien fundamentado y firmado por el Director de la UEB provincial o por un funcionario designado al efecto. Copia de este Dictamen deberá archivar en el expediente de póliza o de reclamación, según sea el caso.

Muy importante:

- Para el Seguro de Vida el Asegurado y su familia son lo más importante. En ningún caso se puede ver perjudicada la calidad de servicio al cliente. El pago de la suma de seguro, cuando corresponda, deberá efectuarse lo más pronto posible a la ocurrencia del siniestro.
- En ningún caso se podrá perder el respeto, la educación y la profesionalidad hacia el cliente. Por tanto, deberán evitarse acusaciones o insinuaciones de falsedad, estafa, engaño o de fraudes verbales o escritos contra el cliente. El técnico de reclamaciones puede valerse de los agentes de seguro para obtener mayor información sobre el cliente.
- El estado de opinión del técnico de reclamaciones sobre alguna cuestión relacionada con los hechos podrá intercambiarlo con otros especialistas de su Oficina, de otras provincias o de la Dirección de Operaciones, basándose en sus propias experiencias de trabajo; pero nunca con personal ajeno a la entidad.

La violación de cualquiera de estos principios podrá ser susceptible de medida disciplinaria.

Importe de la indemnización.

- **Si es por incapacidad temporal**, el número de días de reposo y el importe de renta diaria que se paga, así como la lesión o lesiones resultantes del accidente. En el escaque Observaciones deberá quedar especificado claramente cuántos días totales de reposo se han pagado hasta la fecha, así como hacer referencia a los certificados médicos consecutivos que se pagan.
- **Si es por incapacidad permanente**, la suma asegurada y el % que se paga para esta cobertura, mencionando la incapacidad resultante, basándose en la Tabla de Incapacidades y/o en el Certificado o Dictamen Médico correspondiente. En el escaque Observaciones deberá especificarse la referencia al certificado o dictamen médico que corresponda.
- **Si es por la cobertura de muerte**, la suma asegurada y el importe liquidado a cada beneficiario o heredero. Hacer referencia al certificado médico y de defunción que corresponda.
- **Si es por gastos farmacéuticos**, el importe a pagar hasta la suma contratada y contra los documentos probatorios presentados. Hacer referencia a las facturas o documentos que correspondan.

En los casos de reclamaciones por la cobertura de incapacidad temporal accidental, no será obligación del Asegurado pagar en ese momento la prima que adeuda del año, si no que la misma se le cobrará de acuerdo a los plazos pactados.

La Aseguradora tendrá derecho a **hacer examinar al Asegurado** antes de realizar el pago de cualquier suma de seguro, valiéndose de las Comisiones Médicas Provinciales del Seguro de Vida.

El pago de cualquier suma de seguro siempre se efectuará **en el territorio nacional** y dentro de los **diez (10) días hábiles** posteriores a la fecha en que se haya realizado la **REQUISICIÓN DE PAGO**.

- **En caso de Incapacidad Permanente Accidental, Total o Parcial:**

Si por cualquier causa el Asegurado fallece antes de recibir los pagos por una incapacidad, sea temporal o permanente, sus **herederos** tendrán derecho a recibir la suma pendiente de pago; sin embargo, la suma de seguro de la cobertura de muerte será pagada a sus beneficiarios.

- **En caso de fallecimiento del Asegurado:**

a)- Si no se designó Beneficiario, si éste muere antes que el Asegurado sin haber hecho una nueva designación o si muere simultáneamente con él, los beneficios del seguro le corresponden a los herederos del Asegurado.

b)- Si son designados varios beneficiarios, la parte estipulada del que muera antes que el Asegurado, se distribuirá proporcionalmente entre los beneficiarios sobrevivientes, siempre que no esté estipulado otra cosa.

c)- Si el beneficiario muere posterior al Asegurado y la suma de seguro que le correspondía queda sujeta a pago, entonces el derecho a recibirla le corresponde a los herederos de esa persona y no a los herederos del Asegurado.

Ausencia y presunción de muerte.

Si como consecuencia de un accidente cubierto por este seguro, no se tuviera noticias del Asegurado por un período mayor de **seis(6) meses** y previa declaración judicial de un Tribunal competente, se hará efectivo el pago de la suma de seguro por muerte a los beneficiarios o herederos, según sea el caso. Si posteriormente recibiéramos noticias ciertas de él, La Aseguradora tendrá derecho a exigir de éstos el reembolso de las sumas pagadas. En este caso al realizar la liquidación de la reclamación, los beneficiarios o herederos deberán firmar un documento donde se comprometan a reintegrar a La Aseguradora la suma recibida.

- **En caso de Incapacidad Temporal Accidental:**

Agravación por concausa.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente del mismo, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, el pago de la suma de seguro que correspondiere se liquidará de acuerdo con las consecuencias que presumiblemente el mismo accidente hubiere producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

Otros seguros.

Si el Asegurado estuviere amparado por otros seguros que cubran los mismos riesgos en forma simultánea con éste, deberá declararlo por escrito inmediatamente a La Aseguradora. La Aseguradora estará obligada a indemnizar la sumatoria del total de beneficios de todas las pólizas concurrentes, hasta los límites máximos previstos en este seguro.

2.2 Caracterización de la Empresa de Seguro Estatal Nacional (ESEN) de Sancti Spíritus.

Este trabajo se desarrolla en la UEB Dirección Provincial de Seguros Sancti Spíritus, perteneciente al grupo CAUDAL y subordinada al Ministerio de Finanzas y Precios, la misma está ubicada en la calle Bartolomé Massó No. 209 altos, Sancti Spíritus.

La UEB Provincial de Seguros Sancti Spíritus tiene como objetivo económico fomentar las diversas formas del seguro socialista, para proteger bajo cobertura financiera el nivel de desarrollo alcanzado por los distintos eslabones de la economía nacional y para ello su objeto social incluye las siguientes actividades económicas principales:

Desarrollar operaciones de seguros y reaseguros, en MN y divisas a personas naturales y jurídicas, cubanas y extranjera.

Realizar operaciones de recobro en MN y divisas de personas naturales y jurídicas, cubana y extranjera.

Realizar actividades preparatorias y complementarias al seguro dirigidos a la evaluación de riesgo y prevención de daños, en MN y divisas a personas naturales y jurídicas, cubanas, extranjera.

Realizar inversiones financieras de fondo no comprometido en MN y Divisa

Misión

Brindar servicios de seguros, reaseguros y otros afines, con un personal calificado y altamente comprometido, que garanticen la confianza y satisfacción de nuestros clientes, un desarrollo sostenible y el aumento del aporte a la sociedad.

La Visión es la expresión del estado deseado de la empresa en un horizonte a 5 años y refleja, como desea ser vista la entidad por los clientes, proveedores y sociedad en general.

Visión

Estamos posicionados en el mercado del seguro, con servicios de excelencia en todo el territorio nacional, personal altamente especializado y comprometido, una consolidada estructura y solidez financiera.

Valores compartidos deseados

Efectividad: cumplimiento de los objetivos y tareas, uso racional y efectivo de los recursos asignados con óptimo aprovechamiento del tiempo, agilidad en la solución de problemas y priorización de tareas.

Profesionalidad: actuación con entrega y calidad en el cumplimiento de las misiones asignadas, trabajar con sentido de excelencia y rigor técnico, dar de sí lo mejor en todo momento, aportar conocimientos e ideas en bien del trabajo, mantener una actitud consciente y sistemática ante la superación y trabajar con disposición a la colaboración.

Objetivos estratégicos. (Período 2009 al 2013)

Objetivo1:

Alcanzar logros significativos en organización interna, la gestión empresarial de seguros y con resultados eficientes

Criterios de medida:

1. Implantado con éxito el Sistema de Dirección y Gestión Empresarial, acorde a lo planteado en el decreto ley 252/07 y 2l 281/07
2. Cumplida satisfactoriamente la Estrategia Integral de la empresa y la de sus UEB.
3. Alcanzada la categoría de Empresa Competente
4. Cumplidos los requerimientos establecidos de calidad en los procesos fundamentales y mantenido la certificación del sistema.

5. Al menos quedar como finalista en alguno de los premios que se ofertan a las empresas cubanas

Objetivo2:

Mantener el liderazgo en la gestión de seguros en el sistema empresarial del Grupo Caudal

Criterios de Medida:

1. Implementados los cambios a los productos de seguros
2. Rediseñadas las políticas y estrategias internas para aumentar la gestión en cada nivel de dirección.
3. Incrementada la organización y control de la red de intermediación
4. Aplicadas políticas encaminadas a potenciar la actividad del seguro como mecanismo de protección financiera de la economía.
5. Ejercido un mayor control sobre las UEB, logrando mayor eficiencia en su gestión a partir de las políticas trazadas.

Objetivo3:

Alcanzar altos índices de eficiencia económica en los procesos fundamentales.

Criterios de medidas:

1. Implantado el manual de Contabilidad en el 2009 con sus respectivos procedimientos.
2. Obtenido resultados eficientes en los planes aprobados para los distintos ramos del seguro y por cada UEB
3. Cumplido en tiempo y forma los compromisos con los asegurados que así lo requieran
4. Cumplidos los compromisos con el sistema presupuestario

Objetivo 4:

Implantar los programas de Mercadotecnia y el sistema de Comunicación empresarial de la organización.

Criterios de Medidas:

1. Elaborados e implementados los manuales de Comunicación y el de Identidad Corporativa de la entidad hasta sus unidades
2. Aplicados con éxito los programas de Mercadotecnia, incluyendo las estrategias de inteligencia empresarial
3. Instrumentado y desarrolladas las competencias para la aplicación del Manual de Comunicación Empresarial
4. Alcanzado un conocimiento razonable sobre nivel de satisfacción de los clientes. obteniendo un 90% o mas de satisfacción con el servicio que se brinda.

Objetivo 5:

Alcanzar un desarrollo superior en la Gestión Integral del Capital Humano en el sistema empresa.

Criterios de Medidas:

1. Realizado de forma sistemática el diagnóstico, al trabajo de Capital Humano desarrollado en la empresa.
2. Elaborada e implementada la Política de Capacitación y Desarrollo de la empresa, incluye hasta los agentes de seguros, que garantizan una adecuada gestión del conocimiento
3. Elaborado y validado conjuntamente con CECOFIS el sistema de Acreditación para los trabajadores de la Empresa en materia de Seguros.
4. Evaluado de Satisfactorio la aplicación de cada sistema del Sistema Integral de Capital Humano.

5. Preparadas las condiciones para optar por la Certificación del Sistema de Gestión de Capital Humano.

Objetivo 6:

Implantar un sistema integrado de dirección, (Calidad, Control Interno, Seguridad y Salud y medio Ambiente).

Criterios de Medidas:

1. Integrado el Sistema de Calidad y Control Interno.
2. Mantenido el aval del sistema de Gestión de Calidad
3. Implementado y avalado el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.
4. Implementado y certificado el Sistema de Gestión Ambiental.

Objetivo 7:

Lograr que la informatización ofrezca la información suficiente y oportuna para la toma de decisiones en la empresa

Criterios de Medidas:

1. Concretado el trabajo del software técnico de seguros.
2. Implementado el sistema automatizado para la Gestión de Capital Humano. y la plataforma del software EXCAT en su versión Globe.
3. Actualizada y funcionando la página WEB de la empresa.
4. Garantizar una adecuada seguridad informática, actualizando los planes de seguridad informática según la Resolución 127/07 del MIC.

Estructura Organizativa:

La Unidad Empresarial de Base funciona con una estructura organizativa formada por una dirección con cuatro direcciones funcionales, lo cual se refleja en el Anexo No. 3.

❖ Grupo Comercial

- Organizar, dirigir y controlar la actividad de mercado, técnica y venta de la Empresa potenciando la atención a la red de Agentes de Seguros.
- Responder por la calidad de los servicios que se presentan, garantizando el nivel de competitividad y presencia en el escenario económico.
- Evaluar y responder por los resultados obtenidos en el cumplimiento del Plan de ingresos y del Plan de Negocios de la Empresa.
- Definir, ejecutar y controlar acciones de relaciones públicas.
- Garantizar la imagen corporativa y la cultura industrial.

❖ Grupo de Reclamación, Ajustes y Liquidación de Siniestros.

- Elaborar y reelaborar coberturas de Seguros y de valores agregados a los productos planteando los esquemas técnicos, que sustenten el cálculo de las tarifas y condiciones contractuales correspondientes.
- Organizar, dirigir y controlar el proceso de reclamación por riesgos asegurados así, como la tasación de riesgos no asegurados por encargo expreso del Ministerio de Finanzas y Precios y emitir las informaciones parciales y resúmenes correspondientes.

❖ Grupo de Contabilidad y Finanzas

- Dirigir, coordinar y controlar el proceso de elaboración del plan, en correspondencia con los lineamientos y enmarcamientos emitidos por la instancia superior, de manera que se cumplan los objetivos básicos de su

funcionamiento y se recojan en él los servicios seleccionados y otros indicadores directivos.

- Elaborar y defender el plan y el presupuesto de ingresos y gastos tanto en moneda nacional como en moneda libremente convertible, ante el Ministerio de Finanzas y Precios, organizar las formas y métodos que favorezcan su ejecución en el volumen, eficiencia económica y calidad prevista.
- Evaluar los resultados económicos.
- Orientar, organizar y ejecutar la creación de condiciones para reducir los costos y gastos.
- Ejecutar una eficiente gestión de cobros y pagos, que permita lograr la liquidez necesaria para cumplir sus obligaciones económicas.
- Definir las formas y métodos de ejecutar los servicios financieros.
- Organizar, dirigir y ejecutar la actividad contable y financiera.

❖ **Grupo de Recursos Humanos y Administración.**

- Elaborar la plantilla de cargo, en el marco del plan o presupuesto de cada año.
- Organizar, dirigir y controlar el proceso de selección del personal conforme a las normas establecidas.
- Organizar y controlar la actividad de seguridad y salud en el trabajo y las medidas para preservar el medio ambiente.
- Organizar y garantizar los procesos de capacitación de los trabajadores cuadros y Agentes de Seguros, a través del diagnóstico de sus necesidades de aprendizaje.
- Orientar y dirigir el proceso evaluativo del desempeño de los cuadros y trabajadores.

2.3 Comportamiento del seguro temporario de vida en la Provincia de Sancti Spíritus.

La Empresa de Seguros Nacionales para la proyección de sus metas toma como base el Sistema de Control y Gestión de la calidad, los objetivos proyectados para el período y a los que se les dará seguimiento durante el año, para esto se concibe la estrategia comercial que será la principal herramienta a utilizar para potenciar la actividad comercial de Seguro.

La estrategia comercial se elabora de forma anual y constituye una de las herramientas básicas de dirección de la ESEN a todos los niveles, concebida como el conjunto de acciones, tareas principales y prioridades que permitirán potenciar su actividad comercial para el año en curso, concentrando los recursos que disponemos, en función del posicionamiento de sus productos y servicios en los mercados meta identificados, bajo una estricta política de ahorro y eficiencia en su gestión

Entre los mercados meta identificados está la población asegurable del país, por territorios, entre 18 y 77 años de edad y dentro de esta, la económicamente activa agrupada en los grandes colectivos laborales.

Los productos prioritarios que debemos potenciar en dichos mercados meta y que se mantienen sin restricciones en su plan de ventas y de comunicación son:

En CUP: Seguro Temporario de Vida, en sus tres modalidades, Individual, Colectiva y Colectiva Optativa.

La gestión empresarial está dada por el uso correcto y oportuno de los recursos sobre la base de un plan objetivamente elaborado, teniendo en cuenta las necesidades y posibilidades de la economía, lo cual se materializa concretamente en una disminución de los índices de consumo por peso de producción o servicios brindados.

En la actualidad el desarrollo alcanzado por la ESEN en nuestro país demuestra las potencialidades económicas y las reservas internas que poseen las empresas cuando se realiza sobre bases científicas un estudio preliminar de sus posibilidades en un mercado cada vez más competitivo. Este estudio debe continuar durante las ventas y posterior a las mismas (post-venta), lo cual permitirá conocer con antelación las posibles variaciones que pueden tener sus planes, así como la estrategia a emplear para aumentar sus cuotas de mercado.

Uno de los elementos básicos en el análisis económico que realiza la ESEN es la relación pérdida-prima, la cual se puede analizar para el total, o para líneas en particular, como es el caso del Seguro Temporario de vida ,así como el plan y real alcanzado.

En la siguiente expresión estadística se puede ver sus elementos integrantes:

$$\text{Relación pérdida prima} = \frac{\text{Indemnización}}{\text{Ingresos prima}}$$

Esta relación nos indica el valor que se indemniza (Pago) por cada peso de ingreso prima que se recibe.

A continuación se realiza un análisis comparativo de los Ingresos- Indemnización en el Seguro Temporario de Vida, en el período 2009- 2011.

Tabla No.1 Comportamiento de los ingresos primas en la línea Seguro Temporario de Vida (2009-2011) en CUP, U/M: MP

Línea	Año 2009			Año 2010			Año 2011		
	Plan	Real	%	Plan	Real	%	Plan	Real	%
Vida	1171.0	1216.79	104	1309.50	1323.91	101.1	1343.0	1458.77	108.6

Fuente: Informes estadísticos de los indicadores económicos financieros

Las estadísticas representadas anteriormente nos muestran que se han cumplido de forma paulatina los planes de ingresos propuestos para cada año, siendo el de mejores resultados el 2011, con un crecimiento de 241.98MP con respecto al real de 2009. Manteniendo resultados satisfactorios en la gestión empresarial, indicador fundamental que ha conllevado a que nuestra empresa continúe en perfeccionamiento.

Tabla No.2 Análisis del comportamiento de las indemnizaciones en la línea Seguro Temporario de Vida (2009-2011) en CUP, U/M: MP

Línea	Año 2009			Año 2010			Año 2011		
	Plan	Real	%	Plan	Real	%	Plan	Real	%
Vida	370.5	387.47	104.58	386.60	380.92	98.53	390.20	340.13	87.17

Fuente: Informes estadísticos de los indicadores económicos financieros

Haciendo un análisis en el período, solo en 2009 se paga más de lo planificado, en el cual incidieron las muertes ocurridas a nuestros clientes que sumaron 16, e implicaron 246.0 MP, además se ha incrementado el número de clientes y por lo tanto la probabilidad de aumentos en las indemnizaciones por este concepto, pero se evidencia que la relación pérdida prima se encuentra a solo 0.32 centavos por cada peso ingresado, puesto que los niveles de ingresos sobrepasan 1.2 millones de pesos. En los demás años las indemnizaciones se comportaron por debajo de lo planificado, aspecto éste que es positivo, pues fueron gastos que no tuvo que enfrentar la empresa.

A continuación se realiza un análisis comparativo de los Ingresos y las indemnizaciones en esta línea durante los años 2009- 2011 en la provincia.

Tabla No. 3 Análisis de los ingresos e indemnizaciones en la línea Seguro de Vida.

Año 2009

Línea	Ingresos (MP)	Indemnizaciones (MP)	Relación Indemniz./Ing.
Vida	1216.79	387.47	0.32

Fuente: Informes estadísticos de los indicadores económicos financieros

Año 2010

Línea	Ingresos (MP)	Indemnizaciones (MP)	Relación Indemniz./Ing.
Vida	1323.91	380.92	0.29

Fuente: Informes estadísticos de los indicadores económicos financieros

Año 2011

Línea	Ingresos (MP)	Indemnizaciones (MP)	Relación Indemniz./Ing.
Vida	1458.77	340.13	0.23

Fuente: Informes estadísticos de los indicadores económicos financieros

Como se puede observar en todos los años existió rentabilidad pues los pagos realizados están muy por debajo de los ingresos, ya que sistemáticamente los ingresos fueron aumentando y las indemnizaciones fueron disminuyendo. Con una relación pérdida prima promedio de 0.28 centavos.

A pesar de que los resultados expuestos anteriormente son favorables, cuando nos centramos en el por ciento de penetración de la población asegurable entre 18 y 77 años en la provincia de Sancti Spiritus, nos muestra que este es insuficiente.

Tabla No.4 Población asegurada de la provincia de los años 2009 al 2011

Población Asegurada	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Crecimiento en el período 2009- 2011
	6981	7067	9130	2149

Tabla No. 5 Relación entre la cantidad de asegurados y la población asegurable en la provincia de Sancti Spíritus

Población asegurable	Cantidad real de asegurados al cierre de 2011	% de penetración en el potencial asegurable
350288	9130	2.61

Para la determinación del potencial asegurable, se tomó como base la población total de la provincia en el año 2011, según datos obtenidos de la Oficina Provincial de Estadísticas, entre las edades de 18 a 77 años.

El período analizado refleja el incremento en la cantidad de personas aseguradas que ha crecido en 2149 nuevos asegurados, discreto aumento pero que ha sido sistemático en su avance, en este sentido podemos abordar que el mayor despegue se ha alcanzado a partir de la puesta en práctica de las nuevas modificaciones del producto durante el año 2011. Cuando este mismo resultado es comparado con la población que se puede asegurar en la provincia solo representa un 2.61%

2.4 Propuesta de acciones

Para continuar potenciando la divulgación y comercialización de las bondades que ofrece el Seguro Temporario de Vida se proponen y aplican las siguientes acciones:

1- Priorizar la captación, selección y preparación integral de agentes naturales y jurídicos para la comercialización de seguros dirigidos a la población, así como el desarrollo de acciones de capacitación a toda la red de intermediación, técnicos y especialistas, sobre las modificaciones a los productos de seguros.

2- Consolidar el funcionamiento y reorganización de la red de Intermediación, a nivel de brigada, estableciendo encuentros sistemáticos que posibilitaron su actualización y estricto cumplimiento de sus derechos, deberes y obligaciones para con la empresa y los asegurados.

3- Propiciar sistemáticamente conferencias, charlas e intervenciones públicas en los CDR, Consejos Populares, Circunscripciones y Centros Laborales de importancia en cada localidad, aprovechando las asambleas sindicales de estos centros

4- Desarrollar un plan de comunicación en la prensa escrita, radial y televisiva, por parte de las Direcciones de Operaciones y Desarrollo, así como de las Direcciones de cada UEB, con el objetivo de brindar la mayor información posible a nuestra población, asegurada y no asegurada, sobre las ventajas y beneficios de este producto.

5- Continuar potenciado la comercialización de la modalidad Colectiva y Colectiva Optativa del Seguro Temporario de Vida, por descuento en nómina de los trabajadores, a través de acuerdos sostenidos con las diferentes Secciones Sindicales, logrando incorporar este aspecto dentro del Convenio Colectivo de Trabajo.

2.5 Resultado de las acciones propuesta.

Después de la puesta en práctica de estas acciones se obtuvieron los siguientes resultados:

Al iniciar el año 2009 contábamos con 61 Agentes de Seguros Personas Naturales, al concluir el 2011 la red de intermediación estaba compuesta por 98 agentes y 8 expedientes de aspirante a Agentes de Seguro Persona Natural enviados a la Oficina Central para su tramitación y en espera de aprobación. En lo relacionado a las CCSF como Agentes de Seguro Personas Jurídicas podemos decir que en nuestra UEB teníamos expedientadas 72 en 2009, de ellas aprobadas 43 y funcionando 7. Al concluir el 2011 tenemos expedientadas 157, de ellas aprobadas 102 y vendiendo seguros 63.

En lo concerniente a la preparación de la red de intermediación, técnicos y especialistas con vista a su consolidación y mejor funcionamiento teniendo en cuenta las modificaciones del producto se desarrollaron las siguientes capacitaciones:

Categorías	Capacitaciones por años		
	2009	2010	2011
Técnicos y Especialistas	45	47	51
Red de Intermediación	105	118	136
Total	150	165	187

Apoyados en la red de agentes, con técnicos y funcionarios de la UEB en el período que se analiza se desarrollaron un total de 212 acciones de promoción de ellas, 62 fueron matutinos; 54 seminarios en Secciones sindicales, CCSF y otras entidades; 40 encuentros con factores del territorio y 56 reuniones en los CDR, Circunscripciones y Consejos Populares.

Cumpliendo con lo referido a la publicidad y promoción para facilitar un mayor conocimiento en la población de todo lo relacionado con nuestra actividad, se efectuaron 12 entrevistas dirigidas a la prensa plana, se participaron en 61 programas radiales y 15 programas televisivos, para un total de 88 actividades en el trienio.

A partir de la puesta en práctica de todo este andamiaje de acciones se pudo comprobar a través de nuestros informes estadísticos y los niveles de ingreso y rentabilidad que mensualmente se llevan a cabo no solo desde el punto de vista contable si no para las pautas a seguir en el mercado, lo avances significativos en la comercialización de las diferentes modalidades de seguro.

Esto refleja la fidelidad mantenida a los clientes a través del cobro oportuno de las primas en los cobros aplazados y renovaciones. Según este comportamiento real, se asumen iguales sumas para próximos períodos, teniendo en cuenta que la mayor parte de los asegurados son trabajadores y sólo pueden destinar una pequeña parte de su salario para el pago, considerando además que entre estas edades de aseguramiento existen personas con condiciones físicas y de salud desfavorables, las cuales constituyen exclusiones dentro de la póliza, así como la poca cultura que sobre el seguro existe hoy en nuestra población.

CONCLUSIONES

- El estudio de la bibliografía vigente respecto al tema investigado permitió dar cumplimiento a los objetivos propuestos.
- En la UEB Provincial de Seguros de Sancti Spíritus, existe un incremento en la concertación de nuevos Seguros Temporarios de Vida, pero estos resultados representan un por ciento muy bajo de penetración en la población asegurable.
- Existe poca cultura por parte de nuestra población sobre el Seguro Temporario de Vida.

RECOMENDACIONES

- La dirección y los especialistas de la ESEN deben continuar desarrollando el conjunto de acciones que se relacionan en el presente trabajo para lograr un mayor conocimiento en la población sobre el Seguro Temporario de Vida.
- Llevar esta propuesta de acciones hacia otras provincias del país con el objetivo de dar mayor divulgación a este tipo de Seguro.

BIBLIOGRAFIA

1. Aspectos básicos sobre la Venta de Seguros. Octubre 1988
2. Curso Básico de la AAPS, 1994
3. Curso de Formación de agentes y Corredores del Seguro, módulos del 1 al 9, Colectivo de Autores. Escuela Cubana del seguro 1995
4. Historia Antigua y Media. E. Marbán. 1958
5. Marketing y Gestión comercial de Seguro, Editorial MAFRE. Madrid, España, 1996
6. Modulo del Diplomado de Dirección Comercial para Empresas de Seguro. CECOFIS. La Habana. 2000
7. Manual de Seguros Personales.

Anexo 1

GRUPO OCUPACIONAL DEL ASEGURADO

A los efectos de este seguro, se establecen cinco Grupos Ocupacionales atendiendo a la menor o mayor peligrosidad de las ocupaciones:

Grupo	Ocupaciones
I	Estudiantes sin vínculo laboral.
I	Trabajadores que realicen funciones en lugares no peligrosos, utilizando materiales, equipos o herramientas, cuyo empleo no conlleve riesgos adicionales, amas de casa y personas sin vínculo laboral. Trabajos de oficina.
II	Trabajadores que por su ocupación propia necesiten exponerse constantemente a los riesgos de la transportación ya sea terrestre, marítima, aérea o naval. Personas que realicen funciones de supervisión en lugares peligrosos.
II	Trabajadores que para el desempeño de sus funciones utilicen herramientas y utensilios mecánicos ligeros; choferes profesionales (excepto los que transporten material inflamable o explosivo).
III	Trabajadores que operen equipos y maquinarias pesadas; personas que desempeñen una ocupación cuya naturaleza propia represente un peligro constante. Se incluyen trabajos en altura, bajo tierra o bajo el mar.

Si el solicitante desempeña más de una ocupación, deberá ser clasificado en el grupo ocupacional correspondiente a la ocupación más riesgosa.

En los casos de estudiantes sin vínculo laboral que permanezcan más del 50 % de la vigencia de la póliza en práctica profesional, se le aplicará la categoría ocupacional de la labor que estén realizando.

Anexo 2

Tabla de incapacidades para la incapacidad permanente

DESCRIPCION DE LOS TRAUMAS	HASTA (%):
<u>I.- SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</u>	
1. Fenómenos residuales de un grave trauma cerebral; ataques epilépticos con una frecuencia de uno por semana o más, que se reflejen en una baja capacidad mental; parálisis de las extremidades, alteración de los procesos del conocimiento (amnesia); alteraciones en la estabilidad de movimientos.	100
2. Fenómenos residuales de un grave trauma cerebral; debilitamiento considerable de la memoria y reducción del intelecto con una frecuencia no menor de una vez al mes.	75
3. Fenómenos residuales después de la fractura de los huesos del cuerpo y de la base del cerebro; presencia de defectos por trepanación (incluso el cierre con plástico).	45
4. Alteración de la función de la médula espinal como resultado de su ruptura a cualquier nivel con la paralización de las extremidades.	100
<u>II.- ORGANOS DE LA VISTA</u>	
1. Pérdida total e irrecuperable de ambos ojos.	100
2. Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal.	40
3. Pérdida del único ojo con visión.	65
<u>III.- ORGANOS DEL OIDO</u>	
1 Sordera total incurable de ambos oídos.	50
2. Sordera total incurable de un oído.	15
<u>IV.- SISTEMA RESPIRATORIO</u>	
1. Extracción de un pulmón.	60
2. Extracción de parte del pulmón.	40
3. Afectación de la tráquea, laringe o bronquios.	10
<u>V.- ORGANOS DE LA DIGESTION</u>	
1. Pérdida de la mandíbula.	50
2. Pérdida total de los dientes.	1 X diente
3. Extracción de parte del hígado, estómago, páncreas o de los intestinos.	30
4. Extracción del bazo.	25
<u>VI.- SISTEMA GENITO-URINARIO Y REPRODUCTOR</u>	
1. Extracción de un riñón.	50
2. Pérdida de los órganos reproductores femeninos.	50
3. Pérdida de los órganos reproductores masculinos.	50
<u>VII.- APARATO LOCOMOTOR</u>	
1. Afectación de varias vértebras, provocando una gran limitación de su movimiento.	30
2. Afectación del sacro o del coxis con limitaciones funcionales.	25
<u>MIEMBROS SUPERIORES</u>	
2. Pérdida total de un brazo.	65
3. Pérdida total de una mano.	60

4. Fractura no consolidada de una mano o de un brazo (seudoartrosis total).	45
5. Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30
6. Anquilosis del codo en posición no funcional.	25
7. Anquilosis del codo en posición funcional.	20
8. Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20
9. Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15
10. Pérdida total del pulgar.	18
11. Pérdida total del índice.	14
12. Pérdida total del dedo medio.	9
13. Pérdida total del anular o del meñique.	8
MIEMBROS INFERIORES	
14. Pérdida total de una pierna.	55
15. Pérdida total de un pie.	40
16. Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total).	35
17. Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total).	30
18. Fractura no consolidada de la rótula o del tobillo.	30
19. Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total).	20
20. Anquilosis de la cadera en posición no funcional.	40
21. Anquilosis de la cadera en posición funcional.	20
22. Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.	30
23. Anquilosis de la rodilla en posición funcional.	15
24. Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.	15
25. Anquilosis del empeine en posición funcional.	8
26. Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cm.	15
27. Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cm.	8
28. Pérdida total del dedo gordo del pie.	8
29. Pérdida total de otro dedo del pie.	4
VIII.- OTROS	
1. Desfiguración de rostro, después de haber recibido heridas o quemaduras.	15
2. Cicatrices visibles y permanentes en el rostro.	5

I.- Por pérdida total se entiende la amputación o inhabilitación funcional definitiva del órgano o miembro lesionado.

II.- En caso de que el perjudicado sufiere más de una de las lesiones descritas en la presente tabla, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido sin que la indemnización total pueda exceder el cien por cien(100 %) de la suma asegurada.

III.- Si con anterioridad al accidente el perjudicado hubiese sufrido la pérdida de la visión de un ojo, o la amputación de una mano o de un pie, y con posterioridad, sufiere la pérdida del otro ojo, o la amputación de la otra mano o del otro pie, sólo tendrá derecho a recibir como suma asegurada la correspondiente a la pérdida producto del accidente de que se tratare.

IV.- La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se hubiera producido por amputación o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se trata del pulgar, y a la tercera parte por cada falange si se trata del resto de los dedos.

V.- Los porcentajes que aparecen en la tabla de incapacidades para la pérdida de los miembros superiores corresponden a:

- Los miembros derechos cuando el Asegurado sea derecho.

- Los miembros izquierdos cuando el Asegurado sea zurdo.
- Para los miembros opuestos se aplicará el ochenta por ciento (80 %) de los porcentajes referidos anteriormente.

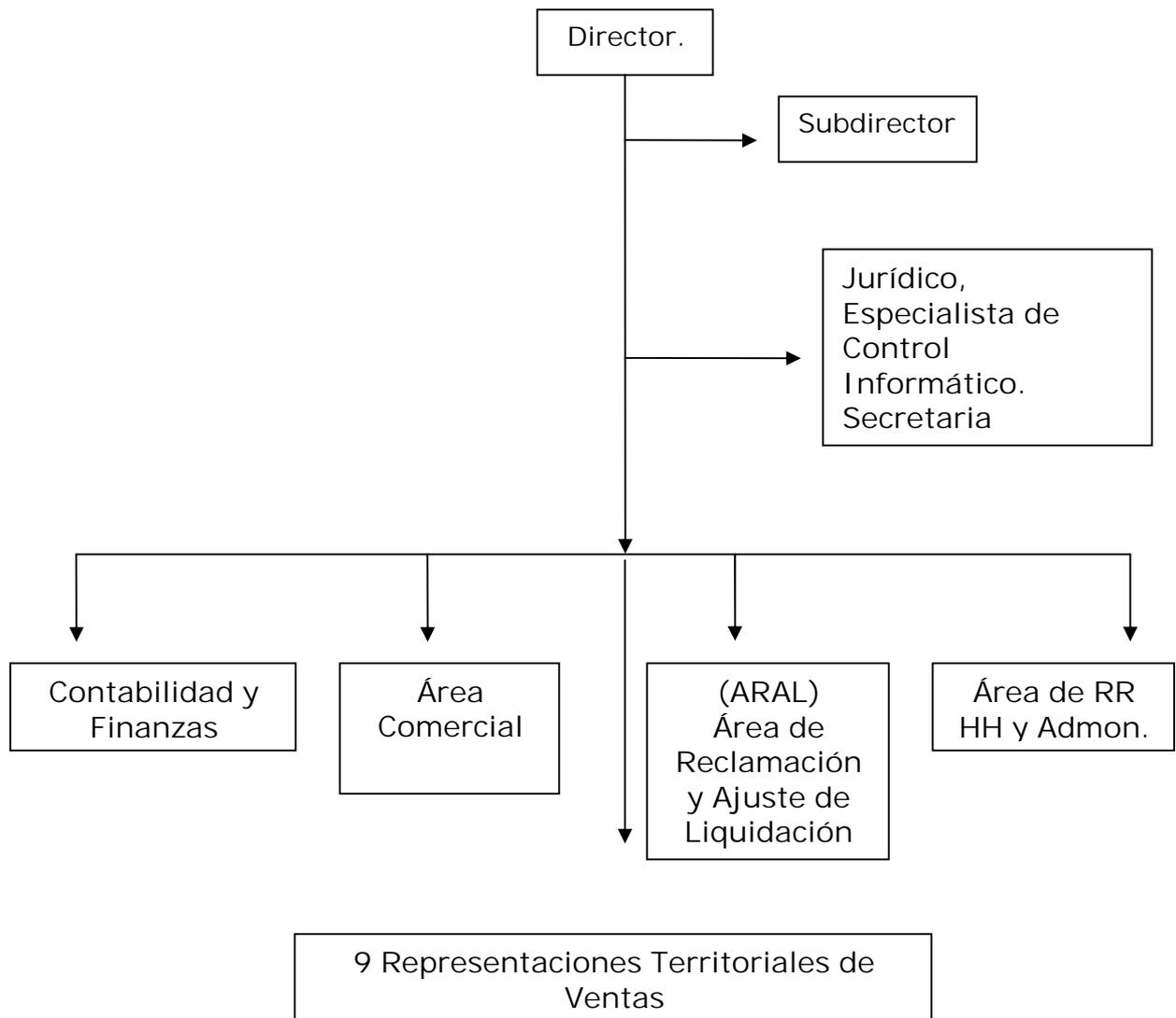
Los porcentajes para los órganos reproductores femeninos se distribuirán de la siguiente forma:

- Útero y/o cuello 10%.
- Senos 10% cada uno.
- Ovarios 10% cada uno.
- Trompas de Falopio 10% cada una.

Los porcentajes para los órganos reproductores masculinos se distribuirán de la siguiente forma:

- Pene 30%.
- Testículos 10% cada uno.

Anexos 3



Anexos 4

RESUMEN DE LAS TARIFAS PARA LA COBERTURA DE MUERTE

Edades	Tarifas (% Suma asegurada)	
	Contratación Individual y Colectiva	Contratación Colectiva Optativa
18-29	0,20	0,40 (Tarifa uniforme)
30-39	0,30	
40-49	0,50	
50-59	0,60	
60 y más	1,20	

Grupos Ocupacionales	Tarifas		
	Incapacidad Permanente	Incapacidad Temporal (Por cada \$1.00 de renta Diaria)	Gastos Farmacéuticos
I	0.20 %	\$ 5,40	1,00 %
II	0.42 %	\$ 7,20	1,80 %
III	0.80 %	\$ 9,60	2,40 %