



Modelo global de un Servicio de Prestaciones Vida y su interrelación con Suscripción

Estudio realizado por: Francisco Abián Rodríguez

Tutor: Antonio Parra Eizagaetxebarría

Tesis del Master en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras

Curso 2005/2006

Esta tesis es propiedad del autor.
No está permitida la reproducción total o parcial de este documento sin mencionar su fuente.

Presentación

Hace ya poco más de cuatro años que trabajo en Winterthur y en todo este período he estado desempeñando mis funciones en el servicio de prestaciones Vida y, en concreto, en el área de prestaciones de vida de riesgo.

El presente “*Master en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras*” me ha dado una visión global del funcionamiento de una compañía de seguros.

Por tanto, he creído conveniente que debía realizar, no sólo un estudio del funcionamiento concreto del área en la que estoy, sino también un estudio global, puesto que dicho servicio de prestaciones vida no es un servicio estanco porque día a día se interrelaciona con otros departamentos (contabilidad, informática, RR.HH., atención al cliente, mediadores y clientes, etc.).

Se trata, en definitiva, de explicar cómo debería ser un servicio de prestaciones vida en una compañía de seguros desde mi punto de vista teniendo en cuenta tanto la experiencia profesional como los conocimientos adquiridos en el presente Master.

Quiero dedicar esta tesis a mi mujer, por la paciencia que ha tenido y su apoyo incondicional, a mis padres por la educación que me han dado y mi agradecimiento a Winterthur y a mis compañeros de trabajo, por la ayuda y facilidades para poder cursar el presente Master.

Finalmente, también quiero dedicar esta tesis a mi tutor D. Antonio Parra Eizagaetxeberria, por la extraordinaria profesionalidad con la que ha gestionado la tutoría de esta tesis.

Resumen

La presente tesis se divide en dos partes: la primera consiste en defender un modelo global, tanto de la estructura y funcionamiento de un servicio de prestaciones vida como de la concreta gestión en su vertiente de riesgo y la segunda consiste en establecer todas aquellas interrelaciones entre dicho servicio de prestaciones vida y el área de suscripción.

La primera parte contiene el marco legal existente en esta materia, la defensa de la conveniencia que dicha área esté centralizada, los procesos y sistemas de información que deben regir, la experiencia profesional y académica del personal que tenga funciones en este ámbito, la formación y desarrollo continuo de dicho personal, el modelo de gestión con los proveedores (abogados, procuradores, médicos, etc.), el manual de gestión concreto para la correcta gestión de las prestaciones y otros aspectos que he considerado importantes (calidad, reclamaciones, registro de seguros de vida, etc.).

La segunda parte trata de describir aquellos aspectos que son importantes para que, por una parte la buena selección de riesgos favorezca una buena siniestralidad y, por otra parte, incidir en aquellos aspectos de la práctica de siniestros que ayudan a introducir modificaciones en la política de suscripción a fin de evitar futuros fraudes. Por último, añadir que en la presente tesis se hablará siempre del servicio de prestaciones de seguros de vida o “prestaciones vida” y no de siniestros de seguros de vida. Entiendo que la compañía de seguros paga una prestación al beneficiario y no un siniestro. Algunas compañías de seguros, como Winterthur, en la que trabajo, ya han adoptado esta correcta terminología.

Resum

La present tesis es divideix en dos parts: la primera consisteix en defensar un model global, tant de la estructura y funcionament d' un servei de prestacions vida com de la concreta gestió en la seva vessant de risc y la segona consisteix en establir tots aquelles interrelacions entre el mencionat servei de prestacions vida y l' àrea de subscripció.

La primera part conté el marc legal existent en aquesta matèria, la defensa de la conveniència de que el mencionat servei estigui centralitzat, els processos i sistemes d' informació que han de regir, l' experiència professional i acadèmica del personal que tingui funcions en aquest àmbit, la formació i desenvolupament continuu del mencionat personal, el model de gestió amb els proveïdors (advocats, procuradors, metges, etc.), el manual de gestió concret per a la correcta gestió de les prestacions i altres aspectes que he considerat importants (qualitat, reclamacions, registre d' assegurances de vida, etc.).

La segona part tracta de descriure aquells aspectes que són importants per a, d' una banda, la bona selecció de riscos favoregi una bona sinistralitat i, per altra banda,

incidir en aquells aspectes de la pràctica de sinistres que ajuden a introduir modificacions a la política de subscripció a fi d'evitar futurs defraudacions.

Per últim, afegir que en la present tesis es parlarà en tot moment del servei de prestacions d'assegurances de vida o "prestacions vida" i no de sinistres d'assegurances de vida. Entenc que la companyia d'assegurances paga una prestació al beneficiari i no un sinistre. Algunes companyies d'assegurances, com Winterthur, ja han adoptat aquesta correcta terminologia.

Summary

This thesis is divided in two parts: the first one pretends to defend a global model, both of the structure and operation of a Life Benefits Service and the specific management of the risk aspects, and the second one consists in identifying all inter-relationships between a Life Benefits Service and Underwriting.

The first part contains the legal frame existing in this issue, the defence of the convenience of this area being centralized, the processes and information systems that must prevail, the professional and academic experience of its staff, the training and continuous development of this staff, the managerial model with suppliers (lawyers, doctors, etc.), the management guidelines for the correct management of the benefits, as well as additional aspects that I have considered important (quality, claims, life insurance registry, etc.).

The second part intends to outline those aspects that are important for, on one side, the good risk selection favours a good sinistrality trend, and on the other side, reveal those aspects of the claims management that may help introducing changes in the underwriting policy with the purpose of avoiding future frauds.

Last, please consider that this thesis will always refer to Life Insurance Benefits Service, not to Life Insurance Claims Service. I understand that the life insurance company pays a benefit to the beneficiary, not a claim. Some insurance companies such as Winterthur, the company I work for, have already adopted this terminology.

Índice

PRIMERA PARTE: MODELO GLOBAL DE UN SERVICIO DE PRESTACIONES VIDA.

1. Introducción o presentación del problema u objeto de la tesis
2. El marco legal en el que se desarrolla la actividad de prestaciones de los seguros de vida de riesgo y jubilación.
 - 2.1. Ley de Contrato de Seguro como norma reguladora del seguro de vida.
 - 2.1.1. Naturaleza del seguro de vida: seguro de personas o seguros personales.
 - 2.1.2. Clasificación de los seguros de personas.
 - 2.1.3. Concepto de seguro de vida.
 - 2.1.4. Clasificación de los seguros de vida
 - 2.1.5. El tomador y asegurado en los seguros de vida.
 - 2.1.6. El beneficiario en los seguros de vida.
3. La organización interna de un servicio de prestaciones de seguros de vida.
 - 3.1. ¿Estructura Centralizada o descentralizada?
 - 3.2. ¿Estructura horizontal o vertical?.
 - 3.3. Relación entre directivos, responsables del servicio, mandos intermedios y gestores.
4. Los servicios administrativos y sistemas de información del servicio de prestaciones de seguros de vida.
 - 4.1. Relación entre el servicio de prestaciones vida y el servicio de informática.
 - 4.2. Características de la herramienta informática de gestión de prestaciones de seguros de vida.
 - 4.3. Cómo abordar un cambio de herramienta informática de gestión de las prestaciones de seguros de vida o una migración de datos.
5. El servicio de prestaciones vida y el servicio de contabilidad y el de asesoría o gabinete fiscal de la empresa.
 - 5.1. La información contable de prestaciones vida.
 - 5.2. La información fiscal de prestaciones vida.
6. El servicio de prestaciones vida y su relación con los mediadores.
7. El servicio de prestaciones vida y su relación con el cliente, el servicio de atención al cliente, delegaciones y *call center* de la empresa.
8. El personal adscrito al servicio de prestaciones de seguros de vida.
 - 8.1. Experiencia académica y profesional.
 - 8.2. Competencias. Confidencialidad.
 - 8.3. Formación y desarrollo continuo.
 - 8.4. Aptitud y cultura
9. El modelo de gestión con los proveedores. ¿Externalización o personal profesional propio?

10. El manual de gestión de la gestión de prestaciones de seguros de vida de riesgo.
 - 10.1. Información que debe contener el manual.
 - 10.2. Documentos necesarios para la gestión de prestaciones de fallecimiento de seguros de vida. Definición, obtención y función. Casos especiales que se pueden presentar.
 - 10.2.1. La información relativa al fallecimiento y a la/s causa/s del fallecimiento del asegurado:
 - 10.2.2. La información relativa al asegurado:
 - 10.2.3. La información relativa a los beneficiarios:
 - 10.2.4. La información relativa a la fiscalidad del seguro de vida por fallecimiento:
 - 10.2.5. Otros documentos que pueden aparecer en la gestión:
 - 10.3. Documentos necesarios para la gestión de prestaciones de incapacidad de seguros de vida de incapacidad. Definición, obtención y función. Casos especiales que se pueden presentar.
 - 10.3.1. Documentos relativos a la incapacidad del asegurado.
 - 10.3.2. La documentación relativa al asegurado/beneficiario:
 - 10.3.3. La información relativa a la fiscalidad del seguro de vida por incapacidad o invalidez.
 - 10.4. Documentos necesarios para la gestión de prestaciones de seguro de vida de jubilación (pólizas de exteriorización de compromisos por pensiones). Definición, obtención y función. Casos especiales que se pueden presentar.
 - 10.4.1. La documentación relativa al asegurado/beneficiario.
 - 10.4.2. La documentación relativa a la jubilación del asegurado.
 - 10.5. Documentos necesarios para la gestión de prestaciones de rescate o anticipo de pólizas de seguro de vida de ahorro. Definición, obtención y función. Casos especiales que se pueden presentar.
 - 10.6. Otros supuestos. Definición, obtención y función. Casos especiales que se pueden presentar.
 - 10.6.1. La documentación relativa a la garantía de desempleo de larga duración.
 - 10.6.2. La documentación relativa a la garantía de diagnóstico de enfermedad grave.
 - 10.6.3. La documentación relativa a la garantía de incapacidad temporal.
11. El pago de las prestaciones de seguros de vida de riesgo y jubilación.
 - 11.1. El pago. La información del pago que se debe facilitar al asegurado, al tomador o beneficiario.
 - 11.2. La calidad del pago. Características.
 - 11.3. La fiscalidad aplicable:
 - 11.3.1. Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Supuestos.
 - 11.3.2. I.R.P.F. Rendimiento del Capital Mobiliario y rendimiento del trabajo. Supuestos.
 - 11.3.3. Otros impuestos a que se sujetan las prestaciones de seguros de vida.
12. Las reservas técnicas. En concreto, los I.B.N.R. Concepto y tratamiento.
13. Las normas de calidad y su relación con las reclamaciones.
14. El fraude a la Seguridad Social y sus consecuencias: el aumento de expedientes de prestación por incapacidad.
15. El registro de seguros de vida.

SEGUNDA PARTE. INTERRELACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE PRESTACIONES VIDA Y SUSCRIPCIÓN.

16. Introducción.
17. La política de suscripción. La selección de riesgos. Influencias en el volumen de expedientes de prestaciones.
 - 17.1. Definición de política de suscripción.
 - 17.2. Partes de la solicitud de seguro de vida. Clases de solicitud.
 - 17.3. La declaración del mediador.
 - 17.4. Las declaraciones del solicitante en la solicitud.
 - 17.5. Las solicitudes a favor de terceros.
 - 17.6. La selección de riesgos.
 - 17.6.1. Teoría de la selección de riesgos.
 - 17.6.2. Fuentes de información para la suscripción.
 - 17.7. La influencia de la suscripción en el volumen de expedientes de prestaciones.
18. La detección de expedientes de prestación no esperados por el servicio de prestaciones vida. Comunicación con suscripción.
19. Las modificaciones propuestas por el servicio de prestaciones vida en las solicitudes de declaración de salud y en las cláusulas de los condicionados cuando se detecten a través de expedientes aspectos a mejorar.
20. La reinversión de cobros de prestaciones por parte de los beneficiarios en nuevos productos de la compañía de seguros.
21. Las nuevas tendencias en la política de suscripción: los “seguros de vida express”.

CONCLUSIONES.

22. Capítulo de conclusiones
23. Bibliografía

Modelo global de un Servicio de Prestaciones Vida y su interrelación con Suscripción

1. Presentación del problema

Es evidente que cualquier Directivo del área de vida de una compañía de seguros ha de gestionar de forma eficiente la parcela correspondiente al servicio de prestaciones vida, puesto que es un pilar muy importante en el que se sustenta la citada área.

Por consiguiente, la relevancia e interés en describir el modelo global de un servicio de prestaciones vida y de su gestión concreta obedece a la necesidad de tener una política clara y transparente que haga que los resultados de la compañía de seguros garanticen una mayor probabilidad de beneficios y no de pérdidas.

No obstante, la buena siniestralidad no depende sólo del servicio de prestaciones vida (que debe velar en todo momento por reducir costes y detectar los posibles fraudes que se produzcan), sino que también influye la política de suscripción. Es decir, se han de habilitar mecanismos de cooperación e interrelación entre prestaciones vida y suscripción para detectar todos aquellos puntos y elementos a mejorar con el fin de favorecer una siniestralidad futura adecuada.

Las técnicas de recogida de información se basan en la descripción de la legislación vigente, la información más actual de la prensa escrita, la bibliografía indicada al final de la presente tesis y, sobretodo, basada en mi experiencia profesional en este ámbito y los conocimientos adquiridos en la licenciatura en Derecho y en el presente Master. La justificación de la metodología elegida obedece a que es importante una visión práctica a la hora de abordar esta temática puesto que hará más sencilla y comprensible la materia a personas ajenas a la misma.

PRIMERA PARTE:

**MODELO GLOBAL DE UN SERVICIO
DE PRESTACIONES VIDA.**

2.El marco legal en el que se desarrolla la actividad de prestaciones de los seguros de vida de riesgo y jubilación.

2.1. La Ley de Contrato de Seguro como norma reguladora del seguro de vida.

La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro, es la norma jurídica que regula el seguro de vida en el ordenamiento jurídico español.

2.1.1. Naturaleza del seguro de vida: seguro de personas.

El seguro de vida, dentro de la clasificación de los contratos de seguros establecida en la citada Ley de contrato de seguro, tiene la naturaleza de **seguro de personas o seguros personales**, es decir aquellos que comprenden:

“Todos los riesgos que pueden afectar a la existencia, integridad personal o funcional o salud de una persona del asegurado”. **Art. 80 LCS.**

2.1.1. Clasificación de los seguros de personas.

Por tanto, los seguros de personas comprenden:

- Los que afectan a la existencia del asegurado:
 - seguros en caso de vida;
 - seguros en caso de fallecimiento;
 - seguro de decesos;
 - y seguro de fallecimiento por accidente.
- Los que afectan al riesgo de mantenimiento de la integridad personal o funcional del asegurado:
 - seguros de incapacidad, por enfermedad o accidente.
 - seguros de invalidez, por enfermedad o accidente.
- Los que afectan a la salud del asegurado:
 - seguros de asistencia sanitaria;
 - seguros de enfermedad.

2.1.2. Diferencia entre seguros de personas y seguros de daños a las cosas o aquellos que afectan al patrimonio o responsabilidades de las personas.

Los seguros de personas se contraponen a los **seguros de daños a las cosas o a aquellos que afectan al patrimonio o responsabilidades de las personas** en que en éstos la obligación del asegurador es a *“indemnizar un daño”* (**art. 1 LCS**), mientras que en los **seguros de personas** la obligación del asegurador recae en *“satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas”* (**art. 1CS**).

Los seguros de personas se califican como seguros de suma o de cobertura abstracta, es decir, no existe un valor inicial del que se pueda partir para calcular el daño sufrido sino que la suma asegurada en caso de producirse el riesgo contemplado en el contrato es pactada por las partes de común acuerdo.

Por tanto, no se aplica al seguro de personas el principio indemnizatorio, igual que con los seguros de daños.

El **art. 82 LCS** destaca una diferencia con respecto al seguro de daños en materia del derecho de **subrogación del asegurador**. De acuerdo con el **art. 43 LCS**, “*el asegurador, una vez pagada la indemnización, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización*”. Es decir, el asegurador se subroga en los derechos del asegurado frente a terceras personas. Este derecho de subrogación tiene su fundamento en el principio indemnizatorio contenido en el **art. 26 LCS** (“*el seguro no puede ser objeto de enriquecimiento injusto para el asegurado. Para la determinación del daño se atenderá al valor del interés asegurado en el momento inmediatamente anterior a la realización del siniestro*”).

Sin embargo, en los seguros de personas, al no haber un valor inicial del que partir, no se puede hablar de enriquecimiento, por lo que no tiene razón de ser el derecho de subrogación, salvo en materia de gastos médicos, en la medida en que estos son calculables.

2.1.3. Concepto de seguro de vida.

Por consiguiente, de lo explicado anteriormente se deduce que los seguros de vida son aquellos en los que se cubre “*el riesgo de que el asegurado o asegurados fallezcan o sobrevivan a partir de un determinado momento*”²).

2.1.4. Clasificación de los seguros de vida.

Los seguros de vida se pueden clasificar del siguiente modo²:

- Por el riesgo cubierto en el contrato:
 - Seguros para caso de muerte o también llamados seguros de riesgo: garantizan el pago de una suma o sumas convenidas, en el caso de fallecimiento del asegurado.
 - Seguros para caso de vida, también llamados seguros de ahorro: garantizan el pago de un capital o una renta convenidas si el asegurado vive en o a partir de determinada fecha.
 - Seguros mixtos: son combinaciones de seguros para caso de vida y para caso de fallecimiento, es decir, que ofrecen garantías en caso de vida y en caso de fallecimiento simultáneamente.
- Por el número de personas cubiertas en el contrato:
 - Seguros individuales (sobre una cabeza asegurada): el asegurado es una persona física sobre cuya vida se contrata el seguro.

² Pérez Torres, José Luis: *Conociendo el seguro: teoría general del seguro*. T.G. ALFADIR, S.A. 2ª Reimpresión. 2.002.

² Pérez Torres, José Luis: *Conociendo el seguro: teoría general del seguro*. T.G. ALFADIR, S.A. 2ª Reimpresión. 2.002.

- Seguros sobre dos o más cabezas: los riesgos cubiertos se refieren a la vida o fallecimiento de una/s cabezas aseguradas relacionado con la supervivencia o fallecimiento de la/s otra/s.
- Seguros colectivos o de grupo: inclusión en un solo contrato de los seguros de vida de varios asegurados, pero cuyas prestaciones son independientes entre sí, o dicho de otro modo, las prestaciones a favor de un/os asegurado/s no están vinculadas con la supervivencia o fallecimiento de otro/s.
- Por la duración de la cobertura:
 - Seguros temporales: el seguro termina en el plazo estipulado.
 - Seguros vitalicios: el seguro termina en el momento del fallecimiento del asegurado.
- Por las prestaciones aseguradas:
 - Seguros de capital: la prestación asegurada es una suma que la entidad aseguradora abonará en caso de producirse el evento objeto de cobertura.
 - Seguros de renta: la prestación asegurada es un suceso de pagos periódicos que la entidad aseguradora debe satisfacer al producirse el evento asegurado, durante un tiempo determinado o mientras viva el beneficiario.
 - Seguros con prestaciones constantes.
 - Seguros con prestaciones variables (crecientes o decrecientes).
 - Seguros con o sin participación en beneficios.
- Por la forma de pago de las primas:
 - Seguros a prima única.
 - Seguros a primas temporales, con pago:
 - anual
 - o fraccionado.
 - Seguros a primas vitalicias, con pago:
 - anual
 - o fraccionado.
 - Seguros con pago de primas durante toda la duración del seguro.
 - Seguros con pago de primas durante un tiempo inferior a la duración del seguro.

2.1.5. El tomador y el asegurado en los seguros de vida.

El tomador es la persona que contrata el seguro de vida con la compañía aseguradora.

Puede ser:

- Persona física (seguros de vida de riesgo o de ahorro individuales).
- O persona jurídica (seguros de vida de riesgo individuales o colectivos, seguros de ahorro y seguros colectivos que exteriorizan los compromisos por pensiones asumidos por una persona jurídica en calidad de empleador de una persona física).

El asegurado es designado por el tomador, quien puede estipularlo “sobre su propia vida o sobre la vida de un tercero” (art. 83. parr. 1º LCS).

Cuando se trata de seguros para caso de fallecimiento y el tomador y asegurado sean personas distintas, el **parr. 2º del art. 83 LCL** establece que *“será preciso el consentimiento de éste, dado por escrito, salvo que pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del seguro”*.

Cuando nos encontremos ante un **asegurado menor de edad** los **parr. 3º y 4º del art. 83 LCS** establecen dos condiciones para su inclusión por parte del tomador en el contrato de seguro de vida:

- *“será necesaria, además, la autorización por escrito de sus representantes legales”*.
- *“No se podrá contratar un seguro para el caso de muerte sobre la cabeza de menores de catorce años de edad o de incapacitados”*.

2.1.5. El beneficiario en los seguros de vida.

En los seguros de personas cobra una especial significación la figura del beneficiario, que no es parte del contrato ni tiene derechos ni obligaciones en base al mismo, pero que, una vez se produzca el riesgo contemplado en el contrato –el fallecimiento del asegurado– será la persona legitimada para cobrar la prestación pactada en él.

En los seguros de vida de incapacidad o invalidez el beneficiario coincide con el asegurado. Lo mismo ocurre en los seguros de vida de ahorro y en los seguros de vida en los que el asegurado forma parte de un seguro colectivo de exteriorización de los compromisos por pensiones asumidos por el tomador en calidad de empleador.

Por lo que se refiere a la **designación del beneficiario**, se regula en el **art. 84 a 87 LCS** y podemos distinguir los siguientes aspectos:

- ¿A quien corresponde tal designación del beneficiario? corresponde al tomador del seguro, quien puede además modificar dicha designación sin necesidad de consentimiento del asegurador. También puede al tomador del seguro revocar la designación del beneficiario en cualquier momento mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad (y si lo hace perderá los derechos de rescate, anticipo, reducción y pignoración).
- ¿Cómo se puede realizar dicha designación o revocación del beneficiario? Podrá hacerse:
 - en la propia póliza;
 - en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador;
 - o en testamento.
- ¿Qué ocurre si en el momento del fallecimiento del asegurado no hubiere beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación? El capital formará parte del patrimonio del tomador.
- ¿Qué ocurre en caso de designación genérica de los **“hijos”** de una persona como beneficiarios? Se entenderán como hijos todos sus descendientes con derecho a la herencia.
- ¿Qué ocurre si la designación se hace a favor de los **“herederos del tomador, del asegurado o de otra persona”**? Se considerarán como tales los que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del asegurado.
- ¿Qué ocurre si la designación se hace a favor de los **“herederos”** sin mayor especificación? Se considerarán como tales los del tomador del seguro que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del asegurado.

- ¿Qué ocurre si se efectúa la designación del “**cónyuge**” como beneficiario? Tendrá tal condición igualmente el que lo sea en el momento del fallecimiento del asegurado.
- ¿Qué ocurre si los beneficiarios que son **herederos renuncian a la herencia**? Que conservarán la condición de beneficiarios del seguro de vida.
- ¿Qué ocurre si **la designación se hace en favor de varios beneficiarios**? La prestación convenida se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales.
- ¿Qué ocurre si **la designación se hace a favor de los herederos**? La distribución tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria, salvo pacto en contrario.
- Y en el caso anterior, ¿qué ocurre con **la parte no adquirida por un beneficiario**? Acrecerá a los demás.

3. La organización interna de un servicio de prestaciones de seguros de vida.

3.1. ¿Estructura centralizada o descentralizada?

Al tratarse el servicio de prestaciones de seguros de vida de un ramo en el que el volumen de expedientes que se gestionan no es tan extenso como el que se da en otros ramos como auto, hogar, salud, etc., lo conveniente es tener una **estructura centralizada operativa pero con ciertos matices** porque dependiendo del tipo de compañía de seguros será más aconsejable tener un único centro administrativo (en compañías aseguradoras de pequeño tamaño) o bien dotarse de varios centros administrativos –no más de 3 o 4 - (en compañías aseguradoras de gran tamaño y especialmente si tienen en el Estado varias zonas que generen gran volumen de negocio).

Ello representará las siguientes VENTAJAS:

- Se producirán unos menores costes en la práctica, porque se evita tener que formar al personal de las delegaciones o sucursales y se controlan los costes intrínsecos de cada expediente, es decir, los pagos de proveedores (abogados, procuradores, investigadores, gabinetes médicos...).
- Por un lado, permite directrices objetivas únicas y, por otro lado, evita que se produzcan soluciones diferentes y no acordes con las políticas generales de la empresa, según el territorio en el que se adoptan. a función operativa de las compañías de seguros. No se corre el peligro, como en otros ramos, de que se incrementen los errores por el desconocimiento de los problemas reales fruto de la propia división del trabajo, puesto que en la gestión de un pago de prestación de seguro de vida no se precisa una división del trabajo: el gestor tiene conocimiento de los problemas reales que cada caso concreto conlleva en la gestión (trato con cliente o mediador, documentación, normativa fiscal, etc.).
- En correlación con lo anterior, permite responder a las expectativas de los clientes y mediadores haciendo que se transforme en “realidad” la promesa que se efectuó al cliente cuando se le vendió la póliza.
- Permite una efectiva lucha contra el fraude.

¿Qué se requiere para que dicha estructura centralizada operativa sea viable?

- Un óptimo sistema administrativo informático y de sistemas de información para la gestión de los expedientes, es decir, una buena plataforma tecnológica que permita reducir al máximo los tiempos de gestión y pago de una prestación y que dote a la compañía de seguros de una ventaja competitiva frente a otras compañías de seguros. Más adelante abordaremos la **interrelación** con el **departamento de Informática**.
- Una excelente formación del personal adscrito a este servicio de prestaciones. Para ello, será básico una buena **interrelación** con el **departamento de Recursos Humanos**, con el fin de conocer las necesidades de formación que se vayan produciendo día a día en dicho personal (informática, fiscalidad, idiomas, administración del tiempo, etc.).

Otra tendencia que se observa en los últimos tiempos es que la centralización de las sedes o centros operativos de las compañías de seguros no va vinculada a las capitales de las grandes ciudades.

Por ejemplo ³, en la provincia de Barcelona la periferia compite con la capital para ubicar grandes corporaciones. Así, Catalana Occidente fue una de las pioneras en instalarse en Sant Cugat y lideró la transformación de la zona de Can Sant Joan en un parque empresarial. Hoy, grandes compañías de seguros o del sector bancario como Banc Sabadell, Winterthur o Caixa Catalunya tienen sus oficinas, o parte de ellas, en parques empresariales de la periferia barcelonesa. El éxito del WTC de Cornellá y la consolidación de Sant Cugat como entorno empresarial gracias a Can Sant Joan han abierto el camino a nuevos parques en Castelldefels y ahora en Viladecans.

3.2. ¿Estructura horizontal o vertical?

Lo adecuado es tener en este ámbito una estructura horizontal, es decir, una estructura con pocos escalones jerárquicos y, por consiguiente, una dependencia de mayor número de funciones o responsabilidades por parte del directivo pero también una mayor autonomía a los gestores en la toma de decisiones en su ámbito de competencia.

¿Qué VENTAJAS conlleva este tipo de estructura?

- Un control adecuado sobre las decisiones.
- Una mayor rapidez de respuesta.
- Una menor burocratización.

³ Salvador, Rosa. 06-06-2006, "Los parques prueban de nuevo. La periferia compite con Barcelona para ubicar grandes corporaciones". página 71. Diario La Vanguardia

- Un ambiente más abierto y distendido entre el personal adscrito y los mandos intermedios y directivos.

¿Qué se requiere para que dicha estructura horizontal sea viable?

- Un “span de control” (número de personas que un jefe o directivo puede gobernar) adecuado. Ello dependerá de:
 - Que el directivo sea claro y expeditivo.
 - Que el subordinado tenga la formación y capacidad adecuada.
 - Que las tareas estén coordinadas y estructuradas.
 - Que existan controles automáticos y queries que permitan controlar la actividad de los subordinados.
- Dotar a los gestores de mayor autonomía en las decisiones de su ámbito de competencia.

3.3. Relación y funciones entre directivos, responsables de servicio, mandos intermedios y gestores.

Comenzando de abajo a arriba, las funciones del personal de un servicio de prestaciones son las siguientes:

- **Gestores:** tienen las siguientes funciones:
 - función primordial de abrir, gestionar y pagar o rehusar las prestaciones que día a día se comunican por parte de los mediadores o los clientes;
 - reparto del correo diario;
 - y cooperación con mandos intermedios y responsable del servicio de prestaciones vida en la preparación de los asuntos judiciales.
- **Mandos intermedios:** Sus principales funciones son:
 - la principal radica en el control de expedientes;
 - resolución de dudas y problemas que se susciten en la gestión de expedientes;
 - colaboración con el responsable del servicio en la auditoría interna y externa;
 - interrelación o colaboración con el servicio de informática (resolución de incidencias importantes y colaboración con responsable del servicio en modificaciones de la herramienta informática o en la puesta en práctica de una nueva herramienta informática);
 - elaborar las directrices relativas a la gestión de expedientes junto con el responsable del servicio (manual de gestión);
 - control de ausencias y vacaciones
 - y, en algunos supuestos (licenciados en Derecho), defensa ante los tribunales de justicia de las demandas que se susciten ante la compañía de seguros.
- **Responsable del servicio de prestaciones vida:** sus principales funciones son:

- deberá, de forma mensual, trimestral y en cierre anual, controlar la siniestralidad, abortar tendencias negativas de siniestralidad y presentar un informe al Director de Vida con los datos estadísticos de siniestralidad,
 - elaborar las directrices relativas a la gestión de expedientes junto con los mandos intermedios (manual de gestión),
 - controlar en términos globales las ausencias y vacaciones del personal a su servicio;
 - tendrá la dirección de la defensa jurídica de las demandas;
 - será también el responsable ante el servicio de informática de proponer modificaciones sustanciales en la aplicación informática existente o, si se plantea solicitar una nueva herramienta informática, exponer las directrices de la misma.
 - Es el máximo responsable en la comprobación de los cuadros mensuales y de cierre de año entre los pagos efectuados y la información contable y fiscal de su servicio.
 - Finalmente, deberá facilitar, en colaboración con los mandos intermedios, de la información de siniestralidad y datos de los expedientes que el departamento de auditoria interna le solicite y también el que los auditores externos requieran.
- **Director de vida:** No pertenece al servicio de prestaciones pero al estar jerárquicamente por encima del responsable del servicio de prestaciones, es inevitable indicar que sus principales funciones son:
 - Velar por la rentabilidad del departamento y, por consiguiente, la obtención de beneficios a los accionistas, controlando los datos de siniestralidad y de emisión de pólizas y/o primas que, tanto el responsable del servicio de prestaciones como el de suscripción le faciliten de forma periódica.
 - Tendrá la última palabra cuando se produzcan conflictos entre prestaciones, departamento comercial o suscripción por expedientes concretos, debiendo escuchar las razones esgrimidas por las partes en conflicto antes de pronunciarse. En concreto, si el asunto es de vital importancia comercial, establecerá reuniones puntuales con los responsables de los servicios y/o departamento en conflicto para llegar a un acuerdo.
 - Ostentará la representación máxima del departamento de Vida y formará parte del Consejo de Administración de la misma.
 - Deberá acudir a cuantos eventos importantes para el departamento y la compañía de seguros requieran de su presencia (mesas redondas, congresos, conferencias, etc.).

La entidad aseguradora ha de poner todos los medios a su alcance para que la relación de las personas que integran el servicio (y, en líneas generales, de toda la organización) estén en una situación de satisfacción laboral, es decir, un estado emotivo positivo que resulta de la percepción subjetiva de las experiencias laborales por parte del empleado o, dicho de otra manera, el resultado de las actitudes que un empleado tiene hacia su trabajo y los factores con él relacionados.

Para conseguir lo anterior, se debe propiciar la aportación de ideas por parte de los colaboradores y un buen clima organizacional, es decir, aquél basado en atributos del entorno del trabajo, teniendo un carácter subjetivo e individual y en el que las influencias externas repercuten sobre el clima y el clima es el resultado de un proceso interno de la organización. Muchas organizaciones ya están realizando encuestas de clima laboral para detectar defectos que subsanar para mejorar la satisfacción laboral de sus empleados.

Para la consultora P.A. & Partners ⁴ (compañía dedicada a la prestación de servicios tales como la reorganización administrativa, selección de personal, diagnóstico de clima organizacional...) *“mantener un Clima Organizacional favorable dentro de la empresa es algo importante para la Administración de Recursos Humanos y es un tema que viene ganando cada vez mas la atención de los empresarios. Diagnosticarlo adecuadamente permite evitar problemas a corto y largo plazo. Un clima positivo propicia una mayor motivación y por ende una mejor productividad por parte de los trabajadores. Otra ventaja importante de un clima organizacional adecuado es el aumento del compromiso y de la lealtad”*

4. Los servicios administrativos y sistemas de información del servicio de prestaciones de seguros de vida.

4.1. Relación entre el servicio de prestaciones vida y el servicio de informática.

En una compañía de seguros la tecnología es un elemento fundamental para ser competitivo en el mercado y, en concreto, en un servicio de prestaciones vida dotarse de una herramienta informática que permita rapidez en la gestión de los expedientes es fundamental para mantener un buen servicio al cliente. Este cliente espera que si sucede alguno de los hechos que dan lugar al derecho a obtener la prestación contratada en su día (fallecimiento, incapacidad, jubilación...) la compañía de seguros le gestione y pague con celeridad y calidad su asunto.

El **servicio de informática** de la compañía de seguros cumple aquí una importante función. Sus principales funciones en relación al servicio de prestaciones son las siguientes:

- Ha de preparar junto con la ayuda del servicio de prestaciones vida la herramienta informática que permita conseguir los objetivos señalados en el primer párrafo y siempre de acuerdo con la última tecnología y/o software que exista en el mercado.

⁴ P.A. & Partners: <http://www.pa-partners.com/clima.htm>. “Clima Organizacional”.

- Ha de realizar las modificaciones, resolución de incidencias y/o actualizaciones que requiera dicha aplicación informática.

4.2. Características de la herramienta informática de gestión de prestaciones de seguros de vida.

La herramienta informática o software deber tener las siguientes características:

- Ha de ser lo más sencilla posible a los efectos de formación del personal al servicio de prestaciones.
- La sencillez no obsta a que sea rigurosa con los filtros, controles que se establezcan para no duplicar reservas, cometer errores de cálculo, etc. y también con el cumplimiento de la normativa legal vigente.
- Innovadora, es decir, que tenga elementos que la hagan diferente de otras aplicaciones de los principales competidores. Es por ello que la continua investigación y aportación de ideas continua fomentará a corto o medio plazo la obtención de una herramienta potente, competitiva y con perspectivas de dar un rendimiento satisfactorio al cliente.

4.3. Cómo abordar un cambio de herramienta informática de gestión de las prestaciones de seguros de vida o una migración de datos.

Con frecuencia las compañías de seguros se ven en la obligación de invertir en tecnología para renovar sus aplicaciones informáticas.

A pesar del papel que juega la tecnología en el crecimiento del negocio, su implantación todavía no es suficiente. Según un informe de de Accentures, realizado junto a Icea ⁵ - en el que han participado 44 aseguradoras españolas, que representan el 62% del volumen de primas del sector y 25 bancos y cajas de ahorros que suponen el 69% de los activos totales del sistema bancario español-, la inversión tecnológica es menor en las aseguradoras que en las entidades bancarias (hecho que debe conllevar a una reflexión por parte de los principales directivos de las compañías aseguradoras).

“Este hecho provoca –según Fernando Acevedo, socio de Accenture – una disminución de la eficiencia. No debemos caer en la llamada “trampa de austeridad”, es decir, mantener una baja inversión tecnológica, que implica perpetuar los sistemas antiguos y conlleva mayores costes de mantenimiento”.

El informe citado desvela como, en 2004, las aseguradoras incrementaron en un 7,8 % su inversión en tecnología. Esta cifra representa una ralentización del gasto en esta partida, que un año antes creció un 17,4%.

Por otra parte, *“la cuenta atrás para adaptarse a la normativa europea sobre riesgos para las compañías aseguradoras ha comenzado”* ⁶. Así lo hizo saber el día

⁵G. Serranillos, M.J., “El sector acepta el reto de la tecnología”, Diario Expansión, 28-06-2006, página 35.

⁶ G. Ercoreca, E. “Unespa urge a las aseguradoras a adecuar su tecnología al nuevo criterio de riesgos”. Diario Cinco Días, 02-06-2006, página 26.

1 del pasado mes de junio la presidenta de Unespa, Pilar González de Frutos al indicar que *“no será posible adaptarse a Solvencia II si no se comienza a trabajar ya. Al 2009 hay que llegar con muchos deberes hechos y, entre ellos, los tecnológicos”*.

Por eso, los expertos consideran que el retorno de la inversión en tecnología está aún por llegar.

Una vez tenidas en cuenta las consideraciones anteriores y partiendo del hecho de que la compañía de seguros tenga la convicción de invertir en tecnología e innovación y, por consiguiente, actualizar la herramienta informática de prestaciones de seguros de vida, llego a la conclusión a partir de mi experiencia adquirida en Winterthur, que para llevar a buen puerto una nueva herramienta informática, el responsable del servicio de prestaciones y un responsable dentro del departamento de informática deben nombrar, en primer lugar, a una o dos personas respectivamente para que aborden esta tarea, de manera que existan unos interlocutores fijos en todo el proceso.

Una vez nombrados estos interlocutores en prestaciones y en informática, deberá establecerse una reunión inicial para establecer las líneas básicas de actuación, plazos de entrega y garantías en cuanto a futuros errores o incidencias en la aplicación (sobretudo, cuando median en dicho proceso proveedores externos que realizaran parte o la mayoría de funcionalidades de la aplicación informática).

Cuando me refiero a “líneas de actuación” me refiero a exponer con claridad las nuevas funcionalidades que permitirán mayor rapidez en la gestión, es decir, se solicitan a informática estas funcionalidades e informática, tras un estudio de viabilidad y decide si son convenientes, tanto desde el punto de vista del negocio, como desde el punto de vista de inversión tecnológica.

Si estas líneas de actuación quedan claras desde el principio, luego no se podrá alegar desconocimiento o falta de previsión.

A partir de aquí se establecerán reuniones periódicas e informática presentará, de acuerdo con el calendario pactado, las nuevas funcionalidades. Éstas estarán sometidas a un período de prueba en un entorno paralelo de pruebas y una vez comprobado que no existen errores o incidencias en su aplicación práctica, se dará la autorización a informática para su implementación. Lo mejor, para asimilar toda la información y evitar duplicidades y exceso de trabajo en los interlocutores de uno y otro lado es hacerlo por etapas, probar e implementar.

En el supuesto anterior también se suele acudir a los **procesos de migración informática** para traspasar la información y bases de datos de un sistema tecnológico a otro. También las migraciones informáticas se suelen producir en procesos de compra o de fusión entre compañías de seguros, puesto que en esos supuestos debe prevalecer una sola plataforma tecnológica. Aquí hay que hacer una crítica, puesto que normalmente no se tiene en cuenta en procesos de compra o fusión el entorno más avanzado e innovador desde el punto de vista tecnológico sino que suele predominar el de la parte compradora o que absorbe (aunque sea peor que el de la compañía de seguros comprada absorbida) y en muchas ocasiones se deberían realizar estudios serios por parte de los directivos que finalmente gestionen el negocio para determinar la viabilidad de permanencia de la plataforma tecnológica

más potente, innovadora y que de el mejor servicio al cliente que, al fin y al cabo, es el que “por el que se trabaja para mejorar su satisfacción”. Puede que en ocasiones se tenga que realizar una aplicación híbrida que recoja los aspectos más destacables de ambas y lo mejor es hacerlo ya y no con posterioridad, puesto que en este último caso se perderá entonces tiempo, trabajo, recursos y también se perderá competitividad frente a los más directos competidores.

5. El servicio de prestaciones vida y los servicios de contabilidad y el de asesoría o gabinete fiscal.

5.1. La información contable de prestaciones vida.

La aplicación informática descrita en el apartado cuarto debe dotar a la herramienta del servicio de prestaciones vida de una información cruzada entre los pagos realizados y las normas contables.

El principio básico será el establecimiento de las cuentas contables que se estimen pertinentes en función del tipo de pago.

También se deberán habilitar los filtros necesarios en los pagos mediante transferencia bancaria (filtros de determinación de la entidad bancaria, oficina, si el dígito de control es correcto o la cuenta es correcta).

El responsable del servicio de prestaciones deberá comprobar los cuadros mensuales y de cierre de año entre los pagos efectuados y la información contable.

5.2. La información fiscal de prestaciones vida.

También la aplicación informática debe tener los elementos necesarios para cumplir con la normativa fiscal y, por tanto, cuando la herramienta informática detecte un pago con fiscalidad (rendimientos del trabajo o rendimiento del capital mobiliario) se habiliten los enlaces correspondientes con la cuenta contable destinada a la fiscalidad y que los importes retenidos a cuenta a los clientes se ingresen debidamente en dicha cuenta contable para luego ser transferidos a la Hacienda Pública.

Además, se deben de habilitar ficheros cruzados de información entre el servicio de prestaciones vida y el de gabinete fiscal. Así, el servicio de prestaciones depositará la siguiente información:

- Pagos con tratamiento fiscal de rendimientos del trabajo:
 - Nombre y apellidos del perceptor.
 - NIF del perceptor.
 - Domicilio del perceptor.
 - Rendimiento de la prestación.

- Importe exento de la prestación (si procede).
 - Importe de la/s reducción/es aplicada/s.
 - Base imponible.
 - Retención aplicada.
- Pagos con tratamiento fiscal de rendimiento del capital mobiliario:
 - Situación familiar y personal del perceptor (extraída del impreso 145 cumplimentado y firmado por el perceptor).
 - Nombre y apellidos del perceptor.
 - NIF del perceptor.
 - Domicilio del perceptor.
 - Rendimiento de la prestación.
 - Importe exento de la prestación (si procede).
 - Importe de la/s reducción/es aplicada/s.
 - Base imponible.
 - Retención aplicada.

6. El servicio de prestaciones vida y su relación con los mediadores.

La consultora Tatum ⁷ presentó en el mes de abril el informe “*Soluciones exitosas en el sector seguros*” establece que, aparte del cliente, debe prestarse especial atención al mediador, puesto que es quien tiene la capacidad de influenciar sobre la decisión final del cliente. Por eso, Tatum recomienda a las compañías que gestionen de forma óptima a los corredores y agentes y hay que fidelizar al mediador.

Y es aquí donde es pieza clave de la fidelización del mediador la gestión que realice el servicio de prestación a dicho mediador.

Una de las claves para conseguirlo es “*ofrecer buenos productos y servicios que, a su vez, pueda vender a sus clientes*”. Aunque eso no basta, según Tatum, “*también es necesario no defraudar y prestar los servicios a los que efectivamente se ha comprometido la compañía*”. Según la consultora, “*los mediadores se quejan mucho del incumplimiento de las aseguradoras*”. El informe afirma que “*las compañías que mejor interpreten el sentir de sus mediadores serán las que consigan mejores resultados*”.

Soy partidario de que el mediador debe estar en todo momento informado de la apertura de un expediente de prestaciones, de su desarrollo y de su cierre y todo ello se ha de realizar de la forma más rápida (pero sin descuidar la calidad) y precisa posible, es decir, dando prestación de servicio satisfactoria al mediador y, por tanto, al propio cliente.

⁷ G. Velasco, “Informe de Tatum: El trato al mediador, un reto para las aseguradoras”. Diario La Gaceta de los Negocios, 28-04-2006, página 29.

Un mediador que ve que sus clientes (y, por tanto, los clientes de la propia compañía) están satisfechos porque han recibido una excelente información desde el principio de la gestión de su expediente hasta el final y que cobran sus prestaciones de forma rápida y sin demoras se fidelizarán con esta compañía y, a corto, medio y largo plazo, darán más producción y contratarán más pólizas con esa compañía de seguros.

También el mediador debe aceptar los rechuses de los expedientes que así lo merezcan. Ello también hará que dicho mediador vea en la compañía de seguros unos principios de rigurosidad y seriedad en la gestión de los expedientes y provocará que informe mejor a sus clientes de las coberturas a fin de no defraudar las expectativas de dicho cliente.

7. El servicio de prestaciones vida y su relación con el cliente, el servicio de atención al cliente, delegaciones y call center o atención telefónica de la compañía.

El cliente debe convertirse en la pieza clave del engranaje en las compañías de seguros.

Así, el servicio de prestaciones, como ya se ha señalado anteriormente en otros apartados, juega un papel muy importante a la hora de dar prestigio a la compañía de seguros.

Existen muchas pólizas en las que no existe mediador (bien porque el cliente quiere trato directo con la compañía y no desea tener un mediador, bien porque el cliente contrató su póliza directamente con la compañía de seguros en las oficinas centrales o delegaciones y, por consiguiente, se le asigna una clave directa y no una clave de agente) y entonces el cliente recibe directamente la información de su expediente de prestación por parte de la compañía de seguros.

Es en estos casos en los que una buena calidad de información y de gestión al cliente redundará en una imagen seria, profesional y eficiente de la compañía y, por consiguiente, del servicio de prestaciones.

Los clientes contactarán directamente con los gestores de prestaciones, con las áreas de atención al cliente de las diversas delegaciones o bien con el servicio de atención telefónica y esperarán un trato exquisito y que su expediente sea gestionado con rapidez y de forma diligente.

Es por ello que se producirá una auténtica interrelación entre cliente, delegaciones, atención al cliente, *call center* y el gestor; y éste debe colaborar para facilitar la información que precise dicho cliente directo y debe informarle correctamente de la documentación requerida para cada caso concreto. Y también, en el caso de pago

de la prestación, debe informar al cliente, bien por carta (el conducto más habitual), bien por teléfono (en casos especiales) de que en breve recibirá, bien por talón, bien por transferencia bancaria el capital garantizado por su póliza de seguro de vida.

En el “*III Encuentro de Tramitación y Gestión de Siniestros, organizado por Recoletos Conferencias y Accenture*”⁸ del pasado mes de junio se puso de manifiesto que la implantación de normas que mejoren la calidad de los servicios que ofrecen las aseguradoras en la tramitación y la gestión de las prestaciones es una de las principales bazas para aumentar la competitividad de las entidades.

El papel de Internet en la gestión de prestaciones también fue abordado en este Encuentro. Pablo Saenz Pastor, jefe del área de control técnico de MAPFRE opinó que “*este sistema no está muy extendido aún entre los clientes, que se sienten más cómodos con los canales tradicionales*”.

Como digo yo en muchas ocasiones, el “boca a boca” corre muy rápido y un cliente satisfecho es un cliente que comentará esta eficacia y celeridad de la entidad aseguradora a sus familiares y conocidos y la marca de la compañía adquirirá un “plus” con cada gestión eficiente.

Aunque no tan relacionado con el tema que nos ocupa pero relacionado con el cliente, creo interesante destacar la crítica de que en la actualidad, las compañías centran su atención en recompensar a los nuevos clientes y se olvidan de “premiar” a los fieles. Es decir, la mayoría de los clientes están desaprovechados y, curiosamente, se destinan muchos recursos a conseguir nueva clientela. Los clientes fieles esperan algo a cambio de su fidelidad, es decir, confían en lograr condiciones preferentes, una discriminación positiva. Este punto fue abordado por la consultora Tatum en su informe “*Soluciones exitosas en el sector seguros*”. Dicha consultora alertó del error de ofrecer mejores condiciones al nuevo cliente, más sensible al precio, que al antiguo⁹. También fue abordado el pasado mes de mayo en las Jornadas de Mediadores¹⁰. Por tanto, deberían hacer una reflexión las entidades aseguradoras y promover cambios en este sentido.

8. El personal adscrito al servicio de prestaciones de seguros de vida.

8.1. Experiencia académica y profesional.

En cuanto a la experiencia académica y profesional que debe tener el personal adscrito al servicio de prestaciones vida, la distinguiremos en función del rol que se tenga en dicho servicio:

⁸ Diario Expansión, “La buena gestión de los siniestros mejora la competitividad” 23-06-2006, página 25

⁹ G. Velasco, “Informe de Tatum: El trato al mediador, un reto para las aseguradoras”. Diario La Gaceta de los Negocios, 28-04-2006, página 29.

¹⁰ BDS, “Jornada de Mediadores: ¿es posible retener a los clientes? Los clientes, a la hora de cambiar, no sólo valoran el precio” 25-05-2006

- Para los **gestores** se requeriría personal con estudios administrativos (oficial administrativo, auxiliar administrativo) o bien estudiantes de Derecho (con perspectivas de colaborar en la preparación de asuntos judiciales en los que él ha sido gestor o en los que, por la conveniencia del momento, sea interesante atribuirle). También personal que por promoción interna haya estado en otros departamentos o servicios de la empresa, tales como suscripción o selección (en los que el conocimiento en esta materia le puede ser muy útil para la gestión de prestaciones –), prestaciones de otros productos (autos, accidentes, R.C., etc.) en los que la mecánica básica y los principios esenciales en la gestión de prestaciones de la entidad aseguradora ya están asimilados y, por tanto, no requieren de nueva formación: sólo de la específica del ramo de vida. Son esenciales conocimientos a nivel medio o alto de ofimática (Word, Excel, Access, Powerpoint, Outlook...) y de fiscalidad (aunque esta formación se puede hacer con posterioridad a la incorporación en el servicio). La experiencia profesional en el sector siempre será bien valorada por el departamento de RR.HH. también para la contratación o bien la experiencia profesional en ramos análogos (sector bancario, corredurías, agencias, etc.).
- Para los **mandos intermedios**, se requerirían licenciados en Derecho, Ciencias Actariales y Financieras, Económicas o Empresariales. Serán imprescindibles conocimientos avanzados de ofimática y en algunos casos, conocimientos de inglés. Pueden ser mandos intermedios que han ido promocionando a lo largo de su trayectoria profesional en la empresa o bien contratados de otras entidades aseguradoras o de otros sectores. La experiencia profesional, si se viene de fuera de la empresa, será fundamental a la hora de ser un candidato ideal para el puesto vacante.
- Para el **responsable del servicio** es recomendable también contar con licenciados en Derecho, Ciencias Actariales y Financieras, Económicas o Empresariales. Serán imprescindibles conocimientos avanzados de ofimática y conocimientos de inglés. Igual que en caso anterior, dicho puesto puede ser cubierto por promoción interna o bien por contratación de nuevo personal y también es muy importante una gran experiencia profesional en el sector (a ser posible) asegurador.

Obviamente, la selección se realizará por el departamento de RR.HH siguiendo el proceso de selección que estime conveniente: entrevista personal, pruebas (test psicotécnicos –de aptitudes o de personalidad-, simulaciones, pruebas teóricas, casos prácticos...) y entrevista final (que normalmente será con el responsable del servicio).

8.2. Competencias. Confidencialidad.

Las **competencias** son el conjunto de funciones atribuidas por la empresa a cada empleado dentro de su puesto de trabajo concreto.

Las competencias estarían vinculadas al puesto de trabajo o unidad de organización que supone un conjunto de responsabilidades que lo separan y distinguen de otros puestos de trabajo.

Sin embargo, para McClelland ¹¹, *“las competencias son el conjunto de características intrínsecas del individuo, que se demuestran a través de conductas y que están relacionadas con un desempeño superior/exitoso en el trabajo”*. Esta definición está más enfocada a las competencias profesionales.

Isel Valle León ¹², MSc en Psicología Laboral y de las Organizaciones. (Docente Investigativo de Cuba y que trabaja en una empresa de capacitación para directivos, específicamente en el Dpto. Docente Investigativo) explica que *“los cambios que hoy se producen en el entorno empresarial, caracterizados por la globalización de la economía, y la continua introducción de las nuevas tecnologías en los procesos de producción y administración en las organizaciones, han provocado a su vez, cambios en las estructuras al interno de las mismas, existiendo la tendencia al aplanamiento de estructuras y a la constante evolución de los puestos de trabajo, lo cual hace difícil mantener la estabilidad de los mismos.*

Esta nueva realidad también ha modificado el contrato entre las organizaciones y sus miembros, basándose ahora en el desarrollo profesional de los primeros y en la búsqueda, por parte de los segundos, de nuevas formas para potenciar al máximo las competencias de su personal.

Para dar respuesta a este gran reto, muchas empresas han optado por la aplicación de un sistema de competencias laborales, como una alternativa para impulsar la formación y la educación, en una dirección que logre un mejor equilibrio entre las necesidades de las organizaciones y sus miembros.

Indica que *“Desde hace algunos años, se ha incrementado el número de organizaciones interesadas en evaluar a sus miembros más que por el cumplimiento de las tareas, por las competencias que estos sean capaces de demostrar en el desempeño de sus funciones”*.

A continuación, hace referencia a algunos de los métodos y/o técnicas que son utilizados actualmente en el diagnóstico de competencias y quiero destacar el del **Método Evaluación 360°**. *“Consiste en un sistema para evaluar el desempeño a través de un cuestionario, donde pueden expresarse criterios en relación a ¿qué le gusta del evaluado en relación a los aspectos explorados? ¿qué no le gusta?; ¿qué le gustaría que sucediera o que modificara en su conductas?, entre otras. Todo esto referido a comportamientos observables o deseables. Este cuestionario, en el cual pueden también incluirse preguntas abiertas, se aplica a los propios evaluados, a sus superiores, a sus colaboradores (en los casos respectivos) y a clientes tanto internos como externos. Teniendo en cuenta las informaciones relevantes que se obtengan, se realiza una fotografía del desempeño de la persona.*

¹¹ McClelland, Daniel “Test de competencias en lugar de inteligencia”. 1.973.

¹² Valle León, Isel. MSc en Psicología Laboral y de las Organizaciones.
<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/trrh/sobrecomp.htm>

Este método se comenzó a utilizar con mayor intensidad a mediados de la década de los 80, empleándose principalmente para evaluar las competencias de los ejecutivos de alto nivel. Este, rompe con el paradigma tradicional de que “el jefe es la única persona que puede evaluar las competencias de sus subordinados”, ya en este caso, tiene en cuenta la opinión de otras personas que conocen al evaluado y que lo ven actuar.

El método centra su interés en el hecho de que el factor humano visualice de modo no sesgado el nivel de desempeño que tiene dentro de la organización. De forma anónima, tanto los colaboradores como los directivos ofrecen una visión particular de cómo perciben el trabajo de una persona, un grupo o un área en particular.

Con la aplicación de este modelo en la empresa, es posible el establecimiento de políticas más claras de reclutamiento interno, basadas en los resultados de la evaluación, lo que permite seleccionar al candidato adecuado para el puesto de trabajo solicitado; definir planes de capacitación y desarrollo con las personas en base a los resultados individuales y/o grupales obtenidos; identificar con mayor facilidad a personas exitosas y con potencialidades, reforzando, reconociendo y estimulando así sus resultados; proporciona información objetiva y cuantificada respecto a áreas claves del desempeño “difíciles de medir” como son el liderazgo, la comunicación, el trabajo en equipos, la administración del tiempo, la solución de problemas y las habilidades para desarrollar otros y por último, posibilita el desarrollo particular de una metodología informática para la aplicación, análisis y procesamiento de la información que se obtiene.

En cuanto a las experiencias de aplicación de este método en la evaluación de directivos, Martha Williams (1999), socio-directora de The Washintong Quality Group, señala que en muchas empresas españolas se han obtenido mejoras en solo cuatro rondas de aplicación consecutivas de 360°, y destaca además que esto a contribuido a que los directivos logren clarificar las expectativas que la empresa tiene sobre ellos, y a darse cuenta de las habilidades y conocimientos específicos que necesitan desarrollar, lo cual les ha posibilitado el éxito, tanto en el logro de metas empresariales como individuales”.

Dado que ya he definido tales funciones cuando en el apartado 3.3. he abordado las funciones e interrelación del personal adscrito a prestaciones vida, quiero en este punto destacar que para que estas competencias sean en la práctica efectivas y no haya dudas sobre su interpretación, se deben de establecer una serie de organigramas y descripción clara de todas las funciones de cada empleado.

También deben establecerse filtros de competencias en la aplicación informática, es decir, mecanismos que impidan efectuar acciones por encima de la competencia de un empleado. Por ejemplo, si la competencia de pago es de 24.040,48 €, la aplicación informática no ha de permitir pagos por encima de esta cantidad sin la autorización del superior jerárquico.

Otro punto importante que hay que destacar es el referido a la **confidencialidad**, es decir, no difundir sin permiso de la organización datos que se han conocido u obtenido en el ejercicio del puesto de trabajo. Desde el mismo momento en que se

incorpora un empleado a la empresa y, en especial, al servicio de prestaciones, se le ha de inculcar y dejar claro que la confidencialidad es un principio fundamental que ha de respetar siempre ya no sólo porque lo imponga la empresa y la normativa legal sino porque la empresa ha depositado una confianza en la persona y confía en que esa persona se reservará la difusión de dichos datos, es decir, que actuará profesionalmente y con diligencia.

8.2. Formación y desarrollo continuo.

Es fundamental en una entidad aseguradora dotar a sus empleados de formación y desarrollo continuo, a fin de tener un personal cada día más profesional y con los conocimientos necesarios para afrontar su trabajo diario.

La **formación** consistirá en ofrecer a los empleados habilidades concretas o ayudarles a corregir deficiencias de su rendimiento. Por otra parte, el **desarrollo** alcanza a todo el grupo de trabajo, se centra en las necesidades a largo plazo y tiene como objetivo preparar para las futuras demandas.

El software, los procesos y la normativa legal van evolucionando a lo largo del tiempo; también cada día más son necesarios los conocimientos de idiomas. Por ejemplo, no es lo mismo trabajar con un programa de procesador de textos de hace 15 años (Word perfect) que el procesador de textos del Office 2.003. Otro ejemplo en el servicio de prestaciones vida lo tenemos en la normativa fiscal: está en continuo cambio (un ejemplo actual lo tenemos en los cambios de normativa fiscal que quiere introducir el Gobierno actual y que afectará de forma notable a los seguros de vida de ahorro).

Ello nos lleva a la conclusión de que si la entidad aseguradora no realiza las dotaciones necesarias en materia de formación para su personal, a medio plazo perderá competitividad frente a sus inmediatos competidores. Por consiguiente, será básico diseñar un plan de formación con objetivos claros porque lo que tiene que tener claro la entidad aseguradora es que la formación es un inversión y no un gasto.

Y no sólo eso, un empleado que se ve estancado y sin posibilidad de evolucionar en la entidad aseguradora es un empleado que, o bien buscará nuevos horizontes en el mercado laboral, o bien frustrará sus expectativas y puede convertirse a medio-largo plazo en los que se denomina “empleado quemado”. El talento es un bien escaso y hay que cuidarlo y fomentarlo para que no se eche a perder.

Aquí adquiere un papel importante el responsable del servicio de prestaciones, puesto que debe advertir en todo momento las carencias de su personal a cargo y suplirlas con formación interna o externa. Para ello, debe ser oído en sus pretensiones por parte del departamento de RR.HH. en cuanto a formación de su personal. Por consiguiente, una excelente interrelación en materia de formación entre el departamento de RR.HH y el responsable del servicio de prestaciones hará que se llenen correctamente las lagunas de formación del personal adscrito a este servicio.

Hermes Ruiz Rincón¹³, Director de JP Val, consultora internacional de Recursos Humanos facilita unos consejos para una buena formación:

1. Primero el individuo. Si desea que su inversión se vea multiplicada varias veces, piense en su cliente interno, acepte que ellos son primero personas y, después, agentes de generación de productividad. Cuando se logra aceptar este hecho, es más fácil que procesos como el de trabajo en equipo y motivación se den en la empresa. ¿Cuánto dinero ha invertido en procesos de formación interna que responden a directrices de la alta gerencia y no a necesidades reales del equipo base?.

2. Cuide su inversión. Ninguna Compañía seria podrá llegar ante ustedes, prometiéndole solucionar sus problemas de productividad con base en una serie de formaciones aisladas. La mejor forma de perder su inversión es permitir llevarse por la propuesta de personas que prometen motivar su personal, con tan solo una sesión de trabajo, puesto que se puede dar lo que se conoce como "Efecto Alka Seltzer". Su personal saldrá muy entusiasmado de las formaciones esporádicas y de seguro una semana después habrá olvidado lo impartido por el facilitador. Para cuidar su inversión primero trace un norte y de preferencia a propuestas que lo invite a adelantar procesos.

3. Usted merece estar con los mejores. Si está decidido a invertir en su gente, procure tener el mejor equipo de trabajo a su disposición. No escoja una propuesta basado en el coste de la misma. Construya indicadores que permitan identificar cual propuesta cumple con los requerimientos dispuestos y negocie con la seleccionada. Lo barato normalmente sale caro.

4. Marketing al Cliente Interno. Es supremamente importante realizar un estudio detallado del cliente interno presente en nuestras compañías. Es la gente la pieza fundamental en la vida de una empresa y, una firma, cualquiera que sea su orientación, demanda el conocimiento claro de su equipo de trabajo. No basta con tener el mejor de los productos sino se tiene absoluta claridad sobre el cliente interno, que es al fin y al cabo, la extensión de su Compañía. Cuales son sus inquietudes, sus necesidades de formación, como implementar una cultura de servicio al cliente, como generar sentido de pertenencia, entre otros aspectos, son parte básica en el proceso de marketing al cliente interno, de cara al proceso de formación y desarrollo que se pretende ejecutar en la empresa.

5. Considere los siguientes interrogantes. ¿Existe un diagnóstico de formación real?. ¿Existe perfil de cargos y análisis de competencias?. ¿Qué tan bien conoce a su gente?. ¿Su equipo conoce y comparte las políticas de la Compañía?. ¿Todos conocen y comparten la visión, misión y principios de la Empresa?.

6. Mida resultados. Este elemento permitirá hacer tangible el impacto del proceso de formación al interior de la compañía. Un adecuado análisis de brecha, facilitará la toma de decisiones sobre cuales elementos deben reforzarse o corregirse con acciones futuras de formación.

7. Venda la idea. En algunos países y, en algunas compañías, la formación es vista como una pérdida de tiempo y como una obligación para el trabajador; es común observar compañías que distribuyen listados con los cursos asignados para cada

¹³ Ruiz Rincón, Hernes. JP Val Consultoría Internacional de Recursos Humanos. hermes.ruiz@jpval.com

miembro del equipo (sin que éste haya participado directamente) y en horarios no laborables, lo cual genera normalmente un rechazo por parte de éste. La formación es la mejor inversión que puede hacer una empresa y un individuo; ambas partes deben ceder un poco de su espacio para adelantar este proceso.

8. Outdoor. *Siempre que sea posible, prefiera adelantar la formación en espacios alejados al lugar de trabajo, toda vez que esto contribuye a elevar la sinergia y los niveles de concentración de las personas.*

9. Retroalimentación. *Esta fase debe tener por lo menos tres actores principales: la empresa o persona que contrate para adelantar el proceso de formación, el responsable del proceso al interior de la misma y su gente. Leer correctamente las señales expuestas por las distintas partes le ayudará a seguir mejorando en el proceso de desarrollo de su compañía. Mejoramiento continuo debe ser parte de la forma de vida”*

Finalmente, Hermes Ruiz Rincón finaliza diciendo que *“De seguro, muchos conocedores de la materia, saltarán a la palestra y señalarán con razón, que estos son muy pocos consejos para tan importante proceso, pero desde ya ratificamos nuestra invitación para que envíen sus aportes y construyamos un detallado listado de consejos para que todos los empresarios y personas responsables del proceso de formación, encuentren una guía básica que les permita conducirse adecuadamente por el camino del desarrollo. Bienvenidos pues los comentarios”*.

Una buena noticia en materia de formación en el ámbito asegurador lo podemos observar en la tendencia positiva de que la formación “on line” se disparó un 50% en seguros y automoción ¹⁴. La consultora de gestión del conocimiento “on line” GEC, del grupo empresarial de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), ha cerrado el ejercicio 2005 con un incremento en su facturación del 15%. Los principales sectores a los que pertenecen son el bancario, mutuas y seguros entre otros.

Para finalizar, se ha de dejar claro que la formación ha de ser la más eficaz, es decir, la que tenga más relación con los objetivos de la organización.

8.4. Aptitud y cultura.

En cuanto a la **aptitud** de los gestores de un servicio de prestaciones vida, hay que destacar que éstos “no gestionan siniestros” sino que gestionan expedientes de prestaciones y están verificando que a lo que la entidad aseguradora se obligó o comprometió en su día ahora lo cumplen pagando al asegurado, beneficiario o tomador (según el tipo de prestación a pagar). Por tanto, ha de ser una aptitud dirigida a la persona que tiene derecho al cobro de dicha prestación y ello requerirá que se gestione de manera que exista un equilibrio entre celeridad (es decir, un aspecto que dará una excelente imagen a la entidad aseguradora), rigurosidad y eficacia (es decir, sin cometer errores).

¹⁴ Diario ABC (Edición Cataluña), *La formación “on line” se disparó un 50% en seguros y automoción*. 04-06-2006, página 40.

En el tema relativo a la **cultura empresarial**, según Carlos Grau Algueró ¹⁵, hay que tener en cuenta que *“la organización está compuesta por seres humanos, y la acción colectiva en una Empresa determinada genera un comportamiento que distingue a dicha empresa de cualquier otra”*.

Según Grau, la *“cultura, según la orientación predominante”* puede ser:

- *“Cultura orientada a clientes”*. En mi opinión, es la que debe servir de pilar a la entidad aseguradora. Nos debemos a los clientes y deben ser nuestra principal fuente de información y de buen servicio hacia ellos.
- *“Cultura orientada a la innovación”*. En mi opinión, creo que la entidad aseguradora ha de poner en marcha todos los mecanismos posibles para innovar y ser un referente en el mercado. De no hacerlo, corre el peligro de perder competitividad.
- *“Cultura orientada al personal”*. En mi opinión, creo que esta cultura empresarial es básica. Como se ha dicho desde el principio, *“la organización está compuesta por seres humanos”* o personas y esto estaría interrelacionado con el tema de la formación y desarrollo antes aludido.
- *“Cultura orientada a resultados”*. En mi opinión, esta cultura es la que más tienen presente los directivos de las entidades aseguradoras y es lógico. Una empresa que no ofrece resultados es una empresa en estancamiento y que puede llegar a la quiebra. El crecimiento es un factor básico y de ahí que muchas entidades aseguradoras estén *“premiando”* a sus trabajadores económicamente en base a los objetivos conseguidos en el ejercicio y que se encuentran vinculados a resultados y crecimiento.
- *“Cultura orientada a la tecnología”*. En mi opinión y como en el supuesto de la cultura orientada a la innovación, el no invertir en tecnología de última generación hará perder competitividad a la entidad aseguradora.

9. El modelo de gestión con los proveedores. ¿Ex-ternalización o personal profesional propio?

Ignacio Mejía, director de operaciones de la firma Crawford & Company en España opinó en el *“III Encuentro Especializado sobre Tramitación y Gestión de siniestros”* organizado el pasado mes de junio por Recoletos Conferencia y Accenture ¹⁶, que *“la aseguradora debe mantener siempre el control y la capacidad de decisión en la gestión y que es fundamental pactar con las entidades externas el nivel de servicios que se desea obtener de ellas. Las compañías deben analizar las posibilidades que les ofrece el mercado y optar por el modelo que más se ajusta a sus necesidades: total, parcial, por líneas de negocio, por fases en la tramitación de los siniestros, etc.”*. Por su parte, José María Pérez de Vargas, director de servicios y

¹⁵ Grau Algueró, Carlos. Apuntes de 4º Master en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras. (Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales. Profesor titular de la Universidad del departamento de Economía y Organización de Empresas de la Universidad de Barcelona. Tema Cultura empresarial, página 4.

¹⁶ Diario Expansión, “La externalización de servicios, una vía para el negocio asegurador” 26-06-2006, página 18.

gestión de siniestros de Génesis del Grupo Liberty añadió que “*la externalización puede abarcar los servicios de asistencia, peritos, abogados*”.

El servicio de prestaciones vida requiere del servicio de **abogados y procuradores** para la defensa de los asuntos judiciales que se presentan.

También precisa para los asuntos de invalidez (pólizas de riesgo, por tanto) **médicos o especialistas** que valoren al asegurado cuando las condiciones generales o especiales así lo indiquen.

En aquellas entidades aseguradoras que así lo hayan creado, se precisa de un **departamento de asistencia al beneficiario**, es decir, el que tiene como fin ayudar al beneficiario en la información, gestión y obtención de documentos para el correcto y completo estudio del asunto.

Por último, en ocasiones se han de requerir los servicios de un **investigador privado** cuando el capital a pagar y los indicios de fraude haga necesario recabar datos que no aporta el asegurado, es decir, una investigación del asegurado.

¿Se han de externalizar las funciones que ejercen estos profesionales o los mismos deben trabajar en la entidad aseguradora?

Para contestar a la pregunta yo distinguiría profesional por profesional:

- En cuanto a los **abogados**, yo creo que lo mejor es tener en el servicio de prestaciones estudiantes de Derecho o Abogados ejercientes que defiendan los asuntos judiciales que se presenten. Ello lo baso en los siguientes motivos:
 - El coste es muchísimo más barato para la entidad aseguradora. No es lo mismo pagar, por ejemplo, una minuta (por dar un dato aproximado) de 800 o 1.000 € a un abogado que no trabaja en la compañía de seguros que ahorrarse dicha minuta y, como mucho, abonar los gastos de desplazamiento y dietas (que quizás no llegan ni a la cuarta o quinta parte y en muchas ocasiones –si el juicio es en la misma localidad- el coste es ínfimo).
 - Es personal especializado que tiene acceso directo a toda la información del expediente de prestaciones y de la póliza y condiciones generales y especiales, cosa que les facilitará la labor de documentación y comprensión del caso concreto. Si se encomienda a un letrado externo hay una pérdida de tiempo, aunque sea mínima, en explicar de qué va el asunto y en muchas ocasiones, al tratarse de letrados que no llevan todos los días asuntos de pleitos de seguros de vida, se les pueden escapar datos y conocimientos que, por el contrario, al abogado de la entidad aseguradora le es más fácil comprender y asumir para luego alegar sobre la marcha en el juicio oral.

Sin embargo, podemos nombrar dos **excepciones** en las que se deberá nombrar letrados o bufetes de abogados externos:

- Cuando existan en determinadas fecha puntas de pleitos que no puedan asumir los letrados del servicio por coincidencia de fechas, por vacaciones del personal o enfermedad o por asuntos en la entidad de seguros que requieran su presencia ineludible (viajes de empresa, reuniones) o varios de estos motivos acumulados en unas determinadas fechas.
 - Cuando por la excesiva cuantía de la pretensión del demandante o del expediente de prestación sea necesaria la contratación de un Bufete de abogados especializado en la materia y que requiera movilizar a una gran cantidad de letrados para la preparación del caso o casos.
- En cuanto a los **procuradores**, lo mejor es externalizar estos servicios cuando el caso concreto lo requiera. Ello es así porque:
 - Hablamos de minutas asumibles, es decir, la minuta de los procuradores no es tan alta como la de los letrados.
 - No todos los asuntos precisan de procurador.
 - En cuanto a los **médicos o especialistas**, también lo recomendable es acudir a un gabinete médico especializado en valoraciones médicas. Los motivos son los siguientes:
 - Sale más económico a la entidad aseguradora pagar la totalidad de minutas que se vayan produciendo a lo largo del mes que pagar un salario a un médico o varios médicos que se dediquen a esta labor. Debe recordarse de que estamos ante expedientes de prestación de invalidez en el que las condiciones generales o especiales requieren, para determinar la invalidez, no una resolución de un organismo competente (INSS, Tribunal Médico, etc.) sino una valoración objetiva por parte de los médicos que designe la entidad aseguradora.
 - Al tratarse de una entidad especializada en la valoración de este tipo de asuntos emite unos dictámenes objetivos y fiables que permiten al gestor tomar una decisión sobre la cobertura o no del expediente de prestaciones.
 - El **departamento de asistencia al beneficiario** debe crearse con personal de la propia entidad de seguros ya que una gestoría externa puede conllevar gastos excesivos.
 - Por último, en cuanto a los **investigadores privados**, al tratarse de casos puntuales o aislados, obviamente la conclusión más lógica es contratarlos cuando la situación lo requiera y pagar la minuta correspondiente.

10. El manual de gestión de prestaciones de seguros de vida.

10.1. Información que debe contener el manual.

Todo servicio de prestaciones vida debe tener elaborado un manual en el que consten las instrucciones, procesos y documentación necesaria para cada tipo de prestación a gestionar.

Por consiguiente, la información que debe contener dicho manual necesariamente debería ser la siguiente:

- Normativa legal aplicable al seguro de vida. Sería la que se ha expuesto en el primer apartado de la tesis.
- Instrucciones de la herramienta informática que gestiona los expedientes de prestaciones. Sería lo que se ha expuesto en el apartado cuarto de la tesis (los servicios administrativos y de información del servicio de prestaciones vida).
- Documentación que se precisa para cada tipo de prestación (fallecimiento, invalidez, jubilación...).

10.2. Documentos necesarios para la gestión de prestaciones de fallecimiento de seguros de vida. Definición, obtención y función. Casos especiales que se pueden presentar.

10.2.1. La información relativa al fallecimiento y a la/s causa/s del fallecimiento del asegurado:

- El **Certificado literal de defunción**. Es aquel documento oficial que se obtiene en el Registro Civil y sirve para acreditar fehacientemente que se ha producido el fallecimiento o defunción de un asegurado. Su solicitud se puede realizar, bien personándose en el Registro civil, bien realizar su petición por internet a través de la página oficial del Ministerio de Justicia en la siguiente dirección pero sólo se podrá en aquellos Registros Civiles que consten en la lista de Registros Civiles de dicha página Web.
- El **Certificado médico de defunción**. Es aquel documento oficial que se obtiene en el Registro Civil y en el que consta la causa de fallecimiento del asegurado firmada por el médico que ha certificado dicha causa de fallecimiento. Sirve para que el gestor conozca de qué enfermedad, enfermedades o patologías ha fallecido el asegurado.
- El **atestado / diligencias judiciales**. Cuando el fallecimiento no ha sido debido a enfermedad, es decir, cuando la muerte ha devenido por accidente (doméstico, laboral) o suicidio, homicidio o asesinato, intervienen los órganos judiciales a través de diligencias judiciales de inves-

tigación, con el fin de esclarecer los hechos. En los supuestos de accidentes de tráfico, actúan las Fuerzas y cuerpos de Seguridad del Estado (la Guardia Civil o la policía autonómica que tenga tales competencias) a través del correspondiente atestado y también los órganos judiciales. En todos estos supuestos la defunción no se inscribe en el Registro civil en base a un certificado médico de defunción sino que se inscribe en base las instrucciones del Juzgado. Por eso es preciso en estos casos solicitar las diligencias judiciales completas (en las mismas y según el caso concreto estará incluida la autopsia y las conclusiones del médico forense) sobretodo en los casos de homicidio o asesinato, puesto que el artículo 92 de la Ley 50/80 de 8 de octubre del Contrato de seguro, establece que *“la muerte del asegurado, causada dolosamente por el beneficiario, privará a éste del derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando ésta integrada en el patrimonio del tomador”*. Cuando la causa del fallecimiento es por suicidio, el artículo 92 de dicha ley establece que *“salvo pacto en contrario, el riesgo de suicidio del asegurado quedará cubierto a partir del transcurso de un año del momento de la conclusión del contrato. A estos efectos se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio asegurado”*.

También sirven las diligencias judiciales o el atestado para la determinación de la cobertura de las prestaciones o capitales complementarios de las garantías de fallecimiento por accidente o fallecimiento por accidente de circulación en el supuesto de que el tomador (individual o empresa hacia sus trabajadores) las haya contratado.

- El **historial médico-clínico** del asegurado. Será una documentación que deberán aportar los familiares o beneficiarios interesados en el cobro de la prestación. Sirve para determinar si lo que declaró el asegurado en el cuestionario de solicitud de seguro coincide con la realidad, es decir, no hay indicios de fraude o falsedad en el cuestionario de declaración de salud. El artículo 10 de la Ley 50/80 de 8 de octubre, del Contrato de seguro, establece que *“el tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él”*. De esta manera, si lo establecido en dicho artículo se incumple, el artículo 89 de la Ley 50/80 de 8 de octubre, del Contrato de seguro, establece que *“en caso de reticencia o inexactitud en las declaraciones del tomador, que influyan en la estimación del riesgo, se estará a lo establecido en las disposiciones generales de esta Ley. Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el tomador del seguro haya actuado con dolo”*.

Como excepción, la información médica no será necesaria en aquellos seguros de vida colectivos en los que la adhesión de los asegurados se haya realizado mediante listado, cinta magnética o TC-2, es decir, en aquellos casos en no existe cuestionario de declaración de salud. En estos supuestos se comprueba el hecho que da lugar al cobro de la prestación del seguro de vida, es decir, el fallecimiento y no se indaga sobre la enfermedad causante del fallecimiento (sí, por el contrario, se indaga si han mediado atestado o diligencias judiciales) puesto que el tomador (empresa) ya paga prima suficiente para que se paguen todos los supuestos de fallecimiento de sus trabajadores asegurados.

10.2.2. La información relativa al asegurado:

- El **certificado literal de nacimiento** del asegurado. Este documento se obtiene en el Registro Civil. Al igual que el certificado literal de defunción, su solicitud se puede, bien personándose en el Registro civil, bien realizar su petición por internet a través de la página oficial del Ministerio de Justicia en la siguiente dirección pero sólo se podrá en aquellos Registros Civiles que consten en la lista de Registros Civiles de dicha página Web. La función de dicho documento consiste en verificar cuando se produce el hecho que da lugar a la apertura de un expediente de prestación por fallecimiento que la edad que declaró el asegurado coincide con la realidad puesto que el artículo 90 de la Ley 50/80 de 8 de octubre, del Contrato de seguro, *“en el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, el asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél. En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que deberá haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses”*.
- La **fotocopia del DNI** (Documento Nacional de Identidad) del asegurado. Al igual que en el caso anterior, dicho documento sirve para verificar la edad exacta de nacimiento del asegurado en aquellos supuestos en los que el certificado literal de nacimiento no exista por destrucción de los documentos del Registro civil de la localidad de nacimiento (en muchas localidades de la geografía española se dan supuestos de destrucción causados en la Guerra civil española por incendios, bombardeos, saqueos, etc.).

10.2.3. La información relativa al beneficiario/s:

- El **certificado de últimas voluntades** lo expide el Registro de Últimas voluntades de Madrid. Se trata de un Registro central en el que se ins-

criben todos los testamentos que realizan los notarios de España. Se requiere cumplimentar un impreso oficial que se puede obtener en los estancos y dicho impreso se remite o se entrega en dicho Registro de Últimas voluntades de Madrid y este Registro emite un certificado indicando si hubo testamento (y en este supuesto, la fecha en que se otorgó y el nombre del Notario) o no lo hubo. Dicho documento sirve, por tanto, para comprobar si en el territorio español el asegurado realizó testamento válido en derecho. Dado que la cláusula beneficiaria de los seguros de vida la puede modificar el tomador (o el asegurado en las pólizas colectivas) durante el transcurso del seguro en testamento (el artículo 84 de la Ley 50/80 de 8 de octubre, del Contrato de seguro establece que “el tomador del seguro podrá designar beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada sin necesidad de consentimiento del asegurador. La designación del beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador o en testamento”), es necesario solicitar este documento para verificar su existencia o no.

- El **testamento** es aquel negocio jurídico consistente en una declaración de voluntad por la que una persona ordena el destino de sus intereses para después de su fallecimiento. Será testamento válido aquél que esté protocolizado ante notario y que conste en el Registro de Últimas voluntades de Madrid. Posteriormente podría aparecer otro testamento no conocido (por ejemplo, un testamento ológrafo) que, una vez verificada por notario su validez legal, se convertiría en válido. Ahora bien, en este último caso, si la entidad aseguradora ha pagado una prestación en base a un certificado de últimas voluntades en el que no consta testamento o bien en base a un testamento en el que no se modificó la cláusula beneficiaria por parte del tomador, entiendo que está exonerada de responsabilidad dicha entidad aseguradora.
- La **declaración de herederos *ab intestato***. Cuando en la cláusula beneficiaria se indique por parte del tomador (o asegurado en las pólizas colectivas) que los beneficiarios serán los “herederos legales del tomador“, los “herederos legales del asegurado“, o bien “los herederos legales” (teniendo en cuenta las normas sobre beneficiarios indicadas en el apartado número 1 de la tesis) y no exista testamento, entonces los familiares del asegurado han de acudir a notario, quién les solicitará una serie de documentación y quién determinará, de forma fehaciente y en base a la normativa legal aplicable al caso concreto, quiénes son los herederos legales del tomador o del asegurado (según el caso concreto).
- El **certificado literal de matrimonio** lo expide el Registro Civil de la localidad donde contrajo el asegurado matrimonio con su esposa. Como ya se ha indicado en el apartado del certificado literal de defunción y también en el de nacimiento, su solicitud se puede realizar, bien personalmente en el Registro civil, bien por internet a través de la página oficial del Ministerio de Justicia en la siguiente dirección pero sólo se podrá en aquellos Registros Civiles que consten en la lista de Registros

Civiles de dicha página Web. Dicho documento se solicita por parte del gestor cuando en la cláusula beneficiaria se establece que el beneficiario será el “cónyuge” o “esposo-a” del asegurado y sirve para verificar que a la fecha de fallecimiento seguía subsistente el matrimonio, es decir, que no ha mediado divorcio que implique la disolución de dicho matrimonio, lo cual haría perder la condición de beneficiario al excónyuge. Debe de tratarse de un certificado literal de matrimonio expedido por el Registro civil con posterioridad al fallecimiento del asegurado. Suelen existir problemáticas cuando se trata de cónyuges que se han separado y hay controversias con los hijos de ese matrimonio o hijos de una pareja de hecho posterior. En estos casos, la postura más aconsejable sería la de mantener al cónyuge separado como beneficiario, puesto que la separación, según la antigua regulación del Código civil, no extinguió el matrimonio y, por consiguiente, el cónyuge separado, aunque separado (valga la redundancia), sigue siendo cónyuge. Ahora bien, una sentencia del Tribunal Supremo ha distinguido entre separación consensual y separación causal, de tal manera que si estamos ante una separación consensual, el cónyuge separado no tiene derecho al cobro de la prestación del seguro de vida. Sin embargo, si la separación fue causal, es decir, que medió alguna de las causas de separación que establecía la antigua regulación del Código civil (*abandono injustificado del hogar, infidelidad conyugal, conducta injuriosa o vejatoria...*) dicho cónyuge separado no debería perder la condición de beneficiario del seguro de vida. Ahora bien, como he indicado, se trata de una sola sentencia y, por tanto, no ha sentado jurisprudencia. De todos modos, no iría mal “curarse en salud” y cuando el gestor observe en el certificado literal de matrimonio que existe separación legal, debería solicitar la sentencia de separación para verificar si es separación consensual o causal y que, de momento, conste en el expediente, por posibles futuras reclamaciones judiciales. En la práctica, observo que de este tipo de casos se dan pocos (pero existen) y creo que al haberse modificado el Código civil hace poco y haberse suprimido la figura de la separación provocará que el futuro este tipo de supuestos sean aún menores y lleguen incluso a desaparecer, con lo que una supuesta segunda sentencia del Tribunal Supremo en este sentido será poco probable.

- El **libro de familia** es aquél libro que se entrega a los cónyuge cuando se celebra el matrimonio y en el que se expresan sumariamente los acontecimientos capitales relativos al estado civil de los esposos y al nacimiento de los hijos. No sirve, sin embargo, (y como suele ocurrir con frecuencia en la práctica) para acreditar de forma fehaciente la condición de cónyuge a la fecha de fallecimiento del asegurado. Ello sólo se acredita mediante el documento anteriormente descrito, es decir, el Certificado literal de matrimonio. En muchas ocasiones me he encontrado con ese tipo de casos en los que el asegurado indicó en la cláusula beneficiaria “cónyuge” y cuando solicitas a la esposa Certificado literal de matrimonio actual te aporta fotocopia del libro de familia pensando que con eso es suficiente y, por tanto, le has de explicar que el libro de familia acredita que en una determinada fecha se celebró o

se contrajo matrimonio pero no acredita las vicisitudes que pueden ocurrir durante el matrimonio (separación, reconciliación –figuras a extinguir ahora con la última modificación del Código civil, en la que se suprimen ambas- o divorcio). El libro de familia también sirve para determinar el número de hijos; ello ocurrirá en aquellos supuestos en los que el asegurado haya estipulado en la cláusula beneficiaria “hijos” o “hijos por partes iguales” o alguna similar. Por ello, se debe solicitar siempre una fotocopia completa del libro de familia. También sirve el libro de familia para identificar a los padres del asegurado cuando en la cláusula estipuló dicho asegurado: “los padres por partes iguales”, “el padre”, “la madre” o cláusula análoga. Cuando por cualquier razón el beneficiario-a/s no pudiera/n aportar una fotocopia completa del libro de familia se le/s solicitará entonces certificado literal de nacimiento y fotocopia del DNI del asegurado y de dicho beneficiario-a/s

- **La fotocopia del DNI del beneficiario-a/s.** Es imprescindible para la identificación de dicho beneficiario y para grabar los datos del beneficiario en la base de datos de la entidad aseguradora. A través de dicho documento, se podrá introducir en dicha base de datos el NIF del beneficiario/s. En los Documentos Nacionales de Identidad antiguos no viene la letra del NIF pero existen unos programas muy sencillos en el programa de Microsoft Office Excel que permiten calcular de forma rápida dicha letra de NIF sin tener que solicitar también al beneficiario fotocopia del NIF o de algún documento oficial en el que conste. También sirve el DNI para obtener el domicilio oficial del beneficiario (al que se le remitirá la carta informándole del pago de la prestación) y su fecha de nacimiento. En los supuestos de menores de edad que no tengan DNI todavía, se aportará, bien el DNI del padre o madre, bien el del tutor que tenga asignado; en este último caso, el pago se realizará de forma nominativa al menor de edad pero en la base de datos de la entidad aseguradora constará alguno de los DNI descritos.
- **La cuenta bancaria del beneficiario-a/s.** Se solicitará para poder realizar el pago de la prestación mediante transferencia bancaria. En caso de que, bien el mediador, bien el beneficiario-a/s desee/n cheque, entonces no hará falta que faciliten este documento. La mejor forma de acreditarlo es que aporten un certificado del banco que acredite que el beneficiario-a/s es titular de la cuenta bancaria facilitada o bien una fotocopia de la primera hoja de la cartilla. Con estas precauciones se pagará a quien corresponde o se evitarán posibles devoluciones de transferencias bancarias (determinados bancos no admiten transferencias a personas que no constan como titulares de dicha cuenta bancaria). En los supuestos en los que sea un mediador el que recabe toda la documentación necesaria para el cobro de la prestación, bastará con la comunicación por escrito de los 20 dígitos de la/s cuenta/s bancaria/s y la indicación de que dicha/s cuenta/s bancaria/s pertenece/n al beneficiario-a/s.

10.2.4. La información relativa a la fiscalidad del seguro de vida por fallecimiento:

- **La liquidación del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.** El artículo 19.1.b del Real Decreto 1629/1991, de 8 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones indica que "serán subsidiariamente responsables del pago del Impuesto" "en las entregas de cantidades a quienes resulten beneficiarios como herederos o designados en los contratos, las Entidades de seguros que las verifiquen".

Por su parte, el artículo 20 establece que "el ingreso del importe de la liquidación parcial, o el de la autoliquidación parcial practicada conforme a lo dispuesto en el artículo 89 de este Reglamento, extinguirá la responsabilidad subsidiaria que pudiera derivar para las Entidades y personas a que se refiere el artículo anterior del impago del Impuesto correspondiente a la transmisión hereditaria de los bienes de que se trate".

Por consiguiente, el beneficiario-a/s, previo al pago por parte de la entidad aseguradora del seguro de vida, ha/n de justificar a dicha entidad aseguradora que, bien que existe exención del capital del seguro de vida, bien que se ha realizado el pago de un determinado importe. Dicho importe dependerá de:

- el capital del seguro de vida,
- de si se trata de una liquidación total de la masa hereditaria o sólo una parcial del seguro de vida
- y de las reducciones y parte exentas aplicables al caso concreto según la normativa estatal y la autonómica.

En definitiva, se debe solicitar al beneficiario-a/s que aporte/n:

- bien la instancia de presentación debidamente sellada por la oficina liquidadora donde se refleje el capital del seguro de vida de la entidad aseguradora y también el modelo 650, 660 o modelo equivalente de la Comunidad Autónoma,
- bien la escritura de manifestación y aceptación de herencia donde en el inventario de bienes se refleje el capital del seguro de vida de la entidad aseguradora.

- **Supuestos de rendimiento del capital mobiliario o rendimiento del trabajo.** Se trata de aquellos supuestos en los que el beneficiario-a cónyuge se imputa en la base imponible del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones el 50% de la prestación y el otro 50% no lo declara en dicho impuesto al darle el tratamiento de ganancial. Ello lo hará en base al artículo 39.2. del Reglamento del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Ahora bien, aunque dicho artículo 39.2. del Real Decreto 1629/1991, de 8 de noviembre por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre sucesiones y Donaciones permite que cuando el seguro de vida "se hubiese contratado por cualquiera de los cónyuges

con cargo a la sociedad de gananciales y el beneficiario fuese el cónyuge sobreviviente, la base imponible estará constituida por la mitad de la cantidad percibida”, el artículo 10.1 de dicho Reglamento indica claramente que “constituye el hecho imponible de dicho impuesto “la percepción de cantidades por los beneficiarios de contratos de seguro sobre la vida, cuando el contratante sea persona distinta del beneficiario”.

En consecuencia, dicha mitad de la cantidad percibida por el viudo-a no tributa por el Impuesto sobre sucesiones y Donaciones porque dicho-a viudo-a es “asegurado-a = beneficio-a”. Por el contrario, sí tributa esa mitad por el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas en base al artículo 23.3 de la Ley 40/1998, de 9 de diciembre, del I.R.P.F. que establece que “*tendrán la consideración de rendimientos íntegros del capital mobiliario “los rendimientos dinerarios o en especie procedentes de (...) contratos de seguro de vida o invalidez”.*

Cuando estemos ante pólizas colectivas de seguro de vida que instrumenten compromisos por pensiones (exteriorización), entonces ese 50% que se imputa al cónyuge como bien ganancial tributa fiscalmente como rendimiento del trabajo y, por consiguiente, se le aplicarán las reglas que suponen dicho tratamiento fiscal.

10.3. Documentos necesarios para la gestión de prestaciones de incapacidad de seguros de vida. Definición, obtención y función. Casos especiales que se pueden presentar.

10.3.1. Documentos relativos a la incapacidad del asegurado.

- **La resolución de incapacidad permanente del Instituto Nacional de la Seguridad Social** (u organismo competente). Es aquella decisión administrativa que dicta y firma el Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social y que reconoce al asegurado uno de los grados que la normativa legal contempla, es decir:
 - La incapacidad permanente en el grado de total, para la profesión habitual.
 - La incapacidad permanente en el grado de absoluta, para toda profesión u oficio.
 - La incapacidad permanente en el grado de gran invalidez (que requiere la asistencia de tercera persona).

Sirve, en las pólizas colectivas de seguro de vida (y también en las pólizas individuales en que la entidad aseguradora base la definición de invalidez en alguno o todos los grados anteriores descritos) para determinar si existe cobertura para abrir un expediente de prestación. También sirve para determinar si hay derecho a percibir prestaciones por garantías complementarias tales como la incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez derivada de accidente o la de incapacidad permanente, total, absoluta o gran invalidez derivada de accidente

de circulación. En muchos de estos casos, el Convenio Colectivo o el tomador contratan capitales dobles o triples en el supuesto de que la incapacidad permanente tenga como contingencia alguna de las citadas causas.

Las garantías que se suelen contratar por el tomador en las pólizas colectivas de seguro de vida pueden tener su base en los siguientes motivos:

- Porque así lo establece el Convenio colectivo.
- Porque, de forma voluntaria, la empresa (tomador) desea reconocer unos derechos adicionales al Convenio colectivo para sus trabajadores.

Por ejemplo, en el primer supuesto, un Convenio Colectivo puede establecer que la empresa debe contratar con una entidad aseguradora un contrato de seguro de vida colectivo que garantice un capital determinado en caso de fallecimiento y otro capital determinado en caso de incapacidad permanente absoluta. Pero puede ocurrir, y de hecho ocurre en muchas ocasiones en la práctica, que algún asegurado al que el I.N.S.S. le ha reconocido la incapacidad permanente total comunique dicha resolución administrativa a la entidad aseguradora pensando que cobrará el capital que indica dicho Convenio Colectivo. Pues bien, en este caso concreto no habría cobertura, puesto que para que ese asegurado cobrara una prestación, el Convenio Colectivo y, por tanto, también la póliza de seguro de vida colectiva, deben contemplar también un capital determinado para los supuestos de incapacidad permanente total.

Existen supuestos especiales en los que el órgano competente no es el INSS sino otro tipo de organismos oficiales. Por ejemplo, las Comunidades Autónomas respecto a sus funcionarios, cuando así lo establezca su normativa interna, el personal de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado (en algunos supuestos) o bien los militares, en los que el órgano competente es el Tribunal Médico Militar (Ministerio de Defensa).

Puede ocurrir que en base al dictamen/propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades (E.V.I.) del I.N.S.S. el Director Provincial incluya en la resolución una cláusula de revisión que establece lo siguiente: *“Se prevé que la situación de incapacidad será revisable por mejoría que permita la reincorporación al puesto de trabajo en el plazo máximo de 2 años, de acuerdo con el artículo 48.2. del Estatuto de los Trabajadores”*. Pues bien, la inclusión de dicha cláusula conlleva dos consecuencias, una para la empresa o tomador y otra para la entidad aseguradora:

- La reserva del puesto de trabajo por parte de la empresa al trabajador/a hasta que, bien transcurran dos años sin la mencionada revisión, bien de oficio o a instancia del trabaja-

dor/a se le revise de nuevo por el E.V.I. y se le suprima dicha cláusula.

- Se genera una situación de provisionalidad de la resolución, es decir, que no es firme y, por tanto, no genera la obligación por parte de la entidad aseguradora a pagar la prestación al asegurado hasta que dicha cláusula sea suprimida o pasen dos años sin la citada revisión del trabajador/a. La Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de diciembre de 2.000 trató un tema análogo y resolvió en este sentido. Cuando nos hallemos ante un contrato de seguro de vida colectivo y un expediente de prestación de incapacidad con la mencionada cláusula y la entidad aseguradora paga la prestación corre el riesgo de se produzca la situación paradójica de que en una nueva revisión del trabajador/a se le indique que puede reincorporarse al puesto de trabajo en la misma empresa y, por tanto, solicite el tomador que se incluya de nuevo a este trabajador/a en la póliza que él tiene suscrita con esta entidad aseguradora otra vez con las garantías de fallecimiento e incapacidad. Lo lógico y la mejor manera de proceder es esperar a esta revisión y ver qué decide el I.N.S.S. y actuar entonces en consecuencia.

En ocasiones, en las pólizas colectivas de seguros de vida suele ocurrir con frecuencia que un tomador cambia de entidad aseguradora, bien porque ésta ha rescindido el contrato, bien porque dicho tomador decide que sus trabajadores estén asegurados en otra entidad aseguradora. Pues bien, en estos casos se suelen suscitar con frecuencia problemas de cobertura, es decir, de si la ocurrencia de la incapacidad se sitúa en una fecha o en otra y, por tanto, de si ha de asumir el pago de la prestación una entidad aseguradora u otra. Dado que la casuística aquí es muy variada y requeriría de un estudio mucho más detallado de los casos que pueden existir y de su posible resolución (y digo posible porque nunca aquí es todo negro o blanco) y dado también que la mayoría de ocasiones se resuelven estos casos en la vía judicial y no existen unas soluciones únicas ni fijas para cada caso concreto, entiendo que lo único que puedo recomendar en estos casos es que la entidad aseguradora tenga letrados en el servicio de prestaciones que conozcan a la perfección la normativa aplicable, las coberturas de la póliza y la jurisprudencia existente, es decir (y permítanme la expresión) que “mamen” día a día estos supuestos judiciales y sepan cómo actuar para defender los intereses de su representada (la entidad aseguradora).

- **La sentencia firme de los juzgados o tribunales de justicia.** Se trata de aquella resolución judicial de la jurisdicción laboral en que se decide definitivamente un juicio o proceso de reconocimiento de cobrar una prestación por incapacidad permanente, en cualquiera de los grados antes descritos o bien para determinar la contingencia por la que se cobrará dicha prestación (enfermedad, enfermedad profesional, acci-

dente laboral o accidente no laboral). Cuando a un asegurado en vía administrativa no se le reconoce por el I.N.S.S. u órgano competente su pretensión de cobrar una prestación de incapacidad permanente en cualquiera de los grados descritos o no está de acuerdo con el grado que le ha reconocido dicho organismo oficial, realiza primero una reclamación previa ante el órgano administrativo que dictó la resolución y si esta reclamación previa no prospera entonces acude a la vía judicial para que se le reconozca la mencionada prestación por incapacidad.

Sirve, como en el supuesto anterior, para que el gestor verifique que existe cobertura en la póliza para ese caso concreto y para verificar si también el asegurado/a tiene derecho a los capitales por las garantías de incapacidad permanente (en el grado que corresponda) por accidente o incapacidad permanente por accidente de circulación (si es que los ha contratado el tomador).

- El **dictamen del Gabinete médico** externo (contratado por la entidad aseguradora para que examine al asegurado/a y determine si alcanza el grado de incapacidad o invalidez (si la garantía se denomina así por la entidad aseguradora) determinado en la póliza del seguro de vida. Este documento se solicita en los supuestos de pólizas de vida individual en las que la entidad aseguradora ha establecido en las condiciones generales que para el cobro de la prestación del seguro de vida por incapacidad o invalidez se requiere que el asegurado/a alcance un determinado grado de menoscabo valor persona. Por tanto, no se suele acudir al mismo en los contratos colectivos de seguro de vida, puesto que en muchos de ellos es la normativa laboral la que impera y, por consiguiente, para determinar la cobertura se acude a las resoluciones del I.N.S.S. u organismo competente antes indicadas.

El asegurado/a deberá facilitar teléfono/s de contacto y dirección actual a fin de ser visitado por un médico asignado por dicho gabinete médico. El asegurado/a deberá enseñar al doctor la documentación médica que este le solicite a fin de que dicho médico pueda realizar una valoración correcta y emitir un dictamen para la entidad aseguradora (dictamen que será confidencial y sólo para uso interno de la entidad aseguradora).

- El **historial médico-clínico del asegurado/a**. Esta documentación la ha de aportar el propio asegurado. Al igual que en el supuesto de fallecimiento, sirve para determinar si lo que declaró el asegurado en el cuestionario de solicitud de seguro coincide con la realidad, es decir, no hay indicios de fraude o falsedad en el cuestionario de declaración de salud. El artículo 10 de la Ley 50/80 de 8 de octubre, del Contrato de seguro, establece que *“el tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la va-*

loración del riesgo y que no estén comprendidas en él". De esta manera, si lo establecido en dicho artículo se incumple, el artículo 89 de la Ley 50/80 de 8 de octubre, del Contrato de seguro, establece que "en caso de reticencia o inexactitud en las declaraciones del tomador, que influyan en la estimación del riesgo, se estará a lo establecido en las disposiciones generales de esta Ley. Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el tomador del seguro haya actuado con dolo".

En algunos supuestos es recomendable solicitar una fotocopia compulsada de los informes médicos (sobretudo, en aquellos en los que la fecha del hecho causante se sitúa muy cercana a la entrada en vigor de la póliza de seguro de vida y hay posibles indicios de fraude) a fin de comprobar su autenticidad.

Como excepción, la información médica no será necesaria en aquellos seguros de vida colectivos en los que la adhesión de los asegurados se haya realizado mediante listado, cinta magnética o TC-2, es decir, en aquellos casos en no existe cuestionario de declaración de salud. En estos supuestos se comprueba el hecho que da lugar al cobro de la prestación del seguro de vida, es decir, el fallecimiento y no se indaga sobre la enfermedad causante del fallecimiento (sí, por el contrario, se indaga si han mediado atestado o diligencias judiciales) puesto que el tomador (empresa) ya paga prima suficiente para que se paguen todos los supuestos de fallecimiento de sus trabajadores asegurados.

10.3.2. La documentación relativa al asegurado-a/beneficiario-a.

- El **certificado literal de nacimiento** del asegurado. Al igual que en el supuesto de fallecimiento, este documento se obtiene en el Registro Civil y su solicitud se puede realizar, bien personándose en el Registro civil, bien realizar su petición por internet a través de la página oficial del Ministerio de Justicia en la siguiente dirección pero sólo se podrá en aquellos Registros Civiles que consten en la lista de Registros Civiles de dicha página Web. La función de dicho documento consiste en verificar cuando se produce el hecho que da lugar a la apertura de un expediente de prestación por fallecimiento que la edad que declaró el asegurado coincide con la realidad puesto que el artículo 90 de la Ley 50/80 de 8 de octubre, del Contrato de seguro, "*en el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, el asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél. En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es*

superior a la que deberá haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses”.

- **La fotocopia del DNI del asegurado-a/beneficiario-a** (Documento Nacional de Identidad). Al igual que en el caso anterior y tal y como ya describimos para el caso de fallecimiento, dicho documento sirve para verificar la edad exacta de nacimiento del asegurado en aquellos supuestos en los que el certificado literal de nacimiento no exista por destrucción de los documentos del Registro civil de la localidad de nacimiento (en muchas localidades de la geografía española se dan supuestos de destrucción causados en la Guerra civil española por incendios, bombardeos, saqueos, etc.). Además, dado que en este supuesto el asegurado es también beneficiario de la prestación, la fotocopia del DNI sirve para la identificación de dicho beneficiario y para grabar los datos de éste en la base de datos de la entidad aseguradora. A través de dicho documento, se podrá introducir en dicha base de datos el NIF del beneficiario/s. En los Documentos Nacionales de Identidad antiguos no viene la letra del NIF pero existen unos programas muy sencillos en el programa de Microsoft Office Excel que permiten calcular de forma rápida dicha letra de NIF sin tener que solicitar también al beneficiario fotocopia del NIF o de algún documento oficial en el que conste. También sirve el DNI para obtener el domicilio oficial del asegurado-a/beneficiario-a (al que se le remitirá la carta informándole del pago de la prestación) y su fecha de nacimiento. En los supuestos de menores de edad que no tengan DNI todavía, se aportará, bien el DNI del padre o madre, bien el del tutor que tenga asignado; en este último caso, el pago se realizará de forma nominativa al menor de edad pero en la base de datos de la entidad aseguradora constará alguno de los DNI descritos.
- **La cuenta bancaria del asegurado/beneficiario-a/s.** Se solicitará para poder realizar el pago de la prestación mediante transferencia bancaria. En caso de que, bien el mediador, bien el beneficiario/a desee/n cheque, entonces no hará falta que faciliten este documento. La mejor forma de acreditarlo es que aporten un certificado del banco que acredite que el beneficiario/a es titular de la cuenta bancaria facilitada o bien una fotocopia de la primera hoja de la cartilla. Con estas precauciones se pagará a quien corresponde o se evitarán posibles devoluciones de transferencias bancarias (determinados bancos no admiten transferencias a personas que no constan como titulares de dicha cuenta bancaria). En los supuestos en los que sea un mediador el que recabe toda la documentación necesaria para el cobro de la prestación, bastará con la comunicación por escrito de los 20 dígitos de la/s cuenta bancaria y la indicación de que dicha cuenta bancaria pertenece/n al beneficiario/a. Por último, indicar que en ocasiones dicha información coincide con la cuenta bancaria donde se han estado cobrando los recibos de prima del asegurado-a (sobre todo en las pólizas individuales porque en las pólizas colectivas es la empresa –tomador- el que paga dichas primas –aunque a veces se las impute al trabajador-).

10.3.3. La documentación relativa a la fiscalidad del seguro de vida por incapacidad o invalidez.

Una vez se ha aceptado el pago de la prestación del seguro de vida, se ha de aplicar a dicho pago la fiscalidad correspondiente. Para ello, se han de solicitar una serie de documentos:

- El **certificado de minusvalía** del asegurado/a. Es el certificado que emite la Consejería de la Comunidad Autónoma correspondiente (normalmente, la de Bienestar Social o similar) y que reconoce el grado de minusvalía que tiene esa persona desde el punto de vista social y asistencial. En los pagos de prestaciones derivadas de incapacidad que tienen el tratamiento fiscal de rendimiento del capital mobiliario, si el asegurado/a tiene una minusvalía igual o superior al 65%, se le aplica en el pago una reducción del 75%, quedando, por tanto, una base del 25%. En caso de no aportarse dicho certificado la reducción que se aplicará será del 40%, quedando una base del 60%. Ello es así porque así lo establece el art. 24.2. y 94.2 Real Decreto Legislativo 3/2004, de 5 de marzo, texto refundido Ley I.R.P.F. y art. 19.3. Real Decreto 1775/2004, de 30 de julio, Reglamento I.R.P.F.
- El **impreso modelo 145**. Se trata de un impreso donde el asegurado/a que recibe una prestación de seguro de vida por incapacidad y con el tratamiento fiscal de rendimiento del trabajo (pólizas colectivas de seguro de vida que instrumentan compromisos por pensiones) declara su situación personal o familiar, es decir,
 - Declara una de estas 3 situaciones familiares:
 1. Soltero, viudo/a, divorciado/a legalmente con hijos menores de 18 años o incapacitados judicialmente que conviven exclusivamente con el asegurado/a sin convivir con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de esta comunicación.
 2. Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas. En este supuesto, se ha de indicar el NIF del cónyuge.
 3. Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales... etc.).
 - También declara si tiene alguna discapacidad (grado de minusvalía reconocido). En este supuesto, debe especificar si dicho grado es:
 - Igual o superior al 33% e inferior al 65%.
 - Igual o superior al 65 %.

- Y especificar, en su caso, si tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida.
- Si se produce una situación de movilidad geográfica, es decir, si anteriormente estaba el asegurado/a en situación de desempleo y la aceptación del puesto de trabajo actual le exigió el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio. En este supuesto, debe el asegurado/a indicar la fecha de dicho traslado.
- Si se produce una situación de prolongación de la actividad laboral, es decir, si el asegurado/a ha prolongado su actividad laboral una vez ha cumplido los 65 años.
- Si tiene hijos y otros descendientes solteros menores de 25 años, o mayores de edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor. En este supuesto, el asegurado/a debe indicar el año de nacimiento o año de adopción, si tiene/n declarada alguna minusvalía (el porcentaje) y si se computa/n por entero, es decir, en el caso de hijos que convivan únicamente con el asegurado/a sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con el asegurado/a, sin convivir también con ningún otro de sus abuelos.
- Si tiene ascendientes mayores de 65 años, o menores si son discapacitados, que conviven con el perceptor (al menos durante la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros). En este supuesto, el asegurado/a debe indicar el año de nacimiento, si tiene/n declarada alguna minusvalía (el porcentaje) y si existe convivencia con otros descendientes, es decir, si algún ascendiente convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado (en este caso, el asegurado/a debe indicar el número total de descendientes con los que convive, incluido él mismo).
- Las pensiones compensatorias a favor del cónyuge y anualidades por alimentos de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial.
- Finalmente, el asegurado/a debe firmar la comunicación e indicar el lugar y fecha.

10.4. Documentos necesarios para la gestión de prestaciones de seguros de vida de jubilación (pólizas de exteriorización de compromisos por pensiones). Definición, obtención y función. Casos especiales que se pueden presentar.

10.4.1. La documentación relativa al asegurado-a/ beneficiario-a.

- El **certificado literal de nacimiento**. Me remito a lo indicado en anteriores epígrafes.
- La **fotocopia del D.N.I. del asegurado-a/beneficiario-a**. –También me remito a lo explicado en otros epígrafes.
- La **cuenta bancaria del asegurado-a/beneficiario-a**. Igualmente, me remito a lo ya explicado anteriormente.
- El **impreso modelo 145**. Me remito también a lo indicado para el supuesto de incapacidad.
- El **certificado de la empresa**. En algunos supuestos se puede solicitar este documento para comprobar fecha de antigüedad del trabajador/a y último salario mensual bruto (o anual bruto, en su caso) con el fin de verificar si le corresponde alguno de los premios por jubilación en función de la antigüedad en la empresa y si las reserva matemática se ajusta a la información facilitada por la empresa.

10.4.1. La documentación relativa a la jubilación del asegurado-a/ beneficiario-a.

- La **resolución de jubilación del I.N.S.S. o del órgano competente**. Es aquella decisión administrativa que dicta y firma el Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social y que reconoce al asegurado el derecho al cobro de la prestación por jubilación.

En los supuestos de jubilación parcial, se abonará la prestación reduciendo la reserva matemática en el porcentaje entre el 100% y el porcentaje de prestación por jubilación. Por ejemplo, en una jubilación parcial del 85% se reducirá la reserva matemática en un 15% y dicho 15% se abonará al asegurado-a/beneficiario-a cuando aporte nueva resolución del I.N.S.S. u órgano administrativo competente que establezca el tránsito de la jubilación parcial a la jubilación al 100%.

10.5. Documentos necesarios para la gestión de prestaciones de rescate o anticipo de pólizas de seguro de vida de ahorro. Definición, obtención y función. Casos especiales que se pueden presentar.

10.4.1. La documentación relativa al tomador.

El tomador deberá aportar, en este supuesto:

- **Escrito de solicitud de rescate**. En el mismo, el tomador deberá indicar:
 - Su nombre y apellidos.

- El número de póliza que desea rescatar o solicitar un anticipo.
 - En el caso de rescate, debe especificar si desea un rescate total o bien un rescate parcial (y en este caso, debe indicar, o bien el capital exacto, bruto o neto, que desea rescatar, o bien un porcentaje del saldo acumulado que tenga en ese momento –siempre y cuando no sobrepase los límites marcados en el contrato o condiciones generales-).
 - Firmar dicho escrito de solicitud del rescate.
- **Fotocopia del D.N.I. del tomador.** A fin de cotejar la firma del DNI con la del escrito de solicitud de rescate. Así, en el supuesto de falsedad en documento privado por parte de alguna persona ajena al tomador, la entidad aseguradora quedaría exonerada si ha actuado con total diligencia, es decir, ha efectuado de forma correcta la comprobación anterior.
 - En los supuestos en los que el tomador es una persona jurídica, entonces se deberá aportar, si no consta ya incorporada una copia con el contrato de seguro de vida de ahorro, una **fotocopia de la escritura de constitución de la sociedad** y, en el supuesto de que el nombramiento de los administradores conste en escritura notarial aparte, se deberá aportar **fotocopia de la escritura de nombramiento de los miembros del Consejo de Administración**. Ello sirve para comprobar que quien firma el escrito de solicitud de rescate o anticipo (que debe ser alguno de los Administradores de la sociedad o del Consejo de Administración) coincide con el que consta en la escritura notarial. Se debe comprobar si los miembros del Consejo de Administración actúan mancomunadamente (en cuyo caso han de firmar la solicitud de rescate todos) o bien solidariamente (en cuyo caso puede firmar cualquiera de ellos –si bien luego internamente éste responderá frente al resto de Administradores sociales-).
 - La **cuenta bancaria** del tomador. Igual que en los casos anteriores de fallecimiento, incapacidad o jubilación, se deben de adoptar las máximas precauciones con el fin de que el pago de la prestación se realice correctamente al tomador de la póliza. En caso de que así lo desee el tomador, se realizará el pago de prestación mediante cheque.

10.6. Otros supuestos. Definición, obtención y función. Casos especiales que se pueden presentar.

Existen garantías en la contratación de seguros de vida que, aunque se utilizan en menor medida, entiendo que hay que hacer mención a las mismas:

10.6.1. La documentación relativa a la garantía de desempleo de larga duración.

- La **fotocopia del escrito de reconocimiento de la prestación de desempleo por el INEM u organismo competente**. Permite conocer desde qué fecha exacta el asegurado está en situación de desempleo

y así calcular en qué momento puede solicitar la prestación por esta garantía.

- La **fotocopia del D.N.I. del asegurado/a**.
- La **cuenta bancaria del asegurado/a**.
- El **certificado del INSS** conforme el asegurado sigue siendo demandante de empleo.

10.6.2. La documentación relativa a la garantía de diagnóstico de enfermedad grave.

- El **informe médico-clínico** donde se detalle el diagnóstico de la enfermedad grave y su fecha de diagnóstico. Por lo demás, me remito a cuando se ha explicado para los supuestos de fallecimiento e incapacidad.

10.6.3. La documentación relativa a la garantía de incapacidad temporal.

- El **parte de baja**. Lo emite el médico de cabecera o especialista. Sirve para conocer la fecha de baja y, por tanto, la fecha en que se inicia la prestación y, en caso de franquicia, la fecha en la que, sumados los días de franquicia, se comienza a pagar la prestación.
- El **informe médico-clínico** donde se detalle la causa de la baja y, en su caso, informes complementarios con la fecha del diagnóstico de la enfermedad causante de la baja. Por lo demás, me remito a cuando se ha explicado para los supuestos de fallecimiento e incapacidad.
- Los **partes de confirmación** que se sucedan.
- El **parte de alta**. Sirve para conocer la fecha tope de pago de la prestación.
- En cuanto a la **fotocopia del DNI del asegurado/a** y la **cuenta bancaria**, me remito a lo ya explicado en su momento.

11. El pago de las prestaciones de seguros de vida.

11.1. El pago. La información del pago que se debe facilitar al asegurado, tomador o beneficiario.

El pago de la prestación es la culminación de un proceso de gestión y el mismo debe llegar, al igual que se indicó en el apartado referido a la aptitud, con un equilibrio entre celeridad, rigurosidad y eficacia.

Como ya he dicho en otros epígrafes, un cliente que ve cumplida la promesa a la que se obligó la entidad aseguradora si se producían unos supuestos determinados en la póliza de seguro de vida y comprueba “en su piel” que la entidad aseguradora ha actuado con celeridad y eficacia, tanto en la gestión como en el pago, creará un “plus” para esta entidad aseguradora porque hablará bien de la misma a sus conocidos, amigos y familiares.

Por otra parte, la información del pago que se debe facilitar al asegurado, tomador o beneficiario ha de ser una información de fácil comprensión, donde se detallen todos los elementos del pago (importe bruto, rendimiento, importe exento, reducciones aplicables, base de retención, retención aplicable e importe neto), especificar correctamente el concepto de pago (fallecimiento, incapacidad, jubilación, vencimiento del contrato, etc.) y si han sido pagos con tratamiento fiscal de rendimiento del capital mobiliario o rendimiento del trabajo.

Dicha información deberá ser remitida por carta al perceptor de la prestación adjuntando un finiquito para que dicho perceptor lo devuelva debidamente firmado.

11.2. La fiscalidad aplicable.

11.2.1. Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Supuestos.

Según el artículo 10.1 de dicho Reglamento indica claramente que *“constituye el hecho imponible de dicho impuesto “la percepción de cantidades por los beneficiarios de contratos de seguro sobre la vida, cuando el contratante sea persona distinta del beneficiario”*.

Por consiguiente, aquí nos encontraremos con supuestos en los que fallece el asegurado y cobra la prestación del seguro de vida una tercera persona, el beneficiario.

También deberán liquidar, pero no como una sucesión sino como una donación, aquellas personas que perciban el cobro de la prestación de un seguro de vida de ahorro como beneficiario-a/s pero que son distintas al tomador o contratante.

11.2.2. I.R.P.F. Rendimiento del capital mobiliario y rendimiento del trabajo. Supuestos.

Según el artículo 23.3 de la Ley 40/1998, de 9 de diciembre, del I.R.P.F. *“tendrán la consideración de rendimientos íntegros del capital mobiliario “los rendimientos dinerarios o en especie procedentes de (...) contratos de seguro de vida o invalidez”*.

Según el Manual práctico de fiscalidad de ICEA ¹⁷ *“en el caso del I.R.P.F. y siempre y cuando el seguro haya sido concertado de forma individual por el tomador (seguros de vida individual), los rendimientos derivados de la prestación tributarán como **rendimientos del capital mobiliario**, salvo en el caso de Planes de Previsión*

¹⁷ ICEA. , Manual Práctico de Fiscalidad. 2.005. Páginas 13-20.

Asegurados (P.P.A.), que tributarán como **rendimientos del trabajo personal**. Si el seguro fuera colectivo, dichos rendimientos tributarán también como **rendimientos del trabajo personal** si cumplen alguno de estos dos requisitos:

- Las prestaciones percibidas por beneficiarios de contratos de seguros concertados con mutualidades de previsión social.
- Las prestaciones por jubilación e invalidez percibidas por beneficiarios de contratos de seguros colectivos que provengan de instrumentación de compromisos por pensiones”.

Por tanto, si el pago de prestaciones de seguros de vida colectivos no cumplen con alguno de los dos requisitos anteriores, tributarán como rendimientos del capital mobiliario .

Icea destaca que “los rendimientos que los Seguros de vida vayan generando no pagarán impuestos mientras no se reciba la prestación. La tributación se produce en el momento que la Compañía hace efectivo el pago de la prestación pactada en la póliza.

Si la prestación se percibe en forma de capital, el rendimiento vendrá determinado por la diferencia entre el capital percibido y las primas satisfechas. Ahora bien, las reducciones que se aplicarán a dichos rendimientos varían en función de la prestación garantizada (**invalidez o supervivencia**) y de cómo se perciba la prestación (**capital o renta**)”.

11.2.2. Otros impuestos a que se sujetan las prestaciones por seguros de vida.

En este supuesto, sólo mencionaremos (a título meramente enumerativo) que, a parte del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones (como sucesión o como donación) y del Impuesto sobre la renta de las personas físicas, las prestaciones por seguros de vida también pueden estar sujetas a:

- El Impuesto sobre el Patrimonio.
- El Impuesto sobre Sociedades.

12. Las reservas técnicas. En concreto, los I.B.N.R. Concepto y tratamiento.

Según Carme Negro de González ¹⁸, el análisis actuarial es una herramienta básica para la comprensión técnica y profesional de entender el negocio del seguro.

A través de dicho análisis se comprende la estructura de tarifas, reservas, Estados Financieros y sirve de base para la elaboración y comprensión de estadísticas para la toma de decisiones.

¹⁸ Negro de González, Carme. Consultora de la AGIS. www.agis.com.gt/capacitacion/Oferta007.doc

Según Negro, las reservas técnicas de una entidad aseguradora se dividen en las siguientes modalidades:

- *Reserva de Riesgo en Curso (Reserva de Prima No Consumida). Reserva de Desviación de Siniestralidad de Primas*
- *Reserva de Primas Pendientes de Cobro.*
- *Reserva matemática de Vida.*
- *Reservas de Siniestros (o prestaciones):*

Y dentro de las “reservas de siniestros” (o prestaciones), se distinguen las siguientes:

- Reserva de siniestros expediente a expediente
- Reserva IBNR (Reserva para siniestros pendientes de declaración).
- Reserva IBNER (Reserva para movimientos de carga pendiente de declaración).
- Reserva de Estabilización Técnica.
- Reserva para Gastos de Gestión Interna de Siniestros.
- Reserva para Catástrofes.

Pues bien, de todas ellas, quiero destacar la de los IBNR, es decir, la que yo defino en el caso de prestaciones de seguros de vida como reserva para expedientes de prestaciones pendientes de declaración.

Según el Dictamen de Asesoría Técnica 33/2005 de la Dirección Asesoría Técnica de la Superintendencia de Seguros de Argentina ¹⁹, “...*la actividad aseguradora posee características propias, distintas de cualquier otra actividad comercial, mencionando como una de las más importantes y distintivas del negocio del seguro que la siniestralidad es aleatoria, por lo que el costo para la empresa que presta el servicio tiene ese carácter.*”

Hace notar que “...*el precio o “prima” se percibe en primer lugar y a posteriori se deben solventar los eventuales siniestros que afecten a los riesgos amparad”, con lo cual la empresa debe determinar y cobrar un precio sin conocer exactamente el costo final del servicio que brinda.*”

Concretamente señala que “...*el riesgo técnico que asume una aseguradora se puede resumir en lo siguiente:*”

- 1) *que la frecuencia de los siniestros sea mayor a la prevista,*
- 2) *que el monto de los siniestros sea superior a los esperados o*
- 3) *que se concentren en un período corto de tiempo”.*

¹⁹ Dirección Asesoría Técnica de la Superintendencia de Seguros de Argentina. **Dictamen 33/2005**
http://www.cpcesla.org.ar/doc/boletin/234/dat_33.doc

“Cualquier desvío en las situaciones indicadas, individualmente o una combinación de ellas, significará una prima insuficiente para pagar los siniestros y el consiguiente riesgo de ruina o quiebra de la empresa”.

Así entonces dada la naturaleza técnica del seguro, señala que, *“resulta imprescindible recurrir a la estadística y a la ciencia actuarial para hacer posible su existencia y garantizar su continuidad en el tiempo, estimando con cierta exactitud el costo siniestral final y analizando por sobre todas las cosas el comportamiento de las principales variables que intervienen.*

Al respecto es preciso señalar que *“sobre los siniestros comenta dos de sus variables principales:*

- 1) Cuando el asegurador toma conocimiento que una cobertura fue afectada y*
- 2) Cuando se puede determinar fehacientemente el monto a abonar.*

En lo que concierne a la primera variable, el asegurador no la puede controlar ya que el asegurado, beneficiario o tercero afectado, según el caso, deben denunciar el siniestro y aportar la documentación requerida para su tramitación, dentro de los plazos legales con que cuentan. Dichos plazos son muy variables ya que van desde los 3 días desde la toma de conocimiento que tiene un asegurado para denunciar el hecho, hasta los 10 años de plazo que tiene un tercero para efectuar un reclamo derivado de una responsabilidad civil de tipo contractual.

En relación con la segunda variable, expresa que no es de fácil determinación tanto en los casos donde el asegurador aún no conoce el monto que se le reclama, como en aquellos donde se deba resolver el siniestro en sede judicial”.

Para Jorge de Andrés Sánchez ²⁰, *“una de las provisiones de mayor importancia para la estabilidad de las compañías de seguros es la de siniestros pendientes de declaración, sobre todo en ramos con un notable diferimiento de muchas de las reclamaciones como el del automóvil o el de responsabilidad civil. Por tanto, no es extraño que la literatura actuarial proponga una gran variedad de metodologías par su cálculo. Por otra parte, dadas las condiciones cambiantes del entorno en que se mueve la actividad aseguradora, no es aconsejable partir de una experiencia excesivamente amplia para el cálculo de dichas provisiones. Por esas razones, entendemos que dada la débil información de partida, la utilización de instrumentos de la lógica borrosa puede ser muy adecuada. Concretamente, Jorge de Andrés Sánchez, propone una metodología que se basa en el uso de instrumentos de regresión borrosa y la utilización del esquema propuesto por Benjamín u Eagles (1986) para la determinación de las IBNR”.*

²⁰ Andrés Sánchez, Jorge de. “Determinación de las IBNR con lógica borrosa”. Profesor titular de Universidad Departamento de Gestión de empresas de la Universidad Rovira i Virgili.
<http://www.actuarios.org/esp/anales/2003/De%20Andres%202003.pdf>

13. Las normas de calidad y su relación con las reclamaciones.

En la primera jornada del “III Encuentro de Tramitación y Gestión de Siniestros” organizado por Recoletos Conferencias y Accenture ²¹, se puso de manifiesto que “la implantación de normas que mejoren la calidad de los servicios que ofrecen las aseguradoras en la tramitación y la gestión de los siniestros (siguiendo mi terminología se diría más bien gestión de prestaciones o “servicios y prestaciones a clientes” como mi entidad aseguradora (Winterthur) ha adoptado) es una de las principales bazas para aumentar la competitividad de las entidades”.

En dichas jornadas, celebradas el pasado mes de junio “Manuel Casado Caso, director de administración de seguros individuales de Grupo Santander, explicó los procedimientos que sigue el banco, especializado en seguros de vida, en la gestión eficiente de las **reclamaciones** de sus clientes. Casado afirmó que en estos procesos de calidad **es muy rentable para las compañías, ya que éstas incurren en enormes gastos cuando se produce una queja de un cliente, mientras que la calidad no cuesta nada**. Añadió que, según coinciden muchos estudios, el coste de la mala calidad en las áreas administrativas representa entre el 20% y el 30% de los gastos totales de estos departamentos. Pese a ello, añadió que las entidades no deben esconder las **quejas**, que **no tienen que ser consideradas como un problema, sino como una oportunidad de mejora**”. En opinión del representante de Grupo Santander, “sería bueno dar publicidad a las reclamaciones recibidas por una entidad entre todos los miembros de su organización y analizar el origen de las quejas con todos los implicados”.

Por su parte, el Ministerio de Economía ²² ²³ ha detectado 27 malas prácticas que cometen habitualmente las aseguradoras y la banca. El mayor número de actuaciones incorrectas se producen en la venta de seguros de vida y planes de pensiones. La contratación de seguros de vida sin el consentimiento de un cliente al que se le ha concedido una hipoteca, la renovación de seguros de jubilación en condiciones menos favorables... son ejemplos de prácticas indebidas.

Por su parte, Patricia Pérez Zaragoza, de la revista semanal “Mi cartera de Inversión” ²⁴ y de “El Diario Vasco” ²⁵ indica que “son numerosas las entidades que se esfuerzan en aligerar la famosa letra pequeña de sus pólizas y en hacer más comprensibles sus contratos, pero no todas lo consiguen”.

En este tema creo que también las entidades aseguradoras deben de tener en cuenta las **guías que ha elaborado UNESPA para el sector**. En concreto, se trata de las guías de “buenas prácticas para el sector” y la de “publicidad y trans-

²¹ Diario Expansión, 23-06-2006, página 25. “La buena gestión de los siniestros mejora la competitividad”.

²² EFE. Diario El País (Edición Nacional). “Economía revela 27 malas prácticas en seguros”. 22-05-2006. Página 103.

²³ EFE. Diario Cinco Días. 22-05-2006. “Economía señala 27 malos usos en seguros y Pensiones”. Página 23.

²⁴ Pérez Zaragoza, Patricia. Revista semanal Mi cartera de Inversión. “Qué reclaman los clientes a las aseguradoras”. Pagina 52-53.

²⁵ Pérez Zaragoza, Patricia. El Diario Vasco. 04-06-2006. “Qué reclaman los clientes a las aseguradoras”. Página 6.

parencia en el seguro” (ya se ha sumado a las mismas el 35,3 % del negocio asegurador). También hay que tener en cuenta que UNESPA elaboró anteriormente otras dos guías (aunque no relacionadas con el tema que nos ocupa pero que hay que mencionar) relativas al “buen gobierno de a entidades” y la de “control interno de las mismas” ²⁶.

14. El fraude a la Seguridad Social y sus consecuencias: el aumento de expedientes de prestación por incapacidad.

El pasado 17 de abril el Diario la Razón publicaba un artículo titulado *“el fraude en las bajas laborales roza máximos”* ²⁷. En el mismo, se indicaba que *“el escándalo desatado estos días en Cádiz con la desarticulación de una red de presunto fraude a la Seguridad Social ha vuelto a abrir la caja de Pandora. Entre los acusados se encuentra la mujer del diestro Jesulín de Ubrique, María José Camapanario, a quien se le acusa de haber abonado 24.000,00 euros para conseguir un certificado de incapacidad laboral.*

Durante 2005 se produjeron 7.132.220 bajas por incapacidad laboral en nuestro país. De ellas, Andalucía ostenta el primer puesto con más de un millón y medio, seguida de Cataluña y Madrid.

Ponerse enfermo y coger una baja es un derecho indiscutible de los trabajadores españoles. Sin embargo, son muchos los asegurados que se las ingenian para conseguir una incapacidad a golpe de talonario o para fingir o exagerar determinadas dolencias, situaciones de abuso que cuestan dinero a todos los contribuyentes a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)” y que también cuestan dinero a las entidades aseguradoras que pagan expedientes de prestación de incapacidad temporal, aunque también puede afectar en menor medida a las mismas si la persona logra, bajo fraude a la Seguridad Social, conseguir una prestación por incapacidad permanente total (la absoluta es bastante más difícil conseguirla defraudando).

Sin embargo, explica Marta Borchá en dicho artículo, *“para poner freno a este crecimiento desorbitado de facturas, entran en juego una serie de mecanismos de control. De ello se ocupa la **Unidad de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social** a través de una plantilla específica de médicos, que se encargan de controlar la veracidad de las enfermedades de los trabajadores que solicitan la baja laboral. El año pasado, este organismo instó a volver a su empleo a 16 de cada 100 trabajadores a los que llamó para una inspección.*

Los datos confirman la existencia de cierto nivel de fraude en las bajas laborales, sobre todo con enfermedades comunes, como las relacionadas con las vías respiratorias, tales como la bronquitis, los catarros o la gripe, pero también la lum-

²⁶ García, Luis B. “Unespa quiere mejorar la imagen del sector con dos nuevas guías”. Revista mensual Mediarío. 01-05-2006. Página 12 y13.

²⁷ Borchá, Marta. Diario La Razón. 17-04-2006. “El fraude en las bajas laborales roza máximos”. Página 28.

balgía y la depresión tuvieron su protagonismo, dolencias que cada año cuestan al bolsillo público millones de euros”.

“A la espera de que la Seguridad Social realice las inspecciones de las bajas laborales, son muchas las empresas que optan por contratar a detectives privados para comprobar que sus empleados se encuentran realmente enfermos y que esa incapacidad laboral no es una excusa o un pretexto para ausentarse de su puesto durante una temporadita”.

“Para erradicar los fraudes laborales y el alto coste económico que suponen, la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 2006 ha introducido modificaciones en el régimen jurídico de la incapacidad temporal y ha atribuido al Instituto Nacional de la Seguridad Social la competencia de dar de alta a aquellos trabajadores que lleven un año de baja, algo de los que siempre se han encargado los facultativos de los centros de salud”.

15. El registro de seguros de vida.

El pasado 15 de noviembre se publicó en el *Boletín Oficial del Estado* La Ley sobre la Creación del Registro de Contratos de Seguros de Cobertura de Fallecimiento.

Este registro nace para evitar que, en caso del fallecimiento del tomador de un seguro o del asegurado, sus beneficiarios se queden sin cobrar los derechos económicos generados. *“Algo que ocurre con mucha frecuencia, al desconocerse la existencia de este tipo de contratos de vida que en muchas ocasiones se firman al realizar operaciones como la contratación de un préstamo hipotecario o de una tarjeta de crédito”* ²⁸

“Para que este proyecto se haga realidad, el Gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero debe proceder a su desarrollo reglamentario. Un trabajo que, según una respuesta parlamentaria, deber estar acabado al concluirse el mes de noviembre. Es decir, cuando se cumple el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de la ley, según se especifica en la propia norma”.

En la Exposición de motivos de la ley se explica que *“con independencia de que la ausencia de reclamaciones (...) pueda producir a las compañías aseguradoras un beneficio indebido, pues muchas de las pólizas quedan sin cobrar, es preciso poner remedio a esta situación”.*

En el nuevo registro se deberán inscribir los contratos de seguro de cobertura de vida que se celebren en España. La obligación de comunicación de los datos recae en las aseguradoras.

²⁸ Diario La Gaceta Negocios Inversión. 10-06-2006.. “El registro de seguros de vida nacerá en el mes de noviembre”. Página 9.

SEGUNDA PARTE:

LA INTERRELACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE PRESTACIONES Y EL SERVICIO DE SUSCRIPCIÓN.

16. Introducción.

Siguiendo a Gene A. Morton, FLMI ²⁹, una entidad de seguros debe decidir si acepta contratar con un solicitante. Para tomar esta decisión, el asegurador debe reunir información sobre el solicitante y, si no son la misma persona, también sobre el asegurado propuesto.

En base a la información obtenida, la entidad aseguradora decidirá si acepta o no el riesgo. La entidad también tiene que cobrar la prima inicial y además emitir y entregar la póliza.

17. La política de suscripción. La selección de riesgos. Influencias en la siniestralidad.

17.1. Definición de política de suscripción.

Aunque el impreso de solicitud de seguro de vida de cada entidad aseguradora es diferente; en general, este impreso para una póliza de seguro de vida individual tiene dos secciones o partes. La primera, contiene información básica relativa al solicitante y al asegurado propuesto, describiendo la cobertura deseada. La segunda parte o sección, se refiere a la salud del asegurado propuesto. La totalidad de la solicitud de seguro se utiliza por los suscriptores del asegurador para decidir si se acepta o no el riesgo.

Por consiguiente, la **política de suscripción** se puede definir como aquellas directrices o normas internas de la entidad aseguradora (y, en concreto, del servicio de suscripción del ramo de vida) que, en base a todos los datos obtenidos de la solicitud de seguro, sirven para decidir si se acepta o no el riesgo. Si el riesgo es aceptado, cuando la póliza es emitida la solicitud pasa a formar parte del contrato de seguro.

17.2. Partes de la solicitud de seguro de vida. Clases de solicitud.

La primera parte de la solicitud identifica:

1. Datos personales del solicitante y del asegurado:

- El nombre y dirección del solicitante.
- El nombre y dirección del asegurado.

²⁹ Morton, Gene A., FLMI Principios del seguro de vida y salud. Life Management Institute (LOMA), 1986. Páginas 110-124.

- Si el asegurado propuesto no es el solicitante, este deberá especificar la relación que tiene con el asegurado propuesto para probar que existe un interés asegurable.
- La profesión del asegurado.
- La fecha de nacimiento del asegurado.
- En algunos casos, el estado civil.

2. La descripción de cobertura solicitada:

- El capital asegurado.
- El plan de seguro.
- La frecuencia del pago de las primas (anual, semestral, etc.).
- Y, en su caso, la forma de recibir los dividendos.
- La elección de los beneficiarios de la póliza
- La manera en que la prestación será pagada.

3. La inclusión de información que puede afectar a la decisión del asegurador de aceptar o no el riesgo. Esta información puede incluir aspectos como:

- Las aficiones del asegurado propuesto,
- Pasatiempos,
- Utilización de aviones
- Y planes de futuros de trasladarse al extranjero.
- La pregunta de si tiene contratados capitales con otras entidades aseguradoras.
- La pregunta de si ha sido rechazado como asegurado por otro asegurador.

La **segunda parte de la solicitud** consta de preguntas relativas a la salud del asegurado propuesto. Las solicitudes de seguro de vida pueden estar redactadas en base a un criterio médico o no médico. La clase de solicitud requerida por el asegurador dependerá, principalmente, de:

- la clase de seguro solicitado,
- el capital asegurado
- y la edad del candidato al seguro.

En cuanto a las CLASES DE SOLICITUD, podemos diferenciar entre:

1. **Solicitudes en base médica**. Si el asegurador necesita una solicitud con base médica, el asegurado propuesto tendrá que someterse a un reconocimiento médico. Este reconocimiento suele realizarlo un médico designado por el asegurador. El médico rellena la parte de la solicitud relativa a la salud del candidato al seguro. Además, para completar los resultados del examen médico, el doctor realizará preguntas también al candidato sobre su historial médico. En algunas ocasiones el reconocimiento médico incluye análisis de sangre y orina, así como radiografías. Toda esta información es utilizada por los suscriptores para juzgar la asegurabilidad de la persona.

El médico que realiza el reconocimiento tiene una relación especial con la entidad aseguradora. Este médico es un agente del asegurador, y a su relación con la entidad de seguros se le aplica la mismas normas legales que a la relación entre un agente y el asegurador.

Cualquier dato que el asegurado propuesto dé al médico se presumirá que lo conoce el asegurador; así, si el candidato informa al doctor de un problema de salud relevante para el riesgo a asegurar, y el médico no se lo comunica a la entidad aseguradora, los tribunales no permitirán que la entidad se base en la falta de conocimiento para rechazar el siniestro.

Tradicionalmente, los reconocimientos médicos los realizaba un médico y en algunos casos aún sigue siendo así. No obstante, desde hace algunas décadas, algunas entidades de seguros de vida han comenzado a utilizar los reconocimientos paramédicos. Estos reconocimientos no requieren los servicios de un doctor; en su lugar, el asegurado propuesto se somete a varios análisis de laboratorio realizados por un técnico médico o diplomado en enfermería. Estas pruebas y el historial médico del candidato al seguro proporcionan al asegurador la información necesaria para juzgar la asegurabilidad de la persona.

La cuantía del capital asegurado es el factor más importante para determinar la amplitud y detalle del reconocimiento médico. Un reconocimiento médico hecho por un doctor médico suele ser más completo que el realizado por un equipo paramédico. Cada entidad aseguradora fija sus propios criterios para determinar la amplitud del reconocimiento y las pruebas necesarias. Por consiguiente, esta sería una de las facultades de la **política de suscripción**. Como regla general, la entidad de seguros paga el reconocimiento médico.

2. **Solicitudes en base no médica**. Un asegurador debe contrapesar el coste del reconocimiento médico y del subsiguiente proceso de suscripción con la cuantía del posible expediente de prestación que la póliza representa. Por supuesto que en un posible expediente de prestación en una póliza de 1.000.000 de euros obligará al asegurador a tomar todas las medidas posibles antes de asumir este riesgo.

La mayoría de las solicitudes de seguro no son para cantidades tan altas, por lo que no se justifican caros y complicados reconocimientos médicos. Por esta razón, la mayoría de los aseguradores aceptan solicitudes en base a un criterio no médico. Una solicitud no médica es aquella que no hace automáticamente necesario que el asegurado propuesto se someta a un examen médico o paramédico. En su lugar, la entidad de seguros utiliza a un impreso de solicitud no médica que contiene un gran número de preguntas relativas a la salud anterior y actual del candidato al seguro.

Por su parte, los suscriptores de la entidad aseguradora utilizan esta información para evaluar el riesgo y decidir si aceptan o rechazan la solicitud de seguro.

Sin embargo, el asegurador siempre se reservará el derecho de pedir un reconocimiento médico si la información de la solicitud no médica indica que puede existir un problema de salud.

Las entidades de seguros suelen establecer el capital asegurado máximo que puede cubrir una póliza emitida con una base “no médica”. Este límite varía dependiendo de la edad del asegurado propuesto. Por ejemplo, una entidad aseguradora puede emitir, utilizando una solicitud no médica, pólizas hasta de 60.000,00 euros para asegurados que no hayan cumplido los 40 años, o hasta 120.000,00 euros para asegurados que están por debajo de los 30 años. La tendencia está en ampliar los límites de edad en los cuales se pueden emitir pólizas con grandes capitales utilizando solicitudes de seguro no médicas. Actualmente está aumentando la emisión de pólizas en base a un criterio no médico (ver el epígrafe: las nuevas tendencias en la política de suscripción: los “seguros de vida express”).

17.3. La declaración del mediador.

Las entidades suelen incluir en la solicitud un grupo de preguntas que deben ser contestadas por el mediador. Estas preguntas son relativas a las observaciones personales del agente sobre el solicitante, y darán al mediador la posibilidad de comunicar cualquier información que puede ser de utilidad para la decisión de la entidad sobre la emisión de la póliza. Algunos aseguradores también emplean esta parte de la solicitud para obtener información comercial para la entidad. Esta parte de la solicitud no se incluye junto con las otras para formar parte del contrato de seguro completo.

17.4. Las declaraciones del solicitante en la solicitud.

Como la evaluación del riesgo que realiza la entidad de seguros y su decisión de asegurar o no la vida de una persona se basa en las declaraciones que contiene la solicitud de seguro, es importante que la entidad aseguradora confíe en la verdad de las declaraciones. En efecto, el contrato de seguro de vida está considerado como un **contrato de buena fe** porque este contrato requiere que ambas partes obren recíprocamente de forma honesta. El solicitante tiene que confiar en las promesas del asegurador, y la entidad aseguradora tiene que confiar en la honestidad de las respuestas que el solicitante ha dado en la solicitud.

Pero no todas las declaraciones hechas por el solicitante tienen que ser literalmente ciertas. Si esto fuera así, cualquier pequeño error del solicitante podría ser causa de la anulación del contrato de seguro. Esta situación no favorecería ni al tomador del seguro ni a la entidad aseguradora. Después de todo, muchas declaraciones no afectan a la decisión del asegurador de aceptar el riesgo y emitir la póliza.

Por ejemplo, declarar que el asegurado propuesto visitó a su médico el 10 de julio cuando la fecha de la visita fue el 9 de julio no afectará a la decisión del asegurador, y tampoco lo hará la declaración que diga que la madre del asegurado propuesto murió a los 68 años cuando realmente falleció a los 67.

El artículo 10 de la Ley 50/80 de 8 de octubre, del Contrato de seguro, establece que *“el tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él”*.

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo (regla de proporcionalidad). Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro, quedará el asegurador liberado del pago de la prestación”.

Por su parte, artículo 89 de la Ley 50/80 de 8 de octubre, del Contrato de seguro, establece que *“en caso de reticencia o inexactitud en las declaraciones del tomador, que influyan en la estimación del riesgo, se estará a lo establecido en las disposiciones generales de esta Ley. Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el tomador del seguro haya actuado con dolo”*.

Por tanto, las declaraciones que se hacen en una solicitud de seguro de vida son **declaraciones verdaderas**, es decir, una declaración sustancialmente cierta. Así, si el solicitante declara que visitó a un médico hace dos años por causa de una infección en un dedo de un pie izquierdo y la realidad es que la infección era en un dedo del pie derecho, el error en la declaración no afectará a la validez del contrato de seguro de vida porque la declaración se considera verdadera. Pero si el solicitante dice que la visita al médico fue por causa de una infección en un dedo de un pie y realmente lo fue por causa de un infarto, este error en la declaración puede afectar a la decisión del asegurador sobre la emisión de la póliza. Un error en la declaración que sea relevante para la aceptación del riesgo se denomina **error material en la declaración**. Una declaración errónea es material si de haberse conocido la realidad, la entidad aseguradora no habría emitido la póliza o la habría emitido bajo otras condiciones tales como una prima superior o un capital asegurado inferior. Si el asegurador descubre en la solicitud un error material en la declaración dentro de un período de tiempo concreto, llamado **período de contestabilidad** (según lo

indicado por la Ley de Contrato de seguro, un mes), el asegurador puede rescindir el contrato.

17.5. Las solicitudes a favor de terceros.

La persona que solicita el seguro, el tomador, no siempre es la misma persona que el asegurado propuesto. Se dan situaciones en las que una persona puede solicitar un seguro sobre la vida de otra persona. Un empresario que solicita una póliza sobre la vida de un empleado clave, o un acreedor que solicita una póliza para cubrir la vida de su deudor, son buenos ejemplos. Si el solicitante y el asegurado propuesto no son la misma persona, la solicitud se denomina **solicitud a favor de tercero**.

El artículo 83 de la Ley 50/80 de 8 de octubre, del Contrato de seguro, establece que “el seguro puede estipularse sobre la vida propia o la de un tercero, tanto para caso de muerte como para caso de supervivencia o ambos conjuntamente.

En los seguros para caso de muerte, si son distintas las personas del tomador del seguro y del asegurado, será preciso el consentimiento de éste, dado por escrito, salvo que pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del seguro.

Si el asegurado es menor de edad, será necesaria, además, la autorización por escrito de sus representantes legales.

No se podrá contratar un seguro para caso de muerte sobre la cabeza de menores de catorce años de edad o de incapacitados”.

Por consiguiente, la cuestión del interés asegurable es crucial en las solicitudes a favor de tercero. Para contratar un seguro sobre la vida de otra persona, el solicitante debe mostrar que tiene un interés asegurable en la vida del asegurado propuesto. En las solicitudes a favor de tercero el asegurado propuesto debe firmar la solicitud, de acuerdo con lo establecido anteriormente en la normativa legal vigente.

La principal razón para que sea necesaria la firma del candidato es que así se intenta evitar que alguien pueda especular ilegalmente con la vida de otra persona consiguiendo un seguro sin el consentimiento de esta persona. La excepción más frecuente a esta regla es la solicitud de seguro que los padres hacen para cubrir la vida de sus hijos pequeños o de un cónyuge sobre el otro.

Una vez la póliza se ha emitido, el solicitante pasa a ser tomador de la póliza, salvo que se haya designado a otra persona como tomador. El asegurado no puede ejercer ninguno de los derechos de propiedad que la póliza establece sólo puede hacerlo el tomador.

17.6. La selección de riesgos.

En la explicación de la solicitud de seguro se han hecho frecuentes referencias al hecho de que la sede central de la entidad aseguradora decide aceptar o no un riesgo concreto, es decir, emitir una póliza de seguro sobre la vida de una persona concreta. El proceso de la toma de esta decisión se denomina **suscripción o selección de riesgos**, y es una de las principales funciones de la administración de una entidad de seguros de vida. Para explicar la selección de riesgos, supondremos que el solicitante y el asegurado propuesto son la misma persona.

17.6.1. Teoría de la selección de riesgos.

El procedimiento de apreciación del riesgo en una entidad de seguros de vida está dirigido a determinar la correcta clasificación de riesgo donde incluir a un solicitante concreto. Cerca del 92 por ciento de todos los solicitantes de seguro de vida se consideran **riesgos estandar**³⁰.

Un asegurado propuesto que no reúna los requisitos necesarios para ser clasificado como un riesgo estándar todavía puede obtener un seguro de vida porque puede ser clasificado como un **riesgo subestándar, especial o agravado**. Durante años, el sector ha desarrollado estadísticas para predecir el efecto adverso que sobre la mortalidad pueden tener factores como los problemas de salud, algunas profesiones y pasatiempos. Las personas que tienen estos problemas de salud, trabajan en estas profesiones o practican estos pasatiempos o deportes de riesgo, suponen un riesgo mayor para el asegurador. Alrededor del 6 por ciento de los solicitantes de seguro cuentan con uno o más de estos factores y son clasificados como riesgos subestándar o riesgos con sobreprima.

Dado que la mortalidad es un factor principal en el cálculo del coste del seguro de vida, para asegurar estos riesgos subestándar, la entidad aseguradora tendrá que cobrar tasas de prima superiores (llamadas **tasas subestándar o agravadas**). Cada entidad fija sus propios criterios o requisitos de suscripción para determinar si un solicitante concreto es o no un riesgo estándar. A pesar de ello, es posible que alguien que ha sido considerado como riesgo subestándar por una entidad sea considerado como riesgo estándar por otro asegurador. Incluso existen algunas entidades especializadas en la comercialización de seguros para personas que generalmente son consideradas riesgos subestándar.

Pero, algunas veces, un solicitante de seguro puede ser no asegurable. Estas personas entran en la tercera y más pequeña categoría (el 2 por ciento) de solicitantes, los no asegurables. La principal razón por la que este grupo no puede ser asegurado está en el cálculo del precio de las pólizas de seguro de vida. Es muy difícil establecer la prima exacta para una persona que tiene un pésimo estado de salud, que se ha sometido a algún tratamiento médico experimental o que practica una profesión o hobby extremadamente peligroso. Además, la prima sería muy elevada. Por ejemplo, la prima de alguien a quien se le ha diagnosticado que tendrá

³⁰ Morton, Gene A., FLMI Principios del seguro de vida y salud. Life Management Institute (LOMA), 1986. Páginas 122-124

solamente unos pocos meses de vida estaría muy cerca del capital asegurado por la póliza.

Algunos aseguradores han desarrollado también criterios para un cuarto grupo – **grupo de riesgo preferente o superestándar** -. A este grupo pertenecen aquellas personas cuyas condiciones físicas, salud, profesión y forma de vida indican que pueden tener una tasa de mortalidad inferior al promedio. Por ejemplo, estas personas pueden ser los no fumadores que siguen un programa de mantenimiento físico. A estas personas se les puede ofrecer el seguro con unas tasas de prima inferiores a las promedio. Pero, si este grupo de buenos riesgos se separa del grupo de riesgo estándar, la tasa de mortalidad de los riesgos estándar aumentaría, aumentando también las tasas de prima estándar.

17.6.2. Las fuentes de información para la suscripción.

Los suscriptores de la entidad utilizan varias fuentes de información para decidir si un riesgo es o no aceptable de acuerdo con los criterios de la entidad. Como hemos visto, la solicitud completa, incluida la declaración del agente y el informe de reconocimiento médico o el cuestionario no médico, contienen una gran cantidad de datos relativos al asegurado propuesto. En la mayoría de los casos, estos documentos proporcionarán la información suficiente para que el suscriptor tome una decisión sobre la emisión de la póliza y la clasificación del riesgo. Sin embargo, cuando la póliza es para un capital asegurado excepcionalmente elevado o cuando alguno de los datos indica un problema, las entidades deben conseguir más información. El suscriptor puede:

- pedir al asegurado propuesto mediante una solicitud no médica que se someta a un reconocimiento médico;
- pedir al asegurado propuesto mediante una solicitud médica que se someta a un reconocimiento más detallado;
- solicitar que el doctor que ha tratado una enfermedad o lesión del asegurado propuesto rellene un impreso denominado **Certificado del médico particular** con el fin de obtener los detalles del diagnóstico y tratamiento.

Si el suscriptor necesita conocer algo más que el estado de salud del asegurado propuesto, podrá solicitar un **informe de inspección**. Éste contiene los resultados e la investigación de factores como la forma de vida del solicitante, sus actividades, profesión y nivel económico. Por ejemplo, el suscriptor puede solicitar un informe de inspección si existe algún indicio de que el asegurado propuesto pueda practicar alguna afición peligrosa, como puede ser el esquí, paracaidismo, etc. Pero, la búsqueda de estos datos adicionales es cara, y no se lleva a cabo a menos que exista una buena y justificada razón. Además, el asegurador debe obtener un permiso escrito del solicitante antes de buscar esa información mediante cualquier fuente externa.

Una vez que el suscriptor ha clasificado el riesgo y ha aprobado la solicitud, ésta se remite al personal encargado de su emisión.

17.7. La influencia de la suscripción en el volumen de expedientes de prestaciones.

Si el servicio de suscripción no es riguroso con la selección del riesgo puede ocurrir que a medio o largo plazo se tengan que pagar expedientes de prestación que pueden provocar grandes pérdidas a la entidad aseguradora.

18. La detección de expedientes de prestaciones no esperados por el servicio de prestaciones vida. Comunicación con suscripción.

El servicio de prestaciones vida debe continuamente analizar la información de todos los expedientes de prestaciones de riesgo que se han sucedido a lo largo de un mes, trimestralmente, semestralmente y anualmente, es decir, deber realizar un proceso de análisis con el fin de detectar tendencias, aumentos en el número de expedientes de prestación no esperados o aumentos puntuales provocados por expedientes concretos.

Dicho proceso de análisis será posible con una buena herramienta informática que permita realizar discriminaciones, agrupaciones, búsquedas por producto, póliza, importe, fecha de ocurrencia, etc.

En el momento en que se detecte una tendencia o una situación que no se esperaba hay que extraer toda la información que se disponga sobre la misma (incluso revisión de los expedientes físicos de prestación) y ver si el problema es un problema que se puede solucionar en el futuro o bien que está fuera de control por parte de la entidad aseguradora. Un ejemplo de un volumen excesivo de expedientes de prestación que no puede controlar la entidad aseguradora puede ser una punta de expedientes de incapacidad debidos a que en un mes concreto en una póliza colectiva concreta el INSS ha reconocido varias incapacidades permanentes totales o absolutas a varios trabajadores; en este caso, se puede analizar en las resoluciones del INSS las causas que han motivado la incapacidad (por ejemplo, en una empresa de cadena de montaje, se han producido varios accidentes laborales puede dar pie a pensar que en esa empresa no se están cumpliendo las normas en seguridad e higiene en el trabajo, pudiendo ser un motivo de rescisión preventiva del contrato por parte de la entidad aseguradora).

Por consiguiente, en el supuesto de que tras analizar la información anterior se detecte algo anómalo, se debe poner inmediatamente en conocimiento del responsable de suscripción para que también analice si debe tomar alguna medida al respecto en la política de suscripción.

Una detección precoz de un problema en este sentido puede reconducir la situación a una relativa "normalidad".

19. Las modificaciones propuestas por el servicio de prestaciones vida en las solicitudes de declaración de salud y en las cláusulas de los condicionados cuando se detecten a través de los expedientes aspectos a mejorar.

En relación con el apartado anterior, puede ocurrir, por ejemplo, que aparezca una nueva enfermedad o una enfermedad que, por ejemplo, en España está prácticamente erradicada y ahora comienzan a aparecer casos y, por tanto, expedientes de prestaciones en los que el asegurado ha fallecido de esa nueva enfermedad, de la que suscripción no tiene conocimiento. En ese caso, el servicio de prestaciones lo ha de poner en conocimiento de suscripción y proponerle que incluya en los cuestionarios de salud la pregunta sobre esta enfermedad nueva o que no se tenía en cuenta por ser casi nula en España. La última decisión, claro está, la tendrá el responsable de la política de suscripción.

También puede ocurrir, por ejemplo, que se presenten una serie de demandas judiciales en la misma línea y que en las sentencias se condene a la entidad aseguradora a pagar la prestación del seguro de vida en base a alguna cláusula del contrato oscura. El servicio de prestaciones lo ha de poner rápidamente en conocimiento de suscripción con el fin de que esa cláusula desaparezca o se modifique proponiendo, en su caso, el redactado de la nueva cláusula.

20. La reinversión de cobros de prestaciones por parte de los beneficiarios en nuevos productos de la compañía de seguros.

El servicio de prestaciones también puede contribuir a dar negocio nuevo a la entidad aseguradora. Ello ocurre cuando con el pago de una prestación de seguro de vida el beneficiario reinvierte la totalidad de la prestación o parte de la misma en un nuevo producto (normalmente, de ahorro o en una renta) el capital que ha recibido.

Por ello, es importante que si algún cliente pregunta o se interesa sobre cómo reinvertir el capital que va a cobrar se le pase con un agente afecto, alguien del servicio de atención al cliente o con algún ejecutivo comercial con el fin de que le asesore correctamente y logre la emisión de esta nueva póliza. Y si se trata de algún mediador interesado, informarle de las herramientas informáticas existentes de tarificación.

Así, lo que era una salida de dinero de la entidad aseguradora se puede convertir automáticamente en una entrada de prima y, por tanto, nueva póliza y, lo que es más importante, un asegurado permanece en la entidad aseguradora o un bene-

ficiario (en los supuestos de prestaciones por fallecimiento) se convierte en un nuevo cliente para la entidad aseguradora.

21. Las nuevas tendencias en suscripción: Seguros de vida “express”.

Desde hace muy poco, las entidades aseguradoras están modificando su política de suscripción y están aumentando la emisión de pólizas en base a un criterio no médico y con un cuestionario de salud muy breve.

Así, algunas entidades de han lanzado este tipo de producto con el fin de ganar más cuota de mercado y competir con las entidades financieras.

- **Zurich** ha emitido el producto “Zurich Familiar Express”³¹. En el mismo, se puede contratar un capital de 30.000, 45.000, 60.000 o 90.000 euros. La prima se puede determinar de manera rápida en función de la edad y el sexo del asegurado, sin necesidad de rarificar. La declaración del estado de salud del asegurado queda resumida a una sola pregunta, la cual condiciona la aceptación de la solicitud.
- **Aviva** también ha emitido el producto “Aviva Vida Ticket”³², que se caracteriza porque se suscribe en 24 horas y cubre la incapacidad permanente absoluta del asegurado sin coste adicional. El documento permite asegurar un capital de 15.000 o 30.000 euros por una cuota mensual de 30 euros.
- **FIACT** también diseñó hace poco su producto “Vida segura Express”³³, con un formato especial para que sus mediadores puedan ofrecer de un modo inmediato el seguro de Vida temporal renovable. La cumplimentación del contrato es fácil y rápida, ya que el tomador sólo debe facilitar datos personales, capital a contratar y responder a una sola pregunta sobre el estado de su salud para obtener cobertura automáticamente. “Todo ello en un único documento, que incluye solicitud y tarifa”, agrega Fiac Seguros, que ha realizado una actualización de tarifas que permite ofrecer primas “muy competitivas”.

Otras entidades de seguros que han puesto en marcha este tipo de productos son Reale, Axa o Winterthur.

³¹ Actualidad Aseguradora (revista semanal), 15-05-2006, “Aviva presenta un nuevo seguro “expres”. página 26.

³² El Economista, “Recopilatorio de nuevos productos”. 13-07-2006, página 17

³³ BDS, 11-05-2006 “Fiatc lanza el seguro de Vida temporal renovable *Vida Segura Express*”.

22. Capítulo de conclusiones

Como conclusión al estudio he de indicar que siempre hay que tener una visión global del servicio de prestaciones vida y nunca enrocarse. La interrelación con muchos de los departamentos y servicios de la entidad aseguradora es una realidad y, por ello, debe trabajarse por lograr un índice de colaboración y resolución de problemas entre todos porque creo que tratar de comprender la perspectiva del que está trabajando en otra cosa distinta a la tuya pero en la que, al fin y al cabo, existen puntos de conexión, hará que se pueda llegar a la resolución de los problemas de manera más rápida y fácil y, por tanto, a la adopción de decisiones más equilibradas y coherentes.

La entidad aseguradora debe dotarse de una potente herramienta informática de gestión de expedientes de prestaciones y de análisis de la información, con el fin de conseguir competitividad frente a otras entidades aseguradoras que no hayan invertido en tecnología e innovación.

La formación y el desarrollo de las personas que integran el servicio de prestaciones debe ser una premisa inexcusable para las entidades aseguradoras. Se debe contar con personas que tengan buena preparación, también un buen clima organizacional, fomentar una aptitud y cultura adecuadas y establecer una interrelación entre el responsable del servicio de prestaciones y RR.HH para detectar todas aquellas carencias de formación con el fin de subsanarlas.

Un buen manual de gestión fomentará la unidad de criterios y una rápida resolución de dudas.

El cliente debe ser la pieza de engranaje clave de la entidad aseguradora y al mediador se le debe dar un trato exquisito.

Debe haber una excelente colaboración entre el servicio de prestaciones vida y el servicio de suscripción. Ello reconducirá, en muchas ocasiones, tendencias negativas, puntas de expedientes de prestaciones, aclaración o modificación de condicionados o solicitudes de seguros, nueva producción, etc. Es decir, la máxima interrelación para la consecución de los objetivos de la entidad aseguradora: la rentabilidad, la innovación y la competitividad.

En los seguros de vida creo que debe hablarse de prestaciones y no tanto de “siniestros” en base a los argumentos expuestos en el presente trabajo.

Por último, indicar que la elaboración de la presente tesis me ha ayudado a comprender aspectos y correlaciones que, aunque a veces puedan parecer obvias, no se tienen en cuenta muchas veces en la práctica o se tratan de una forma muy secundaria y creo que se deberían de analizar con más detalle y darles más importancia.

23. Bibliografía

Actualidad Aseguradora (revista semanal), 15-05-2006, "Aviva presenta un nuevo seguro "exprés". página 26.

Andrés Sánchez, Jorge de. "Determinación de las IBNR con lógica borrosa". Profesor titular de Universidad Departamento de Gestión de empresas de la Universidad Rovira i Virgili.

<http://www.actuarios.org/esp/anales/2003/De%20Andres%202003.pdf>

Borcha, Marta. Diario La Razón. 17-04-2006. "El fraude en las bajas laborales roza máximos". Página 28.

BDS, "Fiatc lanza el seguro de Vida temporal renovable *Vida Segura Express*". 11-05-2006

BDS "Jornada de Mediadores: ¿es posible retener a los clientes? Los clientes, a la hora de cambiar, no sólo valoran el precio". 25-05-2006

Diario ABC (Edición Cataluña), *La formación "on line" se dispara un 50% en seguros y automoción*. 04-06-2006, página 40.

Diario Expansión, "La buena gestión de los siniestros mejora la competitividad" 23-06-2006, página 25

Diario Expansión, "La externización de servicios, una vía para el negocio asegurador" 26-06-2006, página 18.

Diario La Gaceta Negocios Inversión. 10-06-2006.. "El registro de seguros de vida nacerá en el mes de noviembre". Página 9.

Dirección Asesoría Técnica de la Superintendencia de Seguros de Argentina. Dictamen 33/2005 http://www.cpcesla.org.ar/doc/boletin/234/dat_33.doc

EFE. Diario El País (Edición Nacional). "Economía revela 27 malas prácticas en seguros". 22-05-2006. Página 103.

El Economista, "Recopilatorio de nuevos productos". 13-07-2006, página 17

García, Luis B. "Unespa quiere mejorar la imagen del sector con dos nuevas guías". Revista mensual Mediario. 01-05-2006. Página 12 y13.

G. Ercoreca, E. "Unespa urge a las aseguradoras a adecuar su tecnología al nuevo criterio de riesgos". Diario Cinco Días, 02-06-2006, página 26.

G. Serranillos, M.J., "El sector acepta el reto de la tecnología", Diario Expansión, 28-06-2006, página 35.

G. Velasco, "Informe de Tatum: El trato al mediador, un reto para las aseguradoras". Diario La Gaceta de los Negocios, 28-04-2006, página 29.

Grau Algueró, Carlos. Apuntes de 4º Master en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras. (Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales. Profesor titular de la Universidad del departamento de Economía y Organización de Empresas de la Universidad de Barcelona. Tema Cultura empresarial, página 4.

ICEA. , Manual Práctico de Fiscalidad. 2.005. Páginas 13-20.

McClelland, Daniel "Test de competencias en lugar de inteligencia". 1.973.
Morton, Gene A., FLMI Principios del seguro de vida y salud. Life Management Institute (LOMA), 1986. Páginas 110-124.

Negro de González, Carme. Consultora de la AGIS.
www.agis.com.gt/capacitacion/Oferta007.doc

P.A. & Partners: <http://www.pa-partners.com/clima.htm>. "Clima Organizacional".

Pérez Torres, José Luis: *Conociendo el seguro: teoría general del seguro*. T.G. ALFADIR, S.A. 2ª Reimpresión. 2.002.

Pérez Zaragoza, Patricia. Revista semanal Mi cartera de Inversión. "Qué reclaman los clientes a las aseguradoras". Pagina 52-53.

Pérez Zaragoza, Patricia. El Diario Vasco. 04-06-2006. "Qué reclaman los clientes a las aseguradoras". Página 6.

Ruiz Rincón, Hernes. JP Val Consultoría Internacional de Recursos Humanos.
hermes.ruiz@jpval.com

Salvador, Rosa. 06-06-2006, "Los parques prueban de nuevo. La periferia compite con Barcelona para ubicar grandes corporaciones". página 71. Diario La Vanguardia

Valle León, Isel. MSc en Psicología Laboral y de las Organizaciones.
<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/sobrecomp.htm>

Francisco Abián Rodríguez.

Es licenciado en Derecho por la Universidad de Barcelona. Abogado ejerciente de empresa. Master en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras por la Universidad de Barcelona (Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales). Realizó dos años de prácticas en la asesoría jurídica del Grupo Winterthur en convenio con la Universidad de Barcelona. Actualmente está trabajando como responsable del área de riesgo del servicio de prestaciones vida de la entidad aseguradora Winterthur Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros sobre la vida, entidad a la que se incorporó en julio de 2.002. También ha trabajado anteriormente en una empresa de externalización de servicios (Centro Ordenación Bancaria, S.L.) para la entidad aseguradora Arag, S.A., en la correduría Closa & Asociados y, ya fuera del sector asegurador, trabajó en empresas destacadas como el Periódico de Cataluña (oficial 3ª) y en la empresa Prosegur (vigilante de seguridad) mientras cursaba sus estudios de Derecho.

