

Vida Grupo

Suscripción

Keiko Imuro

Diciembre 2023



ARGA

SEGURO DE GRUPO

Definición

- Múltiples vidas aseguradas bajo un mismo contrato
- Clasificación, 3 categorías:
 - Grupos por Empleador
 - Grupos Financieros
 - Grupos Afines



FACTORES CLAVE EN EL SEGURO DE GRUPO

- Objetivos comunes:
 - Reducir el riesgo de pérdida
 - Beneficios a los empleados
 - Generar lealtad
- La popularidad del seguro de grupo varía en el mundo
- Con frecuencia la clave está en que es un beneficio obligatorio
 - Compensación al trabajador



TIPOS DE PRODUCTOS



- Todo tipo de productos de seguro pueden ser vendidos como Grupo
- Los más comunes:
 - Vida temporal, vitalicio, universal
 - Invalidez total y permanente
 - Enfermedades graves
 - Invalidez parcial y temporal
 - Salud
 - Muerte accidental y Desmembramiento
 - Seguro de viajes
 - Gastos funerarios
 - ¡Seguro para mascotas!

VENTA Y ACEPTACIÓN



- El proceso varía con el tamaño del grupo
- Venta
 - A través de intermediario agente
 - Proceso de licitación
- Grupos pequeños
 - Productos estandarizados
 - Fondo principal
- Grupos grandes
 - Negociación de condiciones
- Aceptación
 - Por el departamento actuarial

FACTORES DIFERENCIADORES DEL SEGURO DE GRUPO

- “Participantes” / “Contratante”
- Suma Asegurada Máxima sin pruebas
- Pólizas a corto plazo
- Beneficios determinados por regla
 - Categoría
 - Fórmulas / múltiplo sueldo
 - Deuda
- Poca / limitada suscripción
- Primas más bajas



PRIMAS MENORES



- Anti-selección reducida
- Suscripción simplificada
- Pólizas a corto plazo re-negociables
 - Número de participantes
 - Experiencia siniestral
 - Edades, género, sumas aseguradas
- Administración simplificada
- Excepciones: grupos pequeños

SUMA ASEGURADA MÁXIMA SIN PRUEBAS

- Cobertura ofrecida a los participantes sin suscripción
 - Límites no médicos
 - Límite de cobertura automática
- Obligatoria o con un mínimo de participación obligatoria
- Cálculo basado en múltiplos de cobertura promedio
- Presiones para modificar SAMsP



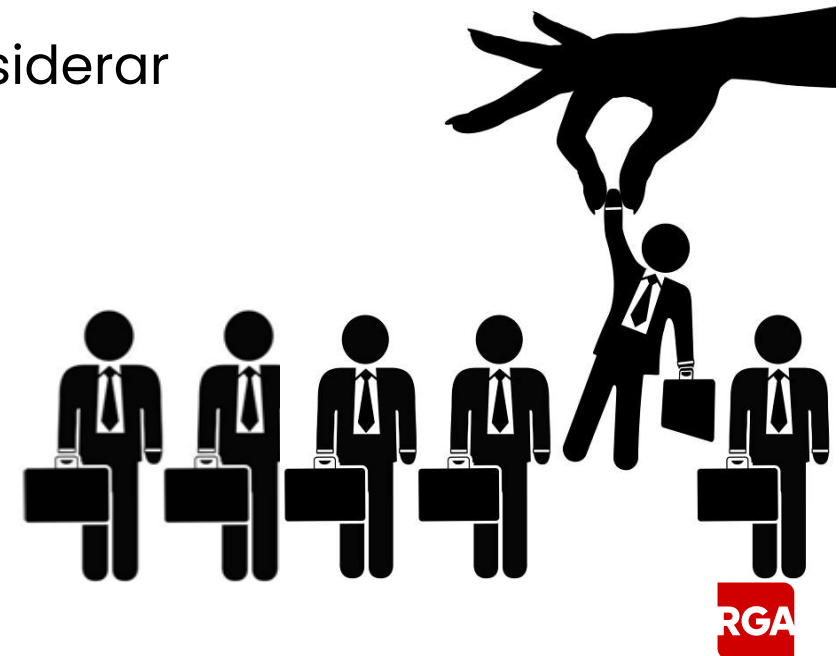
CONTRIBUYENTE O NO CONTRIBUYENTE

- Contribuyente
 - Los participantes pagan parte o toda su prima
 - Riesgos subnormales / extra-prima
 - Más anti-selectivo
- No Contribuyente
 - Los participantes no pagan prima alguna



Esquemas Voluntarios / Contribuyentes

- Ya que a cada persona se le da la opción de ser cubierto o no...
- Riesgo de anti-selección...
 - Las vidas menos sanas, con una posibilidad mayor de reclamar, optarán por tomar la cobertura...
 - Mientras que las vidas más sanas podrán no considerar la cobertura voluntaria como esencial



Esquemas Voluntarios / Contribuyentes

- Dado los peligros potenciales, los aseguradores requieren adoptar un abordaje diferente en los esquemas voluntarios
- Los dos factores que tienen el mayor impacto en la experiencia del esquema voluntario son:
 - El tamaño del grupo
 - El porcentaje de participación



Esquemas Voluntarios / SAMP

- Los aseguradores diseñan una tabla que muestra el número de vidas y el porcentaje de participación que se requiere para mantener la SAMI “estándar”.
- Ejemplo:

Tamaño del Grupo	Porcentaje de participación
11 – 50	100%
51 – 99	90%
Más de 100	75%



CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD O INCLUSIÓN

- Activo en el trabajo
 - Implica un razonable estado de salud
 - “Activo en el último mes”
 - Exentos (licencia ordinaria, comprobante de buena salud)
- Periodos de espera
 - Tiempo de permanencia en el grupo para calificar como parte del mismo
- Exclusión de condiciones pre-existentes
 - Para coberturas de invalidez y enfermedades graves – especificar periodos



SUSCRIPCIÓN AVANZADA

- Otorgamiento de términos para cobertura en exceso de lo que actualmente le corresponde
- Permite incrementos futuros sin requerir suscripción
 - Por ejemplo incrementos en el salario
 - Evita el costoso proceso de suscripción
 - El incremento no puede ser mayor a un "X%"
 - Sólo para vidas normales
 - Se puede limitar el monto, el plazo de tiempo



PARTICIPACIÓN EN PÓLIZAS DE GRUPO EXISTENTES



- Es común que los Grupos cambien de Asegurador
 - Primas renegociables
 - Obtener mejores condiciones/tarifas
 - No satisfecho con servicio
- Es usual aceptar con los términos existentes
 - Sin requisitos “activo en el trabajo”
 - Fecha de ingreso / continuidad de cobertura
 - Términos de la póliza previa

CAMBIOS EN EL CONTRATO

- Pueden aplicar mejoras o nuevas restricciones
 - Incremento en múltiplo de ingresos
 - Incluir cláusula de condiciones pre-existent
 - Cambiar definición de invalidez
- La póliza nueva debe estipular claramente los cambios



Lo primero que puede venir a la mente es...

**¡NO HAY SUSCRIPCIÓN EN EL NEGOCIO
DE GRUPO!**

...pero, ¿esto es verdad?

En un mundo ideal...

El esquema ideal de grupo:

- Participación o membresía obligatoria
- Todos los participantes elegibles están automáticamente cubiertos
- Cualquier miembro que, en forma aislada, podría representar un mal riesgo se compensa con el resto de los miembros, la mayoría de los cuales se espera sean sanos...



Mundo real...

- En la mayoría de los casos son las personas de mayor edad o los altos ejecutivos, los que deben ser suscritos, ya que las sumas aseguradas más altas se asocian con su posición en el trabajo...
- Estas mismas personas con frecuencia toman las decisiones sobre el tipo de esquema, su colocación y por lo tanto, el nivel de flexibilidad en la etapa de suscripción puede ser un factor crucial en la negociación.



SUSCRIPCIÓN CUALITATIVA

- El objetivo es revisar las cualidades o características del grupo
- Aplicar el manual de políticas de la compañía
- Aplicar la experiencia del suscriptor



SUSCRIPCIÓN CUALITATIVA



Algunas características a considerar son:

- Tamaño (No. Asegurados, Suma Asegurada, Prima)
- Regla para determinar la SA
- Suma Asegurada Máxima sin Pruebas
- Giro de la Empresa
- Distribución de Ocupaciones
- Distribución de Edades
- Ubicación
- Coberturas Solicitadas

SUMA ASEGURADA MÁXIMA SIN PRUEBAS

Es el monto de suma asegurada máxima que un asegurador aceptará para cualquier individuo sin obtener información médica o detalles de cualquier otro factor de riesgo...

Otros nombres:

- SAMI (Suma Asegurada Máxima Individual)
- SAMSEM (Suma Asegurada Máxima sin Examen Médico)
- SAMSR (Suma Asegurada Máxima sin Requisitos)



SAMI – diferentes abordajes...

El más común...

La SAMI se obtiene considerando el promedio de suma asegurada por vida en el grupo y multiplicando por un factor, apropiado para el tamaño del Grupo, como se detalla en la tabla.

Número de Vidas	Factor	Máximo Absoluto
Hasta 10	Ninguno	Ninguno
11 – 25	2.5	250,000
26 – 50	3.5	350,000
51 – 75	5.0	500,000
76 – 100	6.0	650,000
101 – 200	7.5	850,000
Más de 200	7.5	1,000,000

SUSCRIPCIÓN

- Se requiere suscripción en los siguientes casos:
 - La elegibilidad excede la Suma Asegurada Máxima sin Pruebas
 - Cobertura complementaria
 - Ingresos fuera de calendario
 - Participantes fuera de las edades de aceptación



REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

- Tabla de Requisitos de Asegurabilidad
- No se consideran cúmulos de vida individual
- Alternativas a la suscripción completa:
 - Declaración personal de salud actualizada
 - Cuestionario médico actualizado
 - Reducir el límite de selección
 - Exámenes médicos “ejecutivos” o check ups
 - Cuestionarios No Médicos



Requisitos Médicos de Asegurabilidad

- EM: Examen médico
- EGO: Examen General de Orina
- LAB:
 - Perfil XII (Glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol total, triglicéridos, colesterol HDL, bilirrubina total, TGO, TGP, fosfatasa alcalina, deshidrogenasa láctica)
 - Biometría Hemática o Hemograma (Fórmulas roja, blanca y plaquetas)
 - PSA o APE (antígeno prostático específico)
 - VIH o prueba de Virus de Inmunodeficiencia Humana
- ECGB: Electrocardiograma en reposo o basal (trazo con 12 derivaciones)
- ECG ESF: Electrocardiograma de esfuerzo (trazos de ejercicio y recuperación)

Evidencia Médica

Objeto de la Evidencia Médica en el Seguro

- Riesgos que pueden representar una reducción en la esperanza de vida o llevar a un estado de invalidez en forma prematura
- Aumentar el riesgo del Asegurador
- Mecanismo de tamizaje





Exámenes Médicos

- Elemento más común de la evidencia
- Valor predictivo altamente positivo y rentable
- Dos partes:
 - Antecedentes Médicos
 - Examen médico

Examen médico

Las preguntas debe formularlas el médico examinador, anotando las respuestas con tinta negra y de su puño y letra de molde. Este examen será practicado de preferencia en el consultorio médico, siempre en privado; es de carácter estrictamente confidencial, por lo que el médico examinador no debe exteriorizar ninguna opinión personal al examinado ni al agente de seguros, debe ser remitido directamente a la compañía junto con la muestra de orina que se recoja o el resultado de la misma en caso de instrucciones en este sentido por parte de la compañía.

I. Datos generales				
Nombre del Solicitante				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
R.F.C. (con homoclave)		CURP		Fecha de nacimiento
				día mes año
Ocupación actual		Lugar de residencia en los últimos cinco años		Sexo
				M ☐ F ☐
Antecedentes patológicos familiares				
¿Ha habido en su familia casos de? Si es afirmativo marque con una cruz				
☐ Cáncer ☐ Presión arterial alta ☐ Mentales				
☐ Diabetes ☐ Enfermedades de los riñones ☐ Suicidio				
☐ Enfermedades del corazón ☐ Enfermedades cerebrovasculares ☐ Otras (especificar) _____				
Historia familiar				
Parentesco	Edad o No. de vivos	Estado de salud	Edad a su muerte o No. de muertos	Causa de muerte
a) Padre	Edad		Edad	
b) Madre	Edad		Edad	
c) Hermanos	No. de vivos		No. de muertos	
d) Cónyuge	Edad		Edad	
e) Hijos	No. de vivos		No. de muertos	
Hábitos de tabaco				
a) ¿Fuma actualmente? Sí ☐ No ☐ c) Número de cigarrillos diarios que fuma o fumaba _____				
En caso de se negativo, ¿Fumaba anteriormente? Sí ☐ No ☐ d) ¿En qué año dejó de fumar? _____				
b) ¿En qué año empezó a fumar? _____ e) ¿Por qué razón? _____				
Hábitos de alcohol				
a) ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Sí ☐ No ☐ ¿Desde cuándo? _____				
b) Clase _____				
c) Frecuencia: ☐ diaria ☐ semanal ☐ quincenal ☐ mensual ☐ Otros _____				
d) Cantidad (de preferencia en ml.) _____ e) ¿Llega al estado de embriaguez? Sí ☐ No ☐				
f) ¿Ha tenido accidentes de tránsito o trabajo por causa de la ingesta de alcohol? Sí ☐ No ☐				
g) Si dejó de beber señale la fecha y la causa _____				
h) ¿Cuánto bebía antes (clase, frecuencia y cantidad)? _____				
i) ¿Ha recibido tratamiento con relación a sus hábitos de consumo de alcohol? Sí ☐ No ☐				
j) ¿Pertenece o ha pertenecido a asociaciones como Alcohólicos Anónimos? Sí ☐ No ☐				
Hábitos de drogas				
a) ¿Alguna vez ha usado marihuana, heroína, LSD, cocaína barbitúricos, anfetaminas o cualquier otro tipo de drogas psicoactivas? Sí ☐ No ☐				
c) ¿Ha recibido tratamiento con relación al consumo de drogas psicoactivas? Sí ☐ No ☐				
a) En caso afirmativo; señalar fecha inicial, tipo de droga, frecuencia y última ocasión: _____				
d) ¿Pertenece o ha pertenecido a instituciones para su rehabilitación? Sí ☐ No ☐				

Antecedentes Familiares

Antecedentes Personales
Hábitos



Hábitos alimenticios y deportes			
a) ¿Ha variado su peso durante el último año?		b) ¿Realiza regularmente alguna actividad física?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
Kgs. aumentados _____ Kgs. disminuidos _____		c) Tipo de ejercicio _____	
Causa: _____		d) Días y tiempo a la semana _____	
Antecedentes personales y padecimiento actual			
a) ¿Padece actualmente alguna enfermedad?		Sí ☐ No ☐	
b) En los últimos 24 meses, ¿ha consultado con algún médico?		Sí ☐ No ☐	
c) ¿Está usted sujeto a cualquier tratamiento médico?		Sí ☐ No ☐	
d) ¿Ha recibido transfusiones de sangre?		Sí ☐ No ☐	
e) ¿Ha consultado por alguna enfermedad infecciosa por transmisión sexual?		Sí ☐ No ☐	
f) ¿Le han dicho que tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)?		Sí ☐ No ☐	
Complejo relacionado al SIDA (CRS) o síntomas relacionados con el SIDA		Sí ☐ No ☐	
g) ¿Ha recibido tratamiento en relación con cualquiera de las categorías anteriores?		Sí ☐ No ☐	
En caso de alguna respuesta afirmativa favor de dar información detallada sobre fechas, cuadros clínicos, estudios de laboratorio y gabinetes, diagnóstico, tratamiento, evolución y secuelas.			

Padece o ha padecido de			
a) ¿Algún soplo en el corazón?		p) ¿Enfermedades de los riñones?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
b) ¿Dolor en el pecho o en el tórax?		q) ¿Enfermedades de la vejiga?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
c) ¿Infarto en el corazón?		r) ¿Diabetes?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
d) ¿Alguna otra enfermedad del corazón?		s) ¿Algún tumor?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
e) ¿Enfermedades de la circulación?		t) ¿Parálisis?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
f) ¿Presión arterial alta?		u) ¿Pérdida del conocimiento o convulsiones?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
g) ¿Bronquitis crónica?		v) ¿Astenia, adinamia y anorexia?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
h) ¿Asma?		w) ¿Cuadros diarreicos frecuentes?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
i) ¿Tuberculosis?		x) ¿Hipertrofia ganglionar?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
j) ¿Cáncer?		y) ¿Diaforesis nocturna?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
k) ¿Úlcera del duodeno?		z) ¿Enfermedades de los huesos o articulaciones?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
l) ¿Úlcera del estómago?		aa) ¿Trastornos nerviosos o mentales?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
m) ¿Enfermedad del hígado?		ab) ¿Alguna otra enfermedad?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
n) ¿Enfermedades de la vesícula biliar?		ac) ¿Alguna intervención quirúrgica?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
o) ¿Enfermedades del intestino, colon o recto?		Sí ☐ No ☐	

Alguna vez le han practicado			
a) ¿Electrocardiogramas?		d) ¿Alguna prueba de laboratorio para detectar SIDA?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
b) ¿Análisis o pruebas de laboratorio?		e) ¿Alguna vez ha estado hospitalizado?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
c) ¿Radiografías?		Sí ☐ No ☐	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
Sitio y Fecha: _____			
En caso de alguna respuesta afirmativa, dar información detallada: _____			

En caso de ser mujer, padece o ha padecido de			
a) ¿Enfermedades de las glándulas mamarias?		c) ¿Enfermedades del útero?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
b) ¿Enfermedades de los ovarios?		d) ¿Está embarazada?	
Sí ☐ No ☐		Sí ☐ No ☐	
En caso afirmativo: Semanas de gestación: _____ Fecha de la última regla: _____			
e) Antecedentes gineco-obstétricos: ☐ Gesta ☐ Para ☐ Abortos ☐ Cesárea			
f) ¿Se le ha practicado alguna mastografía?			
Sí ☐ No ☐			
Motivos y resultados: _____			
g) ¿Se le ha practicado algún Papanicolau?			
Sí ☐ No ☐ Fecha: _____			
Resultado _____			

Antecedentes médicos personales

II. Exploración física			
1. Estatura (cms.) _____		¿Lo midió? ☐ Sí ☐ No ☐	
Peso (Kg.) _____		¿Lo pesó? ☐ Sí ☐ No ☐	
		Indice Masa Corporal _____	
2. Perímetro del tórax a nivel del apéndice xifoides:		c) Perímetro del abdomen a nivel del ombligo: () cms.	
a) En inspiración plena: () cms.			
b) En espiración forzada: () cms.			
3. Pulso:		3A. Pulso en prueba de esfuerzo:	
a) Frecuencia cardiaca en un minuto completo: _____		En reposo En ejercicio Post esfuerzo	
b) ¿Es rítmico? ☐ Sí ☐ No ☐		a) Frecuencia en un minuto completo	
c) Número de extrasístoles por minuto: _____		b) ¿Es rítmico?	
		c) Número de extrasístoles por minuto	
En caso de extrasístoles practicar la prueba de esfuerzo al margen 3A. El solicitante practicará ejercicio físico (sentadillas, carrera estacionaria, etc.) de modo que su frecuencia se incremente al 100/min. mínimo, registrado en el pulso como se solicita.			
4. Presión arterial (método auscultatorio)		4A. Presión arterial, lecturas adicionales:	
a) Sistólica _____ b) Diastólica (5a. fase) _____		1a. lectura 2a. lectura 3a. lectura	
		a) Sistólica	
		b) Diastólica (5a fase)	
En caso de encontrar cifras superiores a los 140/90 hacer dos lecturas adicionales al margen 4A.			
5. Región precordial:		5A. Examen cardiovascular	
a) ¿A nivel de qué espacio intercostal se palpa la punta del corazón? ()		Crecimiento cardiaco ☐ Sí ☐ No ☐	
b) ¿A cuántos centímetros de la línea medio esternal? ()		Soplo cardiaco ☐ Sí ☐ No ☐	
c) ¿Existe algún dato anormal a la palpación? ☐ Sí ☐ No ☐		Disnea ☐ Sí ☐ No ☐	
d) ¿La auscultación en los focos clásicos es normal? ☐ Sí ☐ No ☐		Edema ☐ Sí ☐ No ☐	
En caso de cualquier antecedente o hallazgo cardiovascular, practicar el examen cardiovascular al margen 5A.			
En presencia de soplo cardiaco describa			
Foco		Foco	
Constante ()	()	Después del ejercicio:	()
Inconstante ()	()	Se incrementa ()	()
Transmitido ()	()	Desaparece ()	()
Localizado ()	()	No cambia ()	()
Sistólico ()	()	Disminuye ()	()
Presistólico ()	()		
Diastólico ()	()	Señalar:	
Suave (gr 1-2) ()	()	Latido apical ☐	
Moderado (gr 3-4) ()	()	Región del soplo ☐	
Fuerte (gr 5-6) ()	()	Punto de mayor intensidad ☒	
		Transmisión ☐	
Su impresión diagnóstica: _____			
Odontograma			
SUPERIOR		Ausencia: _____	
DERECHA	IZQUIERDA	Prótesis: _____	
INFERIOR		Amalgama: _____	
Nombre y teléfono del odontólogo			
Ante cualquier respuesta afirmativa, dar información detallada.			
1. ¿Alguna anomalía en su aspecto? ☐ Sí ☐ No ☐		f) ¿En el Tórax (Inspección, Auscultación)? ☐ Sí ☐ No ☐	
2. ¿Existe Disnea? ☐ Sí ☐ No ☐		g) ¿En la Columna Vertebral (Deformidad, Dolor, Limitación funcional)? ☐ Sí ☐ No ☐	
3. ¿Existe alguna deformidad? ☐ Sí ☐ No ☐		h) ¿En el Abdomen (Inspección, Palpación, Dolor, Visceromegalias, Ascitis, Aorta)? ☐ Sí ☐ No ☐	
4. ¿Falta algún miembro o parte de él? ☐ Sí ☐ No ☐		i) ¿En las Extremidades (Várices, Úlceras, Edema, Articulaciones, Arterias, Reflejos)? ☐ Sí ☐ No ☐	
5. ¿Hay Parálisis o Paresias? ☐ Sí ☐ No ☐		10. ¿Existe algún dato en el aliento, dientes, dedos del Solicitante que señale que fume? ☐ Sí ☐ No ☐	
6. ¿Hay movimientos anormales? ☐ Sí ☐ No ☐		11. ¿Conoce en el examinado algún factor en sus hábitos, antecedentes, etc., que pueda influir negativamente en el riesgo? ☐ Sí ☐ No ☐	
7. ¿La mancha es normal? ☐ Sí ☐ No ☐		12. Considera el estado de salud del Solicitante como: ☐ Normal ☐ Dudoso ☐ Anormal ☐	
8. ¿Se aprecia algún trastorno Psíquico? ☐ Sí ☐ No ☐		13. ¿Recogió personalmente la muestra de Orina? ☐ Sí ☐ No ☐	
9. ¿Existe cualquier anomalía? ☐ Sí ☐ No ☐			
a) ¿En el estado anatómico de los Ojos? ☐ Sí ☐ No ☐			
b) ¿En la visión de cada Ojo? ☐ Sí ☐ No ☐			
c) ¿En la audición de cada Oído? ☐ Sí ☐ No ☐			
d) ¿En la Cavidad Bucal y la Faringe? ☐ Sí ☐ No ☐			
e) ¿En el cuello (Ganglios, Tiroides, Turgencia, Yugular, Arterias)? ☐ Sí ☐ No ☐			

Somatometría

Signos Vitales

Area Cardiaca

Odontograma / Odontólogo

Examen físico

Datos Adicionales				
Médico que acostumbra consultar				
Nombre				
Domicilio		Teléfono (con lada)		
De interés para el solicitante (debe leerlo antes de firmarlo)				
Se previene al solicitante que conforme a la Ley del Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante para la apreciación del riesgo que se le pregunte, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. También autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los Hospitales o Clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, así como a las compañías aseguradoras que me hayan realizado algún examen o estudios de laboratorio, para que proporcione a la Compañía todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores en virtud de que he solicitado seguro a dicha Compañía. Para efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud del seguro, en el caso de fallecimiento o en cualquier momento en que la Compañía lo considere oportuno.				
Fechado en (Ciudad y Estado)		día	mes	año
Firma del solicitante (Debe ser hecha a la vista del médico examinador) El solicitante se identificó con la credencial (con fotografía)				
Expedida por		Número		Vigencia
Clave y nombre del Agente				
Certifico haber examinado al solicitante cuya firma aparece al calce de sus declaraciones				
Fechado en (Ciudad y Estado)		día	mes	año
Practicado en				
☐ Mi consultorio ☐ Su domicilio ☐ Otro lugar (especificar) _____				
Nombre completo del médico examinador				
Teléfono		Domicilio		Cédula Profesional
Antes de firmar se recuerda, según lo establecido en el Art. 142 LGISMS, se impondrá pena de prisión y multa al agente o al médico que oculte a la aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración de un contrato de seguro. Firma del Médico				

Observaciones

Médico Personal

Autorización

Fecha y lugar del examen médico

Firma del solicitante/examinado

Identificación del examinado/Propuesto Asegurado

Datos del Médico Examinador



Análisis de Orina

Puede detectar:

- Infecciones del tracto urinario
- Enfermedad Renal
- Enfermedad de otros órganos

Examen físico-químico

Examen microscópico del sedimento urinario





Pruebas de Sangre

- Herramienta de tamizaje
- Valor predictivo variable
- Número y tipo de pruebas varía según:
 - Mercado
 - Aseguradora
 - Suma asegurada

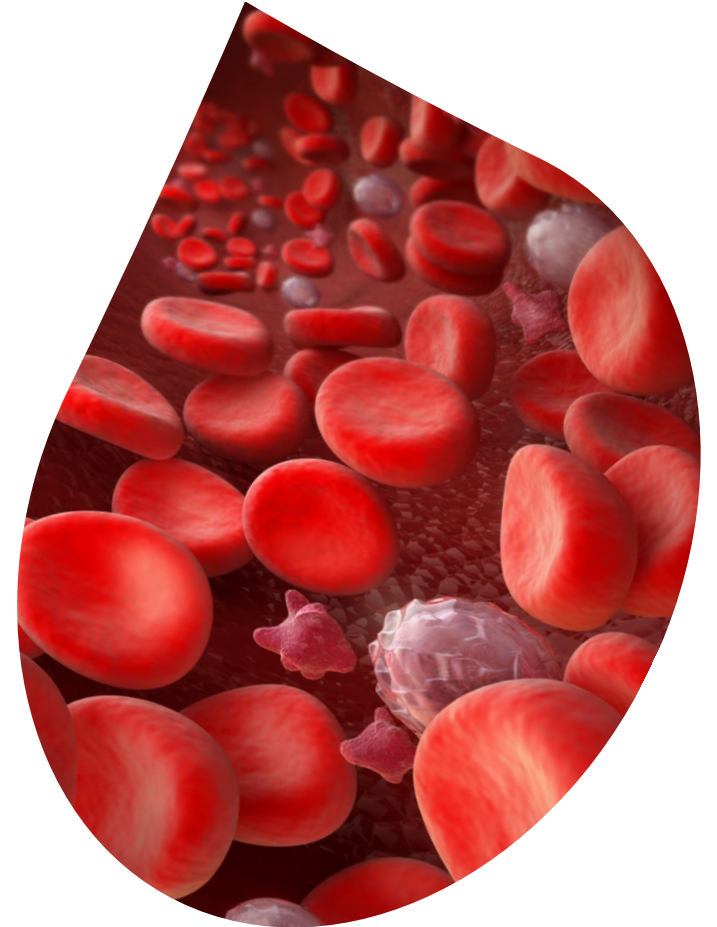
Biometría Hemática Completa y VSG

Biometría Hemática / Hemograma

- Fórmula roja
- Fórmula blanca
- Plaquetas
- Identifica anemia, infección, trastornos de coagulación, cáncer

Velocidad de Sedimentación Globular

- Marcador inflamatorio y de neoplasia



Glucosa en Ayuno, HbA1c y PTGO

Glucosa en ayuno

- Prueba en ayuno - Diabetes mellitus

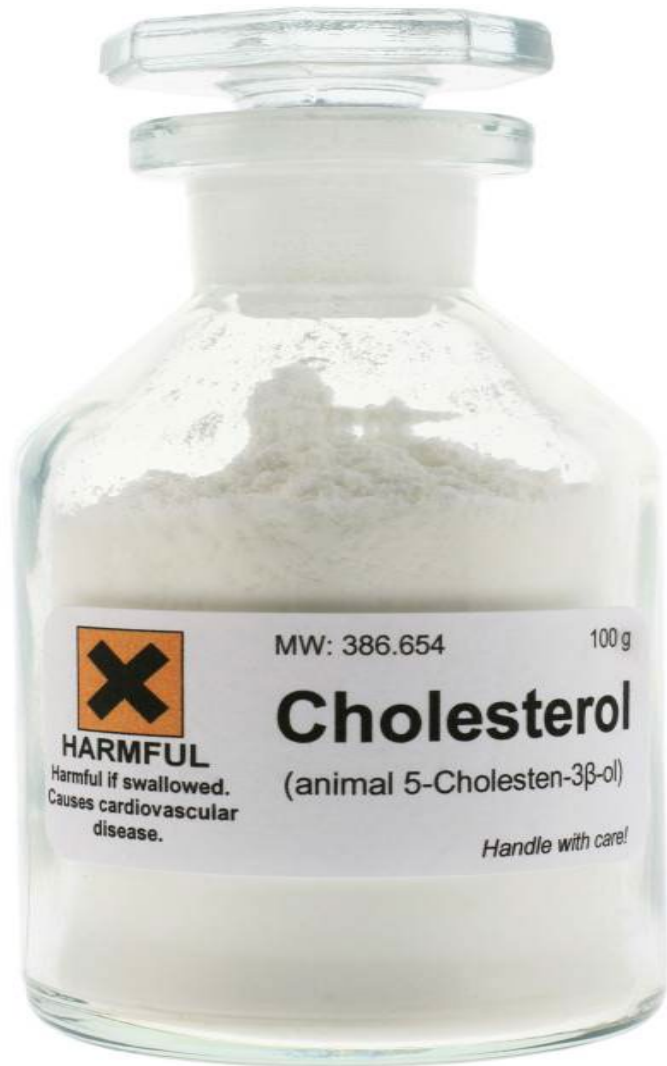
HbA1c

- Control de glucosa
- >7% diabetes mellitus
- Estándar de Oro

Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral

- En ocasiones solicitada cuando la Glucosa en ayuno es elevada





Lípidos

- Colesterol total
- Colesterol bueno
- Colesterol malo
- Cambios en el estilo de vida
- Ganancia en la esperanza de vida

Pruebas de Función Renal



- Evaluar la función renal
- Riesgo de enfermedad renal
- Las pruebas incluyen:
 - Creatinina, Nitrógeno Ureico de la Sangre (BUN), relación BUN/Creatinina y albúmina

Pruebas de Función Hepática (PFH)



- Detecta enfermedad o trastornos del hígado
- Monitorea respuesta a fármacos y tratamientos
- Difíciles de interpretar
- Pruebas anormales
 - Repetir las PFH o posponer la decisión

Prueba de VIH

- Prueba de tamizaje
- Los límites varían de mercado a mercado
- Estrictamente confidencial



ECG de Reposo y Esfuerzo



ECG de Reposo

- Asequible y fácil de realizar
- Puede ser normal con enfermedad cardiaca significativa

ECG de Esfuerzo

- Confiable para diagnosticar enfermedad cardiaca
- Cara e inconveniente
- Grandes sumas aseguradas

Radiografía de Tórax y Pruebas de Función Pulmonar



Radiografía de Tórax

- Investigación poco útil
- Baja sensibilidad y especificidad

Pruebas de Función Pulmonar

- Miden la función y capacidad de los pulmones
- Espirometría



Trusted partner.
Proven results.

©2023 RGA. All rights reserved.

No part of this publication may be reproduced in any form without the prior permission of RGA.

The information in this publication is for the exclusive, internal use of the recipient and may not be relied upon by any other party other than the recipient and its affiliates, or published, quoted or disseminated to any party other than the recipient without the prior written consent of RGA.