

# Nº9 | MICROINSURANCE IN FOCUS

## Tramitación de siniestros: Comentarios generales

Las indemnizaciones por siniestros son el aspecto más importante del seguro puesto que es a través de su liquidación que los aseguradores cumplen sus promesas y demuestran su fiabilidad. Sin una tramitación eficiente y eficaz de las reclamaciones, será imposible ofrecer productos asequibles que aporten un valor real a las familias de bajos ingresos.

El proceso de indemnización implica que haya tenido lugar un siniestro asegurado, la recopilación de los documentos requeridos, la presentación de la solicitud de reclamación a un intermediario o a la aseguradora, el ajuste de la indemnización y su liquidación.

La tramitación de siniestros – desde la notificación hasta la liquidación – frecuentemente exige mucho tiempo a las aseguradoras. Para conseguir el éxito en los microseguros **se deben minimizar los costes operativos y los derivados de estafas** para mantener primas asequibles.

Una estrategia para minimizar los costes es **escalonar los requisitos de reclamación**. Se exigirá para reclamaciones menores presentar un número limitado de documentos a través de un proceso relativamente sencillo, mientras que se instaurarán controles más estrictos para reclamaciones más importantes.

### Notificación del siniestro y solicitud de indemnización

Normalmente las aseguradoras dejan que la responsabilidad de iniciar el proceso de reclamación recaiga sobre el beneficiario. Sin embargo, al dirigirse personalmente al asegurado, los microaseguradores pueden **aumentar su credibilidad y fortalecer la cultura de seguros**.

Puesto que el mercado de bajos ingresos no está familiarizado con los seguros, algunas microaseguradoras animan activamente a que se presenten reclamaciones. Por ejemplo, VimoSEWA (India) se dio cuenta de que su índice de siniestralidad era mucho más bajo de lo que debería ser, así que decidió aumentar sus esfuerzos para educar a los titulares de las pólizas sobre el proceso de reclamación. La microaseguradora también proporcionó a sus miembros tarjetas postales timbradas para que resultara más fácil para los asegurados entrar en contacto con sus agentes en caso de necesitar asistencia.

Los siniestros de los seguros de enfermedad son más complejos que los de los seguros de vida por la presencia de un tercero, el proveedor de servicios sanitarios. Además, la evaluación de los siniestros es subjetiva por lo que se requieren conocimientos médicos especializados. Con el seguro de enfermedad, el sistema ideal es mantener completamente al asegurado fuera del proceso. En este sistema sin efectivo, el asegurador paga al proveedor de atención sanitaria directamente.

Los formularios de indemnización por siniestro que exigen una cantidad significativa de documentación formal pueden llevar a un índice mayor de rechazo de siniestros debido a solicitudes de reclamación incompletas. El objetivo es encontrar el equilibrio entre la certeza de que ha tenido lugar el evento asegurado y aceptar una documentación incompleta. Por ejemplo, en algunos países puede exigir

mucho tiempo y dinero, comparado con la importancia de la cantidad asegurada, lograr un certificado oficial de defunción. Para superar este obstáculo, Card MBA en Filipinas, por ejemplo, requiere copias certificadas de una partida de nacimiento o de un certificado de matrimonio para los archivos. Como resultado, el pago de la indemnización es mucho más rápido cuando fallece alguien de la familia. El retraso en la presentación de reclamaciones al asegurador puede deberse a diferentes causas como, por ejemplo:

- Se exige **demasiado papeleo**.
- Los funcionarios locales no se muestran muy proclives a facilitar **documentos oficiales**.
- Los intermediarios **retrasan el pago de las primas**.

Para luchar contra estos retrasos, las microaseguradoras deben tomar la iniciativa de facilitar el proceso de reclamación y adaptar sus requisitos cuando sea necesario.

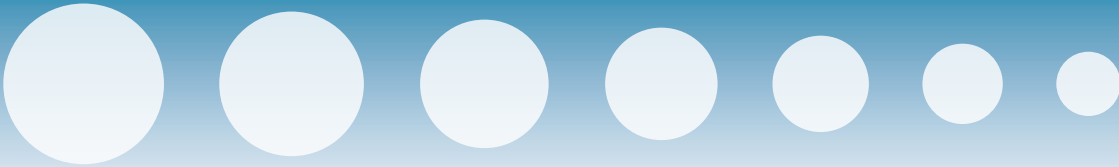
### Liquidación

Cuando el mercado de bajos ingresos experimenta un evento asegurado resulta fundamental que los aseguradores paguen las indemnizaciones rápidamente o dentro del plazo acordado. De no ser así, la población pobre puede verse abocada a pedir dinero prestado o a vender activos para cubrir las pérdidas mientras esperan la liquidación del siniestro.

Puesto que el mercado de bajos ingresos no está familiarizado con los seguros, algunas microaseguradoras animan activamente a que se presenten reclamaciones

En promedio, el tiempo de liquidación puede situarse entre siete y sesenta días, o incluso más. Hay que recordar que aunque la aseguradora haya pagado a tiempo al intermediario, esto no significa que el pago al cliente se realice tan puntualmente, así que puede ser recomendable que las compañías de seguros supervisen el rendimiento de sus canales de provisión. Para luchar contra la insatisfacción de los clientes, algunos microaseguradores han introducido una compensación monetaria adicional que se paga al cliente en caso de que éste sufra retrasos excesivos.

Aunque se sabe que algunas IMF y mutualidades de crédito retrasan el proceso de liquidación, otras pagan toda o parte de la indemnización casi inmediatamente tras la notificación del siniestro. Por ejemplo, en Guatemala, los miembros de la cooperativa Columna realizan pagos parciales cuando los beneficiarios proporcionan la documentación inicial y luego saldan el resto cuando se ha completado y tramitado adecuadamente el papeleo. Este sistema ofrece un mejor servicio al cliente, pero solo se puede llevar a la práctica si los intermediarios cuentan con la formación adecuada.



**La denegación** puede convertirse en un problema para los microseguros, puesto que los requisitos de aseguramiento se aplican frecuentemente cuando se presentan las reclamaciones, en vez de cuando se solicita la póliza. En estudios de caso, el índice de rechazo de siniestros, cuando existe, se situaba normalmente entre un 5 y un 22 por ciento. El rechazo de los siniestros acontece a menudo en diferentes niveles, lo que hace que los índices reales de rechazo sean ambiguos. Por ejemplo, una reclamación la puede rechazar el agente sobre el terreno, el director de la filial, la dirección central o el departamento mismo de siniestros. Solo en esta última instancia se registran las denegaciones por lo que la cifra final que figura probablemente no representa el número total de rechazos.

Las reclamaciones sanitarias se rechazan en gran parte debido a exclusiones en la póliza por las que no se cubre ciertas intervenciones médicas o medicinas y que el cliente desconoce. Otra razón común para el rechazo de siniestros es que los asegurados no entienden que deben pagar primas todos los años para mantener activada su póliza.

Para reducir las tasas de rechazo, los titulares de la póliza deben estar completamente informados sobre el producto que están adquiriendo. Se debe proporcionar a los clientes un sencillo documento sobre la póliza (por ejemplo un folleto) que explique toda la cobertura y los beneficios. Además, las aseguradoras necesitan abordar las causas primeras tras la caducidad de una póliza por falta de pago de las primas y desarrollar opciones alternativas de pago que resulten sensatas para las familias de bajos ingresos.

## Controles

Para que las aseguradoras tengan éxito, deben asegurarse de que los siniestros sean legítimos y que correspondan a los requisitos de la póliza. Los asegurados, e incluso los agentes intermediarios tendrán motivos para intentar engañar al sistema y **los aseguradores deben mantener controles sólidos y suficientes** para no quebrar.

Los microaseguradores emplean diferentes controles para combatir el fraude en siniestros. Pueden recurrir a **ajustadores profesionales de siniestros** (por ej. médicos) cuando tengan que enfrentarse a valoraciones más complejas derivadas de siniestros sanitarios o de incapacidad. Aún así, el seguro de enfermedad tiende a ser el más vulnerable al fraude. Los aseguradores deben permanecer alerta frente a los siguientes problemas comunes de estafa:

- Los médicos presentan facturas por atención médica que no han proporcionado;
- Los titulares de la póliza obtienen cobertura para personas no incluidas en la póliza;
- Los proveedores proporcionan tratamientos excesivos;
- Los asegurados presentan facturas fraudulentas.

Otros controles se centran en la estructura de los deducibles y de los copagos, que limitan el volumen y el valor de las indemnizaciones y pueden ayudar a desalentar que los asegurados se vean inclinados a la estafa. Algunos empleados de las microaseguradoras se relacionan frecuentemente con los clientes y van conociendo a las familias personalmente, lo que tiene un efecto disuasorio moral contra el fraude.

Las compañías de seguros incorporan controles en el sistema para parar la estafa antes de que se produzca. Aún así, los controles deben resultar viables y reflejar la situación del mercado. Con demasiada frecuencia, los controles puede resultar más costosos de ejecutar que el posible coste de las pérdidas globales.

## Consideraciones sobre los siniestros para el diseño

En el proceso de desarrollo de un producto, se debe tener en cuenta las tramitaciones de los siniestros y sus costes. Diseñar un producto simplificado resultará de gran ayuda para el proceso de indemnización. Por otra parte, cuando mayor sea el número de exclusiones, más complejo resultará el proceso de liquidación. Por ejemplo, algunas microaseguradoras ofrecen una serie de beneficios para el seguro de vida si se trata de un fallecimiento por accidente. Las pólizas que cubren el fallecimiento por accidente resultan muy ambiguas en la definición de un accidente, lo que incentiva a transformar un fallecimiento por enfermedad en uno por accidente. Se elimina este problema con una sencilla póliza de vida en la que el fallecimiento lleva a una indemnización común.

Un índice de rechazo de siniestros elevado (generalmente uno mayor a un 5 por ciento) resulta una clara indicación de que el producto es demasiado complejo, el aseguramiento no resulta adecuado, los procedimientos de reclamación son demasiado complejos o una combinación de los anteriores. En cualquier caso, debería llevar a la aseguradora a investigar posibles mejoras en una o varias de las áreas anteriores, con el fin de reducir el índice de rechazo.

El contenido de este artículo se basa en el capítulo 3.1 de Churchill (ed.) 2006.

Protecting the Poor: A Microinsurance Compendium, (Ginebra: OIT).

ISBN 978-92-2-119254-1

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Fundación Munich Re han publicado recientemente Protecting the Poor: A Microinsurance Compendium en nombre del Microinsurance Network (antes conocido como el Grupo de Trabajo sobre Microseguros del CGAP.)

Este libro autorizado analiza las experiencias de más de 40 sistemas de microseguros y se basa en el proyecto de estudios de caso para identificar buenas y malas prácticas dirigido por el Subgrupo de Operación y financiado por DFID, GTZ, la OIT y SIDA.

Las traducciones al francés y al español han sido financiadas por ADA.

Para más información, visite [www.microinsurancenet.org](http://www.microinsurancenet.org)  
© 2009 Microinsurance Network

