



*INTENDENCIA NACIONAL DE SEGUROS*



**SUPERINTENDENCIA**  
DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS

# **Guía para la revisión de notas técnicas de respaldo de tarifa para empresas que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten el seguro de asistencia médica**



## Contenido

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>POLÍTICAS</b> .....	<b>4</b>
1. Tipos de tarifa normadas .....	4
2. Certificado de reaseguros (únicamente para el seguro de asistencia médica) .....	4
3. Información genérica en nota técnica .....	6
4. Calidad de las bases de datos e información estadística en nota técnica .....	8
5. Vigencia .....	14
6. Recargos .....	24
7. Razón combinada en el seguro de asistencia médica .....	27
8. Recargos de financiamiento.....	27
9. Firmas de responsabilidad.....	27
10. Notas técnicas del seguro de asistencia médica registradas previa vigencia del sistema de material de suscripción.....	28
<b>Glosario de términos utilizados</b> .....	<b>29</b>



## INTRODUCCIÓN

El Grupo Actuarial de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, como encargado de la revisión de notas técnicas, fijó una agenda de trabajo para el estudio de experiencias internacionales, análisis de casos, consultas jurídicas y revisión bibliográfica de ciencias actuariales, que le ha permitido desarrollar la presente guía, con un carácter dinámico y perfectible en el tiempo.

Esta guía para la revisión de notas técnicas de respaldo de tarifa para empresas que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten el seguro de asistencia médica, incluye una serie de políticas que determinan requerimientos mínimos, procedimientos y metodologías a ser validados y aplicados en el proceso de revisión de notas técnicas.

En términos generales, este instrumento constituye una herramienta para la revisión de notas técnicas; sin embargo, también, se espera que pueda coadyuvar en el proceso de elaboración de notas técnicas que realizan las compañías de seguros, empresas que financian servicios de salud prepagada de seguros y/o proveedores de servicios actuariales.



## POLÍTICAS

### 1. Tipos de tarifa normadas

#### 1.1. La tarifa puede determinarse a través de:

- 1.1.1. Certificado de reaseguro para apertura de ramo;
- 1.1.2. Nota técnica con estadísticas propias de la empresa;
- 1.1.3. Nota técnica con certificado de reaseguro;
- 1.1.4. Nota técnica con bases estadísticas internacionales; y,
- 1.1.5. Nota técnica con valoración de riesgos mixtos, es decir, producto de combinaciones de los numerales 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3 y 1.1.4, de esta política.

### 2. Certificado de reaseguros (únicamente para el seguro de asistencia médica)

2.1. Para recibir un certificado de reaseguro, como respaldo de la tarifa de la cobertura principal o de las coberturas adicionales del **seguro de asistencia médica**, éste tiene que ajustarse los requerimientos normativos vigentes y debe detallar explícitamente en su contenido:

- 2.1.1. Tipo de contrato de reaseguro que mantendrá la compañía de seguros con el reasegurador que otorga el certificado de respaldo de la tarifa, para el seguro: automático o facultativo;
- 2.1.2. Descripción de las coberturas: principal y/o adicional(es);

2.1.3. Tipo de tasa:

2.1.3.1. Para apertura de ramo puede ser: tasa pura de riesgo y/o tasa comercial;

2.1.3.2. Para actualización de tarifa sólo puede ser tasa pura de riesgo;

2.1.4. La(s) tasa(s) pura de riesgo y/o comercial(es), según sea el caso (ver literal anterior); para cada uno de los niveles de riesgo;

2.1.5. Límites de cobertura; y,

2.1.6. Suscripción de riesgos, en caso de que lo amerite.

El certificado de reaseguro debe haber sido emitido máximo seis meses antes del ingreso del trámite que incluya una nota técnica en la SCVS. Además, el contrato de reaseguro que respalda la tarifa y el registro de inscripción del reasegurador, deben estar vigentes durante el período de tiempo que dure el registro de la tarifa.

El certificado que incluya una tasa pura de riesgo como respaldo de tarifa, debe acompañar a una nota técnica en la que se estime la tasa/prima comercial.

La presentación de un certificado para actualizar la tarifa, se acepta sólo en aquellos casos en los que la empresa no cuente con experiencia siniestral suficiente, o presente un nuevo producto a ser adherido al seguro y desea respaldar su riesgo con dicho certificado. Para los fines pertinentes, se entiende que una empresa cuenta con

experiencia siniestral suficiente, cuando ésta haya pagado al menos treinta (30) siniestros en los últimos tres (3) años.

De este modo, las notas técnicas que incluyan una tasa pura de riesgo respaldada por un certificado deberán cumplir con todas las políticas determinadas en este manual.

### 3. Información genérica en nota técnica

3.1. El contenido de la información genérica que debe estar detallado en la nota técnica es:

- 3.1.1. Fecha de elaboración de nota técnica
- 3.1.2. Fecha/s de corrección/es y/o modificación/es, de ser el caso
- 3.1.3. Denominación de “Seguro de asistencia médica” o “Plan de salud prepagada”
- 3.1.4. Tipo de plan/producto de salud prepagada o asistencia médica (en adelante **‘plan’**):
  - 3.1.4.1. Individual;
  - 3.1.4.2. Corporativo, empresarial o grupal;
  - 3.1.4.3. Masivo; o,
  - 3.1.4.4. Masivo grupal.
- 3.1.5. Nombre comercial del plan
- 3.1.6. Código de aprobación otorgado por el ACESS al contrato(s), plan(es), programa(s) y/o anexo(s).
- 3.1.7. Número total beneficiarios del plan objeto de análisis, del último año de estudio considerado



- 3.1.8. Número de beneficiarios totales de la empresa, del tipo de plan (según 3.1.4) que se remite a aprobación, del último año de estudio considerado
- 3.1.9. Número de beneficiarios totales de la empresa, del último año de estudio considerado
- 3.1.10. Participación (%) de los beneficiarios del plan, del total de beneficiarios por tipo de plan (según 3.1.4) que se remite a aprobación, del último año de estudio considerado
- 3.1.11. Participación (%) de los beneficiarios del plan, del total de beneficiarios de la empresa, del último año de estudio considerado
- 3.1.12. Cuotas/primas totales generadas por el plan, en el último año de estudio considerado
- 3.1.13. Cuotas/primas totales generadas por el tipo de plan (según 3.1.4) que se remite a aprobación, en el último año de estudio considerado
- 3.1.14. Cuotas/primas totales de la empresa, del último año de estudio considerado
- 3.1.15. Participación (%) de las cuotas/primas totales del plan, del total de ingresos generados por el tipo de plan (según 3.1.4) que se remite a aprobación, del último año de estudio considerado
- 3.1.16. Participación (%) de las cuotas/primas totales del plan, del total de ingresos generados por la empresa por concepto de cuotas/primas, del último año de estudio considerado

- 3.1.17. Tipo de nota técnica: actualización de tarifa o nueva tarifa
- 3.1.18. Número de registro previo (en caso de actualización de tarifa)
- 3.1.19. Última tarifa comercial anual cobrada, por género y grupo etario, para los planes que corresponda.  
Para aquellos planes de libre negociación, incluir la tarifa comercial anual promedio - de los últimos tres (3) años, del total de planes de libre negociación - cobrada.
- 3.1.20. Descripción del riesgo:
  - 3.1.20.1. Amparo o cobertura básica
  - 3.1.20.2. Amparos o coberturas adicionales
  - 3.1.20.3. Beneficios adicionales
  - 3.1.20.4. Exclusiones generales
  - 3.1.20.5. Definiciones
  - 3.1.20.6. Vigencia
  - 3.1.20.7. Elegibilidad
  - 3.1.20.8. Edad del asegurado
  - 3.1.20.9. Tabla de beneficios
  - 3.1.20.10. Periodicidad de pago

En general, toda aquella información que expliquen el riesgo y tenga incidencia en el valor de la prima.

#### **4. Calidad de las bases de datos e información estadística en nota técnica**

- 4.1.** Se deben recibir bases de datos brutas y depuradas.



**4.2.** Se debe recibir una descripción pormenorizada del proceso de depuración, que incluya resultados intermedios, criterios de agrupación de variables, criterios de creación de variables, detalle de cálculos realizados, entre otras.

**4.3.** La información recibida de las bases de datos de pólizas/contratos, siniestros, gastos, anexos, fuentes externas, entre otras, debe:

- a. Ser verificable;
- b. Ser suficiente;
- c. Ser homogénea;
- d. Ser confiable;
- e. Presentar correlación positiva con el riesgo; y,
- f. Pertenecer a un mismo período de tiempo.

Para ello se consideran fuentes de la información:

- a. Estadísticas propias de la empresa;
- b. Organismos públicos nacionales;
- c. Organismos públicos extranjeros;
- d. Mercado nacional;
- e. Organismos privados nacionales o extranjeros de reconocido prestigio; y,
- f. Mercado internacional una vez que se hayan descartado las anteriores y se demuestre su correlación con el riesgo en el mercado ecuatoriano.

**4.4.** Las bases de datos estadísticas depuradas de las empresas que financias servicios de salud prepagada, deben incluir la siguiente información:

4.4.1. Bases de contratos

<b>Nro.</b>	<b>Variables</b>	<b>Tipo de Variables</b>	<b>Inclusión</b>
1	Código de provincia	Numérico	Opcional
2	Código de cantón	Numérico	Opcional
3	Estado del contrato	Carácter	Obligatoria
4	Tipo de contrato	Carácter	Opcional
5	Número de contrato	Numérico	Obligatoria
6	Número de anexo o endoso	Numérico	Opcional
7	Código de intermediario	Numérico	Opcional
8	Tipo de identificación del contratante	Carácter	Opcional
9	Identificación del contratante	Numérico	Obligatoria
10	Tipo de identificación del afiliado o beneficiario	Carácter	Opcional
11	Código de identificación del afiliado o beneficiario	Numérico	Obligatoria
12	Nombre del afiliado o beneficiario	Carácter	Opcional
13	Fecha de nacimiento del afiliado o beneficiario	Fecha DD/MM/AAAA	Obligatoria
14	Fecha de producción	Fecha DD/MM/AAAA	Opcional
15	Fecha de emisión	Fecha DD/MM/AAAA	Opcional
16	Fecha de inicio de vigencia	Fecha DD/MM/AAAA	Obligatoria
17	Fecha de fin de vigencia	Fecha DD/MM/AAAA	Obligatoria
18	Monto cobertura	Numérico	Obligatoria
19	Valor cuota cobrada	Numérico	Obligatoria

Se acepta el uso de variables adicionales, siempre y cuando estén debidamente descritas. De igual manera, si no se remite alguna de estas variables debe justificarse.

4.4.2. Bases de siniestros

<b>Nro.</b>	<b>Variabes</b>	<b>Tipo de Variables</b>	<b>Inclusión</b>
1	Año	Numérico	Obligatoria
2	Código de provincia	Numérico	Opcional
3	Código de cantón	Numérico	Opcional
4	Tipo de contrato	Caracter	Obligatoria
5	Contrato	Caracter	Obligatoria
6	Certificado	Caracter	Obligatoria
7	Número de reclamo	Numérico	Obligatoria
8	Número autorización de pago	Numérico	Obligatoria
9	Código de identificación del afiliado o beneficiario	Numérico	Obligatoria
10	Nombre del afiliado o beneficiario	Caracter	Obligatoria
11	Fecha de inicio de vigencia	Fecha DD/MM/AAAA	Obligatoria
12	Fecha de fin de vigencia	Fecha DD/MM/AAAA	Obligatoria
13	Estado siniestro	Caracter	Obligatoria
14	Fecha ocurrencia siniestro	Fecha DD/MM/AAAA	Obligatoria
15	Fecha aviso siniestro	Fecha DD/MM/AAAA	Obligatoria
16	Fecha reserva siniestro	Fecha DD/MM/AAAA	Opcional
17	Saldo reserva siniestro	Numérico	Opcional
18	Fecha pago siniestro	Fecha DD/MM/AAAA	Obligatoria
19	Pago siniestro	Numérico	Obligatoria
20	Diagnostico CIE-10	Caracter	Obligatoria

Se acepta el uso de variables adicionales, siempre y cuando estén debidamente descritas. De igual manera, si no se remite alguna de estas variables debe justificarse.

**4.5.** Las bases de datos estadísticas depuradas para el seguro de asistencia médica, deben incluir la siguiente información (tomar como referencia la estructura S07 para las bases de producción y S03 para las bases de siniestros):

#### 4.5.1. Bases de pólizas

<b>Nro.</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>INCLUSIÓN</b>
1	Código de seguro	Numérico	Obligatoria
2	Código de oficina	Numérico	Opcional
3	Código de canal de emisión	Caracter	Opcional
4	Código de provincia	Caracter	Opcional
5	Código de cantón	Caracter	Opcional
6	Estado de póliza	Numérico	Obligatoria
7	Tipo de póliza	Caracter	Opcional
8	Tipo de vigencia de la póliza	Caracter	Opcional
9	Número de la póliza	Caracter	Obligatoria
10	Número de anexo o endoso	Caracter	Opcional
11	Número de certificado	Caracter	Obligatorio
12	Sector de la póliza carácter	Caracter	Opcional
13	Tipo de identificación del asegurado	Caracter	Obligatoria
14	Identificación del asegurado	Caracter	Obligatoria
15	Nombre del asegurado	Caracter	Opcional
16	Fecha de nacimiento del asegurado	Fecha DD/MM/ AAAA	Obligatorio
17	Fecha de emisión	Fecha DD/MM/ AAAA	Obligatoria
18	Fecha de inicio de vigencia	Fecha DD/MM/ AAAA	Obligatoria
19	Fecha de fin de vigencia	Fecha DD/MM/ AAAA	Obligatoria
20	Monto asegurado	Numérico	Obligatoria
21	Prima recibida	numérico	Obligatoria
22	Descripción de anexo o endoso	Caracter	Opcional
23	Descripción de cobertura	Caracter	Obligatoria
24	Descripción del bien asegurado	Caracter	Opcional

Se acepta el uso de variables adicionales, siempre y cuando estén debidamente descritas. De igual manera, si no se remite alguna de estas variables debe justificarse.

#### 4.5.2. Bases de siniestros

Nro.	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	Inclusión
1	Código de seguro	Numérico	Obligatoria
2	Código de provincia	Caracter	Opcional
3	Código de cantón	Caracter	Opcional
4	Número de la póliza	Caracter	Obligatoria
5	Número de siniestros	Numérico	Obligatoria
6	Número de anexo o endoso	Caracter	Opcional
7	Objeto o bien siniestrado	Caracter	Opcional
8	Identificación del asegurado	Caracter	Obligatoria
9	Nombre del asegurado	Caracter	Opcional
10	Fecha de nacimiento del asegurado	Fecha DD/MM/ AAAA	Obligatoria
11	Fecha de inicio de vigencia	Fecha DD/MM/ AAAA	Obligatoria
12	Fecha de fin de vigencia	Fecha DD/MM/ AAAA	Obligatoria
13	Fecha de ocurrencia Siniestro	Fecha DD/MM/ AAAA	Obligatoria
14	Fecha de pago	Fecha DD/MM/ AAAA	Obligatoria
15	VALOR SINIESTRO	Numérico	Obligatoria
16	Descripción de Anexo o endoso	Caracter	Opcional
17	Descripción de cobertura	Caracter	Obligatoria

Se acepta el uso de variables adicionales, siempre y cuando estén debidamente descritas. De igual manera, si no se remite alguna de estas variables debe justificarse.

**4.6.** La información estadística que no sea propia de la compañía y que se utilice en la nota técnica a manera de tasas/porcentajes de incidencia, prevalencia, ocurrencia, mortalidad, morbilidad, etc., tiene que acompañarse de la cita bibliográfica de su fuente original. En caso de incluirse un *link web*, verificar su accesibilidad y vigencia.

## 5. Vigencia

**5.1 Certificado de reaseguro para apertura de ramo:** La vigencia del registro del seguro de asistencia médica cuyo respaldo de tarifa sea un certificado de reaseguro por apertura de ramo, tendrán una vigencia máxima de 3 años.

**5.2 Para notas técnicas con estadísticas propias para empresas que financian servicios de SALUD PREPAGADA:** La vigencia de la aprobación de las notas técnicas basadas en modelos predictivos será de 2 años, sin embargo, podrá ser menor si las bases de datos y/o información estadística no son actualizadas. La vigencia del registro de la nota técnica y los parámetros que determinan que una base de datos y/o información estadística sean consideradas actualizadas se detalla a continuación:

### 5.2.1 **Escenario 1:** Duración de registro dos (2) años

Cuando las bases de datos contengan como mínimo información de tres (3) años consecutivos y estos pertenezcan a los últimos cuatro (4) años fiscales, contando el año en curso inclusive.

O, cuando las tablas de morbilidad utilizadas pertenezcan a los últimos cinco (5) años fiscales, contando el año en curso inclusive.

### 5.2.2 **Escenario 2:** Duración de registro un (1) año

Cuando las bases de datos contengan como mínimo información de tres (3) años consecutivos y los últimos dos (2) de estos pertenezcan a los últimos cuatro (4) años fiscales, contando el año en curso inclusive.

O, cuando las tablas de morbilidad utilizadas pertenezcan a los últimos diez (10) años fiscales, contando el año en curso inclusive.

### 5.2.3 **Escenario 3:** Sin registro

En todos los otros casos que no estén contemplados en los Escenarios 1 o 2.

Si el especialista considera fundamentadamente que la política no se ajusta a escenarios establecidos, podrá determinar la vigencia en función de su criterio y en apego a la normativa vigente.

A continuación se detallan los posibles escenarios de esta política para el riesgo principal:

	Casos posibles	Años a los que corresponden las Bases de Datos remitidas										Años de vigencia de registro (m)	Ejemplo: Se recibe en el año "t" una NT con BD según los años de cada escenario. Determinar hasta cuándo estará vigente el registro:	
		t-9	...	t-5	t-6	t-5	t-4	t-3	t-2	t-1	t			
ESCENARIO 1	Caso 1							...	BD	BD	BD		2	t + m
	Caso 2						...	BD	BD	BD			2	t + m
	Tablas de Morbilidad						[				]		2	t + m
ESCENARIO 2	Caso único					...	BD	BD	BD				1	t + m
	Tablas de Morbilidad		[								]		1	t + m
ESCENARIO 3	Varios casos			...	BD	BD	BD						0	Sin registro



Ejemplo:

		Años a los que corresponden las Bases de Datos remitidas								Años de vigencia de registro	Ejemplo: Se recibe en el <b>2021</b> una NT con BD según los años de cada escenario. Determinar hasta cuándo estará vigente el registro:
Casos posibles		2012	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
ESCENARIO 1	Caso 1					...	BD	BD	BD	2	2023
	Caso 2				...	BD	BD	BD		2	2023
	Tablas de Morbilidad				[				]	2	2023
ESCENARIO 2	Caso único			...	BD	BD	BD			1	2022
	Tablas de Morbilidad	[							]	1	2022
ESCENARIO 3	Varios casos		...	BD	BD	BD				0	Sin registro

**5.3 Para nota técnica con estadísticas propias para compañías de seguros con el ramo de ASISTENCIA MÉDICA:** La vigencia de la aprobación de las notas técnicas basadas en modelos predictivos será de cinco (5) años, sin embargo, podrá ser menor si las bases de datos y/o información estadística no son actualizadas.

La vigencia del registro de la nota técnica y los parámetros que determinan que una base de datos y/o información estadística sean consideradas actualizadas se detalla a continuación:

5.3.1. **Escenario 1:** Duración de registro cinco (5) años

Cuando las bases de datos contengan como mínimo información de tres (3) años consecutivos y estos pertenezcan a los últimos cuatro (4) años fiscales, contando el año en curso inclusive.

O, cuando las tablas de morbilidad utilizadas pertenezcan a los últimos cinco (5) años fiscales, contando el año en curso inclusive.

5.3.2. **Escenario 2:** Duración de registro tres (3) años

Cuando las bases de datos contengan como mínimo información de tres (3) años consecutivos y los últimos dos (2) de estos pertenezcan a los últimos cuatro (4) años fiscales, contando el año en curso inclusive.

5.3.3. **Escenario 3:** Duración de registro tres (3) años



Cuando las tablas de morbilidad utilizadas pertenezcan a los últimos diez (10) años fiscales, contando el año en curso inclusive.

5.3.4. **Escenario 4:** Sin registro:

En todos los otros casos que no estén contemplados en los Escenarios 1, 2 o 3.

Si el especialista considera fundamentadamente que la política no se ajusta a escenarios establecidos, podrá determinar la vigencia en función de su criterio y en apego a la normativa vigente.

A continuación se detallan los posibles escenarios de esta política para el riesgo principal:

	Casos posibles	Años a los que corresponden las Bases de Datos remitidas										Años de vigencia de registro (m)	Ejemplo: Se recibe en el año "t" una NT con BD según los años de cada escenario. Determinar hasta cuándo estará vigente el registro:
		t-9	...	t-5	t-6	t-5	t-4	t-3	t-2	t-1	t		
ESCENARIO 1	Caso 1							...	BD	BD	BD	5	t + m
	Caso 2						...	BD	BD	BD	5	t + m	
	Tablas de Morbilidad						[				]	5	t + m
ESCENARIO 2	Caso único					...	BD	BD	BD	3	t + m		
ESCENARIO 3	Tablas de Morbilidad	[									]	3	t + m
ESCENARIO 4	Varios casos			...	BD	BD	BD					0	Sin registro



Ejemplo:

	Casos posibles	Años a los que corresponden las Bases de Datos remitidas								Años de vigencia de registro	Ejemplo: Se recibe en el <b>2021</b> una NT con BD según los años de cada escenario. Determinar hasta cuándo estará vigente el registro:
		2012	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
ESCENARIO 1	Caso 1					...	BD	BD	BD	5	2026
	Caso 2				...	BD	BD	BD		5	2026
	Tablas de Morbilidad				[				]	5	2026
ESCENARIO 2	Caso único			...	BD	BD	BD			3	2024
ESCENARIO 3	Tablas de Morbilidad	[							]	3	2024
ESCENARIO 4	Varios casos		...	BD	BD	BD				0	Sin registro

**5.4 Para notas técnicas del seguro de asistencia médica con certificado de reaseguros y/o bases estadísticas internacionales:** Las notas técnicas que incluyan un certificado de reaseguro y/o bases estadísticas internacionales, ya sea para su cobertura principal o coberturas adicionales, tendrán una vigencia de tres (3) años.

En el caso del registro otorgado con un certificado de reaseguro, está supeditado a que se mantenga vigente el contrato de reaseguro que respalda la tarifa. En caso de que no se renueve o se cancele el contrato de reaseguro que respalda la tarifa, o, en caso de que el reasegurador no renueve su registro, se extingue automáticamente el registro que autoriza el uso de esa tarifa; en cuyo caso, la empresa deberá actualizar la tarifa.

La extinción de registro por esta causa, aplica aún en los casos en que las bases de datos y/o información estadística, que respalde el resto de coberturas, sean actualizadas.

En el caso del registro otorgado con bases estadísticas internacionales, este está supeditado a que el país de origen de la información se encuentre regulado en marco de Solvencia II implementado integralmente. Adicionalmente, debe existir coherencia entre la estadística internacional y las características del mercado cuyos riesgos se espera cubrir. En incumplimiento de esta política se observará la nota técnica íntegramente.

**5.5 Para notas técnicas con valoración de riesgos mixtos:** La vigencia de aquellas notas técnicas que respalden tarifa combinando



estadísticas propias de la empresa o certificado de reaseguro o estadísticas internacionales, tendrán una vigencia de dos (2) años.

Para ello las estadísticas propias de la empresa deben ajustarse al criterio definido en el numeral 5.2.1; el certificado de reaseguro debe cumplir con todos los requisitos antes descritos; y, las estadísticas internacionales pertenecer a los últimos cinco (5) años. En incumplimiento de alguno de los parámetros determinados en política, se observará la nota técnica íntegramente.

**5.6 Para notas técnicas del seguro de asistencia médica con razón combinada superior al 100%:** Las notas técnicas que incluyan un análisis de razón combinada superior al 100% deben acogerse a lo previsto en el **Escenario 1, Caso 1**.

**5.7** La información estadística que se utilice en la nota técnica a manera de tasas/porcentajes de incidencia, prevalencia u ocurrencia, deberá pertenecer a los últimos cinco (5) años. En incumplimiento de esta política, se observará la nota técnica íntegramente.

**5.8** La fecha para determinar si las bases de datos y/o información estadística son actualizadas, será aquella con la que ingresa el trámite por primera vez en la SCVS. Cuando se observe la nota técnica, esta fecha se mantendrá, siempre y cuando el reintegro del trámite no se realice en un período mayor a sesenta (60) días calendario. Caso contrario, la fecha para determinar si las bases de datos y/o información estadística son actualizadas, se determinará como si se tratase del primer ingreso a la SCVS.

## 6. Recargos

6.1. La revisión de los recargos se realizará al menos con dos análisis: un análisis vertical que permita entender la relación entre la prima-neta-emitada/cuota y cada uno de los componentes del gasto y utilidad; y, un análisis horizontal que permita evidenciar la evolución de este indicador en el tiempo; ambos con los valores detallados en los estados financieros remitidos a las SCVS.

El recargo de seguridad, se lo hará a la prima/cuota pura de riesgo; mientras los recargos de comisiones, gastos administrativos y utilidad, se aplican sobre la prima/cuota comercial.

Los recargos deben estimarse con información financiera que corresponda al mismo período de tiempo al que pertenecen las bases de datos utilizadas.

**6.2 Recargo de seguridad:** Debe explicar posibles desviaciones de siniestralidad. Además, deben considerarse los siguientes criterios:

- 6.2.1 Se puede aceptar como un recargo estándar de mercado el 5%. Nunca podrá ser cero (0%);
- 6.2.2 Aquellos recargos que superen el 5% deberán explicarse a través de técnicas/métodos como: estimación de la desviación estándar del histórico de siniestralidad; teoría de la ruina; pruebas de stress con escenarios; u otras similares.



- 6.2.3 Debe ser un valor fijo y estándar para todas las pólizas que se suscriban en ese seguro: renovaciones y nueva producción.

**6.3 Recargo de adquisición:** Debe explicar el gasto en que incurrirá la empresa producto de los pagos a intermediarios o vendedores. Además, deben considerarse los siguientes criterios:

- 6.3.1 El incremento que supere un 25% el promedio histórico, deberá justificarse técnicamente a través de técnicas/métodos como: promedio histórico de la industria en dicho rubro del gasto; percentiles del histórico de pagos por concepto de comisiones, siempre y cuando este percentil incluya al menos el 80% de los casos; costo de contratos de intermediación; políticas de comisiones; u otros que puedan sustentar objetivamente el recargo;
- 6.3.2 Debe ser un porcentaje fijo; o, en su defecto, justificar por qué no lo es.

**6.4 Recargo de gastos administrativos:** Debe explicar el gasto en que incurrirá la empresa producto del giro del seguro. Además, deben considerarse los siguientes criterios:

- 6.4.1 El incremento que supere un 25% el promedio histórico, deberá justificarse técnicamente a través de técnicas/métodos como: promedio histórico de la industria en dicho rubro del gasto administrativo; percentiles del histórico de pagos por concepto de los

gastos para el giro del negocio, siempre y cuando este percentil deberá incluir al menos el 80% de los casos; análisis de costos, u otros métodos que puedan sustentar objetivamente el recargo;

- 6.4.2 Debe ser un porcentaje fijo; o, en su defecto, justificar por qué no lo es.

**6.5 Recargo de beneficio o excedente:** Debe explicar el recargo que se destinará a remunerar los recursos financieros e incrementar la solvencia dinámica de la empresa. Además, deben considerarse los siguientes criterios:

- 6.5.1 El incremento que supere un 25% el promedio histórico, deberá justificarse técnicamente a través de técnicas/métodos como el promedio histórico de la industria en dicho rubro del gasto; percentiles del histórico de utilidad, siempre y cuando este percentil incluir al menos el 80% de los casos; beneficio esperado por la junta de accionistas; políticas de beneficios; u otros métodos que puedan sustentar el recargo.
- 6.5.2 Debe ser un porcentaje fijo; o, en su defecto, justificar por qué no lo es.



## **7. Razón combinada en el seguro de asistencia médica**

Para aquellos planes que pertenezcan al seguro de asistencia médica, se requiere el análisis de razón combinada a fin de revisar el desempeño económico de las compañías. Si la razón combinada es mayor al 100% es importante verificar por qué sucede, con especial atención al comportamiento del costo del siniestro.

## **8. Recargos de financiamiento**

En caso de que la compañía desee financiar la prima/cuota comercial, debe incorporar un análisis que justifique técnicamente los intereses de recargo para pagos fraccionados. En ningún caso el interés de financiamiento será superior a la tasa referencial de crédito de consumo del Banco Central del Ecuador.

## **9. Firmas de responsabilidad**

El actuario calificado responsable de la elaboración de una nota técnica deberá suscribirla junto con el representante legal de la empresa, o a quien este delegue dentro de la organización.

El pie de firma deberá incluir los datos de contacto del profesional actuarial y el representante o delegado de la empresa.

## **10. Notas técnicas del seguro de asistencia médica registradas previa vigencia del sistema de material de suscripción**

Aquellas notas técnicas del seguro de asistencia médica aprobadas previo a la puesta en marcha del sistema de material de suscripción e ingresada en éste, deberá ser idéntica en riesgos, coberturas, y método de tarificación a la originalmente registrada; para que así el registro de la nota técnica en el sistema de material de suscripción considere el resto de la vigencia originalmente otorgada.

Si la Nota Técnica no es igual en alguna de sus coberturas, riesgos y método de tarificación, dicha nota técnica generará un nuevo proceso y debe ser revisada íntegramente. En este caso, la compañía no podrá solicitar se mantenga el registro o el tiempo originalmente otorgado.

## Glosario de términos utilizados

**Bases de datos brutas:** Conjunto de datos pertenecientes al seguro a ser tarificado, la cual no ha sido sometida a un proceso de depuración.

**Bases de datos depuradas:** Bases de datos obtenidas después de la corrección de errores en las bases de datos brutas.

**Certificado de reaseguro:** Documento emitido únicamente por un reasegurador registrado en la SCVS, en el que detalla, entre otras:

1. El compromiso contractualmente adquirido con una aseguradora, a aceptar uno o varios riesgos; y,
2. La tarifa a cobrar por la suscripción de las coberturas pactadas.

**CIE10:** Es el acrónimo de la clasificación internacional de enfermedades, décima edición, correspondiente a la versión en español de la versión en inglés ICD.

**Coberturas:** Obligación principal del asegurador en un contrato de seguro, consistente en hacerse cargo, hasta el límite de la suma asegurada, de las consecuencias económicas que se deriven de un siniestro.

**Cuantía de la indemnización:** Monto con el que fue indemnizado el asegurado después de comprobar el siniestro.

**Cuota:** Costo real del riesgo en medicina prepagada.

**Fecha de nacimiento:** Fecha en la que el asegurado nació.

**Fecha del siniestro:** Fecha en que aconteció el siniestro.



**Fin de vigencia:** Fecha exacta donde se da por terminada la cobertura.

**Género:** Masculino y femenino

**Identificación del asegurado:** Cédula de identidad o pasaporte, o RUC del asegurado.

**Información actualizada:** Se considerará como tal aquella que corresponda a los últimos cuatro (4) años fiscales, contando el año en curso inclusive.

**Información Genérica:** Toda información que detalle el riesgo a ser tarificado en la nota técnica, es decir, cobertura básica, exclusiones, coberturas adicionales, sistemas de tarificación, nomenclatura utilizada, nombre del producto y demás información relevante que altere o modifique el riesgo.

**Inicio de vigencia:** Fecha exacta donde se emite el certificado.

**Método de tarificación:** Modelo matemático empleado para valorar pérdidas esperadas en un seguro.

**Monto asegurado – Reaseguro:** Monto máximo establecido en el contrato de reaseguro.

**Monto asegurado - Seguro:** Valor máximo que deberá pagar una aseguradora en caso de suceder el mayor riesgo.

**Nombre de la cobertura que aplica:** Nombre de la cobertura adicional en el caso que aplique.

**Nombre del asegurado:** Nombre o razón social del asegurado.



**Nota Técnica :** Basados en el artículo 4, sección II, capítulo X, libro 3 de la Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros, las " *nota técnica son documentos que presentan las metodologías, modelizaciones, fórmulas y cálculos actuariales que dan origen a la determinación de las primas, recargos y descuentos que va a aplicar la empresa de seguros en determinado ramo y producto, así como a la justificación de sus gastos de gestión y administración y sistemas de cálculo de las reservas técnicas. Deberán ser suscritas por un actuario, matemático, ingeniero matemático, o técnico en la materia responsable de su elaboración y comprenderán, según la estructura administrativa y organización comercial de la empresa de seguros*".

**Nota técnica basadas en estadísticas internacionales:** son notas técnicas que en la sección de "información estadística" (artículo 4, sección II, capítulo X, libro 3 de la Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros) utilizan datos recopilados fuera del territorio nacional, las cuales además de cumplir con los requisitos expuestos en la legislación antes mencionada, deberán ser remitidas en su totalidad al momento de la presentación de las mismas.

**Nota técnica basadas en estadísticas propias de la empresa:** Son notas técnicas que utilizan una modelación matemática basada en las pólizas suscritas y experiencia siniestral propias de la compañía, a fin de determinar su tasa pura de riesgo.

**NT basadas en tasa de riesgo respaldada por el reasegurador:** Son notas técnicas, que determinan la carencia de información estadística propia para establecer la tasa pura de riesgo, utilizando de

este modo una tasa pura de riesgo proporcionada por el reasegurador. Esta nota técnica deberá incluir los recargos para gastos de gestión (administración y adquisición), y recargo para beneficio o excedente.

**Número de póliza:** Número de la póliza emitida en el certificado.

**Número de siniestro:** Número de siniestros que ha tenido el asegurado durante la vigencia de la póliza.

**Prestaciones Sanitaria:** Servicios de salud y prestaciones sanitarias contractualmente estipuladas, estas pueden ser: prestaciones de prevención primaria, atenciones ambulatorias, atenciones prehospitalarias, atenciones hospitalarias, atenciones en caso de urgencia y emergencia médica, atención de embarazos normales y de alto riesgo, atención de enfermedades preexistentes, crónicas, degenerativas y raras, atención oncológica integral, entre otras.

**Prima comercial:** Se denomina también prima bruta o prima de tarifa, y es la que aplica el asegurador a un riesgo determinado y para una cobertura concreta. Está formada, como elemento base, por la prima pura más los recargos para gastos generales de gestión y administración, gastos comerciales o de adquisición, gastos de cobranza de las primas, gastos de liquidación de siniestros más, en su caso, coeficiente de seguridad y beneficio industrial. (Diccionario Mapfre).

**Prima pura o Prima de riesgo:** Representa la unidad más simple y básica del concepto de prima, por cuanto significa el coste real del riesgo asumido por el asegurador, sin tener en cuenta sus gastos de gestión.





**Riesgos:** posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que produce una necesidad económica y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en la póliza y obliga al asegurador a efectuar la prestación, normalmente indemnización, que le corresponde.

**Tarifa:** Tabla o catálogo de los precios, derechos o impuestos que se deben pagar por alguna cosa o trabajo.

**Tipo de identificación:** Especificación de la identificación del asegurado, pudiendo ser cédula, pasaporte, o RUC.