

Congreso de Medicina del Seguro. ICLAM 2001 (Sidney)



Introducción

Recientemente hemos asistido, entre el 29 de abril y el 3 de mayo, al vigésimo congreso internacional de medicina del seguro.

Se celebró en Sydney, por primera vez en el hemisferio sur, precedido por el celebrado en Budapest hace 3 años y a 3 años del próximo, a celebrar en Venecia.

Los temas que más preocupaban son los relacionados con el cáncer, la hepatitis y la incapacidad en general y asociada a algunas situaciones específicas.

Precisamente éstos son los asuntos más candentes en la actualidad en el seguro de vida y por ello creemos que vale la pena hacer un pequeño resumen de los puntos más destacados.



Dejando para un número posterior el comentar las materias más importantes en relación con la discapacidad y diferentes grados de minusvalía, pasamos a desarrollar los siguientes temas:

- Hipertensión
- Cardiología
- Cáncer
- Diabetes
- Hepatitis
- Seguro de Enfermedades Graves

Hipertensión

Como bien sabemos, la hipertensión tiene un origen multifactorial pero en el momento actual, se considera que los tres factores que más comúnmente desencadenan la progresión hipertensiva son el estrés psicosocial, la ingestión de sal y el sobrepeso.

Adicionalmente, se considera que es importante combatir la APNEA DEL SUEÑO (PARADAS RESPIRATORIAS combinadas con la tendencia a RONCAR) que, cuando está presente, supone comúnmente un agravamiento de la hipertensión.

Está demostrado de forma definitiva que la hipertensión se asocia a la muerte prematura por accidentes cerebrovasculares y enfermedad coronaria.

Se conoce que la combinación de la intolerancia a los carbohidratos, o la diabetes mellitus ya establecida, con la hipertensión tiene una importancia fundamental en el aumento de mortalidad.

La asociación de diabetes, hiperlipidemia, hipertensión y obesidad es frecuente y, en muchas publicaciones, se refiere o conoce como síndrome X, que conlleva importantes tasas de sobre-mortalidad.

Por otro lado la confluencia, como factor independiente, de la hipertrofia cardíaca o de fallo cardíaco mediante la ecocardiografía y la historia y exploración clínicas respectivamente, tienen una importancia básica.

Cardiología

Fallo cardíaco

Podemos considerar que éste es un tema clásico que no merece mayor mención en un congreso de este tipo. Sin embargo, los resultados de las nuevas combinaciones de tratamientos consiguen que personas que, de otra manera, no se considerarían candidatos para un seguro, ahora, con un buen control médico, sí puedan serlo.

En cualquier caso se debe considerar que el fallo cardíaco, cuando ha hecho su aparición de forma inequívoca, acarrea un grave pronóstico.

Debemos tratar de:

1. Cuantificar la clase o el tipo funcional según la NYHA (New York Heart Association). En general, debemos considerar que solo son asegurables los pacientes de la clase I. Se debe tener en cuenta que los pacientes en



la clase I de la NYHA tienen una mortalidad anual del 5% y estos pacientes se pueden fácilmente pasar por alto o considerar como normales en un reconocimiento médico. En la clase III y IV la mortalidad anual pasa al 15% - 25%, valores claramente incompatibles con el seguro.

2. Determinar con la Ergometría la capacidad funcional. Si no supera el estadio I de Bruce o la realización del esfuerzo equivalente a 5 Mets, no debe ser asegurado.
3. Determinar mediante la ECOGRAFÍA la Fracción de eyección. Se debe superar el 45%.
4. Nuevos métodos todavía no disponibles en nuestra práctica de la medicina del seguro, tales como la medida del "peptido natriurético cerebral" (BNP)

Enfermedad cardíaca y capacidad de trabajo

En Finlandia, (dr. Torstil) hace tan solo 30 años, el 70 % de los que ingresaban en un hospital por un proceso cardíaco importante y, fundamentalmente, por un Infarto Agudo de Miocardio no retornaban al trabajo habitual. Hoy, la proporción se ha invertido y el 70% retornan a su trabajo.

Este hecho nos sirve de punto de partida para considerar las causas principales de la incapacidad laboral tras la hospitalización por los problemas cardíacos más importantes en el presente.

Causas cardíacas de incapacidad.- Fallo Cardíaco con su característica fatiga y disnea, Angina y Trastornos del Ritmo.

Causas médicas extracardíacas.- Incluyen la depresión y la ansiedad, muy comunes tras el periodo de gran estrés que supone la hospitalización por un episodio coronario, una cardioversión o una operación cardíaca.

Causas de tipo social.- Incluyen el mercado de demanda laboral, la personalidad y tipo de preparación - educación de la persona.

Los tres factores pueden ser tratados y de hecho se tratan, consiguiendo, mediante la medicación y la rehabilitación médico - social, mejores tasas de vuelta al trabajo.

El Dr. Takkunen de Finlandia obtiene datos que demuestran como, no solamente ha aumentado el grado de supervivencia tras la enfermedad coronaria, sino, en los últimos veinte años, también el estado de salud general y la capacidad de autonomía. Asimismo, la dependencia de terceras personas se ha reducido de forma importante.

Cáncer

Desde finales de los años 70 se sabe que existen genes que se relacionan con el complejo fenómeno de la carcinogénesis.

Sin embargo el 80% de los cánceres inician su desarrollo debido a factores ambientales y por tanto, al menos parcialmente, pueden ser evitados.

Hay una serie de temas oncológicos que tienen importancia en la industria del seguro:

- Pronóstico y tarificación de los niños que han sido tratados por enfermedad cancerosa y sobreviven.
- Cáncer de mama.

Pronóstico y Tarificación de los niños que han sido tratados por enfermedad cancerosa y sobreviven

Los últimos 30 años han sido testigos de un desarrollo extraordinario en las técnicas de tratamiento y mejoría en el pronóstico de los niños tratados con algún tipo de enfermedad maligna.

Sin embargo, desde el punto de vista del seguro conviene tener en cuenta que los tratamientos empleados tienen efectos negativos que se manifiestan muchos años después de aplicar estos agresivos procedimientos y que comúnmente combinan cirugía, radioterapia y quimioterapia. Cuando el tumor original tiene una base hereditaria, como ocurre en el retinoblastoma hereditario, las consecuencias son, además, mucho más importantes.

Radiación

Desde la segunda guerra mundial se sabe que la radiación tiene un efecto proporcional a la dosis recibida y que la edad del sujeto es importante: en general, se puede decir que los niños sometidos a radiación por la causa que sea, tienen una mayor incidencia, cuando llegan a adultos, de cáncer de pulmón, mama, sarcomas osteogénicos y de tiroides.

La radiación también provoca *cardiotoxicidad*, con disfunción en forma de arritmias en el momento inicial o con tendencia a la fibrosis y obstrucción coronaria a la larga.

Quimioterapia

Los agentes con mayor tendencia a provocar enfermedades malignas son los "ALQUILANTES" tales como el clorambucil, el melphalan o la ciclofosfamida.

Los dos tumores más serios en la infancia, el TUMOR DE WILMS y el RETINOBLASTOMA, merecen una mención especial.

El tumor de Wilms con una predisposición genética inicial, tiene precisamente en esa tendencia inicial el que se desarrollen a la larga tumores secun-

darios. A los 20 años del tratamiento, de cada 100 casos, se producen 4 casos de tumores secundarios.

El retinoblastoma, si es familiar, tiene tendencia a ser bilateral (80%) y produce una alta tendencia al desarrollo de sarcomas, tumores óseos, cerebrales o melanomas. Esta tendencia representa una frecuencia 17 veces superior a la de la población general.

En conclusión, cuando veamos un cliente con una historia de cáncer tratado hace tiempo, debemos considerar el hecho de que será difícil encontrar informaciones completas cuando los tratamientos antitumorales se aplicaron hace 10, 15, 20 o más años, pero a pesar de todo estamos obligados a tener en cuenta:

- El tipo de tumor o enfermedad.
- El tipo y dosis de terapia empleada.
- La edad a la que se realizó el tratamiento.

Cáncer de mama

Se nos recuerda que la mama esta compuesta por los conductos o canales conductores de la secreción, donde se pueden producir pólipos, quistes o acumulación de secreciones, y los lóbulos, donde se origina la patología más común de la mama: Fibroadenomas, hiperplasia y cáncer.

En los últimos tres años han ido evolucionando algunos conceptos que debemos repasar:

- **FIBROADENOMAS.** Siempre se han considerado como irrelevantes pero, desde un estudio de Dupont en 1994, se ha considerado que debemos hacer una distinción. Si se observan cambios hiperplásicos en grado medio o menor, el riesgo de cáncer es mínimo; pero si se producen cambios proliferativos o hiperplasia atípica, papilomas o hiperplasia superior a moderada, es necesario incrementar la mortalidad en un 50%.

- **MASTECTOMIA PROFILÁCTICA.** En las familias con un alto riesgo genético de cáncer mamario, algunas mujeres deciden realizarse una mastectomía bilateral profiláctica. En la medicina del seguro se debe tener en cuenta la posibilidad de una enfermedad temprana que haya metastatizado ya en el mo-





mento del reconocimiento previo a la realización del seguro pero, en general, y de forma especial si ha pasado mas de un año de la mastectomía, podemos considerar que la mujer no tiene riesgo ya de padecer cáncer mamario.

• **FACTORES PRONÓSTICOS.** La ausencia de metástasis ganglionares y el tamaño siguen siendo los factores que no se deben olvidar reseñar. Un tumor original inferior a 1 cm de diámetro en una paciente que no tiene metástasis ganglionares puede considerarse que tiene un riesgo normal.

• **TRATAMIENTO COADYUVANTE.** La terapéutica coadyuvante con quimioterapia o con agentes endocrinos prolonga la vida mediante el frenado de la progresión de las micrometástasis.

• Se ha demostrado que el TAMOXIFENO reduce la mortalidad y ello, en mayor grado cuanto más prolongado es el tratamiento (Reducción de la mortalidad en un 10%, 15% y 22% cuando se emplea esta medicación por 1, 2 y 5 años respectivamente).

Diabetes

El Dr. G. Robb de U.K. hace un magnífico repaso de este problema metabólico. Extractamos los puntos que nos parecieron más pertinentes:

Como idea personal del Dr. Robb, y basado en los avances terapéuticos recientes y en el hecho de que el paciente puede asumir un mejor control de su alteración, hay un grupo de diabéticos que podría asegurarse a tasas normales; pero, para ello, necesitamos contar con una respuesta favorable a las siguientes preguntas:

- ¿Paciente estable después de 3 años -mínimo- de evolución?
- ¿Paciente por encima de los 35 años?
- ¿Varón?
- ¿Buena historia familiar?
- ¿No fumador?
- ¿Tensión arterial normal (Inferior a 125/80)?
- ¿Hemoglobina Glicosilada (Hb A1C) inferior a 6%?
- ¿Sin microalbuminuria?

- ¿Sin retinopatía?
- ¿Colesterol Total < 5 mmol y Colesterol LDL < 3 mmol/l?
- ¿Atención regular y periódica a centro especializado en diabetes?
- ¿Estabilidad familiar y en el trabajo?

Tanto condicionante hizo expresar el comentario de duda sobre el hecho de que se diese algún diabético que pudiera tarificarse como "normal"

Hepatitis

Las hepatitis que preocupan actualmente a la industria del seguro son la hepatitis "B" y la hepatitis "C".

La Hepatitis "B" es la causante, en el ámbito mundial, del mayor numero de cirrosis y de la producción de carcinomas hepatocelulares o hepatomas. En algunas zonas del mundo la epidemia alcanza al 10% de la población.

La hepatitis "C" tiene la característica de comenzar de forma insidiosa o inaparente y, de hecho, muchos pacientes son detectados en una análisis rutinario o al querer suscribir una póliza de seguros.

En los últimos años se ha convertido esta hepatitis en la principal causa de trasplante hepático.

Sobre la progresión hacia cirrosis y fallo hepático hay una gran divergencia de conclusiones. Según algunas estadísticas, a los 20 años de haberse producido la infección el 20 - 50% de los enfermos estarían con un grado avanzado de cirrosis. Otras estadísticas más recientes rebajan la cifra al 2-10%.

En el seguro de Vida nos interesa conocer qué pacientes tienen una mayor probabilidad de progresar de forma negativa, dado que, en el momento de la selección el cliente suele presentar un estado "normal". A este respecto, el Dr. Profumo nos insiste en lo importante que es el considerar el grado de fibrosis en la biopsia, dado que hoy es relativamente fácil tener acceso al estudio de la biopsia. Para este autor, el grado de fibrosis es el mejor indicador de que la enfermedad tiene un mal pronóstico.

Pruebas hepáticas anormales

Este es uno de los temas cotidianos dentro de la suscripción o selección en la industria del seguro. El Dr. Pokorsky nos hizo un buen resumen de los principales puntos en relación con estas pruebas y que resumimos de la siguiente manera:

- De las enzimas más utilizadas, la ALT (Alanina Aminotransferasa GPT) tiene un origen casi exclusivo en el hígado y, por tanto, es mejor marcador de enfermedad hepática que la AST (Aspartato aminotransferasa GOT), que también se origina en el músculo esquelético, riñón, páncreas, glóbulos de la sangre, pulmón..
- Se observan anomalías en el 4,5% de las pruebas realizadas incluyendo un 1% en quienes no se detecta ninguna patología.
- La elevación de AST sin elevación de ALT indica más bien enfermedad cardiaca.

Causas de elevación crónica de Aminotransferasas	
CAUSAS NO HEPÁTICAS	CAUSAS HEPÁTICAS
Sprue Enfermedades de origen muscular Disfunción tiroidea Ejercicio extremo	Medicaciones Abuso de alcohol Deficiencia de Alfa Antitripsina Enfermedad de Wilson (Pacientes con < 40 años) Hemocromatosis Hepatitis autoinmune Hígado graso o esteatohepatitis HEPATITIS CRÓNICA "B" o "C"

- Relación Cociente AST / ALT en la enfermedad hepática, en general, es menor que1.
 - Un valor > 1 es típico del alcoholismo
 - Un cociente > 2 "SUGIERE" enfermedad alcohólica
 - Un cociente > 3 "SUGIERE FUERTEMENTE" alcoholismo
- Con respecto a la F.A. debemos recordar que, al contrario que con la ALT AST, pequeñas elevaciones tienen un significado importante y que para distinguir una elevación por alteración ósea debemos considerar la GGT. Cuando la GGT está elevada el origen suele ser hepático.

Causas de elevación crónica de Fosfatasa Alcalina	
CAUSAS NO HEPÁTICAS	CAUSAS HEPÁTICAS
Sprue Embarazo, cáncer renal, edades avanzadas Linfoma, hipertiroidismo, fallo cardiaco Elevación de tipo familiar, adolescencia Después de una comida muy rica en grasas	Medicaciones Obstrucción de árbol biliar Colangitis esclerosante y cirrosis biliar primaria Enfermedad metastásica Alcohol y uso de fenitoinas y esteroides anabólicos

- Cualquier disminución en los niveles de albúmina, predice una enfermedad seria, pero las pruebas son poco específicas.

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ENFERMEDAD HEPÁTICA

SÍNTOMAS	SIGNOS
Anorexia o falta de apetito Fatiga Fiebre en grado ligero Dolor o molestias en grado ligero Nausea y vómito Heces decoloradas Orinas oscuras Fatiga y Sudores Dolor abdominal	Ascitis Ginecomastia Ictericia Aumento del tamaño hepático Eritema palmar Agrandamiento parotideo Arañas vasculares Atrofia testicular

- Es común que los diabéticos y especialmente si tienen sobrepeso tengan elevación de las enzimas hepáticas pero si la elevación es superior en 2-3 veces el nivel superior de la normalidad se debe sospechar una causa adicional.
- Pruebas hepáticas y alcoholismo

- Debemos tener en cuenta que 60 o más gramos de alcohol (5 cervezas o 5 vasos de vino o cuatro combinaciones con licores) son causa muy frecuente de elevación de la ALT, AST, lo que a menudo detecta alcoholismo.
- Hay que considerar siempre el tipo de población y el lugar de donde provenga el individuo cuando queremos valorar las pruebas hepáticas, dada la diferente incidencia de alteración que se observa en cada grupo humano.

Seguro de enfermedades graves

Se observa que la cobertura para enfermedades graves tiene una mejor aceptación y operatividad cuando se usa como elemento asociado a las pólizas de vida.

En el estudio a que hace referencia la Dra. Zuzanna Guzel la cobertura de enfermedades graves en Polonia, se limitaba al cáncer, infarto miocárdico, fallo renal terminal, ACV y trasplante de un órgano vital.

Los siniestros (67 en 3 años) fueron rechazados en un 24% de los casos por falta de ajuste a la definición a los condicionantes de la póliza y en un 15% por demostrarse que la enfermedad (especialmente cáncer) ya estaba presente en el momento de la suscripción.

La conclusión final es que con una buena selección de riesgos, se trata de un seguro atractivo para ambos, el cliente y la entidad, que en general debe sacar una alta rentabilidad al producto.

Seguro de Estudios

Garantía de futuro

El Seguro de Estudios diseñado por NACIONAL DE REASEGUROS, y que en su versión del Ramo de Accidentes ya incluíamos en el número de "SELECCIÓN-VIDA" de abril de 1998, responde a la idea de que existen interesantes oportunidades de negocio a partir de conceptos de seguro tradicionales.

La versión del Seguro de Estudios que actualmente proponemos es una evolución de aquel primer formato, aunque mantiene idénticas finalidades básicas:

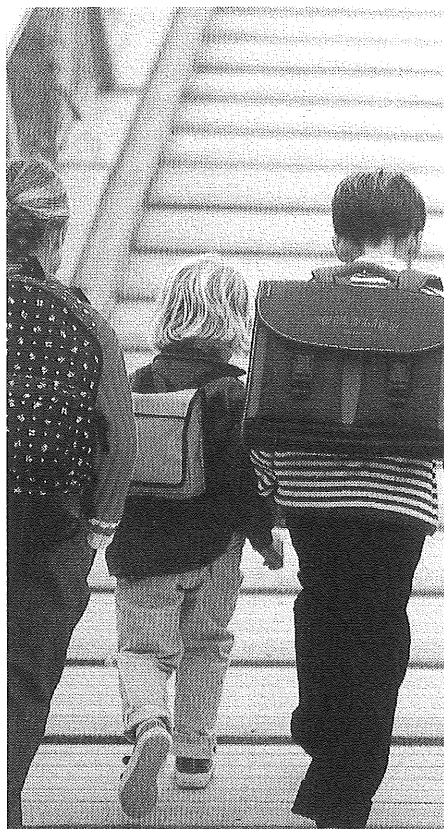
- valor añadido como complemento a la oferta de seguros personales.
- comercialización sugerente.
- tarifa de sencilla aplicación.

Fruto de la colaboración con varias de nuestras cedentes en España, ahora estamos en disposición de añadir experiencia práctica al producto, al mismo tiempo que conservamos el mismo afán de interpretar las necesidades de flexibilidad e identidad que cada cliente requiere.

El formato de referencia es un Seguro de Vida que tiene por objetivo la protección del futuro de los hijos menores, de tal forma que quede garantizada su seguridad económica en caso de que la madre y/o el padre del que dependen fallezca o se vea afectado por una situación de invalidez.

Prestaciones

- Renta Mensual, desde la fecha en que se produce el hecho cubierto hasta el momento en el que el hijo menor designado en la póliza cumpla los 25 años de edad. Esta renta puede contratarse con revalorización y no cesa por el Fallecimiento del beneficiario de la prestación, sino que se deriva a los herederos legales correspondientes.
- Capital, igual a diez veces el importe de la mensualidad inicial de la renta.
- Doble Renta Mensual y Doble Capital, en caso de que se produzca el Fallecimiento y/o la Invalidez del asegurado y del otro padre del menor designado en la póliza.



Primas

Una de las características más definitorias del producto es que, en aras de una mayor facilidad de venta, la cobertura se ha estructurado técnicamente mediante una prima uniforme, independiente de la edad del asegurado, el padre o la madre, y también de la edad del hijo al que se quiere proteger.

Límites de contratación

El producto se articula como un seguro modular, con diversas opciones de elección de renta mensual entre las propuestas por la aseguradora. Este es otro aspecto de sencillez que sirve de gran ayuda en el momento de venta y también en los procesos de gestión de la cartera.

En principio no existen limitaciones de edad para la contratación del seguro principal. Únicamente si el asegurado supera en 50 años o más al hijo menor designado en la póliza se aplicaría una sobreprima de compensación por el mayor riesgo que va a suponer su elevada edad.

Para el riesgo de invalidez se fija el límite en los 65 años de edad.

Atractivos comerciales

Está previsto que se puedan proponer descuentos en caso de que se produzca la contratación del seguro por parte de los dos progenitores de un mismo hijo menor.

Además, el producto funciona con tarifas diferenciadas para hombres y mujeres, suponiendo la tarifa femenina un importante descuento.

Selección de riesgos

La selección parte de una Declaración de Salud para las opciones más modestas y puede suponer la realización de Reconocimientos Médicos para las opciones más avanzadas o cuando tenemos un alto capital en riesgo sobre una misma cabeza, por contratación para varios hijos menores.

Experiencia

En estos momentos, se comercializan en nuestro mercado diversos productos basados en este esquema de partida. Los proyectos se han dirigido a entidades de muy distintas características, que trabajan con sistemas de distribución y de acceso a clientes muy dispares. En todos los casos, la capacidad de adaptación del producto y la fuerza de marketing del objetivo que se define en la cobertura están permitiendo una evolución muy favorable.

La experiencia, hasta la fecha, es muy positiva y nos permite resaltar algunos aspectos clave:

- Efecto dinamizador de las redes de venta, al ser un producto de fácil argumento.
- Efecto llave del concepto de previsión familiar que facilita la introducción de una gama de productos más amplia.
- Incremento de producción en Seguros de Riesgo, donde existe un mayor margen para las aseguradoras.
- Alta probabilidad de buenos resultados iniciales por efecto de la selección de los riesgos.
- Elevado cumplimiento de las hipótesis de partida en las que se basa la estructura técnica y de tarifa del producto.

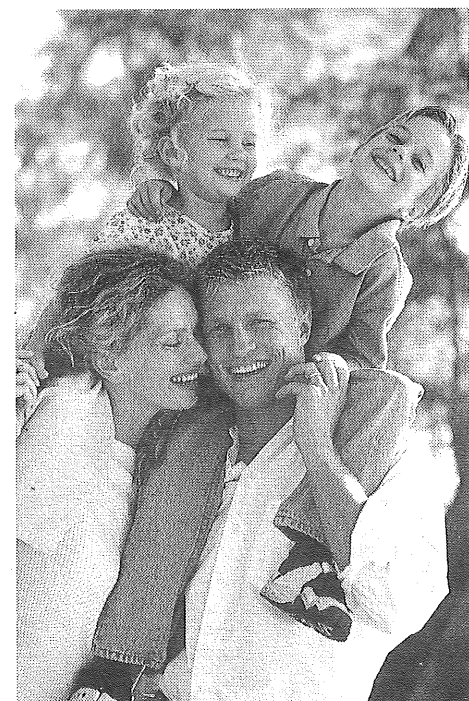
Seguro de Vida Seleccionado

Durante los últimos años se ha ido introduciendo un nuevo concepto en el mercado asegurador de vida, el de Riesgos Preferentes. Este concepto se refiere a un sistema para segmentar los riesgos estándar o normales en diferentes clases. Cada clase tendría una prima diferenciada y en algunos casos unas condiciones diferentes.

La justificación del Seguro de Vida Seleccionado es la misma que tiene la práctica de suscripción tradicional: debido a motivos de funcionalidad, el conjunto de riesgos tarificados como normales de una cartera de vida es altamente heterogéneo, por lo que podemos segmentar dicho grupo mediante el análisis de algunos parámetros.

El concepto de Riesgos Preferentes fue desarrollado en 1980 por compañías de seguros de vida en EE.UU., encontrando cierta difusión en Gran Bretaña y en Sudáfrica; en cambio, en Europa continental, el alcance de sus tarifas en el Seguro de Vida ha sido más bien reducido y en la mayoría de los casos han sido ofertados únicamente en forma de las llamadas tarifas de No Fumadores.

El sistema está desarrollado para aplicarse a la garantía de fallecimiento. No obstante, cabe la posibilidad de aplicarlo sobre otras garantías complementarias de tasas elevadas como por ejemplo, Enfermedades Graves.



Está orientado a personas jóvenes y de mediana edad, con cierto poder adquisitivo y que han cuidado su salud. Debido a la importancia de los costes de selección de este sistema, se debe exigir un capital mínimo para que la prima pueda soportarlos.

El complejo diseño de este seguro se compone de dos pasos. En primer lugar, un proceso de segmentación y, luego, un proceso de asignación.

Proceso de segmentación

En el proceso de segmentación se deben realizar los siguientes puntos:

- 1.- Elección de los parámetros para formar el criterio de segmentación, y determinación de sus rangos.
- 2.- Establecer el método de valoración de los resultados obtenidos.
- 3.- Elección de la clasificación de los riesgos (segmentación).

1.- Parámetros para formar el criterio.

Para realizar la segmentación deberemos partir del estudio de unos parámetros que serán la base técnica sobre la que asentaremos la justificación de la bonificación.

La elección de los parámetros a estudiar variará dependiendo de cada compañía, de cada producto, de su mercado objetivo,... no obstante en su elección deberemos tener en cuenta:

- Que los parámetros seleccionados maximicen el diferencial esperado de mortalidad entre clases al menor coste.
- Su número deberá estar en relación con el método de distribución.
- Su elección deberá realizarse buscando la efectividad de la selección.
- Deberán tener un efecto cuantificable sobre el riesgo.
- Necesitamos que sean verificables.
- Fácilmente explicables y comprensibles.
- Y estables en el tiempo.

Estos parámetros pueden ser del historial o estado médico personal, de su historia familiar o de su estilo de vida.

Una vez determinados estos parámetros deberemos fijar los rangos de valores que va a tener cada parámetro para cada categoría de riesgo que queramos establecer.

2.- Métodos de valoración.

Una vez determinados los parámetros a estudiar y sus posibles valores, determinaremos la forma en la que vamos a interpretar estos parámetros. Tenemos varias posibilidades:

- Método estricto. El candidato debe cumplir todos y cada uno de los requisitos especificados para ser admitido en un grupo.
- Método de puntuación mínima. A cada requisito se le da una puntuación y se evalúa cada factor de riesgo relevante del candidato. Posteriormente se le calificará para el grupo de riesgo si obtiene una puntuación total mínima.
- Método de evaluación individual. Cada uno de los factores de riesgo del solicitante será recogido en la puntuación, sea mediante un suplemento o una reducción de la prima estándar que hayan sido fijados previamente. El descuento sobre la prima equivaldrá, según este modelo, a la suma de todas las sobrepimas y reducciones.

3.- Clasificación de los riesgos.

Teóricamente es posible definir dentro de los riesgos estándar un número ilimitado de subclases. En la práctica, por motivos económicos y de viabilidad, se suele limitar su número, para ello deberemos tener en cuenta:

- Red de distribución.
- Suscripción.
- Administración.
- Aceptación por el público.
- Condiciones de la competencia.
- Posicionamiento del producto.
- Público objetivo.

En la práctica, existen varias posibilidades:

- Clasificación simple, estableciendo 2 ó 3 clases de riesgo. Por lo general, una de ellas será para "No Fumadores".

Seguro de Vida Seleccionado

- Clasificación media, estableciendo de 5 ó 6 clases de riesgo. Dos o tres de ellas serán para "No Fumadores".
- Clasificación compleja, con entre 8 y 12 clases de riesgo. Entre cuatro a seis serán para "No Fumadores".

Proceso de asignación

Una vez determinadas las clases de riesgos, les asignaremos sus bonificaciones. Debido a la flexibilidad del producto nos podemos encontrar con diferentes tipos de descuentos, diferentes duraciones y con distintos criterios a la hora de su renovación.

Estas bonificaciones podrán ser decrecientes o constantes.

Su duración dependerá de las carteras y de la experiencia de cada compañía, no obstante en general, la duración que se suele aplicar oscila entre 3 y 5 años.



Una vez terminada su validez, estos descuentos se podrán renovar, pero para ello se deberá realizar una nueva selec-

ción del riesgo. Generalmente el coste de esta nueva selección recae sobre la Aseguradora, no obstante en este punto caben otras posibilidades que pasarían por el pago compartido de dichas pruebas.

Si el asegurado no pasara con éxito la nueva selección, fuera cual fuera el motivo, se le sigue asegurando a condiciones normales de tarifa, sin bonificaciones.

Producto seleccionado NR

NACIONAL DE REASEGUROS ha construido sobre las ideas generales anteriores un producto cuyo objetivo inicial es el de completar o renovar la oferta de Seguros de Vida - Riesgo disponible en la actualidad. Conscientes de las singularidades de cada entidad aseguradora, el esquema que nos sirve de base puede acomodarse a distintos sistemas de gestión y a diferentes preferencias de comercialización.

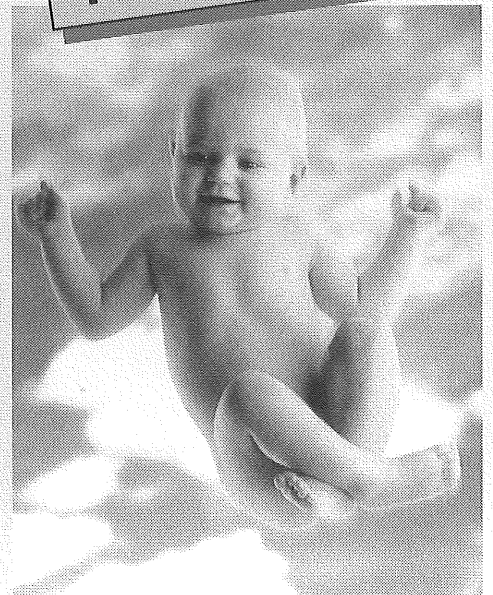
Nacional de Reaseguros S.A. Desarrollo de Nuevos Productos

NACIONAL DE REASEGUROS provee toda la información, documentación y base técnica necesaria para la comercialización de nuevos productos en el plazo más breve. Podemos dibujar el esquema de las distintas etapas del proceso de colaboración con una entidad de seguro directo para el inicio de los nuevos productos que actualmente estamos en disposición de proponer:

- 1) Presentación de esquema del producto
- 2) Adaptación a las necesidades o intereses de la Cedente
- 3) Rediseño del producto
- 4) Presentación definitiva:
 1. Formato de producto: Garantías, Sumas Aseguradas y Tarifas
 2. Condicionado General
 3. Solicitud
 4. Requisitos de Selección
 5. Modelos de Declaración de Salud y Reconocimiento Médico
 6. Base Técnica
 7. Propuesta de estadísticas de control de cartera
 8. Contrato de Reaseguro

Si así lo solicitara la Cedente, también podemos proponer servicios especializados relacionados con el producto, como puede ser la propia selección de riesgos o la inclusión de garantías adicionales que complementen las garantías básicas fundamentales.

**NUEVOS
PRODUCTOS**



SELECCION
VIDA

Depósito legal: M-344-97. Impreso en España

SELECCION VIDA es una publicación editada por el Dpto. Técnico de NACIONAL DE REASEGUROS, S.A. en colaboración con INTERCLINIC. Zurbano, 8 - 28010 Madrid